

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
CHRISTOPHER WRIGHT

TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES NOUVEAUX DÉTENUS,  
QUEL EST LE RÔLE DU TDAH?

NOVEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

### **Cette thèse a été dirigée par :**

---

Marc Daigle, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

### **Jury d'évaluation de la thèse :**

---

Marc Daigle, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Gilles Côté, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Catherine Laurier, Ph.D.

Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire

Thèse soutenue le 20/10/2017

## Sommaire

L'objectif de cette recherche était de mieux comprendre la présence des tentatives de suicide à l'intérieur d'une population à risque, soit les hommes en détention. Plus spécifiquement, elle avait comme objectif de comparer la présence de troubles de santé mentale chez des détenus qui ont fait plus d'une tentative de suicide avec ceux en ayant fait une seule, ces deux groupes étant comparés avec un groupe de référence, soit les détenus n'ayant pas fait de tentative de suicide. Les différentes variables à l'étude consistaient en la présence de troubles de santé mentale des axes I et II du DSM, notamment la présence du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et ses sphères d'atteinte, ainsi que la présence de comportements violents. L'intérêt fut porté sur la variable du TDAH, alors que l'objectif était de déterminer si cette variable pouvait être considérée comme un facteur de risque pour la présence de tentatives de suicide. Un autre objectif était de déterminer les différents symptômes du TDAH qui ont le plus d'impact sur la présence des tentatives de suicide. Pour cette étude, un total de 565 détenus masculins, francophones et anglophones, ont été recrutés parmi tous les individus condamnés à deux ans ou plus de détention dans un milieu carcéral fédéral. Les données ont été recueillies à partir de plusieurs questionnaires dont les *SCID-I* et *SCID-II* servant à évaluer la présence de troubles de santé mentale ainsi que le *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* pour mesurer la présence des tentatives de suicide. La présence du TDAH et de ses symptômes a été évaluée en fonction du *Connors' Adult ADHD Rating Scale*, dans sa version correctionnelle. Les analyses de régressions logistiques polynomiales révèlent que les deux groupes de sujets à l'étude diffèrent quant à la présence

de troubles de santé mentale. Le groupe de détenus ayant fait une seule tentative de suicide a moins de diagnostics de santé mentale que le second groupe. Les troubles de santé mentale caractérisant le premier groupe consistent en la présence du trouble de l'humeur ainsi que du trouble de la personnalité antisociale. Quant au groupe de détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide, les résultats démontrent une présence accrue de troubles de santé mentale dont la présence du trouble de l'humeur, l'abus et la dépendance à la drogue et le trouble anxieux. Il est à noter que la possibilité d'avoir un TDAH se retrouve dans les deux groupes de détenus ayant un historique de tentative de suicide, ce qui peut mener à la conclusion que le TDAH peut être considéré comme un facteur de risque pour toute présence de tentatives de suicide chez les détenus, qu'elle soit unique ou multiple. Contrairement à l'hypothèse initiale voulant que la sphère d'atteinte de l'impulsivité du TDAH soit associée à la présence de tentatives de suicide chez les détenus, les résultats de la recherche démontrent que ce sont plutôt les sphères d'atteinte de l'inattention, de la mémoire et celle du concept de soi qui sont associées à la présence de tentatives de suicide. Ce n'est que dans le groupe de détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide que les sphères d'atteinte de l'inattention, de la mémoire et du concept de soi sont présentes. Aucune sphère d'atteinte liée au TDAH ne se retrouve dans le groupe de détenus ayant fait une seule tentative de suicide. Dans l'ensemble, ces résultats tendent à démontrer le lien qui existe entre la présence de troubles de santé mentale et la présence de tentatives de suicide dans un groupe de détenus. La présence d'une possibilité de TDAH dans les deux groupes à l'étude amène à s'interroger sur le rôle que peut jouer le TDAH dans la présence des tentatives de suicide ainsi que l'impact de la grande comorbidité de ce trouble avec les

autres troubles de santé mentale. Cette recherche appuie l'idée que, dans un contexte à risque aussi élevé que peut l'être la détention, la connaissance des facteurs de risque des comportements auto-agressifs (comportements suicidaires) ainsi que le dépistage des troubles de santé mentale s'avèrent essentiels afin de protéger le détenu et le soutenir dans son cheminement.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures .....	ix
Remerciements.....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	9
Recherche en détention : ampleur des comportements suicidaires et notions théoriques .....	11
Ampleur des comportements suicidaires en détention.....	12
Problèmes de terminologie .....	15
Théories de l'importation et de la privation .....	19
Caractéristiques sociodémographiques et comportements suicidaires .....	22
Facteurs de risque sociodémographiques en détention.....	23
Facteurs de risque en lien avec la présence de troubles de santé mentale .....	35
Comorbidité et comportements suicidaires.....	43
Impulsivité et comportements suicidaires.....	44
TDAH, étiologie et prévalence .....	47
TDAH et les troubles comorbides.....	55
Autorégulation, fonctions exécutives, TDAH et comportements suicidaires....	64
Modèles théoriques explicatifs .....	72
Conduites criminelles, délinquance et TDAH .....	74
Violence hétéro-agressive et violence auto-agressive .....	79
TDAH et comportements suicidaires.....	83

Objectifs de la recherche.....	93
Hypothèses de recherche.....	94
Méthode.....	96
Participants.....	97
Instruments de mesures.....	98
Troubles mentaux et troubles de la personnalité (axes I et II du DSM-IV).....	98
Regroupements des variables issues du SCID.....	98
Comportements auto-agressifs.....	99
Comportements hétéro-agressifs.....	100
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	101
Procédure d'analyses des résultats.....	102
Résultats.....	106
Analyses descriptives.....	107
Analyses confirmatoires.....	111
Discussion.....	123
Recommandations.....	139
Limites.....	142
Conclusion.....	147
Références.....	150



## Liste des tableaux

### Tableau

1	Prévalence de chacune des variables du modèle de régression.....	111
2	Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 2.....	113
3	Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 3.....	115
4	Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 2 avec le groupe de sous-variables du TDAH.....	119
5	Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 3 avec le groupe de sous-variables du TDAH.....	120

## Liste des figures

### Figure

- 1    Modèle des deux stades vers le suicide et la violence (Plutchik & van Praag, 1994)..... 82
- 2    Courbe ROC pour les détenus appartenant au groupe 2 ..... 117
- 3    Courbe ROC pour les détenus appartenant au groupe 3 ..... 118

## Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à exprimer mes remerciements et ma reconnaissance envers mon directeur de recherche, monsieur Marc Daigle. Non seulement a-t-il été présent et disponible lorsque j'en avais besoin, mais il a su m'offrir son soutien, sa patience et ses suggestions en lien avec l'écriture de ma thèse, et ce, en sachant qu'il ait pris sa retraite de l'enseignement. Je tiens également à remercier monsieur Gilles Côté et tous les chercheurs affiliés au projet « *Épidémiologie des troubles mentaux, des troubles de la personnalité et de la déficience intellectuelle en milieu carcéral* » pour m'avoir permis d'accéder à la base de données de la recherche, sans quoi cette thèse n'aurait pu se faire. Également, je tiens à souligner la collaboration et le travail de madame Jeanne Vachon du centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel, qui a toujours su répondre à mes questions concernant la base de données et m'offrir son expertise pour trouver les bonnes données servant à ma thèse. Je ne pourrais passer sous silence tous les professeurs que j'ai côtoyés au fil de ces années et qui m'ont transmis leur passion de la psychologie et de la recherche. Une mention spéciale au Professeur John Tivendell, de l'Université de Moncton, pour m'avoir offert l'opportunité de commencer dans le milieu de la recherche et de m'avoir encouragé dans mon cheminement.

Je tiens aussi à remercier mes parents et ma famille. Bien qu'ils ne comprennent toujours pas mon sujet de recherche, ce que je fais dans mon quotidien et qu'ils ont hâte que je finisse pour qu'on aille célébrer au restaurant le Poivre Noir, ils ont toujours été

d'un soutien inestimable, faisant preuve de patience et de tolérance envers ma propension à être un éternel étudiant, procrastinant sans cesse devant mes tâches à accomplir. Un grand merci pour tout votre amour, votre patience et votre (in)compréhension. Finalement, une petite mention à ma conjointe Amélie, de m'accepter tel que je suis et de m'avoir toujours soutenu dans mon travail, aussi long fut-il. Une page de ma vie est en train de tourner avec la fin de cet ouvrage tandis qu'une nouvelle page est en train de s'écrire pour nous et je ne serais plus heureux que de pouvoir l'écrire avec une aussi belle personne que toi. Merci mon amour.

## **Introduction**

Le suicide est un acte à la fréquence rare, mais aux conséquences multiples et sévères, non seulement pour l'individu qui perd la vie, mais surtout pour ses proches qui lui survivent. Ce phénomène touche toutes les sphères de la société et n'est pas l'exclusivité d'une classe sociale. Pour la seule année 2011, il y a eu 3728 suicides au Canada, dont 2781 ont été commis par des hommes, ce qui représente environ 75 % de tous ceux qui ont été répertoriés (Statistique Canada, 2014). Pour l'année 2011, le taux ajusté de suicide chez les hommes de tous âges confondus était de 16,3 décès par 100 000 personnes, tandis que chez les femmes, ce taux était de 5,4 par 100 000, en diminution par rapport aux années 2009 et 2010 où les taux étaient de 17,9 et 17,6 par 100 000 respectivement (Statistique Canada, 2014). Quant au Québec, bien que le nombre de suicides commis chaque année soit en diminution depuis quelques années, il n'en demeure pas moins que ce nombre reste élevé. Selon les données les plus récentes de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), pour l'année 2012, 1102 suicides ont été commis, dont 856 par des hommes, représentant 78 % du nombre total (Légaré, Gagné, & Perron, 2015). Pour l'année 2012 au Québec, le taux ajusté de suicides chez les hommes de tous âges confondus était de 20,7 décès par 100 000 personnes tandis que chez les femmes, ce taux était de 6 par 100 000, soit un taux de suicide des hommes 3,5 fois plus élevé que celui des femmes. À titre de comparaison, 1116 décès ont été enregistrés en 2011, ce qui laisse présager que la tendance à la baisse du taux de suicide amorcée au début des années 2000

se poursuit au Québec (Légaré et al., 2015). À l'échelle canadienne, le Québec se classerait parmi les trois provinces où le taux de suicide est le plus élevé. Au niveau international, le taux de suicide du Québec se situerait au 9<sup>e</sup> rang parmi une sélection de 22 états membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (Légaré et al., 2015).

Ces statistiques ne concernent que les données pour les personnes décédées par suicide. Les statistiques et les études sur le suicide englobent d'autres manifestations que les décès par suicide, c'est-à-dire qu'elles s'intéressent aussi aux tentatives de suicide et à la présence d'idéations suicidaires, ce qui, dans ce dernier cas, consiste à avoir des idées suicidaires sans nécessairement passer à l'acte. Les décès par suicide, les tentatives de suicide et la présence d'idées suicidaires sont regroupés sous le terme de comportements suicidaires. Encore là, les statistiques compilées démontrent l'ampleur des comportements suicidaires. En 2008, l'Institut de la statistique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont réalisé la première édition de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP). L'EQSP offre un nouvel éclairage sur certains aspects de la problématique de la santé mentale au Québec, notamment les idées suicidaires et les tentatives de suicide (Fortin & Ruel, 2012). Dans l'EQSP 2008, 38 154 personnes âgées de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé au Québec ont été interviewées. Selon les données tirées de l'EQSP 2008, trois personnes s'enlèvent la vie chaque jour au Québec, mais huit sont aussi hospitalisées pour avoir tenté de le faire (Fortin & Ruel, 2012). En extrapolant les chiffres pour une année complète, il y aurait près de 3000 personnes qui

font une tentative de suicide par année au Québec et qui ont dû être hospitalisées suite à ce geste. Il faut aussi savoir que ce ne sont pas toutes les tentatives de suicide qui mènent à une hospitalisation, ce qui laisse présager que le nombre de tentatives de suicide au Québec serait bien supérieur à ce chiffre. En effet, selon les estimations de l'EQSP 2008, pour la seule année 2008, 0,5 % de la population québécoise aurait fait une tentative de suicide au cours des derniers 12 mois, soit environ 28 000 personnes. Pour la question des tentatives de suicide, la tendance semble être inversée par rapport aux décès par suicide. Selon les données de l'EQSP 2008, les femmes sont généralement plus nombreuses que les hommes à faire une tentative de suicide. Elles seraient trois fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (Fortin & Ruel, 2012). Quant à la présence d'idées suicidaires, toujours pour 2008, 2,3 % de la population a songé sérieusement au suicide au cours de cette dernière année, soit environ 144 000 personnes. Par ailleurs, la proportion d'hommes à avoir eu des idées suicidaires sérieuses au cours de la dernière année est légèrement supérieure (2,5 %) à celle des femmes (2,2 %). Ces données concernent ainsi la population générale et y démontrent l'ampleur des comportements suicidaires.

Il existe toutefois une autre population où le taux de suicides est élevé et qui est composée majoritairement d'hommes; la population carcérale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2007), le suicide est souvent la cause la plus courante de décès non naturels en milieu correctionnel. Le milieu carcéral est un milieu unique en soi, avec ses propres règles et codes de conduite, où les notions de liberté individuelles et



d'autonomie prennent un tout autre sens, pouvant entraîner un sentiment d'aliénation et de déshumanisation chez le détenu. Plus encore, l'environnement carcéral est composé de plusieurs individus présentant une grande variété de diagnostics de santé mentale et de troubles comportementaux (Engstrom, 2005). Il appert alors que le milieu carcéral est un milieu très particulier qui peut entraîner plusieurs répercussions majeures au niveau de la santé physique et mentale des détenus, encore plus pour ceux présentant déjà une vulnérabilité lors de leur arrivée en détention. L'importance de la prévention du suicide en milieu carcéral découle notamment du fait que les prisons et pénitenciers sont tenus de protéger la santé et la sécurité de la population carcérale, tout manquement à cette obligation expose l'institution à des poursuites judiciaires. Le comportement suicidaire de certains détenus constitue en outre un événement stressant pour les agents correctionnels et pour les autres détenus qui y sont confrontés (OMS, 2007).

À l'intérieur d'une population à risque aussi élevé que celle-ci, la connaissance des antécédents psychologiques du suicide est particulièrement importante dans un cadre de prévention et de pratiques cliniques (Mills, Green, & Reddon, 2005). Il a été suggéré que les caractéristiques psychologiques sont fortement associées aux comportements suicidaires et que des différences de traits de personnalité individuels (dont l'hostilité et l'agression entre autres) peuvent prédire les tentatives de suicide (Sarchiapone et al., 2009). Bien que plusieurs caractéristiques psychologiques aient été mises de l'avant pour expliquer le phénomène du suicide dans la population générale et en détention, il n'en demeure pas moins que le suicide est un phénomène complexe et que l'interaction des

différents facteurs mis de l'avant reste mal comprise. Pour les hommes en détention, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, dont un historique de tentatives de suicide (Hawton & van Heeringen, 2009), un statut de prévenu (détenu n'ayant pas encore reçu sa sentence) (Fruehwald, Matschnig, Koenig, Bauer, & Frottier, 2004), le fait d'avoir été condamné pour un délit violent (Dear, 2008; Hall, Fischer, & Dear, 2006), la présence d'un trouble psychiatrique (Engstrom, 2005), l'impulsivité (Verona, Patrick, & Joiner, 2001) et l'abus significatif de substances psychoactives (Ivanoff, 1989). Il va sans dire que ceci ne constitue que quelques-uns des facteurs de risque pour le suicide en détention qui ont été étudiés dans la littérature scientifique. D'autres facteurs de risque existent, bien que n'ayant pas fait l'objet d'études approfondies, dont le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, plus communément appelé TDAH. Le TDAH peut être une variable d'intérêt dans la problématique du suicide étant donné que les personnes présentant ce trouble à l'âge adulte présentent de nombreuses caractéristiques similaires aux facteurs de risque du suicide dont l'abus de substances psychoactives, l'impulsivité, une comorbidité élevée de troubles psychiatriques ainsi qu'un historique de comportements délinquants. Les recherches ont démontré que le TDAH, souvent associé spontanément à l'enfance et l'adolescence, est un problème qui affecte aussi grandement les adultes. Bien que l'âge d'apparition de ce trouble se situe à l'enfance, les problèmes reliés au TDAH peuvent continuer de persister à l'âge adulte, persistance pouvant atteindre jusqu'à 50 % des enfants TDAH devenus adultes selon la composition du groupe à l'étude (Faraone & Biederman, 2005).

Dans un contexte de recherche sur les comportements suicidaires, plusieurs options s'offrent au chercheur quant à la détermination du sujet de recherche ainsi qu'à la nature quantitative ou qualitative des données. Certains s'intéresseront au décès par suicide en essayant de récolter le plus d'informations possibles sur l'acte et la victime, telles que les détails de la mort, le contexte social et la santé physique et mentale de la victime et ses antécédents entre autres. D'autres chercheurs s'intéresseront plutôt à la question des tentatives de suicide en procédant à des entrevues avec des personnes ayant fait une tentative. Certains préféreront se concentrer sur les données statistiques des décès par suicide et tentatives de suicide afin de dresser un portrait de la situation et voir l'évolution ou la diminution de ces événements à travers une certaine période de temps. Cette thèse doctorale a pour but de proposer de nouvelles pistes de recherche sur les tentatives de suicide dans une population carcérale en étudiant plus spécifiquement la présence et la létalité des tentatives de suicide antérieures des nouveaux détenus en fonction de leurs symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), de leur historique de santé mentale et de leurs comportements violents. Plus particulièrement, cette recherche a pour but de comparer deux groupes de détenus ayant un historique de tentatives de suicide (une tentative de suicide seulement et plus d'une tentative de suicide) et de voir s'il existe des différences en lien avec les variables mentionnées. Plus spécifiquement, cette recherche a pour but de déterminer si la présence d'un TDAH peut être reconnue comme étant un facteur de risque pour les tentatives de suicide. Si un tel risque existe, quelles sont les dynamiques sous-jacentes pouvant expliquer ce phénomène? Pour ce faire, nous allons, dans un premier temps, identifier les facteurs de risque de ce

phénomène qui se trouvent dans la littérature scientifique, et ce, autant dans la population générale que carcérale. Nous aurons recours à des modèles théoriques mettant en lien les facteurs de risque cités dans les recherches sur le suicide. La section suivante abordera la méthodologie employée pour la collecte de données et l'analyse des résultats. L'analyse des résultats sera ensuite abordée et les résultats interprétés en fonction des questions et hypothèses de recherche. Pour terminer, il sera notamment question des limites découlant de cette recherche et des conclusions que nous pouvons en tirer.

## **Contexte théorique**

Dans la première partie de ce chapitre, il sera d'abord question de la recherche en détention, faisant état de l'ampleur du phénomène des comportements suicidaires en prison, avec une emphase sur les décès par suicide et les tentatives de suicide. Seront ensuite énumérés les différents problèmes terminologiques affectant la recherche sur le suicide ainsi que les théories criminologiques expliquant l'apparition du phénomène suicidaire en détention, soit la théorie de l'importation et la théorie de la privation décrites par Huey Dye (2010). La question des caractéristiques individuelles et des comportements suicidaires sera abordée en deuxième lieu. Dans cette section, il sera notamment question des différents facteurs de risque sociodémographiques en lien avec les comportements suicidaires en détention et la répétition des tentatives de suicide. Étant donné les nombreuses recherches sur les facteurs de risque pour les comportements suicidaires en lien avec la santé mentale, ce sujet sera ensuite abordé. Les différents troubles de santé mentale selon l'axe I et l'axe II du DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) seront abordés ainsi que la question de la comorbidité, et ce, autant pour la population générale que carcérale. La question de la santé mentale sera plus amplement abordée en fonction d'un trouble bien particulier qui fait l'objet de la présente recherche, soit le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Du fait que le TDAH est considéré comme un trouble neurocomportemental, le sujet de l'autorégulation et des fonctions exécutives en général, ainsi que leurs liens avec le TDAH et les

comportements suicidaires, sera abordé afin de mieux comprendre les enjeux et déficits particuliers au TDAH. Dans la troisième et dernière section du contexte théorique, les différents modèles théoriques qui ont servi de prémisse à cette étude seront décrits afin de permettre de mieux comprendre la relation entre les comportements suicidaires et le TDAH. Parmi ces différents postulats théoriques, il y aura ceux expliquant le lien entre les conduites criminelles, le comportement délinquant et le TDAH, dont le modèle du *General Strain Theory* (GST) d'Agnew (1992). Le modèle théorique de Plutchik et van Praag, « Modèle des deux stades vers le suicide et la violence », sera ensuite utilisé pour décrire le lien entre les comportements violents et les comportements suicidaires (Plutchik, van Praag, & Conte, 1988). Des études ayant ciblé spécifiquement le lien entre le TDAH et les comportements suicidaires viendront appuyer les assises théoriques de la recherche. Finalement, les objectifs de la recherche ainsi que les différentes hypothèses de recherche en lien avec la problématique du TDAH et les comportements suicidaires seront explicités.

### **Recherche en détention : ampleur des comportements suicidaires et notions théoriques**

Au fil des ans, plusieurs recherches ont été effectuées de par le monde afin d'étudier les comportements suicidaires en détention. Les résultats de ces recherches ont permis de mieux comprendre l'étendue et la prévalence de ces comportements chez les détenus et ainsi démontrer l'ampleur d'une problématique inquiétante et persistante devant être abordée. Par contre, il est à noter que la recherche concernant les comportements suicidaires, autant dans la population générale que carcérale, a été freinée par un manque

de cohérence entre les diverses recherches à propos des définitions utilisées de ce que constitue un comportement suicidaire. Ce manque de cohérence fait en sorte qu'il était parfois difficile de comparer les résultats de recherche en raison d'une terminologie inconsistante. Ainsi, certains auteurs ont tenté d'uniformiser les différentes terminologies afin de pallier ce problème (O'Carroll et al., 1996; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a). D'autres auteurs ont quant à eux utilisé l'approche criminologique afin de mieux comprendre et expliquer l'apparition des comportements suicidaires en détention (Hayes & Rowan, 1988). La section qui suit abordera ces thèmes.

### **Ampleur des comportements suicidaires en détention**

Une notion importante qui se doit d'être abordée avant toute chose est la distinction qui existe entre le terme pénitencier et prison. Au Canada, le terme « prison provinciale » ou « établissement de détention » est utilisé afin de désigner un endroit où une personne condamnée à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour est incarcérée. Ces « prisons » accueillent également les personnes qui sont dites « prévenues », qui sont en attente d'une sentence. Une personne condamnée à une peine de deux ans ou plus purge sa peine dans un pénitencier, qui est sous l'autorité du Service correctionnel du Canada (Ministère de la Sécurité publique, 2014). Aux États-Unis, qui sont souvent utilisés comme pays de comparaison avec le Canada en raison de leur proximité géographique, une distinction semblable s'applique sauf que la durée de la peine d'emprisonnement qui va déterminer le type d'établissement est fixée à un an seulement, deux ans dans certains



cas. Ceci étant dit, nous verrons plus loin que la présente recherche a été réalisée dans un pénitencier canadien.

Des résultats d'études provenant de différents pays confirment que les « prisonniers », entendus au sens large, ont un risque accru d'avoir des idéations suicidaires, de faire une tentative de suicide ou de mourir par suicide comparativement à la population générale (Fazel & Danesh, 2002; Jenkins et al., 2005; Shaw, Baker, Hunt, Moloney, & Appleby, 2004). En ce qui concerne les tentatives de suicide, les données recensées au Canada pour l'année 2010-2011 démontrent que 54 tentatives de suicide ont été signalées dans les établissements du Service correctionnel du Canada (Sapers, 2012), dont 72 % ont été commises par des hommes. En 2010-2011, au cours d'une journée moyenne, le Service correctionnel du Canada était responsable de 14 200 détenus incarcérés (Sapers, 2011). Bien que ce chiffre peut sembler minime en comparant le nombre de tentatives de suicide totale par rapport au nombre de détenus moyens sur une année, il n'en demeure pas moins que, durant l'année 2010-2011, le taux ajusté de tentatives de suicide était d'environ 38 tentatives par 100 000 détenus. En sachant que la présence d'une tentative de suicide antérieure constitue un facteur de risque pour une possible mort par suicide, chaque tentative de suicide doit être prise au sérieux, le système carcéral devant minimiser les risques de récidives des comportements suicidaires en offrant tout le soutien nécessaire au détenu dans le besoin.

Pour les décès par suicide en détention, les données démontrent que la situation est inquiétante. Aux États-Unis, le suicide est la troisième cause de mortalité dans les pénitenciers et la seconde dans les prisons (Daniel, 2006). Le phénomène du suicide a pris une telle ampleur dans le milieu carcéral que les chercheurs estiment présentement qu'il est de onze à quatorze fois plus élevé dans la population carcérale que dans la population générale (McKee, 1998). Au Canada, pour la période 2003-2005, Fazel, Grann, Kling et Hawton (2011) ont dénombré 44 morts par suicide, ce qui donne un taux de 70 suicides par 100 000 prisonniers, soit un taux nettement plus élevé que les taux cités pour la population générale. Bien que cette statistique soit en train de changer, la province de Québec a souvent été une province, avec celles de l'Atlantique, où le taux de suicide était le plus élevé dans le système correctionnel fédéral. Pour l'année 1989-1990, 40,5 % des suicides en détention ont eu lieu dans la province de Québec, tandis qu'elle hébergeait 29,6 % de la population carcérale totale (Green, Andre, Kendall, Looman, & Polvi, 1992). Qui plus est, sur les 130 cas de mort par suicide recensés dans le service correctionnel fédéral pour la période 1991-2000, 55 suicides (42,3 %) avaient eu lieu dans les pénitenciers québécois. Bien qu'il faille convenir que ces périodes de référence ne soient pas récentes, elles démontrent que, proportionnellement, plus de détenus fédéraux incarcérés au Québec se suicident (Ministère de la Sécurité publique, 2009) que dans les autres provinces. Toutefois, d'autres données plus récentes, couvrant la période 2003 à 2008, démontrent que le Québec n'est plus la province où le taux de suicide par rapport au nombre de détenus est le plus élevé dans le système correctionnel fédéral. Pour cette période, il y a eu 66 morts par suicide dénombrées. Pour la région administrative du

Québec, qui hébergeait 24,5 % de la population carcérale, il y a eu 15 suicides (22,7 %) en détention. C'est dans la région du Pacifique que le taux est le plus élevé. Dans cette région, il y a eu 17 suicides (25,8 %) en détention, tandis qu'elle hébergeait seulement 14,4 % de la population carcérale (Power & Riley, 2010). Dans le système correctionnel québécois (établissements provinciaux pour les prévenus et ceux purgeant une peine de moins de deux ans), les données les plus récentes sur le suicide proviennent du ministère de la Sécurité publique et concernent la période du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2006. Pour cette période, il y a eu 65 cas de décès par suicide. À titre de comparaison des taux de suicide, pour l'année 2004-2005, il y a eu 150 suicides par 100 000 prisonniers dans les prisons du Québec tandis que, dans les prisons des autres provinces, ce taux était de 40 suicides par 100 000 prisonniers (Ministère de la Sécurité publique, 2009).

### **Problèmes de terminologie**

Un problème récurrent dans les études portant sur les comportements suicidaires est la disparité des définitions. Il en découle une difficulté dans la conceptualisation et la définition du comportement suicidaire. Actuellement, de nombreux auteurs ne définissent pas de manière adéquate les termes qu'ils utilisent. Il est souvent impossible de comprendre quels sont les comportements qui sont inclus et ceux qui sont exclus de leurs études sur les comportements suicidaires (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011). La plupart des auteurs sont d'avis que l'utilisation de définitions inadéquates et contradictoires du suicide, des tentatives de suicide et idées suicidaires constitue souvent une limite à la recherche dans le domaine (Silverman et al., 2007a). Un

effort important de clarification et de conceptualisation des termes reliés au suicide et, de façon plus large, aux comportements suicidaires, fut fait par O'Carroll et al. en 1996, tandis que Silverman et al. (2007a) ont entrepris une révision de la nomenclature en 2007 (voir Silverman et al., 2007a et 2007b pour une révision complète). La justification derrière cette révision de la nomenclature d'O'Carroll et al. était d'améliorer l'habileté des cliniciens, épidémiologistes, décideurs politiques et chercheurs à mieux communiquer entre eux et à étudier des populations similaires qui sont à risque pour les idées suicidaires, les verbalisations suicidaires et les comportements suicidaires (Silverman et al., 2007a). Le schéma de la nomenclature élaboré par Silverman et al. (2007a) repose sur les concepts clés de différenciation entre la présence ou l'absence d'intention de mourir et la présence ou l'absence de blessure. Les auteurs ont spécifiquement mis de côté le concept de létalité du geste, du fait qu'il semble y avoir un manque de concertation quant à sa définition et sa mesure.

Dans la nomenclature de Silverman et al. (2007b), les auteurs ont stipulé que, s'il n'y avait pas d'intention de mourir associée au comportement suicidaire, alors une nouvelle branche de la nomenclature devait être explorée, en commençant par l'automutilation. L'automutilation est définie comme un comportement auto-infligé, potentiellement préjudiciable pour lequel il y a des preuves (implicites ou explicites) que la personne n'avait pas l'intention de se tuer. Selon Silverman et al. (2007b), les personnes adoptent des comportements d'automutilation lorsqu'elles veulent utiliser l'apparence de vouloir se tuer afin d'arriver à d'autres fins (par ex. : recevoir de l'aide, punir quelqu'un, recevoir

de l'attention ou réguler une humeur négative). Certains auteurs utilisent le terme auto-agression de façon interchangeable pour désigner un acte d'automutilation. Dans la nomenclature de Silverman et al. (2007b), la tentative de suicide est définie comme étant un comportement auto-infligé, potentiellement préjudiciable dont l'issue est non-fatale et pour lequel il y avait une indication (implicite ou explicite) d'intention de mourir. Une tentative de suicide peut résulter en : aucune blessure, des blessures ou la mort. L'utilisation du terme « tentative de suicide » est spécifiquement reliée à un geste auto-infligé dont l'intention était de mettre un terme à la vie et qui se distingue de l'automutilation et des comportements suicidaires indéterminés (Silverman et al., 2007b).

Cette nomenclature (axée autour de l'automutilation et de la tentative de suicide) devient très utile lorsque vient le temps de faire de la recherche sur les comportements suicidaires en permettant notamment de mieux décrire le comportement suicidaire en cause. Toutefois, un problème continue d'exister par rapport à sa conceptualisation et découle du fait qu'il est difficile d'évaluer en termes concrets l'intention de mourir lorsque vient le temps d'évaluer si le geste constitue une tentative de suicide ou un comportement d'automutilation. Silverman et al. (2007b, p. 274) résument ainsi la situation : « une complication potentielle du fait de séparer l'automutilation et la tentative de suicide en deux catégories séparées est qu'il peut être possible que l'intention d'automutilation et l'intention suicidaire soient présentes chez un individu au même moment » (traduction libre). De plus, en utilisant cette nomenclature révisée, ceux qui s'engagent dans l'automutilation et ceux qui font des tentatives de suicide peuvent présenter certaines

caractéristiques qui se chevauchent (Silverman et al., 2007b). Néanmoins, le travail d'O'Carroll et al. en 1996 et celui subséquent de Silverman et al. en 2007 ont permis de mieux définir les différents comportements reliés au suicide et permis une certaine standardisation des définitions et conceptualisations du suicide. Néanmoins, d'autres études doivent être effectuées afin de confirmer ou infirmer cette nomenclature et tester les différents instruments s'y rattachant.

Notons toutefois que le fait d'exclure le concept de létalité de la tentative de suicide prive le chercheur d'informations pertinentes en lien avec la tentative de suicide d'un individu. Le terme létalité a été utilisé pour faire référence à la gravité (c'est-à-dire évaluer la gravité ou le potentiel mortel) d'une tentative de suicide en particulier (Card, 1974). Il demeure un outil important pour la compréhension de ceux qui ont survécu à une tentative de suicide (Hawton, 2001). Il existerait possiblement un lien implicite entre l'intention de mourir et la létalité du comportement autodestructeur (Lohner & Konrad, 2007), bien que l'interprétation de l'intention de mourir ne soit pas toujours claire chez ceux ayant survécu à une tentative de suicide. Outre les différentes terminologies utilisées à travers les recherches sur le suicide, il existe d'autres axes de recherche qui tentent de déterminer d'où provient l'apparition des comportements suicidaires. Un de ces axes concerne les comportements suicidaires chez les personnes en détention.

### **Théories de l'importation et de la privation**

Le phénomène du suicide en prison a fait l'objet de nombreuses études afin de décrire les caractéristiques environnementales et individuelles des détenus qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui sont morts par suicide. Deux notions théoriques, dérivées des recherches en criminologie, ont été appliquées à l'étude du phénomène du suicide pour expliquer la dynamique amenant l'individu à poser un geste suicidaire (automutilation, tentative de suicide, suicide). Cette dynamique expliquant l'apparition des comportements suicidaires en détention est spécifiquement en lien avec les caractéristiques de la détention carcérale, soit l'environnement carcéral ou les prisonniers eux-mêmes. Chacune de ces deux théories tente de déterminer si c'est le milieu carcéral qui fait en sorte que les individus deviennent suicidaires et posent un geste suicidaire ou si c'est une vulnérabilité psychologique déjà présente chez le détenu qui va faire en sorte qu'il va passer à l'acte durant son incarcération.

La première théorie, nommée la « théorie de la privation », stipule que l'inadaptation à la vie en prison (p.ex., la violence, l'agression, l'anxiété, la dépression, la détresse et le suicide) provient du milieu carcéral restrictif ou totalitaire et d'autres problèmes découlant de l'emprisonnement (Huey Dye, 2010). L'environnement carcéral, de par ses nombreuses privations au niveau des droits individuels, des libertés de mouvement, des décisions, de la sécurité et de l'autonomie peut créer un climat propice à l'apparition de comportements agressifs et autodestructeurs. Les façons dont les détenus vont s'adapter à ces conditions peuvent être variables. La privation peut augmenter les comportements

d'opposition chez les individus (c.-à-d. la violence ou le suicide) ou peut amener le développement d'une sous-culture de solidarité et de coopération chez les détenus (Huey Dye, 2010). Dans une étude exhaustive sur le suicide en prison aux États-Unis, Hayes et Rowan (1988) ont cité quelques caractéristiques du milieu carcéral qui peuvent entraîner une augmentation des comportements suicidaires. Celles-ci incluent : 1) la peur de l'inconnu; 2) un environnement autoritaire; 3) une absence apparente de contrôle sur son avenir; 4) l'isolement de la famille et autres personnes significatives; 5) la honte de l'incarcération; et 6) l'aspect déshumanisant de l'incarcération. En fonction de cette approche, le suicide en prison est expliqué par les conditions carcérales restrictives qui prévalent et entraînent une déshumanisation du prisonnier. Le prisonnier, ne voyant pas de possibilités d'échapper à sa condition, peut en venir au point de voir le suicide comme l'ultime solution. C'est la capacité d'adaptation du prisonnier qui est au cœur même de cette théorie.

La deuxième théorie, plus contemporaine, celle de l'importation, décrit le suicide chez les détenus comme la résultante des caractéristiques individuelles du détenu et de sa personnalité au moment de son admission en détention. Contrairement à la perspective de la privation, la théorie de l'importation attribue l'inadaptation en prison aux prédispositions des détenus et non à des conditions spécifiques de l'environnement carcéral (Huey Dye, 2010). Cette théorie suggère que ce sont les caractéristiques démographiques, sociales et psychologiques qui expliquent le mieux le suicide en prison. Lors de leur arrivée en détention, les détenus vont amener leurs expériences, leurs valeurs et leurs bagages



psychologiques et ces prédispositions, combinées ensemble, vont agir en tant que facteurs de risque pour le suicide. Selon cette théorie, l'environnement carcéral ne joue aucun ou presque aucun rôle dans le phénomène du suicide et c'est l'individu qui, de par sa façon d'être, fait en sorte qu'il est suicidaire ou non. Hayes et Rowan (1988) ont aussi décrit quelques caractéristiques qui se retrouvent chez les détenus et qui peuvent expliquer le suicide en prison. Un détenu peut être confronté à une situation de crise impliquant :

- 1) une récente consommation excessive d'alcool ou de drogues;
- 2) la perte récente de ressources stabilisantes;
- 3) une culpabilité excessive ou une honte liée à l'infraction;
- 4) une agression sexuelle ou la menace d'en subir une;
- 5) une maladie mentale actuelle;
- 6) une mauvaise santé physique ou une maladie terminale; et
- 7) un point de rupture émotionnelle (Hayes & Rowan, 1988).

Bien que la théorie de l'importation, comme telle, ne soit nullement citée dans l'étude de Hayes et Rowan, ceci constitue un bon exemple des caractéristiques individuelles qui peuvent augmenter le risque suicidaire chez les détenus.

Ces deux approches théoriques fournissent des pistes de réflexion quant au phénomène du suicide en milieu carcéral. Il faut toutefois être prudent quant à l'interprétation que nous pouvons en faire et ainsi arriver à la conclusion que le suicide en prison est la résultante exclusive de l'environnement carcéral ou de la personnalité du détenu. Cela ne prendrait pas en compte la complexité du phénomène du suicide ni celle de la vie en détention et équivaldrait à croire que le suicide est un phénomène qui pourrait se réguler de par l'application de mesures visant à modifier l'environnement ou les

comportements des détenus et leur personnalité. Il y a lieu de croire que l'explication du suicide en prison provient d'un amalgame de ces deux théories et que les caractéristiques environnementales sont autant à considérer que les caractéristiques individuelles des détenus lorsqu'il s'agit du suicide en milieu carcéral (voir Huey Dye, 2010, pour une analyse approfondie du sujet). Selon Daigle et Côté (2002), la problématique suicidaire, en milieu carcéral comme ailleurs, s'explique mieux dans un modèle écologique où plusieurs facteurs entrent en jeu, dont les facteurs de santé mentale. Ceci étant dit, l'approche de l'importation sera privilégiée dans la présente étude du fait qu'elle s'intéresse surtout aux caractéristiques individuelles des nouveaux détenus avant que ceux-ci commencent leur peine d'emprisonnement. Par conséquent, ces détenus n'ont pas encore été influencés par l'environnement, les conditions et la vie en détention (théorie de la privation). Il devient alors important de se pencher sur les divers facteurs de risque qui peuvent amener une personne à faire une tentative de suicide et mourir par suicide. Ces facteurs de risque peuvent être décrits en fonction de caractéristiques individuelles de la personne, qui englobent autant les caractéristiques sociodémographiques que les caractéristiques psychologiques, incluant les troubles de santé mentale.

### **Caractéristiques sociodémographiques et comportements suicidaires**

De nombreuses recherches ont permis de mieux comprendre les comportements suicidaires en détention en identifiant plusieurs facteurs de risque. Tandis que certains facteurs de risque concernaient les troubles de santé mentale des détenus, d'autres s'intéressaient à leurs caractéristiques sociodémographiques. Ces recherches tentaient de

comprendre pourquoi certaines personnes en détention étaient plus à risque de comportements suicidaires que d'autres et ce qui les différenciait. Le but ultime était d'identifier les détenus les plus vulnérables et, ainsi, de minimiser l'apparition des comportements suicidaires et le risque de mort par suicide.

Il est à noter que certaines personnes, en détention ou non, vont faire une seule tentative de suicide dans toute leur vie tandis que d'autres vont répéter ce geste. Étant donné que la présence de tentatives de suicide antérieures est considérée comme un facteur de risque important pour l'apparition de nouveaux comportements suicidaires, la connaissance des facteurs de risque expliquant la récurrence des comportements suicidaires devient essentielle. Dans la section qui suit, il sera notamment question des facteurs de risque sociodémographiques en lien avec les comportements suicidaires en détention ainsi que de la répétition des comportements suicidaires.

### **Facteurs de risque sociodémographiques en détention**

Le suicide est un problème multifactoriel et aucun facteur de risque unique ne peut expliquer à lui seul l'apparition du problème; c'est un phénomène complexe qui est probablement la résultante d'une interaction entre plusieurs facteurs (McGirr et al., 2008). Malgré le fait que les causes de ce phénomène soient multifactorielles, plusieurs pistes de recherche ont été proposées au fil des ans. Cependant, parce que la recherche sur le suicide est rétrospective, une relation de cause à effet entre les facteurs de risque et la mort par suicide ne peut être établie. Dans les études sur le suicide, ce qui semble être la cause de

ce phénomène est plutôt considéré comme étant un facteur associé (Daniel, 2006), nous ne pouvons jamais arriver à cibler avec exactitude la cause du suicide. Il s'agit plutôt d'une longue liste d'événements qui s'accumulent et entraînent l'individu vers une souffrance intolérable, à un point tel qu'il envisage le suicide comme solution pour mettre fin à cette souffrance.

Hall et al. (2006) ont fait valoir que des facteurs psychologiques associés aux infractions criminelles (facteurs criminologiques), en particulier ceux associés à la criminalité violente, peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour les comportements suicidaires en prison. Dans une étude de Wichmann, Serin et Motiuk (2000) pour le Service correctionnel du Canada, les auteurs se sont penchés sur les différences entre les détenus qui ont tenté de se suicider et ceux n'ayant jamais fait de tentative en détention. Un des objectifs de cette étude était d'identifier les variables d'intérêt pour la détection du risque suicidaire. Wichmann et ses collègues (2000) ont ainsi comparé 731 prisonniers masculins qui avaient tenté de se suicider en détention à 731 prisonniers masculins n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Les résultats ont révélé que les détenus qui ont fait des tentatives de suicide étaient le plus souvent caucasiens, généralement plus jeunes que leurs codétenus (moins de 30 ans), ne s'étaient jamais mariés, étaient coupables d'homicides et de vols, donc moins susceptibles d'avoir commis des délits d'ordre sexuel ou reliés à la drogue, plus susceptibles de purger une sentence à vie ou d'avoir un statut de prévenu et plus susceptibles d'être placés dans une institution à sécurité maximale lors de l'admission. Il existe d'autres facteurs de risque pour le suicide

en détention qui ont été cités dans la littérature, ceux-ci étant similaires aux facteurs de risque des comportements suicidaires ciblés pour la population générale. Ces facteurs sont l'abandon scolaire à un jeune âge et un faible niveau d'éducation, un réseau social limité et une enfance difficile, particulièrement si l'individu a été en contact avec les autorités locales pendant sa jeunesse (polices, tribunaux, protection de l'enfance) (Meltzer et al., 2002).

Il est important de mentionner que ce portrait sociodémographique est celui qui a été le plus souvent cité dans la littérature scientifique; des différences individuelles en termes d'âge, d'origine ethnique, de délit et d'éducation peuvent exister selon l'échantillon à l'étude. Il serait risqué pour le personnel carcéral de ne se fier uniquement qu'à ces caractéristiques lorsque vient le temps de détecter les individus potentiellement suicidaires. Selon Hayes et Rowan (1988), l'intention du profil est de sensibiliser le personnel carcéral aux caractéristiques figurant le plus souvent chez les victimes de suicide en prison, tout en agissant comme un outil complémentaire aux signes et aux comportements pouvant être observés chez les détenus à risque. Ignorer les signes les plus révélateurs d'un comportement potentiellement suicidaire parce que l'individu n'a pas le profil ne serait pas seulement inapproprié, mais négligent (Hayes & Rowan, 1988).

Un des résultats généralement accepté dans la littérature sur les comportements suicidaires en détention est que les personnes d'origine caucasienne sont surreprésentées parmi celles ayant fait une tentative et ayant complété un suicide, tandis que les personnes

afro-américaines sont sous-représentées (Haycock, 1989). Dans une étude de Way, Miraglia, Sawyer, Beer et Eddy (2005) portant sur le suicide dans les prisons de l'État de New York, les auteurs ont examiné 76 cas de suicide dont la totalité des personnes décédées par suicide a eu un contact avec les services de santé mentale pendant leur détention. Way et ses collègues ont ainsi comparé le cas de 76 morts par suicide avec tous les détenus ayant eu un contact avec les services de santé mentale ( $N = 7236$ ) pour la période où les données ont été comparées, soit de 1993 à 2001. Un des résultats de l'étude est que les individus de descendance afro-américaine étaient moins enclins à se suicider comparativement aux détenus non afro-américains ayant eu recours aux services de santé mentale et ceux de la population carcérale totale (Way et al., 2005). Plusieurs explications, dont la surreprésentation des afro-américains en détention, peuvent expliquer cet état de fait, mais il faut prendre garde ici de ne pas tomber dans les stéréotypes et le racisme. En effet, en introduction de son article, Haycock (1989) met en garde le lecteur que « l'interprétation voulant que le style de vie des afro-américains prépare mieux ceux-ci à [la réalité de] la prison ne tient pas compte des facteurs institutionnels et interpersonnels qui peuvent influencer sur le comportement des détenus » (traduction libre). Il est important de préciser que ces données proviennent des États-Unis, un pays où la surreprésentation des personnes de descendance afro-américaine en détention est bien connue et documentée, ce qui ne s'applique pas nécessairement au Québec, lieu de la présente recherche. Bien que la réalité de la détention au Québec diffère de celle des États-Unis, il n'en demeure pas moins qu'une recherche plus approfondie explorant les différences des comportements suicidaires entre les individus de descendance afro-américaines et

caucasiennes pourrait apporter de nouvelles pistes de réflexion pour la prévention du suicide en milieu carcéral (voir Rockett, Samora, & Coben, 2006 sur ce sujet).

Un autre facteur mis de l'avant parmi ceux associés au risque de suicide en détention est le moment d'arrivée des nouveaux détenus. La période initiale de l'arrivée des nouveaux prisonniers qui n'ont plus le statut de prévenu est une période à très haut risque; dix pourcent de ceux ayant commis un suicide en prison l'ont fait à l'intérieur des premières 24 heures (Towl & Crighton, 1998), le risque étant maximal durant les trois premières heures (Hayes & Rowan, 1988) pour les détenus ayant reçu une sentence. Des études récentes démontrent que les détenus vivent une autre période à haut risque de comportements suicidaires dans les 60 jours après leur arrestation (Frottier et al., 2002). Il n'en demeure pas moins que, d'un principe général, le niveau de risque suicidaire tend à diminuer avec le temps, avec une diminution remarquée après les trois premiers mois (Towl & Crighton, 1998). Ces données tendent à démontrer l'importance qu'il faut accorder à la prévention du suicide en milieu carcéral lorsque des nouveaux détenus arrivent en détention, et ce, pour les premiers mois de leur incarcération. Il serait toutefois illusoire de croire que cette vigilance doit être diminuée après cette période de temps, les détenus ne demeurant pas moins vulnérables aux nouvelles situations de détresse (refus de remise en liberté, difficultés familiales, isolement, infractions pénales, etc.) pouvant entraîner de nouveaux comportements suicidaires.

Le statut particulier de prévenu (en attente d'un procès ou d'une sentence) a souvent été cité comme étant un facteur de risque d'importance. Fruehwald et ses collègues (2004) ont fait une étude portant sur 220 cas de suicide en prison (103 prévenus en attente de leur sentence ainsi que 117 détenus ayant reçu une sentence, dont 17 souffraient de troubles de santé mentale). Les auteurs ont ainsi comparé les suicides des 103 prévenus à un groupe contrôle de 195 prisonniers sans comportement suicidaire afin de mieux cibler les facteurs de risque de ces comportements. Pour les prisonniers en détention préventive, les facteurs de risque associés au suicide étaient, en ordre d'importance : un hébergement dans une cellule unique, des tentatives de suicide antérieures connues, une prescription de médicaments psychiatriques pendant la détention et un crime à caractère très violent. En ce qui concerne les facteurs pour les détenus ayant reçu une sentence, les auteurs ont trouvé que les plus importants étaient : un diagnostic de santé mentale, un hébergement dans une cellule unique, des tentatives de suicide antérieures connues, un crime à caractère très violent comme dernier motif d'incarcération et une prescription de médicaments psychiatriques pendant la détention. À l'exception du diagnostic de santé mentale, les facteurs de risque pour le suicide en détention sont donc similaires pour les prévenus et les détenus. En raison du faible nombre de détenus ayant un trouble de santé mentale, les auteurs de cette étude n'ont pu faire de comparaison avec un groupe contrôle afin de mieux comprendre le lien entre les troubles de santé mentale et les comportements suicidaires en détention. Bien que les facteurs de risque pour le suicide en détention semblent être les mêmes pour ces deux groupes de détenus à l'étude, il peut toutefois exister certaines différences. Ces différences peuvent traduire des capacités d'adaptation ou de résilience



différentes entre chaque personne incarcérée, il importe toutefois de se rappeler que les détenus demeurent un groupe à risque élevé de comportement suicidaire. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2007), les détenus en attente de procès présentent un taux de tentatives de suicide environ 7,5 fois plus élevé que celui des hommes dans la population générale, ce qui augmente proportionnellement la probabilité d'une mort par suicide lorsque la personne se retrouve en détention. Pour un prévenu, le stress lié à l'attente d'un procès, une soudaine prise de conscience de son implication dans un crime et d'une possible période d'incarcération d'une durée indéterminée peuvent-ils l'amener à reconsidérer sa volonté de passer au travers ce processus et envisager le suicide comme une option pour échapper à ces conséquences?

Il existe une autre catégorie de détenus pour qui le risque suicidaire est plus important en raison de la particularité de leur peine de prison, en l'occurrence les détenus condamnés à la perpétuité. Étant un groupe distinct de prisonniers, ils ont un risque général de suicide plus élevé que la population générale de la prison (Towl, 2003). Pour ce type de détenus, les éléments clés d'une transition vers une trajectoire suicidaire peuvent inclure les nouvelles d'une décision concernant leur progression dans le système carcéral ou une libération (Towl, 2003). Dans le cas d'un détenu condamné à la perpétuité, il y aurait lieu de se poser la question à savoir si la prise de conscience d'une non-possibilité d'être admissible à une libération conditionnelle avant une très longue période de temps peut l'amener à songer au suicide, le suicide étant une façon pour lui d'échapper à une condition

sans issue. Il serait alors intéressant de se pencher sur le lien entre ce statut particulier de détenu et les comportements suicidaires.

### **Répétition des tentatives de suicide**

Le fait d'avoir un antécédent de tentative de suicide a aussi été identifié pour expliquer le risque d'un nouveau passage à l'acte suicidaire, et ce, dans la population générale et carcérale. Dans la plupart des études portant sur les facteurs de risque du suicide, un historique d'auto-agression ou de tentatives de suicide est le facteur le plus important, présent dans au moins 40 % des cas (Hawton & van Heeringen, 2009). Fruehwald, Eher et Frottier (2001) ont examiné le lien entre les comportements suicidaires antérieurs et les suicides complétés. Ils ont trouvé que 50 % des détenus qui ont commis un suicide avaient fait des tentatives de suicide par le passé. Les recherches suggèrent que les détenus qui ont un historique de comportements suicidaires sont plus enclins à commettre un suicide que leurs pairs qui n'ont aucun antécédent de comportements suicidaires (Daniel & Fleming, 2006). La prévalence des antécédents suicidaires étant élevée en détention, Daigle et Côté (2002) ont réalisé une étude ayant entre autres buts d'identifier les détenus pouvant être suicidaires dans deux établissements de détention provinciaux québécois. Des 243 détenus évalués (recrutés aléatoirement), 28 % rapportent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (7,8 % dans la dernière année), pour une moyenne de 3,9 tentatives par individu. De ce nombre, 76,5 % en ont fait 3 ou moins, mais 4,5 % en ont quand même fait 20 ou plus. Les 265 tentatives rapportées ont été réalisées pour la plupart dans la communauté (82,6 %), mais un certain

nombre également lors d'une incarcération (14,7 %) ou lors d'un séjour en centre d'accueil pour jeunes (2,6 %). Bien que le lieu principal des tentatives de suicide se retrouve dans la communauté, un certain nombre d'individus commettent donc des tentatives de suicide une fois à l'intérieur des établissements correctionnels. Bien que la démonstration du lien entre les comportements suicidaires et le suicide ne fût pas l'objectif de l'étude de Daigle et Côté (2002), il n'en demeure pas moins que l'ampleur des comportements suicidaires retrouvés chez les participants de l'étude les place à risque de comportements suicidaires ultérieurs et d'une possible mort par suicide. Il se peut aussi qu'un détenu n'ait aucun historique de tentatives de suicide et puisse tout de même passer à l'acte une fois rendu en détention. Dans une étude de Laishes (1997) sur 66 suicides en milieu carcéral, l'auteure démontre qu'au moins 55 % des détenus morts par suicide n'avaient aucun historique documenté de comportements auto-agressifs, 44 % n'avaient jamais tenté de se suicider auparavant et 59 % n'avaient pas démontré de signes ou d'indications comme quoi ils comptaient se suicider. Malgré cette possibilité, il n'en demeure pas moins que le fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide dans le passé constitue un facteur de risque important, autant en ce qui concerne la population générale que celle en détention, ce qui se doit d'être impérativement exploré lorsque les nouveaux détenus arrivent en détention.

La présence de tentatives de suicide antérieures étant un facteur de risque à part entière pour un suicide, les chercheurs se sont aussi intéressés à la question de la répétition des tentatives de suicides suite à une tentative ou un acte d'automutilation. Comme il a été

dit, les individus ayant un historique de tentatives de suicide et d'automutilation forment un groupe à haut-risque (Christiansen & Jensen, 2007). Owen, Horrocks et House (2002) ont analysé la récurrence de la tentative de suicide dans la population générale après une première tentative à partir d'études publiées sur le sujet ( $n = 90$ ) provenant du Royaume-Uni, des pays scandinaves, de l'Amérique du Nord, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Selon Owen et ses collègues (2002), la probabilité d'une répétition de la tentative de suicide est la plus élevée à l'intérieur de la première année (un minimum de 16 % réessayait à l'intérieur de la première année, 21 % à l'intérieur des quatre premières années et 23 % plus de quatre ans après). Plus encore, la probabilité de mourir par suicide après une première tentative était la plus élevée à l'intérieur de la première année (un minimum de 1,8 % se suicidait à l'intérieur d'un an, 3 % à l'intérieur des quatre premières années, 3,4 % à l'intérieur de neuf ans et 6,7 % plus de neuf ans après). Le risque de mourir par suicide est 100 fois plus élevé chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide malgré le fait que la plupart ne meurt pas par suicide (Owens, Horrocks, & House, 2002). Dans une étude portant sur le risque de mourir par suicide, Christiansen et Jensen (2007) ont analysé, à partir de plusieurs études, la probabilité de ce type de mort chez un groupe d'individus ayant fait une première tentative de suicide ( $n = 2614$ ) en comparaison avec un groupe d'individus n'ayant pas fait de tentative. Les résultats de leurs analyses démontrent que la probabilité de mourir par suicide à l'intérieur d'une période de 1750 jours (4,75 ans) est approximativement 60 fois plus élevée pour ceux qui ont fait une tentative de suicide que pour ceux n'en ayant pas fait, ce qui s'approche de l'approximation d'Owens et de ses collègues (2002).

Étant donné que la mort par suicide est plus susceptible de se produire peu de temps après une tentative de suicide, la période qui suit immédiatement la tentative est perçue comme étant la période à plus haut risque pour une autre tentative ou même un suicide (Christiansen & Jensen, 2007). L'estimation du lien entre les tentatives de suicide et le suicide se doit d'être précise afin de mettre en place un plan de services visant à réduire le taux de suicide (Owens et al., 2002). La prévention du suicide exige un dépistage systématique du risque suicidaire après un épisode d'automutilation ou de tentative de suicide en vue d'informer le personnel traitant des facteurs de risque, permettant ainsi au système de soins de santé d'offrir un traitement pour les personnes suicidaires. Afin de rendre le dépistage efficace, il s'avère essentiel d'avoir des connaissances sur les caractéristiques des personnes qui vont faire une tentative de suicide ou qui vont se suicider après un épisode d'automutilation ou de tentative de suicide (Christiansen & Jensen, 2007).

Dans le même ordre d'idées, Beghi, Rosenbaum, Cerri et Cornaggia (2013) ont fait une méta-analyse sur le sujet des répétitions des tentatives de suicide. L'objectif de cette recherche était d'identifier la présence de prédicteurs de la répétition des tentatives de suicide et plus précisément pour le suicide subséquent. Leur échantillon était composé de 76 études (incluant celles Christiansen & Jensen, 2007 et d'Owens et al., 2002) et excluait celles qui ciblaient des populations spécifiques (i.e. jeunes/adolescents, les personnes âgées, des hommes ou des femmes seulement, des minorités seulement et des patients avec un trouble de la personnalité spécifique). En ce qui concerne la répétition des

tentatives de suicide non-létales, le prédicteur le plus important était la présence d'une tentative de suicide antérieure. D'autres prédicteurs significatifs étaient le fait d'avoir été victime d'abus sexuel, une faible capacité de fonctionner, la présence d'un trouble psychiatrique (non-spécifié dans l'étude), le fait de recevoir des traitements psychiatriques, la dépression, l'anxiété et l'abus ou la dépendance à l'alcool. Pour un suicide complété suite à des tentatives de suicide antérieures, les auteurs ont trouvé que les prédicteurs les plus significatifs étaient un âge plus avancé, la présence d'idéations suicidaires élevées et des tentatives de suicides antérieures. D'autres prédicteurs furent trouvés bien que leur contribution soit plus faible. Ces prédicteurs sont le fait de vivre seul, d'être un homme et d'abuser de l'alcool. La présence d'un historique de tentatives de suicide antérieures demeure un facteur de risque important pour la répétition des tentatives de suicide. Toutefois, il n'en demeure pas moins qu'il devient difficile de cibler des facteurs de risque spécifiques qui vont déterminer, avec une certaine efficacité, qui sera plus à risque d'une tentative de suicide subséquente. La question du suicide étant multifactorielle, aucun facteur de risque à lui seul ne peut expliquer l'apparition des comportements suicidaires. Toutes les études citées ci-dessus avaient un échantillon provenant de la population générale et psychiatrique. Les caractéristiques de l'environnement carcéral diffèrent à plusieurs égards de ceux qui prévalent dans la population générale, il devient difficile, voire impossible, de faire le parallèle avec la population carcérale. Il n'en demeure pas moins que le fait de faire une tentative de suicide fragilise l'individu et le rend vulnérable à la possibilité de commettre un autre geste, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu carcéral.

Lorsqu'un individu fait son entrée dans un milieu de détention, il devient alors important de bien évaluer les antécédents suicidaires de cette personne afin de mieux la connaître, notamment ses zones de vulnérabilité. Pour ce faire, l'évaluation des troubles de santé mentale devient ici un enjeu important, notamment en raison du lien entre les troubles de santé mentale et les comportements suicidaires. Les troubles de santé mentale ont souvent été utilisés pour expliquer les divers comportements de l'humain, surtout lorsque ceux-ci sortaient du cadre de la normalité. La question des troubles de santé mentale et leur interaction avec les comportements suicidaires sera ainsi abordée. Un trouble de santé mentale sera plus amplement abordé ensuite, soit le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), du fait qu'il constitue la variable d'intérêt de la présente recherche dans son lien avec les comportements suicidaires.

### **Facteurs de risque en lien avec la présence de troubles de santé mentale**

Plusieurs recherches portant sur le suicide en milieu carcéral se sont intéressées aux divers troubles mentaux, principalement ceux des axes I et II de la classification du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, APA, 1994), comme étant des facteurs de risque potentiels pour les comportements suicidaires. La présence de troubles psychiatriques préexistants au sein des populations suicidaires est citée comme l'un des facteurs de risque les plus significatifs que le clinicien doit considérer pour évaluer le risque potentiel de décès par suicide (Engstrom, 2005). Une mise en garde se doit cependant d'être faite concernant la relation entre le suicide et les troubles mentaux : suicide et troubles mentaux sont deux problématiques qui sont souvent associées dans la

population générale, mais il faut se garder d'établir des liens de causalité directe. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se suicident, de même que ce ne sont pas tous les suicidés qui ont des troubles mentaux (Daigle & Côté, 2001). Dans une méta-analyse de 62 études provenant de 12 pays différents (18 530 prisonniers masculins au total), Fazel et Danesh (2002) en sont arrivés aux résultats suivants dans les cas des personnes suicidées en détention : 3,7 % avaient des troubles psychotiques, 10 % avaient une dépression majeure et 65 % avaient un trouble de la personnalité, dont 47 % ayant le trouble de la personnalité antisociale. Ces données indiquent que, pour les détenus suicidés, les risques d'avoir un trouble de santé mentale grave sont élevés. En comparant les données des détenus avec la population générale américaine et britannique de même âge, Fazel et Danesh concluent que les détenus sont environ deux à quatre fois plus à risque d'avoir un trouble psychotique et une dépression majeure et environ dix fois plus à risque d'avoir un trouble de la personnalité antisociale. En tenant compte de cette prévalence élevée de troubles mentaux et du stress qui accompagne l'arrestation et l'emprisonnement, le risque de suicide est particulièrement saillant dans un cadre médico-légal et correctionnel (Douglas et al., 2008). Shaw et al. (2004), qui ont fait une étude portant sur 172 cas de morts par suicide répertoriés dans les prisons d'Angleterre et d'Écosse pour les années 1999 et 2000, ont trouvé que, dans 89 cas sur les 172 au total (57 %), des symptômes de troubles mentaux ont été détectés lors de l'évaluation des détenus à leur arrivée en détention, les plus communs étant l'intoxication ou le sevrage aux drogues ou à l'alcool (43, 27 %), l'anxiété (27, 17 %), les pensées suicidaires (25, 16 %) ou la dépression (25, 16 %). Il peut exister une différence entre les statistiques



provenant des autres pays, les États-Unis en tête, et celles du Québec qui peut refléter une différence au niveau des lois et du système judiciaire du pays concerné. Il existe des différences reconnues entre les États-Unis et le Québec, différences qui pourraient affecter la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral : notons à titre d'exemple, les différences dans l'accessibilité aux services de santé (Hodgins & Côté, 1990). Les données provenant des différentes recherches sur les troubles mentaux en milieu carcéral amènent à croire que la prévalence des troubles mentaux chez les détenus du Québec serait supérieure à celle de la population générale. Hodgins et Côté (1990) ont évalué la prévalence des troubles mentaux dans les pénitenciers québécois dans un échantillon de 495 détenus. De cet échantillon, 22,7 % ont reçu un diagnostic de troubles mentaux graves incluant la schizophrénie (6,3 %), le trouble bipolaire (4,2 %) et la dépression majeure (11 %). À cette prévalence élevée des troubles mentaux graves et persistants, il faut ajouter un taux de prévalence de troubles dysthymiques de 8,1 % et 33 % de tentatives de suicide, bien que l'information concernant le lieu des tentatives ne soit pas connue (Hodgins & Côté, 1990). Dans l'étude de Daigle et Côté (2002), citée antérieurement à propos de la prévalence des antécédents suicidaires, ces auteurs ont aussi évalué la présence de troubles mentaux graves dans leur échantillon. Au cours du mois précédant l'évaluation des détenus, 14,1 % ont présenté un trouble de santé mentale considéré habituellement comme grave : trouble psychotique (4,1 %), dépression majeure (6,6 %) ou trouble bipolaire (3,3 %). Ces données viennent appuyer les résultats de recherche démontrant une plus grande prévalence de troubles mentaux en milieu carcéral.

Un autre facteur de risque à prendre en compte concernant le lien entre les troubles de santé mentale et le suicide est l'abus de substances psychoactives. Les troubles liés à l'abus de substances psychoactives constituent un important facteur de risque de suicide. Ceci est vrai pour la population générale (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; Ilgen et al., 2010) et particulièrement dans les milieux carcéraux, où cette problématique est largement surreprésentée. Dans une étude de Teplin, Abram et McClelland (1996) portant sur des détenus ayant un trouble de santé mentale, 75 % avaient un trouble concomitant d'abus de substances psychoactives, bien que ce n'étaient pas tous les détenus qui étaient suicidaires. Il n'en demeure pas moins que le trouble d'abus de substances psychoactives est grandement présent à l'intérieur des murs des pénitenciers et constitue un facteur de risque pour le suicide en détention. Dans le cadre d'une autre étude réalisée auprès de 1265 prisonniers, le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (drogues et alcool) s'est avéré être le trouble clinique de santé mentale le plus fortement représenté dans l'échantillon (Carli et al., 2010). À ce sujet, Ivanoff (1989) stipule qu'il existe plus d'évidences pour la corrélation entre la consommation d'alcool/drogues et le suicide dans ce type de milieu que n'importe quelle autre variable comportementale individuelle. Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont communes chez les personnes ayant un trouble d'abus de substances psychoactives. Dans un large échantillon national de patients traités pour l'abus de substances psychoactives, plus de 43 % ont rapporté une tentative de suicide antérieure ou des idéations suicidaires à un moment ou l'autre de leur vie (Ilgen et al., 2010). Shaw et al. (2004) ont trouvé que la dépendance aux drogues était le trouble psychiatrique le plus commun parmi les personnes qui sont

mortes par suicide en prison tandis que 62 % des suicidés avaient un historique d'abus de drogues. Dans l'étude de Hodgins et Côté (1990) citée antérieurement, les résultats concernant l'abus et la dépendance de substances psychoactives démontrent une prévalence élevée chez les détenus. Sur les 495 détenus évalués, en excluant les détenus ayant des troubles mentaux graves, 247 (50,4 %) présentent un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool et 174 (35,6 %) présentent un problème d'abus ou dépendance à au moins une drogue. De ce nombre, 130 détenus (33,9 %) font un usage abusif d'alcool et des drogues. Bien que ces résultats proviennent d'une étude qui a été faite il y a plusieurs années, ils n'en démontrent pas moins que la prévalence de l'abus de substances psychoactives est une problématique importante en milieu carcéral au Québec.

D'autres symptômes reliés à l'axe I du DSM-IV (APA, 1994) peuvent être associées avec le suicide en milieu carcéral. Parmi celles-ci, il y a toutes celles qui font référence à l'expérience subjective que le détenu vit face à son emprisonnement dont le désespoir, l'anhédonie, l'impulsivité, les troubles de l'humeur et la réactivité émotionnelle. Les chercheurs ont commencé à examiner des symptômes plus spécifiques pour tenter de comprendre pourquoi certains troubles psychiatriques sont associés plus fréquemment aux comportements suicidaires. Plusieurs facteurs de risque incluent la présence des symptômes ci-dessus ainsi qu'une grande réactivité émotionnelle; chacun pouvant augmenter la détresse psychologique à un point tel que cela peut devenir intolérable et pousser l'individu à chercher à fuir cette situation par le suicide (Nock et al., 2008). D'autres recherches de type qualitatif se doivent d'être faites afin d'analyser l'expérience

subjective des détenus qui ont survécu à une tentative de suicide et mieux comprendre ce qui les a amenés à commettre un tel geste. Les troubles de l'axe I ne sont pas les seuls troubles qui ont fait l'objet de recherches approfondies pour mieux comprendre la relation entre ces troubles et les comportements suicidaires. Les troubles de l'axe II, ceux reliés aux troubles de la personnalité, sont souvent mis en cause dans cette relation.

En milieu carcéral, les diagnostics qui sont les plus fréquemment retrouvés chez les détenus sont ceux des troubles de la personnalité de l'axe II. Plusieurs études tendent à confirmer qu'un diagnostic de trouble de la personnalité augmente le risque suicidaire. Selon une méta-analyse de Harris et Barraclough (1997) portant sur le lien entre les troubles de la personnalité et le suicide, le risque de mourir par suicide chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité est sept fois plus élevé. Chez les personnes traitées suite à une tentative de suicide, le risque de mourir par suicide est 38 fois plus élevé. Selon le type d'étude et la période de suivi incluse, les auteurs ont trouvé une variation plus élevée de la probabilité de mourir par suicide se situant entre 0 et 77 fois. Or, les troubles de la personnalité sont extrêmement communs chez les prisonniers; leur prévalence est encore plus forte chez les prisonniers qui ont fait une tentative de suicide que chez ceux n'en ayant pas fait (Meltzer, Jenkins, Singleton, Charlton, & Yar, 2003). Kullgren, Tengström et Grann (1998) ont suivi 1943 détenus ayant été référés pour une évaluation psychiatrique en détention entre 1988 et 1991. Parmi les détenus ayant eu un diagnostic de trouble de la personnalité ( $n = 920$ ), 24 détenus s'étaient suicidés lors de l'examen des dossiers en 1996. Les auteurs rapportent que les détenus ayant un trouble de la personnalité étaient douze

fois plus à risque de mourir par suicide que les détenus n'ayant pas de trouble de la personnalité. Les individus ayant un trouble de la personnalité présentent un répertoire comportemental qui inclut : l'incapacité à prendre ou suivre des directives de la part des figures d'autorité, des comportements à risque, un manque d'introspection, un sentiment exagéré de droit acquis (*an inflated sense of entitlement*), une incapacité à se conformer aux standards sociaux de comportements et une grande habileté de manipulation (Engstrom, 2005).

Un trouble de la personnalité fréquemment observé en détention est celui du trouble de la personnalité antisociale. Ce trouble de la personnalité et celui du trouble de la personnalité limite (groupe B de l'axe II) sont les troubles les plus souvent observés chez les détenus qui ont fait des tentatives de suicide en prison. Le trouble de la personnalité antisociale est caractérisé par un ensemble de comportements socialement irresponsables, d'exploitation et sans remords. Les caractéristiques incluent une incapacité à se conformer aux lois, une incapacité de garder un emploi rémunéré, la présence de manipulation des autres pour des gains personnels, une duperie fréquente des autres et une incapacité de développer des relations interpersonnelles stables (Black, Baumgard, & Bell, 1995). La prévalence de ce trouble de la personnalité varie selon le contexte, mais peut atteindre jusqu'à 80 % dans les prisons et pénitenciers (Black et al., 1995). En ce qui a trait au lien entre le trouble de la personnalité antisociale et le suicide en milieu carcéral, il découle du lien entre personnalité antisociale et comportements violents dans un premier temps et du lien entre comportements violents et risque suicidaire dans un deuxième temps.

Dear (2008) suggère que des facteurs criminogènes jouent un rôle important dans les comportements d'auto-agressions dans les prisons parce que l'environnement correctionnel empêche les individus d'utiliser leurs stratégies d'adaptation antisociale lorsque confrontés à une situation anxiogène ou perturbante. Le prisonnier se retrouve alors avec des besoins psychologiques non satisfaits, un sentiment de frustration et de désespoir de ne pas être capable de pourvoir à ces besoins ainsi qu'un sentiment de colère face à une situation qu'il perçoit comme injuste. Il se pourrait donc que l'individu antisocial, lorsque confronté à une situation frustrante ou anxiogène, puisse retourner cette frustration ou anxiété contre lui-même en posant un geste auto-agressif en raison de l'impossibilité d'utiliser ses stratégies d'adaptation antisociale.

La relation observée entre les comportements suicidaires et le trouble de la personnalité antisociale suggère des facteurs de risque sous-jacents communs, soit un névrotisme élevé (anxiété), de l'hostilité, une irritabilité, l'aliénation, une faible socialisation, un psychotisme élevé, l'impulsivité, la recherche de sensations fortes et une grande introversion (Verona et al., 2001). De plus, le DSM-IV (APA, 1994) stipule que les individus ayant un diagnostic de personnalité antisociale sont plus à risque que les membres de la population générale de mourir d'une mort violente, incluant le suicide. Frances, Fyer et Clarkin (1986) ont estimé le taux de base de suicides complétés chez les personnes présentant ce trouble à 5 %, avec un taux de tentatives de suicide de 11 %. Ces deux taux excèdent substantiellement les taux de base de la population générale, c'est-à-dire 0,01 % et 1-2 % respectivement (National Center for Health Statistics, 1994).

### **Comorbidité et comportements suicidaires**

Bien que les précurseurs des comportements suicidaires peuvent se retrouver autant dans les troubles de l'axe I que ceux du groupe B de l'axe II du DSM-IV (APA, 1994), c'est souvent une comorbidité de ces troubles qui est retrouvée dans les recherches portant sur les comportements suicidaires dans la population générale et carcérale. La comorbidité des troubles de l'axe I et de l'axe II est rapportée dans 14 % (Vijayakumar & Rajkumar, 1999) à 58 % de toutes les victimes de suicide (Cheng, Mann, & Chan, 1997). Dans une étude de Schneider et al. (2008) portant sur la façon dont les troubles de la personnalité modifient le risque suicidaire lorsqu'il est associé aux troubles de l'axe I, les résultats démontrent qu'une comorbidité de troubles de l'axe I et de l'axe II était associée à un risque suicidaire plus élevé que pour un trouble de la personnalité pris individuellement ou un trouble de l'axe I seulement. La plupart des personnes qui meurent par suicide ont un trouble psychiatrique, notamment un trouble de l'humeur, d'abus de substance, d'anxiété, un trouble psychotique et des troubles de personnalité, une comorbidité étant un élément commun (Hawton & van Heeringen, 2009). Pour Hawton et van Heeringen (2009), presque la totalité des personnes mortes par suicide ayant un trouble de la personnalité avaient des symptômes dépressifs concomitants, un trouble d'abus de substances ou les deux. Quant à Cheng et al. (1997), ces auteurs ont trouvé que le suicide était associé significativement à la comorbidité de différents troubles de la personnalité et une comorbidité d'un trouble de la personnalité avec d'autres troubles psychiatriques, particulièrement une dépression sévère. Malgré le fait qu'une comorbidité axe I – axe II soit rapportée dans la littérature scientifique sur le suicide en général et en détention, il ne

semble pas y avoir de comorbidités de troubles spécifiques pour décrire le geste suicidaire. Bien que la présence d'un trouble de l'axe I ou de l'axe II puisse être considérée comme un facteur de risque pour les comportements suicidaires, c'est surtout la présence d'une comorbidité de troubles de l'axe I avec ceux de l'axe II qui augmente substantiellement le risque de passage à l'acte. À travers les troubles de santé mentale, une caractéristique est souvent évoquée pour décrire la personne qui a un trouble de santé mentale, en l'occurrence l'impulsivité. Bien que l'impulsivité ne soit pas toujours utilisée comme un critère diagnostique lors de l'émission d'un diagnostic, les personnes ayant un trouble de santé mentale sont souvent décrites comme étant des personnes impulsives. De plus, le lien entre impulsivité et comportements suicidaires a souvent été décrit à travers la littérature scientifique portant sur le suicide.

### **Impulsivité et comportements suicidaires**

Les recherches cliniques et en communauté suggèrent un lien entre les tentatives de suicide et les traits psychologiques de l'agressivité, de la colère et de l'impulsivité (Giegling et al., 2009). La relation entre les comportements impulsifs et les tentatives de suicide peut être considérée comme ayant deux dimensions : une tentative de suicide peut être impulsive ou non et la personne qui fait la tentative de suicide peut avoir des traits impulsifs ou non (Baca-Garcia et al., 2005). Il est suggéré qu'un niveau d'impulsivité élevé va augmenter les chances que les personnes ayant des idées suicidaires vont passer des pensées suicidaires au passage à l'acte (Klonsky & May, 2010). Le concept même de l'impulsivité reste encore à être défini. L'absence de consensus sur une définition de



l'impulsivité entraîne ainsi des difficultés sur la façon de la mesurer (Giegling et al., 2009). Selon Kempf (1976), l'impulsivité peut être conceptualisée comme étant l'incapacité à résister à des impulsions qui, d'un point de vue strictement phénoménologique, se réfèrent à des actions psychomotrices explosives et instantanées, automatiques ou semi-automatiques qui se caractérisent par leur caractère soudain et incoercible. Dans un registre plus comportemental, Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz et Swann (2001) définissent l'impulsivité comme étant une prédisposition à des réactions rapides et non planifiées face à des stimuli internes ou externes, sans égard aux conséquences négatives de ces réactions pour l'individu impulsif ou pour d'autres personnes. L'impulsivité peut aussi être représentée comme étant un trait de personnalité présent chez les individus. De manière générale, le trait d'impulsivité est considéré comme une tendance à répondre à des stimuli internes ou externes d'une manière imprudente sans avoir pris la peine de réfléchir, de planifier et d'évaluer les conséquences (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). La définition de Moeller et al. (2001) se rapproche grandement de la définition plus comportementale de Patton et al. (1995). Bien que l'impulsivité puisse être présente chez une personne ayant ou non un diagnostic de l'axe I ou II du DSM, elle est plus susceptible d'être présente chez les personnes atteintes de certains troubles de santé mentale comme les troubles de la personnalité, la manie et la dépendance aux substances (Moeller et al., 2001). Dans un milieu carcéral, où nombreux sont les individus ayant des troubles de la personnalité et des problèmes d'abus de substances psychoactives, faire une évaluation adéquate de l'impulsivité devient alors crucial (Haden & Shiva, 2008).

Il est important d'accorder une attention particulière au rôle de l'impulsivité, car non seulement est-elle souvent citée comme un facteur de risque pour le suicide, mais l'impulsivité a été identifiée comme étant la clé facilitant la transition des idées suicidaires aux tentatives de suicide (Klonsky & May, 2014). Selon cette prémisse, le niveau d'impulsivité devrait être plus élevé chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide que chez celles ayant des idées suicidaires, mais sans avoir fait de tentatives de suicide. Klonsky et May (2010) ont testé cette hypothèse dans trois échantillons non-cliniques différents (militaires, étudiants universitaires et étudiants à l'école secondaire) en administrant une mesure multidimensionnelle de l'impulsivité, l'Échelle de comportements impulsifs UPPS (*Urgency, lack of Premeditation, lack of Perseverance and Sensation seeking Impulsive Behavior*) de Whiteside et Lynam (2001). Les résultats de leur recherche ne soutiennent pas l'hypothèse de départ et suggèrent plutôt que des modèles multidimensionnels de l'impulsivité sont nécessaires pour expliquer le lien entre l'impulsivité et le suicide. Malgré des résultats ne corroborant pas l'hypothèse initiale, Klonsky et May (2010) ont trouvé une facette de l'impulsivité qui arrivait à différencier entre ceux qui ont fait une tentative de suicide et ceux ayant des idées suicidaires, mais n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Une faible préméditation (une diminution de la capacité à réfléchir aux conséquences de ses propres actions) caractérisait ceux ayant déjà fait des tentatives de suicide. Ceux ayant déjà fait des tentatives de suicide démontraient de plus bas niveaux de préméditation que ceux ayant pensé au suicide et ceux n'ayant jamais eu d'idées suicidaires. Ce résultat de Klonsky et May (2010) concernant la faible préméditation de ceux ayant agi sur leurs idées suicidaires devient importante dans la

compréhension du lien entre suicide et impulsivité en raison de l'importance de l'évaluation du risque suicidaire dans la pratique clinique. En étant capable d'identifier les patients ayant des lacunes dans leurs capacités de préméditation, les cliniciens peuvent mettre en place des programmes permettant de développer cette habileté chez ces gens et, ainsi, leur donner des outils supplémentaires pouvant les protéger advenant la présence d'idées suicidaires. D'autres études se doivent d'être faites dans d'autres populations afin de répliquer les résultats de Klonsky et May (2010) et ainsi mieux comprendre le lien entre les diverses composantes de l'impulsivité et le suicide. Comme il a été indiqué, l'impulsivité peut être caractérisée par une tendance à répondre de façon non-planifiée à un stimulus externe ou interne. Ce genre de réponse peut entraîner plusieurs conséquences négatives pour l'individu en raison du caractère inopiné de la réponse et du manque de réflexion quant à l'issue possible de la réponse. Bien que l'impulsivité ne soit pas toujours en soi un critère diagnostique pour la présence d'un trouble de santé mentale, il n'en demeure pas moins que c'est une caractéristique saillante pour les personnes aux prises avec ces troubles et elle se doit d'être bien évaluée. Il existe un autre trouble de santé mentale dans lequel l'impulsivité est une caractéristique importante et qui a une prévalence élevée dans la population générale et carcérale, soit le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

### **TDAH, étiologie et prévalence**

Le TDAH est un trouble neurocomportemental relativement fréquent qui apparaît à un âge précoce, dont l'étiologie est génétique, biologique et environnementale, qui persiste

à l'adolescence et à l'âge adulte chez une forte majorité des enfants affligés, garçons et filles (Biederman, 2005). Selon la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994), le TDAH est défini comme étant « une tendance persistante d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité qui est plus fréquente et sévère que ce qu'on observe habituellement chez les personnes à un niveau de développement comparable » (p. 78). La composante de l'inattention du TDAH se manifeste par de la rêverie, de la distraction et une difficulté à rester concentré sur une tâche unique pour une période de temps prolongée tandis que la composante d'hyperactivité est exprimée par un gigotement, le fait de trop parler et une agitation constante. Un diagnostic de TDAH prend en compte la particularité et la singularité des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Le TDAH comporte trois sous-types séparés et distincts pour les individus qui sont principalement inattentifs, ceux qui sont principalement hyperactifs et impulsifs et une catégorie combinée pour ceux qui sont à la fois inattentifs et impulsifs/hyperactifs (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Les symptômes du TDAH prédisposent aux accidents, créent des contraintes dans les relations interpersonnelles et perturbent l'environnement par des interruptions fréquentes et des comportements inappropriés (Biederman, 2005). Les personnes ayant un diagnostic de TDAH manifestent des comportements inconsistants et imprévisibles, tout en ayant des réactions émotionnelles fortes. Elles ont tendance à être facilement distraites, à parler beaucoup, à être incapables d'attendre, d'être propices à l'oubli, éprouvent de la difficulté à écouter et exigent plus de gratifications immédiates, fréquentes et significatives que les autres individus n'ayant pas de TDAH (McGowan, 2002). Le TDAH est un trouble qui

affecte plusieurs sphères de la vie de l'individu, autant chez les jeunes au niveau scolaire et social que chez les adultes au niveau professionnel et interpersonnel par exemple. Le TDAH est considéré comme le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les enfants avec une prévalence variant, selon les auteurs, entre 2 et 26 % (Gonon, Guilé, & Cohen, 2010).

Beaucoup de questionnements existent en lien avec le TDAH, qui est un trouble bien étudié chez les enfants, mais où peu d'études ont été faites chez l'adulte (Davidson, 2008). Le TDAH a une étiologie multiple (génétique/biologique et environnementale), mais des incertitudes demeurent quant à savoir lesquels des processus complexes constituent la cause principale, quel est le lien de causalité et si les caractéristiques manifestes du TDAH sont fondamentalement étiologiques de nature ou sont un épiphénomène dérivé de ce trouble (Colley, 2010). Bien qu'il n'y ait pas de cause exacte identifiée pour ce trouble, il n'en demeure pas moins que plusieurs explications ont été élaborées au fil des années pour tenter d'expliquer l'étiologie du TDAH. Selon Colley (2010), le TDAH peut être caractérisé et mieux compris en termes d'une série de retards neurodéveloppementaux. Il importe de mentionner que la recherche épidémiologique sur le TDAH a été influencée et ralentie par les nombreux changements de définition du trouble depuis les vingt dernières années ainsi que par un manque de consensus sur les critères diagnostiques.

Les recherches ont également démontré que le TDAH est un problème qui affecte aussi grandement les adultes. Bien que l'âge d'apparition de ce trouble se situe à l'enfance, les problèmes peuvent persister à l'âge adulte, persistance des symptômes pouvant

atteindre jusqu'à 50 % des individus selon le groupe à l'étude (Faraone & Biederman, 2005) et n'est pas une condition qui va disparaître avec le simple processus de maturation (DeGeorge Macey, 2003). À travers toutes les définitions et redéfinitions du TDAH depuis toutes ces années et de l'acceptation que ce trouble peut aussi être présent chez les personnes d'âge adulte, la prévalence exacte du TDAH a souvent été une source d'incongruité à travers les recherches. La question de la prévalence du TDAH a fait l'objet de multiples recherches et a donné lieu à plusieurs résultats contradictoires. En raison d'approches méthodologiques, d'échantillons populationnels et d'instrument de mesures différents, la prévalence du TDAH à travers les recherches a souvent été source de divergence, citant des taux de prévalence pouvant être diamétralement opposés. Malgré cet état de fait, plusieurs études ont été faites afin d'arriver à une approximation assez juste de la prévalence du TDAH dans diverses populations, incluant celle de la population carcérale. Selon des recherches épidémiologiques récentes, la prévalence transnationale du TDAH dans une population normale adulte était de 3,7 % (Fayyad et al., 2007). Une prévalence de 4,4 % du TDAH adulte fut trouvée aux États-Unis (Kessler et al., 2006), tandis qu'en Allemagne cette prévalence était de 3,1 %. Dans une autre étude, Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman et Rohde (2007) ont entrepris une étude dont le but principal était de faire une revue exhaustive de la littérature sur la prévalence du TDAH afin de 1) calculer une estimation de la prévalence mondiale; et 2) déterminer les facteurs impliqués dans la variabilité des estimations en examinant les estimations différentes selon l'emplacement géographique des études. Les auteurs ont trouvé que les études qui s'appuyaient sur les critères du DSM-III-R (APA, 1980) ou de la CIM-10 avaient des taux

de prévalences du TDAH significativement plus faibles que celles qui utilisaient les critères du DSM-IV (APA, 1994,  $p = 0,02$  et  $p = 0,005$  respectivement). Globalement, les résultats démontrent que 1) la prévalence mondiale regroupée du TDAH chez les personnes de 18 ans et moins est de 5,29 % (95 %, CI = 5,01-5,56); 2) la grande variabilité des taux de prévalence mondiale du TDAH résultait principalement de différences méthodologiques entre les études; et 3) en ajustant pour les différences méthodologiques, une variabilité du taux de prévalence était seulement détectée entre les études conduites en Amérique du Nord et celles conduites en Afrique et au Moyen-Orient. Toutes ces études ne concernent que la prévalence du TDAH dans une population normale.

Afin d'arriver à une prévalence bien définie, Simon, Czobor, Balint, Meszaros et Bitter (2009) ont procédé à une méta-analyse afin d'estimer la prévalence du TDAH chez l'adulte et d'identifier les facteurs démographiques qui peuvent influencer le taux de TDAH dans une population donnée. Pour les fins de leurs analyses, ces auteurs ont conservé uniquement les études ( $n = 12$ ) qui se penchaient sur le TDAH adulte dans la population générale, en excluant les études de groupes particuliers (personne ayant un trouble panique ou bipolaire, un problème de consommation ou d'obésité). Les résultats de cette méta-analyse démontrent que le TDAH persiste jusqu'à l'âge adulte dans 4 à 66 % des cas (Simon et al., 2009). Les analyses de méta-régression de Simon et ses collègues indiquent que la prévalence groupée du TDAH à travers les échantillons était de 2,5 % (95 %, CI = 2,1–3,1;  $t = 42,3$ ,  $p < 0,0001$ ). En ce qui concerne les facteurs pouvant influencer la prévalence, les résultats de Simon et ses collègues ont démontré que la

prévalence du TDAH était significativement corrélée au sexe et l'âge moyen des participants inclus dans les échantillons. Toutes ces études ne différencient pas entre les trois sous-types du TDAH. En fait, peu d'études ont examiné les différences entre les sous-types du TDAH avec un échantillon d'adulte cliniquement référé pour le TDAH (Murphy, Barkley, & Bush, 2002). La plus grande étude réalisée jusqu'à ce jour avec un échantillon d'âge adulte est celle de Millstein, Wilens, Biederman et Spencer (1997) qui ont examiné les trois sous-types du TDAH dans un échantillon de 149 adultes cliniquement référés pour le TDAH. De ces 149 adultes (59 % d'hommes, âge moyen de 37 ans,  $\pm 11$  ans), 56 % ( $n = 84$ ) étaient classifiés dans le sous-type combiné, tandis que 37 % se retrouvaient dans le sous-type inattentif et seulement 2 % dans le sous-type hyperactif-impulsif (Millstein et al., 1997).

En ce qui concerne la prévalence du TDAH chez les détenus, peu d'études se sont penchées sur cette question. Einarsson, Sigurdsson, Gudjonsson, Newton et Bragason (2009) ont répertorié neuf études qui ont tenté de déterminer la prévalence du TDAH chez les détenus. Les résultats de ces études indiquent que la prévalence du TDAH à l'enfance varie de 31 à 67 % et celle du TDAH à l'âge adulte varie de 24 à 45 % (Einarsson et al., 2009). Ginsberg, Hirvikoski et Lindefors (2010) ont estimé la prévalence du TDAH dans un échantillon de détenus suédois purgeant une peine de prison à long-terme. Les auteurs ont utilisé plusieurs instruments servant à évaluer la présence du TDAH à l'enfance et à l'âge adulte dont le *Wender Utah Rating Scale* (WURS) de Ward, Wender et Reimherr (1993) ainsi que le *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS) d'Adler et al. (2006). De plus,



des psychologues cliniciens et psychiatres spécialisés en TDAH ont conduit des entrevues cliniques semi-structurées en se basant sur les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) pour le TDAH. Les auteurs estiment la prévalence du TDAH chez les prisonniers à environ 40 % (Ginsberg et al., 2010). Vermeiren (2003) a quant à lui trouvé des prévalences variant entre 4 et 72% pour la population carcérale. Bien que ces chiffres diffèrent d'une étude à l'autre, Retz et Rösler (2009), en procédant à une revue de la littérature sur le sujet, ont trouvé que la majorité des études citent un taux de prévalence se situant entre 14 et 19 %, ce qui peut laisser présager que la prévalence exacte se situe aux alentours de ces pourcentages.

Dans une autre étude, Westmoreland et al. (2010) ont estimé la prévalence du TDAH à l'aide du MINI-PLUS (*Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus*) de Sheehan et al. (1998) chez des hommes et des femmes nouvellement admis en détention. Cet instrument sert à mesurer les différents troubles du DSM-IV (Westmoreland et al., 2010). Des 319 participants choisis aléatoirement, 68 détenus (21,3 %) remplissaient les critères diagnostiques du TDAH, dont 60 étaient des hommes. En prenant l'échantillon total, 14,3 % des femmes avaient un TDAH adulte tandis que, pour les hommes, ce pourcentage grimpeait à 23,1 %, bien que cette différence entre les deux sexes n'était pas statistiquement significative. En revanche, Cahill et al. (2012) ont estimé la prévalence du TDAH adulte dans un échantillon de 3962 détenus nouvellement arrivés dans le système correctionnel du Colorado pendant une période de 9 mois, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Les auteurs ont utilisé le *Coolidge Correctional Inventory* (Coolidge, 2004) qui

est un instrument administré à tous les détenus entrant en prison. Cet instrument sert à évaluer les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) et évalue entre autres les 18 critères diagnostiques du TDAH. Les résultats de leur étude démontrent que près de 10,5 % des détenus ( $n = 416$ ) remplissent les critères diagnostiques du TDAH du DSM-IV. Contrairement à Westmoreland et al. (2010), Cahill et al. (2012) ont trouvé une prévalence du TDAH adulte chez 9,8 % des hommes ( $n = 337$ ) tandis que celle des femmes était de 15,1 % ( $n = 79$ ). Bien que les taux de prévalence obtenus diffèrent entre ces études, il n'en demeure pas moins qu'ils s'approchent de la fourchette du 14 à 19 % chez les détenus citée par Retz et Rösler (2009).

Ces deux exemples servent à démontrer en partie comment un échantillon de sujets relativement semblables (des détenus dans ce cas-ci) peut amener à trouver des taux de prévalences différents entre les études, et ce, même si les mêmes critères diagnostiques sont utilisés. La grande variabilité des résultats concernant les taux de prévalence du TDAH dans la population carcérale pourrait être due à des différences entre les échantillons étudiés, des systèmes de droit pénal différents, des différences en ce qui concerne l'âge moyen des participants à l'étude, les procédures de diagnostic et la qualité des études. D'autres facteurs peuvent entraîner une estimation biaisée à la hausse ou à la baisse de la prévalence des symptômes fonctionnels du TDAH en milieu carcéral. De ces facteurs, Applebaum (2008) en cite quatre: des sources d'informations limitées, des examens rétrospectifs des symptômes du TDAH à l'enfance, des outils d'évaluation communautaire ainsi qu'un petit échantillon non-représentatif de détenus. Il n'en demeure

pas moins que ces chiffres indiquent que le TDAH est plus commun chez les détenus que dans la population générale (Einarsson et al., 2009; Retz & Rösler, 2009).

### **TDAH et les troubles comorbides**

De par sa nature neurodéveloppementale, le TDAH est un trouble qui affecte autant les jeunes enfants, les adolescents que les personnes d'âge adulte. À travers les recherches, le TDAH a souvent été associé à divers troubles de santé mentale en tant que troubles comorbides. Dans les pages qui suivent, il sera notamment question des différents troubles de santé mentale qui se retrouvent en comorbidité avec le TDAH, et ce, principalement dans une population adulte. L'emphase sera mise sur les adultes dans ce cas-ci, en raison du fait que l'échantillon de la présente recherche est composé uniquement de personnes d'âge adulte. Chez l'adulte, le TDAH est souvent associé à des troubles psychiatriques tels que le trouble dépressif majeur, le trouble d'anxiété généralisé, l'abus d'alcool ou de substances psychoactives, le trouble bipolaire et une variété de troubles de la conduite ou de troubles comportementaux (Klassen, Katzman, & Chokka, 2010). Il a été rapporté que près de 80 % des patients TDAH adultes présentent au moins une comorbidité psychiatrique à vie, le trouble dépressif majeur étant le plus commun avec une prévalence se situant entre 24 et 31 % (Fischer et al., 2007). Dans l'étude de Millstein et al. (1997), les auteurs ont trouvé que 11 % avaient un historique à vie d'un seul trouble psychiatrique comorbide, 12 % en avaient deux, 18 % en avaient trois et 56 % avaient quatre troubles psychiatriques comorbides ou plus (Millstein et al., 1997). Plusieurs auteurs ont étudié la présence de troubles comorbides chez des sujets TDAH adultes dans la population

générale dont l'abus de substances (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2004; Ohlmeier et al., 2007, 2008), le trouble bipolaire et les troubles anxieux (Brassett-Grundy & Butler, 2004a, 2004b; Klassen et al., 2010; Millstein et al., 1997). La présence de ces troubles a aussi été étudiée dans la population carcérale (Einarsson et al., 2009; Rösler et al., 2004).

L'abus et la dépendance aux substances psychoactives comme troubles comorbides a fait l'objet de plusieurs recherches d'Ohlmeier et al. (2007, 2008). La présence d'abus et de dépendance de substances psychoactives chez les personnes TDAH provient de l'hypothèse voulant que ces personnes puissent utiliser l'alcool, les drogues et même la nicotine comme une forme d'automédication (Ohlmeier et al., 2007). Dans une première étude d'Ohlmeier et al. (2007), les auteurs ont étudié la présence du TDAH dans un échantillon de 91 participants dépendants à l'alcool et ont trouvé que 23,1 % répondaient aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) pour le TDAH à l'enfance. De ce groupe, seulement sept de ces patients continuaient d'avoir les symptômes du TDAH à l'âge adulte. Dans une autre étude d'Ohlmeier et al. (2008), les auteurs ont examiné la présence du TDAH à l'enfance chez des personnes dépendantes à l'alcool et à de multiples substances psychoactives et ont tenté de déterminer la persistance ou non de ces symptômes à l'âge adulte. Leur échantillon était composé de 152 patients d'un traitement contre la dépendance dont 91 (59,9 %) étaient diagnostiqués selon les critères du DSM-IV comme étant dépendants à l'alcool et 61 (40,1 %) comme étant dépendants à des substances psychoactives multiples. Dans le groupe dépendant à l'alcool, il s'agit des

mêmes résultats que dans l'étude de 2007, Ohlmeier et al. (2008) ayant utilisé le même échantillon. Pour le groupe dépendant à plusieurs substances psychoactives, les données indiquent que 33 (54,1 %) ont été diagnostiqués comme ayant un TDAH à l'enfance et que 19 (65,5 %) d'entre eux avaient des symptômes qui persistaient à l'âge adulte. Bien qu'Ohlmeier et al. n'aient pas trouvé de différences statistiques significatives quant à la quantité de substances consommées, leurs résultats démontrent tout de même qu'un plus grand nombre de patients TDAH (selon les critères du DSM-IV) ont tendance à consommer de plus grandes quantités de drogues que ceux n'ayant pas de TDAH : cocaïne (75,8 % vs. 71,4 %); cannabis (97 % vs. 85,7 %) et héroïne (67,9 % vs. 39,3 %). Seule la consommation d'amphétamines était inférieure au groupe non-TDAH (33,3 % vs. 39,3 %) (Ohlmeier et al., 2008). Bien que les auteurs n'en fassent pas mention dans leur étude, il y a lieu de se questionner à savoir si ces différences non-significatives illustrent convenablement la réalité entre les groupes à l'étude ou proviennent d'un manque de puissance statistique. Néanmoins, ces résultats tendent à démontrer que la présence du TDAH peut constituer un facteur de risque pour le développement d'une dépendance à une substance psychoactive. Plus encore, les résultats démontrent aussi un effet causal potentiel du TDAH sur le risque d'abus de substances (Ohlmeier et al., 2007).

Dans un autre registre, Klassen et al. (2010) ont procédé à une revue de la littérature scientifique afin de comprendre l'étiologie du TDAH et ses comorbidités psychiatriques, plus particulièrement sur le trouble bipolaire. L'emphasis sur le trouble bipolaire provient du fait que, selon ces auteurs, le trouble bipolaire et le TDAH sont deux troubles

psychiatriques présentant des caractéristiques cliniques et des critères diagnostiques semblables. Le trouble bipolaire est vu comme un trouble épisodique comportant deux phases, une phase maniaque et une phase dépressive (Klassen et al., 2010). La phase maniaque est caractérisée par une labilité affective par laquelle la personne devient très bavarde, distraite et sujette à une augmentation de l'agitation et de la perte des inhibitions sociales normales qui sont similaires au TDAH (Klassen et al., 2010). Non seulement les étiologies du TDAH et du trouble bipolaire peuvent être semblables, mais ces deux troubles ont des troubles comorbides communs tels que l'abus de substances psychoactives, l'anxiété et la dépression (Fischer et al., 2007; Ohlmeier et al., 2007). Chez les personnes TDAH, les troubles anxieux sont un facteur de comorbidité commun. Pour une personne adulte ayant un TDAH, les probabilités de développer un trouble anxieux sont de 1,5 à 5,5 plus élevés que dans la population générale, dépendamment du trouble anxieux (Klassen et al., 2010). Un problème demeure quant à la question de la comorbidité des troubles anxieux et du TDAH et concerne la manifestation de ces troubles. En effet, de nombreux symptômes directement attribuables au TDAH sont souvent associés à tort à d'autres troubles psychiatriques (Fischer et al., 2007). Ainsi, lorsqu'un patient démontre une dépréciation continue de son état malgré un traitement agressif du trouble initial, le personnel traitant devrait peut-être envisager le TDAH comme un diagnostic comorbide possible pour ce type de patient (Faraone & Biederman, 2005). Ceci peut être dû notamment à la comorbidité élevée des troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'abus de substances psychoactives chez les adultes ayant un TDAH.

D'autres auteurs, tels que Millstein et al. (1997) et Murphy et al. (2002), ont étudié le TDAH et ses comorbidités en lien avec les sous-types du TDAH. Dans l'étude de Millstein et al., portant sur un échantillon de 149 adultes cliniques référés, des comorbidités ont été trouvées plus fréquemment parmi les sous-types combiné et hyperactif-impulsif, l'échantillon d'adultes TDAH-HI étant trop petit ( $N = 3$ ) afin de permettre une puissance statistique suffisante pour évaluer ces différences par rapport aux deux autres groupes. Les adultes ayant le sous-type combiné (56 % de l'échantillon) avaient des taux plus élevés de troubles d'opposition, de bipolarité et d'abus de substances que ceux ayant les sous-types inattentif ou hyperactif-impulsif. Malgré la faible taille de l'échantillon du sous-type hyperactif-impulsif, lorsque ce groupe était comparé au sous-type inattentif, le sous-type hyperactif-impulsif avait des taux statistiquement significatifs plus élevés de trouble de l'opposition, du trouble obsessionnel-compulsif et du trouble de stress post-traumatique. De plus, en examinant les données pour voir si le genre était relié aux troubles psychiatriques concomitants, Millstein et ses collègues ont trouvé que les hommes avaient des taux plus élevés de comorbidités du trouble des conduites, du trouble antisocial, de dépendance aux drogues et à l'alcool et de bégaiement tandis que les femmes présentaient des taux plus élevés de dépression, de boulimie et de phobie simple.

Toujours en lien avec les sous-types du TDAH et ses différentes comorbidités, Murphy et ses collègues (2002) ont étudié la présence de comorbidités, la détresse psychologique et l'historique des services de santé mentale dans un échantillon de jeunes adultes cliniquement référés ayant un TDAH. Cette étude a comparé trois groupes

d'adolescents et de jeunes adultes âgés de 17 à 28 ans dont un groupe diagnostiqué avec le sous-type combiné du TDAH (N = 60), un groupe avec le sous-type inattentif du TDAH (N = 36) et un groupe contrôle normal (N = 64). En comparant les trois groupes, le groupe du sous-type combiné était significativement plus susceptible d'avoir un trouble oppositionnel comorbide que les deux autres groupes. Ce résultat rejoint ceux de Millstein et al. (1997) concernant le lien entre le sous-type combiné du TDAH et le trouble de l'opposition. Toutefois, les trois groupes dans l'étude de Murphy et al. ne différaient pas en termes de comorbidités pour les troubles des conduites, le trouble dépressif majeur ou les troubles de l'anxiété. Seul le trouble de dysthymies différait du groupe contrôle, les deux sous-groupes TDAH ne différant pas entre eux pour ce trouble. Les deux groupes de TDAH avaient une prévalence plus élevée du trouble de l'abus et de la dépendance au cannabis et à l'alcool, ainsi que des troubles de l'apprentissage comparé au groupe contrôle. Contrairement à Millstein et al., la présente étude n'a pas trouvé une plus grande proportion du sous-groupe combiné qui se qualifiait pour le trouble bipolaire ou les troubles d'abus de substances psychoactives en comparaison avec le sous-groupe inattentif. Le fait que l'étude de Millstein et al. avait un plus grand nombre de participants ayant le sous-type combiné (N = 111) que celle de Murphy et al. (N = 60) aurait pu faire en sorte de lui procurer une meilleure puissance statistique et d'être en mesure de mieux détecter des différences entre les sous-types étudiés. En ce qui concerne la détresse psychologique, évaluée à l'aide du *Symptom Checklist 90 - Revised* de Derogatis (1986), les deux groupes TDAH ont rapporté une plus grande détresse psychologique que le groupe contrôle, et ce, sur toutes les échelles cliniques. Les deux groupes de TDAH ne



différent significativement entre eux que sur deux de ces échelles, le sous-type combiné rapportant plus d'hostilité et d'idéations paranoïaques que le sous-type inattentif.

Toutes ces données sont pour une population générale. Afin d'avoir un portrait juste de la prévalence du TDAH en détention, la question de la comorbidité a aussi été abordée dans différentes recherches. Comme l'affirment Westmoreland et al. (2010), le TDAH est commun chez les délinquants et ne doit pas être négligé chez les personnes incarcérées, hommes ou femmes. Les délinquants ayant un TDAH sont plus susceptibles de présenter une mauvaise santé mentale et un faible niveau de fonctionnement social, d'avoir des comorbidités psychiatriques importantes et sont plus à risque de suicide. D'où l'importance de bien comprendre le rôle et l'impact des comorbidités sur le TDAH. Einarsson et al. (2009) ont étudié la relation entre le TDAH et les troubles psychiatriques dans un échantillon de 90 détenus islandais. Ils ont trouvé que la présence de troubles comorbides était courante chez les prisonniers, et ce, autant chez ceux ayant un TDAH et que ceux n'ayant pas de TDAH. Les troubles les plus courants pour ces deux groupes, évalués à l'aide du *MINI International Neuropsychiatric Interview*, étaient l'abus de substances psychoactives (61 %), le trouble de la personnalité antisociale (58 %), le risque suicidaire (53 %), la dépendance à l'alcool (51 %), le trouble de l'anxiété généralisée (27 %), un épisode de dépression majeure (21 %) et la phobie sociale (16 %) (Einarsson et al., 2009). Après avoir trouvé les troubles les plus communs dans leur échantillon, les auteurs ont voulu savoir lesquelles de ces variables étaient les meilleures pour prédire la présence des symptômes TDAH chez les participants en recourant à une analyse de régression

logistique. Le modèle final de régression suggère que la probabilité qu'un détenu remplisse les critères symptomatiques du TDAH est quatre fois plus élevée si le détenu répond aux critères du diagnostic du trouble de la personnalité antisociale selon le MINI ( $Wald = 4,49$ ,  $p < 0,05$ ). Ce résultat tend à démontrer que ce trouble de la personnalité est le facteur prédictif le plus puissant pour retrouver les symptômes complets ou partiels du TDAH adulte chez les détenus, laissant présager une forte comorbidité entre le TDAH et le trouble de la personnalité antisociale.

Un autre groupe de chercheurs, Ginsberg et al. (2010), ont comparé un groupe de détenus suédois ayant un TDAH ( $N = 30$ ) avec un groupe d'individus ayant un TDAH recrutés dans une clinique psychiatrique externe ( $N = 20$ ). Finalement, 18 hommes adultes provenant de la population générale, n'ayant eu besoin d'aucun traitement psychiatrique et d'aucune évaluation pour des difficultés d'apprentissages pendant leur jeunesse, ont été recrutés pour composer un groupe contrôle. La totalité des détenus présentaient des troubles comorbides, les 30 détenus ayant un trouble de l'abus de substances psychoactives (avec une forte propension aux amphétamines) et 23 d'entre eux (77 %) avaient un trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité les plus fréquents étaient le trouble de la personnalité antisociale (96 %), le trouble de la personnalité limite (74 %) et le trouble de la personnalité paranoïaque (74 %). La présence à vie d'un trouble de l'humeur et de l'anxiété en tant que comorbidité était présente chez 22 détenus (73 %). En comparant les performances aux tâches mesurant les fonctions exécutives, les détenus TDAH présentaient des capacités cognitives plus faibles comparativement aux individus TDAH

de la clinique externe et ceux du groupe contrôle. Une de ces capacités était en lien avec la capacité de persévérance, les détenus démontrant plus de difficultés à retenir ou à s'ajuster à des comportements inappropriés.

Bien que ces recherches sur le TDAH en détention démontrent une forte présence de troubles comorbides, quelques limites ont pu être identifiées à travers ces études, la première étant la taille des échantillons. L'étude d'Einarsson et al. (2009) et celle de Ginsberg et al. (2010) contenaient respectivement 90 et 68 participants au total. Ces faibles nombres de participants dans ces études font en sorte qu'il devient difficile de pouvoir généraliser à la population générale à la base de ces conclusions. Une seconde limite est en lien avec la représentativité du groupe. Les deux études citées provenaient de populations islandaises et suédoises, qui peuvent grandement différer de la population nord-américaine. De plus, les instruments, dont ceux de l'étude de Ginsberg et al., n'ont pas été validés dans la langue suédoise, ce qui peut laisser place à l'interprétation quant à sa validité et à sa fidélité. Des biais quant à la sélection des participants ont été identifiés dans ces études, notamment par rapport au fait que des détenus, s'identifiant en tant que TDAH, ont pu vouloir participer dans l'espoir de recevoir des traitements et de la médication stimulante. Vu que l'étude de Ginsberg et al. portait sur des détenus incarcérés pour des peines à long-terme (peine médiane de 69 mois), les résultats ne pourraient être généralisables à des détenus purgeant des peines d'emprisonnement plus courtes. Il n'en demeure pas moins que le TDAH est un trouble fréquent en détention et que la présence de troubles comorbides n'est pas négligeable. La variété des troubles comorbides crée une

situation complexe qui rend difficile de déterminer l'influence de chaque trouble sur l'ajustement social des détenus et la délinquance (Rösler et al., 2004).

### **Autorégulation, fonctions exécutives, TDAH et comportements suicidaires**

En psychologie, le terme « autorégulation » fait souvent référence à la façon dont un individu va s'y prendre pour arriver à atteindre ses objectifs. Ce terme peut être considéré comme ayant trois composantes. L'autorégulation implique (1) toute action qu'un individu dirige envers lui-même de manière à (2) entraîner un changement dans son comportement (de ce qu'il aurait fait autrement) afin de (3) changer la probabilité d'un événement futur ou la réalisation d'un objectif (Barkley, 2012). Typiquement, cela prend la forme d'une substitution d'une réponse ou d'un comportement et son remplacement par une réponse plus rare, mais plus désirable (Baumeister, Schmeichel, & Vohs, 2007). Depuis la fin des années 1970, plusieurs chercheurs qui étudient le TDAH ont émis l'hypothèse que ce trouble implique probablement un déficit important dans la capacité d'autorégulation (Barkley, 2012). La définition de l'autorégulation a évolué au fil des années en tenant compte des nouvelles méthodes d'analyses et des résultats associés. Une définition couramment utilisée dans le domaine du TDAH a été de décrire les fonctions exécutives comme étant « les processus neuropsychologiques nécessaires qui sont impliqués dans la résolution de problèmes dirigée vers un but ». Une fonction exécutive est un type spécifique d'action que les individus dirigent envers eux-mêmes à des fins d'autorégulation (Barkley, 2012). L'autorégulation est considérée comme étant une des principales fonctions exécutives de la personne (Baumeister et al., 2007). Le TDAH

implique donc des déficits dans la maîtrise de soi, la conscience de soi, l'imagerie mentale, l'autocontrôle des émotions, la motivation et la résolution de problèmes. Les symptômes du TDAH vont au-delà des symptômes évidents d'inattention/distraction et d'impulsivité/hyperactivité, tels que listés dans le DSM-IV (Barkley, 2012). Les fonctions exécutives comprennent : 1) le raisonnement et la résolution de problèmes; 2) la planification, l'élaboration de stratégies et l'organisation des comportements; 3) une flexibilité cognitive et capacité de substitution; 4) un suivi et l'ajustement de ses propres comportements; 5) l'inhibition de comportements inappropriés (Burton, Vella, Weller, & Twamley, 2011).

Comme il a été décrit antérieurement, le TDAH entraîne de nombreuses difficultés au niveau de l'attention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité chez les personnes atteintes, mais il semble aussi y avoir une atteinte au niveau des fonctions exécutives, dont l'autorégulation qui en fait partie. De nombreux chercheurs ont en effet constaté une moins bonne performance dans les tâches neuropsychologiques destinées à mesurer les fonctions exécutives en général et l'inhibition en particulier, à la fois chez les enfants atteints de TDAH et chez les adultes atteints de ce trouble (Boonstra, Kooij, Oosterlaan, Sergeant, & Buitelaar, 2010). Certains chercheurs affirment même que les fonctions exécutives peuvent jouer un rôle dans l'apparition de problèmes interpersonnels chez les personnes ayant un TDAH, bien que ce domaine de recherche soit relativement nouveau. À cet effet, Tseng et Gau (2013) ont étudiés le lien entre le TDAH et les problèmes interpersonnels selon les performances des participants à diverses tâches évaluant les

fonctions exécutives. Il s'agit de la première étude qui examine les fonctions exécutives en tant que médiatrices, en utilisant un échantillon de jeunes Taïwanais. Dans leur étude, il y avait une différence significative entre les groupes quant à la présence de problèmes interpersonnels, le groupe de TDAH en démontrant plus que le groupe contrôle. Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population nord-américaine, une contribution importante de cette étude est qu'on a identifié que des déficits dans certaines mesures des fonctions exécutives sont liés à des problèmes interpersonnels chez les sujets TDAH. Plus précisément, le diagnostic de TDAH était lié à une mauvaise performance dans les tâches de fonctions exécutives mesurant la mémoire de travail et la planification, particulièrement lorsque les exigences des tâches étaient élevées; les mauvaises performances dans les tâches de fonctions exécutives étaient liées, à leur tour, à plus de problèmes interpersonnels chez ces sujets (c.-à-d., être la cible de moquerie, être moins apprécié et ne pas s'entendre avec leurs pairs). Ceci peut entraîner une forme de désengagement au niveau de l'autorégulation chez les individus vivant divers problèmes interpersonnels. Selon Baumeister et al. (2007), quand les gens vivent des problèmes interpersonnels ou sont socialement exclus, ils agissent comme s'ils ne valaient plus la peine de se réguler, ce qui peut entraîner plusieurs conséquences néfastes chez des personnes déjà vulnérables. Le rejet ne rend pas les gens incapables de s'autoréguler, mais fait en sorte qu'ils ne veulent simplement plus le faire.

Les fonctions exécutives ont été étudiées dans divers domaines, tel que le TDAH et l'abus de substances psychoactives. En raison du lien pouvant exister entre l'abus de

substances psychoactives et les risques de comportements suicidaires, étudier le rôle que jouent les fonctions exécutives peut nous amener à mieux comprendre ce lien. Au cours des dernières années, plusieurs études ont montré des diminutions dans les composantes différenciées des fonctions exécutives chez des usagers abuseurs/dépendants de cannabis, de cocaïne et d'héroïne (Fernández-Serrano, Pérez-García, Río-Valle, & Verdejo-García, 2010). Les études dans ce domaine ont montré les effets néfastes de substances telles que l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, les méthamphétamines et les opiacés sur diverses fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire ou l'apprentissage (voir Rogers & Robbins, 2001, pour une description complète). Il existe toutefois un problème se retrouvant dans les études portant sur les fonctions exécutives et l'abus de substances psychoactives. Cela découle du fait que la majorité des personnes consomment plusieurs substances à la fois (polytoxicomanie). Il appert alors qu'il devient difficile d'établir une association directe entre la diminution des fonctions exécutives et l'abus/dépendance d'une drogue donnée puisque la quasi-totalité de ces études ont été menées avec des échantillons de personnes consommant plusieurs substances psychoactives (Fernández-Serrano et al., 2010). Ainsi, Verdejo-García, Lopez Torrecillas, Aguilar de Arcos et Pérez Garcia (2005) ont testé les fonctions exécutives dans un groupe de 38 polytoxicomanes (ecstasy, cannabis et cocaïne) se retrouvant en cure de désintoxication; ils ont voulu voir si les déficits dans les fonctions exécutives étaient en lien avec la sévérité de la consommation. Les fonctions exécutives, évaluées à l'aide de la Tâche de Stroop (Stroop, 1935), des tâches d'arithmétique, de séquençages de lettres et de similarités du *Weschler Adult Intelligence Scale* (WAIS III; Weschler, 1997), mesuraient la mémoire de travail,

l'attention sélective, l'inhibition de la réponse, le raisonnement analogique ainsi que la flexibilité cognitive. Les résultats des tests neuropsychologiques révèlent l'existence de déficits des fonctions exécutives dans cet échantillon, bien que ces altérations soient loin d'être uniformes à travers les substances psychoactives considérées (Verdejo-García et al., 2005). De manière plus détaillée, cette étude suggère un effet significatif de l'ecstasy sur la mémoire de travail et les composantes du raisonnement analogique, un effet relativement spécifique de la cocaïne sur la composante de l'inhibition de la réponse et un effet significatif du cannabis sur la composante de la flexibilité cognitive. Quant au lien entre la sévérité de la consommation et les fonctions exécutives, les résultats de Verdejo-García et al. ont montré que l'ampleur de l'usage de drogues est inversement liée à la performance dans un certain nombre de tests neuropsychologiques mesurant la mémoire de travail, l'inhibition de la réponse, la flexibilité cognitive et le raisonnement abstrait.

Un autre domaine qui a été étudié en lien avec les fonctions exécutives est celui des comportements suicidaires. Encore là, les résultats étant variables d'une étude à l'autre, d'autres études se doivent d'être faites pour arriver à des conclusions confirmant ou non ce lien. Cette variabilité à travers les études peut être expliquée par différentes raisons. Selon Jollant, Lawrence, Olié, Guillaume et Courtet (2011), qui ont procédé à une révision des études neuropsychologiques et de neuro-imageries en lien avec le suicide, ces différences peuvent s'expliquer par un trop petit échantillon qui peut entraîner une erreur de type-2, l'utilisation de médicaments qui peuvent venir modifier les résultats, une évaluation des participants à différents moments (certains participants étant évalués tout



de suite après une tentative de suicide tandis que d'autres sont évalués un certain temps après leur tentative, donc n'étant pas dans la même disposition psychologique que lors de leur tentative), des définitions différentes de ce que constitue un comportement suicidaire ainsi qu'un manque de comparaison avec des patients non-suicidaires dans les études. Malgré ces lacunes, plusieurs études permettent de mieux comprendre le fonctionnement des différents systèmes neurologiques en lien avec les comportements suicidaires. Ces études révèlent l'existence de dysfonctionnements du processus cognitif qui modifient l'activité et la structure cérébrale régionale chez les patients ayant des antécédents de comportements suicidaires, indépendamment des troubles psychiatriques concomitants (Jollant et al., 2011). Plus spécifiquement, les données des études neuropsychologiques suggèrent que les personnes ayant fait une tentative de suicide portent une plus grande attention à des stimuli émotionnels spécifiques, ont une capacité diminuée à prendre des décisions, ont des capacités inférieures de résolution de problèmes et ont une fluence verbale réduite (voir Jollant et al., 2011 pour une révision complète).

Pour Burton et al. (2011), certaines fonctions neurocognitives, telles que la capacité de planification, l'impulsivité et d'autres habiletés exécutives pourraient contribuer à augmenter le risque d'avoir des idées et des comportements suicidaires. Burton et al. ont élaboré une étude dont l'objectif était d'examiner le rôle des fonctions exécutives dans un échantillon de personnes souffrant de troubles psychiatriques et qui recevaient des soins de courte durée en raison d'une tentative de suicide récente ou de la présence d'idées suicidaires graves. La pertinence de cette étude découle du fait que les auteurs ont inclus

ces deux groupes de personnes afin de permettre des comparaisons momentanées entre ceux qui pensent au suicide et font une tentative et ceux ayant des idées suicidaires et qui iront chercher de l'aide au lieu de passer à l'acte. Il est à noter que, dans le groupe de personnes ayant des idées suicidaires, mais qui n'ont pas passé à l'acte, certains des participants ont déjà fait des tentatives de suicide dans le passé, le but de l'étude étant d'évaluer les fonctions exécutives dans un laps de temps restreint et non sur une longue période. Un échantillon de 77 participants (37 personnes ayant fait une tentative de suicide et 40 personnes ayant seulement des idées suicidaires) a été recruté dont plus de la moitié des participants étaient des femmes ( $N = 39$ ). Les tests neurocognitifs avaient pour but de mesurer les capacités de résolution de problèmes, la flexibilité cognitive, l'inhibition motrice, l'impulsivité et les capacités de raisonnements, entre autres. Les résultats aux différents tests démontrent que les participants ont fait preuve de diverses forces cognitives, ayant obtenu des résultats dans la moyenne pour tous les tests, à l'exception de la mesure de l'inhibition où ils ont été légèrement sous la moyenne. Les moins bonnes performances à la mesure d'inhibition (tâche de Stroop) étaient associées à l'appartenance au groupe des personnes ayant fait une tentative de suicide récente. Par ailleurs, de meilleures habiletés de résolution de problèmes ont également été associées au groupe des tentatives de suicide récentes, ce qui va à l'encontre des résultats de Jollant et al. (2011). Ce dernier résultat en lien avec la capacité de résolution de problèmes est intéressant du point de vue du passage à l'acte suicidaire. Peut-être qu'en ayant une meilleure capacité de résolution de problèmes, l'individu ayant des idées suicidaires est plus en mesure d'élaborer un plan suicidaire et le mettre à exécution que les personnes ayant une faible

capacité de résolution de problèmes, ce qui rendrait le premier plus à risque de faire une tentative de suicide. D'autres études se doivent d'être faites afin de répliquer ce dernier point, car dans l'étude de Burton et al., certaines personnes ayant été hospitalisées pour des idées suicidaires récentes ont tout de même fait des tentatives de suicide avant cet épisode.

Les fonctions exécutives jouent un grand rôle dans l'apparition des divers comportements d'une personne, notamment en ce qui concerne la résolution de problème. De la planification du comportement à son exécution, de l'évaluation du comportement à son inhibition en passant par sa substitution à un comportement plus désirable, les fonctions exécutives interviennent à tous les niveaux du processus neurologique nécessaire pour amener la personne à atteindre un but désiré. De par leur nature neuropsychologique, les fonctions exécutives ont souvent été associées à divers troubles de santé mentale, dont le TDAH et la dépression ainsi que l'abus de substances psychoactives et les comportements suicidaires. La plupart des recherches ont trouvé, à des degrés variables, la présence de déficits dans les fonctions exécutives des personnes aux prises avec ces troubles. Ces déficits entraînent chez certaines personnes une impulsivité motrice et une incapacité à prévoir les conséquences reliées à un comportement ni même d'envisager un comportement plus bénéfique. Dans un contexte de présence d'idées suicidaires, une personne ayant un déficit au niveau des fonctions exécutives peut être à risque de faire une tentative de suicide. Si une personne est aux prises avec des idées suicidaires récurrentes, elle éprouvera de la difficulté à ne plus penser

à sa souffrance afin d'envisager d'autres options que le suicide pour venir à bout de cette souffrance. Sa capacité de réfléchir et d'agir de façon constructive et sécuritaire sera diminuée en fonction de l'atteinte de ses fonctions exécutives. Comme il a été démontré, les fonctions exécutives sont un sujet d'étude qui couvre plusieurs champs d'intérêt et offre aux chercheurs de nouvelles perspectives de recherche en s'intéressant aux déficits des processus neuropsychologiques affectant un trouble particulier. Le domaine de la recherche sur le suicide et les comportements suicidaires peut grandement bénéficier de cette approche en identifiant, notamment, les différents déficits en cause et en créant de nouvelles méthodes d'intervention visant à pallier ces lacunes. D'autres recherches se doivent d'être faites afin d'approfondir le lien entre les comportements suicidaires et les fonctions exécutives.

### **Modèles théoriques explicatifs**

Comme il en a été question au cours des dernières sections, les comportements suicidaires peuvent être expliqués par une multitude de facteurs de risque. Certains de ces facteurs peuvent être d'ordre neurobiologique comme il en a été question avec le TDAH et les fonctions exécutives tandis que d'autres sont des facteurs d'ordre psychologique comme les divers troubles de santé mentale des axes I et II du DSM. Bien que plusieurs facteurs de risque aient été mis de l'avant, il devient important de les définir à l'intérieur de modèles qui pourront mettre en interaction ces différents facteurs de risque afin de mieux comprendre les comportements à l'étude. Dans cette section, il sera notamment question des modèles théoriques démontrant comment chacun de ces facteurs de risque

peuvent être en lien avec l'apparition de comportements suicidaires. Ces modèles offrent ainsi une démonstration des liens théoriques plausibles qui unissent les symptômes du TDAH et les comportements criminels et ceux pouvant exister entre les comportements violents et les comportements suicidaires. En se basant sur ces deux modèles théoriques, le lien entre le TDAH et les comportements suicidaires sera ensuite abordé. Dans les modèles utilisés dans cette recherche, il sera plus spécifiquement question des liens entre les conduites criminelles, le TDAH et les comportements suicidaires. Le premier modèle qui sera expliqué est celui du *General Strain Theory* d'Agnew (1992), ou théorie générale de la tension (TGT). Ce modèle tente d'expliquer l'apparition des conduites criminelles en fonction de stressseurs qui peuvent se retrouver dans la vie de tous les jours. Il est cité dans cette recherche notamment, car ce modèle a été appliqué à une population de personnes ayant un TDAH pour démontrer le lien qui existe entre le TDAH et les conduites criminelles. Ce modèle démontre que les personnes TDAH, de par la nature de leurs symptômes d'impulsivité et d'inattention, sont plus à risque de ce genre de conduite que les personnes n'ayant pas de TDAH. En raison du fait que les conduites criminelles incluent généralement une quelconque forme de comportement violent (général ou sévère), ce modèle peut servir à faire le pont pour le second modèle, celui du *Two-stage model of countervailing forces* (Modèle des deux stades vers le suicide et la violence) de Plutchik et van Praag (1994). Ce dernier modèle fait le lien entre les comportements violents envers autrui et les comportements suicidaires et tente d'expliquer l'apparition de ces comportements à l'aide de variables qui peuvent leur être distinctes ou communes. Il a la particularité d'inclure autant des facteurs de risque (amplificateurs) que des facteurs

de protection (atténuateurs). En raison du fait que les participants à la présente recherche sont des détenus ayant été condamnés à une peine d'emprisonnement, il y a lieu de croire que ces deux modèles peuvent aider à mieux comprendre pourquoi les détenus peuvent être à risque de comportements suicidaires, notamment en raison de leur propension à des comportements violents. Quant au lien entre le TDAH et les comportements suicidaires, il n'y a pas de modèle en soi qui sera utilisé. Quelques recherches ayant étudié cette relation seront citées, recherches dont les résultats démontrent que le TDAH peut constituer un facteur de risque pour l'apparition de comportements suicidaires.

### **Conduites criminelles, délinquance et TDAH**

Les individus ayant un TDAH, en plus d'avoir à vivre avec des difficultés comme le déficit d'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité, sont aussi à risque de développer d'autres troubles au cours de leur vie (Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999). Une de ces difficultés est le risque de développer des comportements antisociaux à l'enfance et à l'adolescence et que ceux-ci persistent à l'âge adulte. Le TDAH à l'enfance a été identifié comme étant un facteur significatif pour des comportements criminels futurs (Mannuzza, Klein, & Moulton III, 2008). Dans une méta-analyse de 20 études effectuée par Pratt, Cullen, Blevins et Unnever (2002), une forte relation fut trouvée entre les mesures du TDAH et les comportements criminels et délinquants. Farrington, Loeber et Van Kammen (1990) concluent que les problèmes d'hyperactivité, de témérité et d'inattention à l'enfance s'apparentent au comportement antisocial à travers des processus cognitifs affaiblis (c.-à-d., une difficulté à évaluer les conséquences de ses actions) et permettent

dès lors de prédire les condamnations criminelles futures, indépendamment du trouble des conduites. Datleg et Levander (1998) ont suggéré que le TDAH, pris seul, ne semble pas être un facteur significatif qui contribue aux comportements criminels. Il s'agirait plutôt de la comorbidité du trouble des conduites et des problèmes de déficit d'attention et d'hyperactivité, avec une apparition précoce à l'enfance, qui est particulièrement prédictive de comportements criminels futurs. En raison des symptômes principaux du TDAH, notamment l'impulsivité découlant d'une faible maîtrise de soi, une association entre une agression réactive et le TDAH semble plausible. L'agression réactive peut être décrite comme étant une réaction spontanée suite à une provocation ou un conflit. Cette agression est caractérisée par une explosion affective, qui est de courte durée et qui n'a pas de but final outre celui de la réduction de la tension et de l'agitation (Retz & Rösler, 2009). À la différence de la violence planifiée, qui est plus instrumentale et systématique, la violence réactive n'est pas quelque chose de rationnel, de réfléchi. Il y aurait alors quelques similitudes entre la violence réactive et le sous-type hyperactif-impulsif du TDAH. Une personne ayant un TDAH serait donc plus encline à ce type de violence, notamment en raison de son impulsivité et de sa difficulté à penser aux conséquences de ses gestes.

Au fil des ans, plusieurs explications théoriques ont été mises de l'avant afin d'expliquer l'apparition des comportements déviants et de la criminalité. À travers ces théories, il y a notamment celle de Robert Agnew (1992), la théorie générale de la tension (TGT), qui a été élaborée pour expliquer les comportements violents. Cette théorie est

considérée comme étant une théorie solide qui a accumulé une quantité importante de preuves empiriques; elle a également dépassé son champ d'application en offrant des explications de comportements qui se retrouvent à l'extérieur des comportements criminels généralement visés (Froggio, 2007). Cette théorie criminologique énonce que le stress vécu par les individus conduit à des émotions négatives et ultimement à la délinquance. Elle ne fournit pas seulement des explications environnementales du comportement criminel, mais permet aussi l'inclusion de différences individuelles qui peuvent expliquer pourquoi certaines personnes, dans des situations similaires, se comportent différemment (Johnson & Kercher, 2007). La TGT d'Agnew prévoit trois grands types de stressseurs qui peuvent pousser les individus à la délinquance et la criminalité : l'échec à atteindre des objectifs considérés comme positifs, la perte de stimuli valorisés et la présentation de stimuli négativement valorisés (Johnson & Kercher, 2007). Cette théorie émet l'hypothèse que ces stressseurs conduisent à des émotions négatives comme la colère et la dépression (De Coster & Kort-Butler, 2006). Selon Agnew (1985), la colère est particulièrement pertinente pour comprendre le lien entre le stress et la délinquance parce que cette émotion pousse les individus à l'action, augmente les sentiments de blessure et conduit au désir de représailles. En fait, la colère est propice à la délinquance et sert de mécanisme par lequel le stress conduit à la délinquance. Cette relation colère-délinquance est particulièrement saillante en raison du fait que la délinquance fournit à l'individu colérique les opportunités de se venger contre les responsables de ce stress, d'échapper à des situations stressantes ou d'atteindre des buts qui ont été contrecarrés (De Coster & Kort-Butler, 2006). La théorie reconnaît aussi que



les individus réagissent différemment à la source du stress, ce qui influe sur la probabilité de réactions criminelles ainsi que sur le type d'acte criminel que l'individu peut commettre (Johnson & Kercher, 2007). Selon Johnson et Kercher, plusieurs types d'habiletés de coping existent afin de réduire les réponses déviantes (criminelles) au stress subi et incluent entre autres le soutien social, l'autoefficacité, la stabilité émotionnelle et une bonne santé physique.

Johnson et Kercher (2007) ont testé la théorie d'Agnew en partant de la prémisse que la faible tolérance aux stressors du modèle TGT implique plusieurs des mêmes comportements associés aux aspects d'impulsivité du TDAH. Un individu ayant une faible tolérance aux stressors est plus enclin d'agir sur ses impulsions, de prendre des risques, de rechercher des sensations fortes et de rejeter les normes sociales conventionnelles. Selon ces auteurs, une personne TDAH qui perd quelque chose de valorisé positivement sera moins susceptible d'utiliser des stratégies de coping légitimes. Au lieu de prendre le temps de réfléchir aux conséquences reliées au fait d'avoir recours à des comportements antisociaux ou à minimiser les effets du stressor qu'elle ressent, une personne TDAH risque de réagir de façon impulsive. Les auteurs ont voulu tester l'hypothèse voulant que les individus ayant des symptômes auto-rapportés de TDAH (de forte amplitude) seront plus enclins à participer à des comportements criminels lorsqu'ils expérimentent les mêmes stressors que ceux ayant moins de symptômes du TDAH ou ceux n'en ayant aucun. Leur échantillon était composé de 404 étudiants universitaires. Les symptômes du TDAH étaient évalués à l'aide du *Current Symptoms Scale* (Barkley & Murphy, 1998),

qui est une échelle auto-rapportée, conçue pour donner une évaluation préliminaire de la possibilité d'avoir un TDAH. Les différents types de stressors auxquels les étudiants pouvaient être confrontés étaient notamment : avoir une mauvaise note dans un cours, une séparation amoureuse, la mort d'une personne proche, la perte d'emploi, être victime d'un acte criminel ainsi qu'être victime d'abus. Ces stressors sont reliés à la perte de stimuli valorisés et la présentation de stimuli négativement valorisés. L'échec à atteindre des objectifs considérés comme positifs a été spécifiquement mis de côté en raison du fait que les auteurs assument que ce genre de stressor est moins important dans la prédiction de la criminalité chez les jeunes adultes. Les auteurs assument aussi que les personnes ayant un TDAH semblent peu affectés face à l'échec d'atteindre des objectifs considérés comme positifs. La variable dépendante de cette étude était les différents comportements criminels. Parmi ces comportements criminels, il y avait le vol d'argent, la vente et la consommation de drogues, menacer ou frapper quelqu'un, détruire volontairement le bien d'autrui, utiliser une arme ou une force quelconque afin d'obtenir un bien d'autrui, mentir ou altérer la réalité afin d'obtenir un bien d'autrui et se faire arrêter par la police. Un score moyen global de comportements criminels a été calculé afin d'avoir une idée de l'ampleur des comportements criminels chez les participants. Les résultats de Johnson et Kercher (2007) supportent l'idée voulant que les individus qui ont des symptômes du TDAH soient plus enclins à réagir aux stressors de manière antisociale, comparé aux individus n'ayant pas ce trouble. Les hommes ayant un résultat élevé à l'échelle du TDAH et à l'échelle de stressors étaient plus susceptibles de participer à des activités criminelles. Chez une personne TDAH, l'incapacité à traiter l'information en lien avec la prise de décisions

pourrait sérieusement entraver la possibilité de gérer légitimement une situation où il y a un stresser immédiat.

Malgré le fait que la théorie d'Agnew de la TGT soit relativement nouvelle et que plusieurs aspects de celle-ci restent encore à être testés (Johnson & Kercher, 2007), elle a la particularité d'expliquer l'apparition des comportements criminels en fonction de stresser qui se retrouvent dans la vie de tous les jours. Cette théorie a été testée par Johnson et Kercher afin de déterminer le rôle que le TDAH peut jouer dans l'apparition des comportements criminels. Bien que cette étude comporte des lacunes méthodologiques (c.-à-d., aucune différenciation entre les sous-types du TDAH; la présence ou non du TDAH se base exclusivement sur des symptômes auto-rapportés et un échantillon déterminé de façon non-aléatoire), elle démontre tout de même que le TDAH est un facteur à considérer dans l'apparition de la délinquance et de la criminalité. Bien que toutes les personnes qui ont un TDAH ne deviennent pas des criminels, il n'en demeure pas moins que le TDAH augmente le risque que la personne soit impliquée dans des activités criminelles.

### **Violence hétéro-agressive et violence auto-agressive**

Lorsque la relation entre les antécédents psychiatriques, les gestes violents et le suicide en général est étudiée, il est d'un intérêt particulier de réaliser que plusieurs patients psychiatriques qui ont un historique de comportements violents ont aussi un historique de tentatives de suicides. Inversement, les patients dont l'historique réfère à des

comportements suicidaires ou qui ont été admis suite à une tentative de suicide ont aussi un historique de violence (Plutchik et al., 1988). Selon divers auteurs, de 7 à 48 % des patients qui ont un historique de comportements violents ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide dans le passé (Skodal & Karasu, 1978; Tardiff & Sweillam, 1980). Il appert alors qu'il existe un lien étroit entre l'impulsion d'agir violemment envers soi-même (violence autodirigée) et l'impulsion d'agir violemment envers les autres (violence hétéro-dirigée). Toutefois, du fait que le lien de causalité n'est pas direct, cela implique qu'il doit y avoir des variables qui vont affecter différemment le risque de violence auto- et hétéro-dirigée (Plutchik et al., 1988). Les comportements suicidaires constituent en soi des gestes de violence, la personne retournant cette violence contre elle-même. Selon Plutchik et ses collègues (1988), plusieurs variables agissent sur l'ampleur de la « pulsion » agressive. Cette « pulsion » peut ainsi s'exprimer de différentes façons, envers soi-même ou envers les autres, dépendamment de la nature des variables. Ces mêmes variables peuvent corrélérer en même temps au risque de violence hétéro-dirigée et de violence autodirigée. En partant de ces postulats, Plutchik et van Praag (1994) ont élaboré leur modèle des deux stades vers le suicide et la violence (voir Figure 1) afin de mettre en relation les différentes variables qui peuvent être des précurseurs de la violence auto- et hétéro-dirigée et démontrer comment elles influencent cette relation. Les résultats de leur étude (Plutchik et al., 1988) indiquent qu'un grand nombre de variables sont corrélées avec le risque de violence autodirigée ou le risque de violence hétéro-dirigée et que plusieurs de ces mêmes variables corrélerent avec les deux. Il existe aussi un petit groupe de variables qui sont corrélés avec le risque de violence autodirigée, mais pas avec le

risque de violence hétéro-dirigée et inversement. Le modèle des deux stades suppose en outre qu'il existe un petit nombre de déclencheurs qui provoquent la pulsion agressive, comme les menaces, les insultes, la perte de contrôle ainsi que la perception d'une diminution de statut hiérarchique. La pulsion agressive qui est générée par ces déclencheurs peut être amplifiée ou atténuée en fonction de la présence ou l'absence d'autres variables. Les variables qui agissent comme amplificateurs sont des symptômes physiques, la maladie mentale, des symptômes de pertes de contrôle, un accès à une arme à feu et autres. La présence de dépression, un grand nombre de problèmes de vie (incluant les problèmes médicaux, professionnels et familiaux), un sentiment de désespoir et des symptômes psychiatriques récents prédisposent l'individu à diriger sa pulsion agressive envers lui-même. Au contraire, des traits d'impulsivité, des problèmes avec la loi et des stress de vie récents feront en sorte que l'individu sera plus enclin à diriger sa pulsion agressive envers les autres. Le modèle des deux stades vers le suicide et la violence de Plutchik et van Praag inclut aussi une boucle de rétroaction. C'est donc dire qu'il y a une interaction entre les événements déclencheurs (qui déclenchent un déséquilibre chez la personne) et les comportements (d'amplification et d'atténuation) qui vont déterminer la probabilité d'action. Le but du comportement final (geste violent ou suicidaire) est de rétablir les conditions qui prévalaient auparavant.

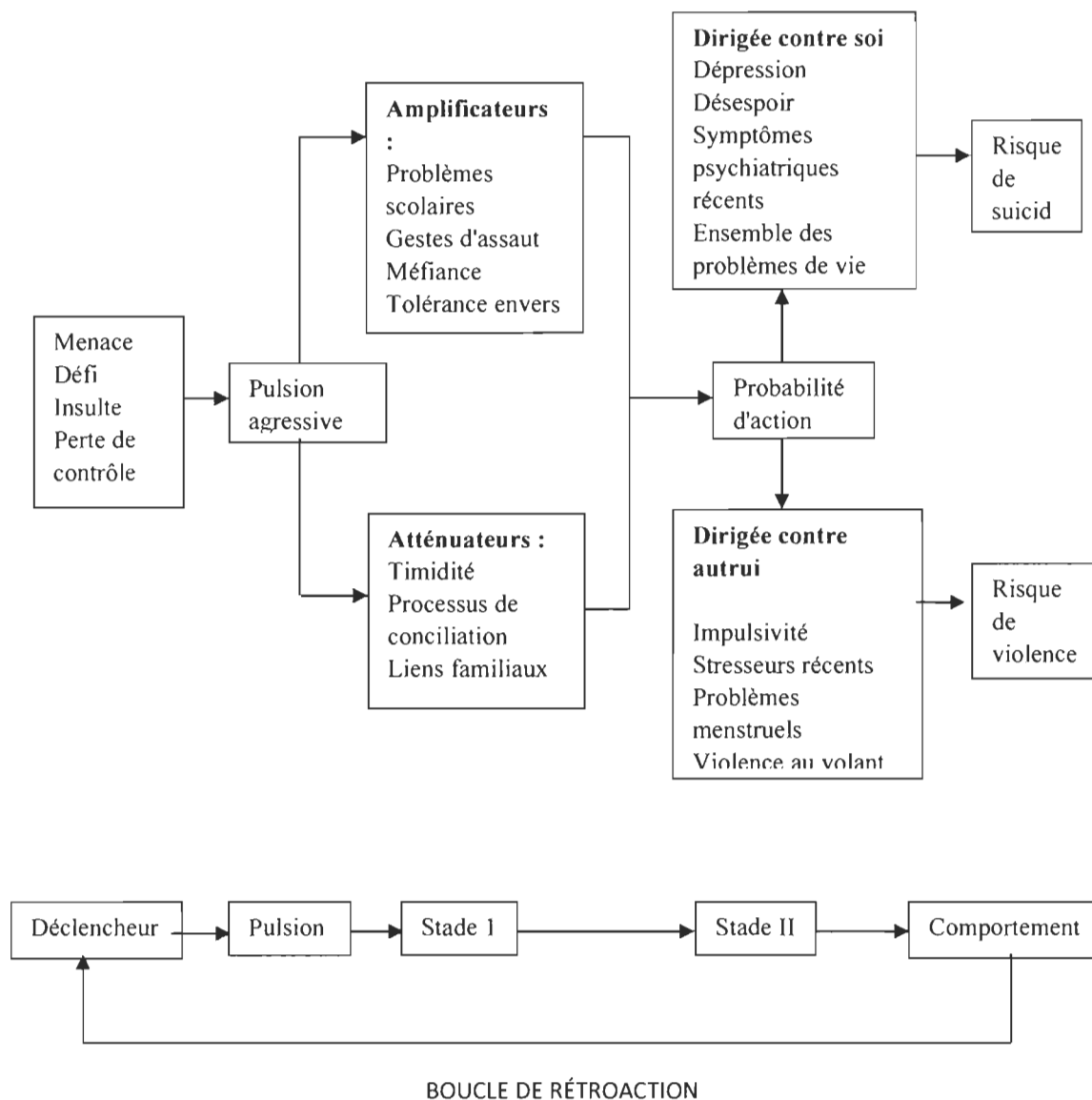


Figure 1. Modèle des deux stades vers le suicide et la violence (Plutchik & van Praag, 1994).

Bien que ce modèle fournisse une explication théorique aux comportements suicidaires et violents, aucune validation empirique ne fut effectuée par d'autres chercheurs afin de valider la structure de ce modèle, ce qui laisse place au doute quant à son application pratique pour prédire ce genre de comportements. De plus, certaines

variables mises de l'avant par Plutchik et van Praag (1994) dans ce modèle peuvent être difficilement étudiées et devraient être mieux définies. Des variables telles les problèmes menstruels et l'ensemble des problèmes de vie, pour n'en nommer que quelques-unes, sont beaucoup trop ambiguës et mal définies pour être incluses dans une étude sur la violence auto- et hétéro-dirigée. La variable des problèmes menstruels, bien qu'elle puisse être clairement utilisée dans un échantillon féminin, devient carrément impossible à utiliser lorsqu'il s'agit d'un échantillon masculin pour des raisons évidentes. Quant à la variable des problèmes de vie, il faudrait arriver à une définition claire de ce qui doit être inclus afin de mieux l'opérationnaliser. La variable violence au volant est intéressante dans ce modèle, car la violence (rage) au volant constitue un comportement démontrant une grande part d'impulsivité et un manque de planification, l'individu agissant sous une impulsion momentanée sans penser aux conséquences futures de son acte, ce qui peut s'apparenter par moment aux comportements suicidaires. Malgré quelques lacunes, ce modèle reste intéressant, car il tend à « expliquer » un phénomène complexe, en l'occurrence les gestes violents et suicidaires, tout en intégrant les variables dans un modèle facile à comprendre au point de vue théorique.

### **TDAH et comportements suicidaires**

En fonction des deux modèles précédents qui définissent le lien entre le TDAH et la délinquance dans un premier temps et le lien entre les gestes violents et les comportements suicidaires dans un deuxième temps, cette section se penchera sur le lien pouvant exister entre le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les comportements

suicidaires. Il importe de mentionner pour cette section que, jusqu'à ce jour, le lien entre le TDAH et les comportements suicidaires n'a pas fait l'objet de beaucoup de travaux de recherche et que la prudence est de mise lorsque vient le temps d'interpréter les différents résultats obtenus. Un survol des études sera abordé avant de présenter le « modèle ». Il importe de mentionner que les quelques études effectuées sur le lien entre le TDAH et le suicide ont ciblé généralement une cohorte d'adolescents comme échantillon et non une population d'âge adulte, laquelle est notre sujet d'intérêt dans cette thèse. Bien que les études épidémiologiques, post mortem et de suivis du TDAH, en particulier chez les jeunes hommes, semblent démontrer un lien entre le TDAH et le suicide complété, la preuve de tout lien direct ou indépendant est modeste (James, Lai, & Dahl, 2004).

James et al. (2004) ont effectué une recension de la littérature scientifique afin d'examiner la relation qui existe entre le TDAH et le suicide chez les adolescents et les jeunes adultes, tout en explorant les mécanismes pertinents à cette relation. Les auteurs concluent qu'une association entre le TDAH et le suicide a été trouvée dans quatre et possiblement cinq des 16 cas d'autopsie psychologique concernant des enfants, adolescents et jeunes adultes et dans quatre des six études longitudinales suivant des jeunes patients TDAH jusqu'à l'âge adulte. Bien que ce lien soit modeste, les auteurs ont estimé, à partir des six études longitudinales, que le taux de suicide estimé se trouvait entre 0,63 et 0,78 % sur une période approximative de 20 ans (taux de suicide annuel de 32 à 39 par 100 000). Malgré que cette étude comporte un nombre restreint de sujets identifiés, le taux de suicide estimé est presque trois fois supérieur au taux de suicide national des



États-Unis pour les hommes âgés entre 5 et 24 ans. Des évidences démontrent que le TDAH, de par sa grande comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale, est un facteur important pour le suicide complété. Selon la recension de James et al., plusieurs raisons expliquent ce fait. Premièrement, le TDAH est fréquemment présent en tant que condition comorbide avec divers troubles de santé mentale. Deuxièmement, le suicide chez les adolescents est fortement associé avec des diagnostics psychiatriques en concomitance, particulièrement les troubles de l'humeur, les troubles de comportements perturbateurs et l'abus de substances psychoactives, qui sont des conditions comorbides communes avec le TDAH. Troisièmement, la comorbidité augmente substantiellement le risque de tentatives de suicide et de suicides complétés. Quatrièmement, des symptômes sévères du TDAH sont associés à des niveaux élevés de symptômes d'intériorisation et d'extériorisation. Cinquièmement, des troubles comorbides, particulièrement les troubles affectifs, sont associés à la persistance des symptômes du TDAH à l'adolescence. Finalement, le TDAH aggrave le diagnostic clinique des troubles comorbides à tous les égards. Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta et Bridge (1999) avancent que le TDAH n'est pas un facteur de risque pour le suicide en soi, mais crée des conditions néfastes pour le fonctionnement de l'individu et augmente le risque de suicide via une comorbidité de troubles de la conduite et d'abus de substances psychoactives.

Dans le même registre que l'étude de James et al. (2004), Agosti, Chen et Levin (2011) se sont questionnés à savoir si la présence d'un TDAH augmentait le risque de faire une tentative de suicide. Leur échantillon provenait d'une enquête nationale représentative des

résidents américains de 18 ans et plus, le *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R). La présence d'un diagnostic de TDAH à l'enfance et à l'âge adulte a été évaluée selon les critères du DSM-IV (APA, 1994) par des psychologues cliniciens. L'échantillon était composé de 3197 personnes âgées entre 18 et 44 ans. Un total de 365 personnes (11,4 %) avait un diagnostic à vie de TDAH. Les répondants qui ont reconnu avoir tenté de se suicider ont été considérés comme des acteurs de tentatives de suicide, indépendamment de l'intention de mourir ou de la létalité du geste (Agosti et al., 2011). Les résultats de cette étude confirment ceux de James et al. voulant que la seule présence d'un TDAH ne soit pas fortement associée à une probabilité accrue d'avoir déjà fait une tentative de suicide. Dans l'étude d'Agosti et al., la présence d'un TDAH augmente de 1,5 fois la probabilité d'avoir fait une tentative de suicide. C'est surtout la présence de troubles comorbides au TDAH qui augmente la probabilité d'avoir déjà fait une tentative de suicide. La présence d'un seul trouble comorbide augmente cette probabilité de quatre fois tandis que la présence de deux troubles comorbides ou plus l'augmente de douze fois. Bien que l'échantillon de personnes ayant un TDAH était trop petit, entraînant ainsi un manque de puissance statistique suffisante pour déterminer quels troubles comorbides étaient liés aux tentatives de suicide, cette étude illustre l'importance de bien évaluer la présence de troubles comorbides en lien avec le TDAH en raison du fait que cela peut s'avérer être un facteur de risque possible pour les tentatives de suicide. L'identification précoce et le traitement du TDAH et de ses comorbidités peuvent ainsi réduire le risque de comportements auto-agressifs (Agosti et al., 2011).

Dans une autre étude, Murphy et al. (2002) ont examiné les différences qui existaient entre les différents sous-types du TDAH en fonction de la comorbidité, des antécédents de comportements antisociaux, du niveau d'éducation et de l'historique de traitements chez des jeunes adultes TDAH (âgés entre 17 et 27 ans). Les différents sous-types étaient comparés avec un groupe contrôle ayant les mêmes caractéristiques que les autres participants à l'exception du TDAH. Les différents sous-types inclus dans cette étude sont les sous-types combinés (TDAH-C) et inattentif (TDAH-I). Comme il a été expliqué antérieurement, le sous-type hyperactif-impulsif se retrouve majoritairement chez les jeunes enfants et s'estompe graduellement avec l'âge au profit des symptômes d'inattention. Les trois groupes à l'étude ne différaient pas en ce qui a trait aux comorbidités du trouble des conduites, du trouble de dépression majeure et des troubles d'anxiété. Les participants des deux groupes TDAH ont rapporté un pourcentage plus élevé d'expériences de dysthymie que ceux du groupe contrôle, bien qu'aucune différence n'existait entre les deux groupes TDAH. Concernant le suicide, une plus grande proportion du groupe TDAH-C (15 %) a rapporté avoir fait une tentative de suicide en comparaison avec les résultats du groupe contrôle (0 %), le groupe TDAH-I ne différant pas significativement des deux autres groupes.

Lors de l'étude de Murphy et al. (2002), aucune recherche s'intéressant spécifiquement à la prévalence des comportements suicidaires (idéations, tentatives et suicides) dans un échantillon d'adultes ayant un TDAH n'avait été faite. Depuis, d'autres auteurs se sont intéressés au lien entre le TDAH et les comportements suicidaires, dont

Barkley, Murphy et Fischer (2008). Deux raisons principales amenaient ces auteurs à croire que les comportements suicidaires seraient plus élevés dans le groupe TDAH que dans celui d'un groupe contrôle d'adultes provenant de la communauté. Premièrement, une comorbidité plus élevée que prévue entre le TDAH et les troubles de l'humeur (dysthymie, dépression majeure et trouble de la personnalité dépressive) chez les enfants et adultes ayant le TDAH va automatiquement amener quelqu'un à croire que les gestes suicidaires sont plus fréquents dans ce groupe de personne que dans la population normale. La deuxième raison était que seules deux études de suivi d'une cohorte d'enfants hyperactifs (du type combiné) jusqu'à l'âge adulte ont trouvé que les comportements suicidaires étaient plus élevés que prévu par rapport aux groupes contrôles qui ont été suivis simultanément. Ces deux études ont fait l'objet d'analyses rigoureuses diverses de la part Barkley et al. (2008) dans leur livre « ADHD in Adults: What the Science Says » (2008). Une de ces études est l'étude UMASS de l'Université du Massachussets qui a examiné, sur une période de quatre ans (2000-2003), comment chaque symptôme du TDAH est associé à une détérioration (*impairment*) du fonctionnement dans un nombre de sphère d'activités quotidiennes chez des adultes TDAH cliniquement référés. La deuxième étude, l'étude de Milwaukee, est une étude longitudinale qui a examiné un groupe de jeunes enfants hyperactifs (âgés de 4 à 12 ans) jusqu'à l'âge adulte (âge moyen de 27 ans). Les participants des deux études étaient comparés à des groupes contrôles quant à la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Les groupes contrôles étaient composés de participants provenant de la communauté. L'étude UMASS comportait un second groupe contrôle constitué de participants cliniquement référés

n'ayant pas de TDAH. Dans l'étude UMASS, lorsque les participants ayant un TDAH étaient comparés aux deux groupes contrôles, les auteurs ont trouvé que le groupe ayant un TDAH avait une légère augmentation non-significative de présenter des idées suicidaires (25 % contre 15-16 %) et d'avoir fait des tentatives de suicide (6 % contre 2-4 %) avant l'âge de 18 ans. Après l'âge de 18 ans, le groupe TDAH et le groupe contrôle clinique ont signalé des taux élevés de pensées suicidaires (27-29 %) par rapport à ceux observées dans le groupe contrôle communautaire (6 %). Le groupe TDAH a également présenté un risque accru de tentatives de suicide par rapport au groupe contrôle communautaire (8 % contre 1 %). L'étude de Milwaukee a également constaté qu'avant l'âge de 18 ans, les participants du groupe hyperactif avaient un risque accru d'avoir des idées suicidaires et d'avoir fait des tentatives de suicide. Lors des suivis subséquents jusqu'à l'âge de 27 ans, le risque devenait encore plus grand pour la présence des idées suicidaires, mais pas en ce qui concerne la présence de tentatives de suicide. Des analyses ultérieures ont démontré que les risques accrus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide sont largement influencés par la présence du trouble dépressif majeur et, dans une moindre mesure, la dysthymie; la persistance du TDAH à l'âge adulte n'est pas le principal déterminant de ces risques.

Bien que ces études datent d'une dizaine d'années, elles démontrent que le TDAH peut être considéré comme un facteur de risque pour le passage à l'acte suicidaire, notamment en raison de sa très grande comorbidité avec d'autres troubles. Plus récemment, Impey et Heun (2012) se sont penchés sur l'association entre les idéations

suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides complétés chez les personnes ayant le TDAH. Ainsi, ils ont analysé 25 études qui se penchaient sur le lien entre le TDAH et le suicide et ses variantes (tentatives et idéations). Les 25 études étaient réparties à travers divers thèmes d'analyse comme la présence du TDAH dans les suicides complétés et la présence du TDAH dans un groupe de tentatives de suicide entre autres. En ce qui concerne la mort par suicide, deux études où un groupe contrôle était disponible ont été analysées. Les résultats démontrent que la présence du TDAH était plus commune dans le groupe de personnes décédées par suicide que dans les groupes contrôles (rapport de cote de 1,7 et 3,6). Les taux de présence du TDAH dans une mort par suicide varient de 4 à 25,9 %, ce qui apparaît généralement supérieur à la prévalence mondiale estimée de 5,29 %. Il est à noter que les études de suicides complétés semblent toujours avoir un faible échantillon, ce qui rend l'extrapolation à la population générale difficile et les résultats difficilement validés. Pour la présence de tentatives de suicide, huit études ont été ciblées par les auteurs. Les participants ayant un TDAH ont constamment effectué plus de tentatives de suicide que les participants des groupes contrôles (rapport de cote de 1,3 à 13,5); dans la majorité des cas, la différence était significative. Les résultats des analyses démontrent qu'entre 9,1 et 51,5 % des participants ayant un TDAH ont rapporté la présence de tentatives de suicide. Les taux les plus élevés furent trouvés dans les groupes de détenus ayant le trouble de la personnalité antisociale ou une dépendance à la drogue. En terme de probabilité, la plupart des populations suicidaires étudiées présentent des taux supérieurs d'individus ayant le TDAH lorsque comparées aux groupes contrôles, habituellement au moins le double du taux pour les idéations suicidaires et environ

1,5 à 2 fois pour les tentatives de suicides et les décès par suicide. Malgré des résultats intéressants démontrant un lien possible entre le TDAH et les comportements suicidaires, il importe de mentionner quelques faiblesses se retrouvant dans cette analyse. Il existe une grande variabilité entre les études rapportées, probablement en raison des populations hétérogènes qui ont été étudiées, qui peut faire en sorte d'affaiblir la portée des résultats et empêcher leurs généralisations. Cette hétérogénéité se définit autant dans la provenance des études (États-Unis, Australie, Autriche, Finlande et Israël) que dans la composition des échantillons (jeunes contrevenants, patients admis en urgence à l'hôpital suite à une tentative de suicide, adolescents présentant un trouble d'abus de substances). La question de la comorbidité était présente dans la plupart des cas et les résultats semblent divergents. Quand la comorbidité incluait l'abus de substances psychoactives ou les troubles de la personnalité, les groupes TDAH ne montraient pas plus de probabilité d'idéations, de tentatives et de décès par suicide que les groupes contrôles. Toutefois, quand d'autres diagnostics étaient émis en même temps que le TDAH, sans pour autant qu'ils soient considérés comme des comorbidités, les gestes suicidaires étaient plus élevés chez les troubles de l'humeur et les troubles des conduites. Ces autres troubles peuvent bien servir de médiateur à l'interaction entre le TDAH et le suicide; l'effet de la comorbidité devient alors difficile à séparer des résultats principaux (Impey & Heun, 2012). C'est là tout l'enjeu de la présence de troubles comorbides avec le TDAH et de leurs impacts sur les comportements suicidaires. Bien que les études analysées par Impey et Heun (2012) varient quant à leurs conclusions, elles démontrent tout de même des associations positives entre le TDAH et les comportements suicidaires. Les personnes qui avaient déjà

un diagnostic de TDAH avaient plus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide à leur actif que le groupe contrôle n'ayant pas le TDAH. Une explication peut être liée au niveau d'impulsivité et à la sensibilisation au risque qui caractérise les personnes ayant un TDAH. La tendance des personnes ayant un TDAH à réagir fortement à des situations de stress et à ne pas mesurer adéquatement les conséquences de leurs actions peuvent être des indices démontrant qu'elles sont à risque de comportements suicidaires. La question des troubles comorbides doit être approfondie afin de mieux comprendre l'interaction entre le TDAH et ces différents troubles ainsi que leur rôle respectif potentiel dans l'apparition des comportements suicidaires.

De par la nature des symptômes qui affectent plusieurs sphères de la vie d'un individu dont celle de l'impulsivité en particulier, il y aurait lieu de penser que le TDAH peut jouer un rôle prépondérant dans l'apparition des comportements suicidaires. De par sa définition, le TDAH entraîne, dès le plus jeune âge, des répercussions négatives chez l'individu aux niveaux de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité qui eux peuvent, à leur tour, entraver les apprentissages futurs et nécessaires au bon fonctionnement de l'individu. Qui plus est, les symptômes du TDAH peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte dans certains cas et continuer d'entraver le fonctionnement de l'individu. En raison du fait que le TDAH est un trouble de santé mentale ayant une grande comorbidité avec d'autres troubles, dont les troubles de l'humeur, le risque de comportements suicidaires peut en être grandement affecté. L'impulsivité, étant notamment associée à plusieurs troubles de santé mentale dont le TDAH, pourrait jouer un rôle tout aussi important. La présence d'un ou plusieurs



troubles comorbides viendrait ainsi fragiliser un individu déjà vulnérable et l'amener à voir sa souffrance comme étant envahissante et insupportable. En étant déjà souffrant, un individu TDAH aurait ainsi de la difficulté à envisager des solutions viables pour diminuer sa souffrance; son impulsivité et sa difficulté de penser aux conséquences de ses gestes pourraient l'amener à poser un geste mettant sa vie en danger. Ce serait alors l'interaction entre le TDAH et la présence d'un ou des troubles comorbides, amplifiée par un déficit des fonctions exécutives, qui entrainerait alors un individu vers les comportements suicidaires.

### **Objectifs de la recherche**

Dans un contexte à risque aussi élevé pour la présence de tentatives de suicide et de mort par suicide qu'est le milieu carcéral, le but de cette recherche est d'examiner les tentatives de suicide des nouveaux détenus purgeant une peine de pénitencier de deux ans et plus. L'objectif est d'évaluer ce qui différencie trois groupes de participants: les détenus qui ne font aucune tentative de suicide (groupe 1), ceux qui en ont fait une seule (groupe 2) et ceux qui en ont fait plus d'une (groupe 3). Les trois groupes à l'étude seront comparés sur différentes variables touchant la santé mentale et les comportements violents. Plus précisément, les variables incluses dans cette étude seront les variables en lien avec les troubles de santé mentale (axes I et II du DSM-IV; APA, 1994), les comportements hétéro-agressifs, les comportements auto-agressifs et la présence possible du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Les sphères d'atteintes découlant de cette présence possible de TDAH seront également présentes, c'est-à-dire les déficits de

fonctionnements qui y sont associés. Il est à noter que, pour cette recherche, il sera question d'une analyse rétrospective des tentatives de suicide, c'est-à-dire que toutes les tentatives de suicide incluses dans l'étude ont eu lieu avant que le détenu arrive en détention. Les tentatives ultérieures, advenant que le détenu fasse une tentative de suicide après son arrivée en détention, ne seront pas abordées. Étant donné le vaste champ d'étude que constituent les comportements suicidaires, cette étude n'aborde qu'une petite partie de la question, soit celle des tentatives de suicide antérieures. L'enjeu de la recherche étant ici de faire le lien que peuvent avoir les différents troubles de santé mentale avec la présence de tentatives de suicide chez un groupe de nouveaux détenus. Le but ultime est d'identifier les groupes d'individus qui sont à risque de comportements suicidaires afin d'établir des procédures éventuelles pour mieux protéger ces individus et minimiser les impacts négatifs découlant des troubles de santé mentale.

### **Hypothèses de recherche**

H1 : il y aura plus de problèmes de santé mentale chez les détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide (groupe 3) que chez ceux n'ayant fait qu'une ou aucune tentative de suicide (groupes 2 et 1 respectivement);

H2 : en raison des diverses sphères d'atteinte découlant du TDAH et de sa grande comorbidité avec plusieurs troubles de santé mentale, les détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide (groupe 3) seront plus à risque d'avoir un diagnostic possible de

TDAH que les détenus n'ayant fait qu'une ou aucune tentative de suicide (groupes 2 et 1 respectivement);

H3 : en raison du lien entre comportements violents et tentatives de suicide, les détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide (groupe 3) seront plus à risque d'avoir des comportements hétéro-agressifs sévères que les détenus n'ayant fait qu'une ou aucune tentative de suicide (groupes 2 et 1 respectivement);

H4 : parmi les quatre sphères d'atteinte découlant du TDAH, les sphères concernant l'impulsivité/labilité émotionnelle et celle du concept de soi, mesuré à l'aide des sous-échelles du CAARS, seront plus présentes chez les détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide (groupe 3) que chez ceux n'ayant fait qu'une ou aucune tentative de suicide (groupes 2 et 1 respectivement);

H5 : la présence possible d'un TDAH chez un détenu peut être considérée comme étant un facteur de risque « à part entière » pour la présence de tentatives de suicide chez les détenus.

## Méthode

La section qui suit servira à décrire les participants à l'étude, les instruments de mesures ainsi que les analyses statistiques utilisés dans le cadre de cette recherche doctorale.

### **Participants**

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude portant sur la prévalence des troubles mentaux, des troubles de la personnalité et de la déficience intellectuelle en milieu carcéral fédéral (Côté et al., 2007). Un total de 565 détenus masculins, francophones et anglophones, ont été recrutés parmi tous les individus condamnés à deux ans ou plus de détention dans un milieu carcéral fédéral. Les participants ont été sélectionnés de façon systématique et aléatoire au moment de leur arrivée au Centre régional de réception du Service correctionnel du Canada (SCC). Ce pénitencier fédéral, essentiellement voué à l'évaluation, est l'établissement d'entrée de tous les hommes québécois condamnés à une sentence de deux ans et plus. Suite à une évaluation institutionnelle, la grande majorité d'entre eux sont dirigés vers d'autres pénitenciers du Québec. Initialement, 768 détenus étaient ciblés pour l'étude, mais 37 n'ont pu être approchés en raison d'empêchements divers (maladie, barrière langagière, etc.). Parmi les 731 détenus approchés, 152 ont refusé de participer à l'étude et 14 autres ont quitté la recherche en cours de route (taux de refus établi à 22,7 %). Au final, 565 participants ont complété l'ensemble des évaluations requises au processus évaluatif.

### **Instruments de mesures**

Tout au long du projet global, divers instruments de mesure ont été utilisés afin d'évaluer la prévalence des troubles mentaux et des troubles de la personnalité en milieu carcéral fédéral, dont ceux-ci qui concernent plus notre recherche doctorale.

#### **Troubles mentaux et troubles de la personnalité (axes I et II du DSM-IV)**

L'instrument retenu pour effectuer l'évaluation clinique des troubles majeurs de santé mentale est le *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). Pour les troubles de la personnalité, le *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) a été utilisé. Le SCID est un instrument hautement valide pour la majeure partie des diagnostics, à la fois de l'axe I et de l'axe II (Segal, Hersen, & Van Hasselt, 1994). Il s'agit de l'instrument le plus utilisé dans ce domaine de recherche actuellement. Le SCID fonctionne par modules, permettant une économie de temps du fait qu'il est possible de passer rapidement au module suivant lorsque l'un des critères diagnostiques d'un trouble est absent.

#### **Regroupements des variables issues du SCID**

Afin d'obtenir un nombre suffisant de données pour chaque catégorie de troubles, certaines variables ont été regroupées. Ainsi, la variable « trouble lié à l'utilisation de l'alcool à vie » inclut l'abus ou la dépendance à l'alcool et la variable « présence d'abus ou de dépendance à la drogue à vie » inclut l'abus ou la dépendance de drogues. La

variable « trouble anxieux à vie » inclut le trouble panique, l'agoraphobie sans histoire de trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété généralisée et le trouble anxieux non-spécifié. La variable « trouble de l'humeur à vie » inclut le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II, les autres troubles bipolaires, le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique et le trouble dépressif non-spécifié. La variable « trouble de l'humeur grave à vie » inclut le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire I. La variable « trouble mental grave » inclut les troubles du spectre de la schizophrénie et le trouble de l'humeur grave.

### **Comportements auto-agressifs**

*La Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS; Smith, Conroy, & Ehler, 1984) a été utilisée pour objectiver la présence d'antécédents suicidaires passés (tentatives de suicide et auto-agressions). Les participants sont questionnés à savoir s'ils ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicides ou des gestes auto-agressifs dans le passé. Advenant une réponse positive, chaque tentative de suicide ou épisode auto-agressif est investigué en fonction de son contexte d'occurrence. Il s'agit d'une échelle mesurant le degré de létalité des comportements auto-agressifs, et qui est graduée de 0 à 10, à intervalles égaux. La cotation est tout d'abord basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée, c'est-à-dire l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé. L'évaluation de la sévérité de la méthode employée est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant l'évènement (par exemple : intention de mourir ou non, geste planifié ou non, présence d'une tierce personne lors de l'évènement, etc.). Pour les fins de cette étude, les

participants qui répondaient oui à la question « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » étaient inclus dans le groupe de détenus ayant déjà tenté de s'enlever la vie. Par la suite, nous avons séparés en deux groupes distincts les participants qui ont fait une seule tentative de suicide et ceux qui en ont fait plus d'une. Cette échelle est l'une des meilleures pour évaluer la létalité du geste suicidaire et elle possède une validité empirique (Leenaars et al., 1997). Un canevas d'entretien pour la LSARS a déjà été construit et utilisé au Québec à partir notamment d'éléments circonstanciels éprouvés en milieu carcéral (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999). La LSARS n'est administrée que pour ceux qui disent avoir déjà eu des comportements autodestructeurs.

### **Comportements hétéro-agressifs**

Les informations concernant les comportements hétéro-agressifs sont extraites parmi les comportements de violence répertoriés dans la *MacArthur Community Violence Instrument (MacCVI)* et élaborés dans le cadre de la MacArthur Community Violence Study (Monahan et al., 2001). Il s'agit d'un instrument auto-rapporté. Afin de limiter le temps d'évaluation, la section de l'instrument qui permet de placer en contexte l'incident en identifiant les victimes visées, le lieu des incidents, le type d'objet ou d'arme utilisé et divers aspects connexes n'a pas été utilisée. Les résultats obtenus aux items du MacCVI sont ensuite transposés sur deux échelles qui déterminent la présence ou non de comportements violents. La première échelle se rapporte aux comportements agressifs sévères auto-rapportés et la seconde aux comportements agressifs généraux légers



autorapportés. Pour cette étude, seule l'échelle se référant aux comportements agressifs sévères auto-rapportés a été utilisée.

### **Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité**

Les symptômes du TDAH ont été évalués à l'aide du *Connors' Adult ADHD Rating Scales* (CAARS version courte), dans sa version correctionnelle (Connors, 2004). Il s'agit d'un indice du TDAH qui donne un aperçu des symptômes présents du TDAH, mais qui ne permet pas d'établir un diagnostic formel. Le CAARS s'adresse aux adultes détenant un niveau de lecture équivalant à une sixième année du primaire. Il s'agit d'une échelle auto-rapportée composée de 26 items cotés en quatre points (1 : pas du tout, jamais; 2 : un peu, occasionnellement; 3 : passablement, souvent; 4 : beaucoup, très souvent), formant quatre sous-échelles de symptômes (problèmes d'inattention/de mémoire; agitation/hyperactivité; impulsivité/labilité émotionnelle; problèmes avec le concept de soi) ainsi qu'un index global (entre 26 et 104). Les quatre sous-échelles du CAARS décrivent chacune une sphère d'atteinte découlant d'une présence possible de TDAH en fonction des déficits de fonctionnement qui y sont associés, comparativement aux personnes ayant un faible résultat à cette sous-échelle. Ainsi, les participants ayant un résultat élevé à la sous échelles des problèmes d'inattention/de mémoire auront tendance à apprendre plus lentement, auront des problèmes d'organisation, éprouveront de la difficulté à terminer une tâche et auront des problèmes de concentration. Les participants ayant un résultat élevé à la sous-échelle de l'agitation/hyperactivité auront tendance à avoir de la difficulté à s'appliquer à une tâche pour une longue période de temps, se

sentiront plus agités et auront de la difficulté à tenir en place. Les participants ayant un résultat élevé à la sous-échelle d'impulsivité/labilité émotionnelle auront tendance à s'engager dans des comportements impulsifs, éprouveront des changements d'humeur rapides et fréquents et ressentiront plus facilement de la colère et de l'irritation face aux autres. Finalement, les participants ayant un résultat élevé à la sous-échelle des problèmes avec le concept de soi auront tendance à avoir de mauvaises relations sociales, auront une faible estime d'eux-mêmes ainsi qu'une faible confiance en eux.

Un score élevé à l'index global indique que le participant a des niveaux cliniquement significatifs de symptômes du TDAH comparé aux adultes ayant un faible score (Conners, 2004). Le score final (entre 26 et 104) est transposé sur une échelle en trois points qui détermine le risque que la personne ait réellement un TDAH : faible risque de TDAH, score plus petit ou égal à 73; peut-être à risque de TDAH, score entre 74 et 97; à risque de TDAH, 98 et plus. Pour cette étude, les participants ayant un score de 74 et plus ont été retenus comme ayant une possibilité d'avoir un TDAH. Il est à noter que l'instrument du CAARS dans sa version correctionnelle ne permet pas d'identifier et de différencier entre les trois sous-types du TDAH. Le CAARS possède une bonne validité factorielle, discriminante et de construit (Conners et al., 1999).

### **Procédure d'analyses des résultats**

Pour les analyses principales, un test de khi-carré a été utilisé afin de cerner les variables pouvant entrer dans le modèle final de régression. Une fois les variables

identifiées, une analyse d'inter-corrélation des variables a été utilisée afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de colinéarité entre chacune des variables, ce qui aurait pu avoir pour effet de perturber les estimations des paramètres du modèle. Une fois les variables principales identifiées, une analyse de régression logistique polynomiale a été utilisée. Ce type de régression multivariée permet d'estimer la force de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables explicatives, tout en tenant compte de l'effet simultané de l'ensemble des autres variables explicatives intégrées dans le modèle. La variable dépendante est la présence ou non d'une tentative de suicide antérieure en considérant trois possibilités : les détenus n'ayant fait aucune tentative de suicide (groupe 1), ceux ayant fait une seule tentative de suicide (groupe 2) et ceux ayant fait deux tentatives de suicide ou plus (groupe 3) au courant de leur vie. Le groupe de référence pour la régression logistique polynomiale est le groupe n'ayant fait aucune tentative de suicide (groupe 1), le but étant ici d'explorer les différences pouvant exister entre les personnes ayant fait une seule tentative de suicide et celles qui en ont fait plus d'une. Dans un premier temps d'analyse, un premier modèle de régression polynomiale a été créé en incluant les variables sociodémographiques et administratives identifiées préalablement. Les deux variables administratives proviennent de la « Fiche chronologique de services en santé mentale » et avaient pour but de savoir si le détenu « avait déjà reçu ou non des services de santé mentale et s'il avait déjà été hospitalisé ou non en psychiatrie ». Un deuxième modèle a été créé en rajoutant au premier modèle les variables de l'axe I provenant du SCID-I. Un troisième modèle a été par la suite ajouté en incluant au modèle précédent les variables de l'axe II du SCID-II. Un quatrième modèle a été créé en ajoutant

la variable des comportements agressifs sévères auto-rapportés. Finalement, pour la dernière étape de l'analyse, un cinquième modèle de régression logistique polynomiale a été créé en rajoutant la variable du TDAH (index global), qui est la variable d'intérêt de cette étude avec celle des tentatives de suicide. Ce dernier modèle permet de mieux connaître l'interaction lorsque toutes les variables sont entrées dans le modèle et ainsi, déterminer l'influence de chacune des variables par rapport aux tentatives de suicide.

Afin de déterminer la capacité de prédiction du modèle, des analyses de type ROC ont été utilisées. Pour ce faire, les variables significatives provenant du modèle de régression des détenus ayant fait une seule tentative de suicide ont été comparées avec celles des détenus n'ayant fait aucune tentative de suicide; de même, les variables significatives provenant du modèle de régression des détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide ont été comparées avec celles des détenus n'ayant fait aucune tentative de suicide. Étant donné l'impossibilité de modéliser la puissance statistique pour une régression logistique avec plusieurs prédicteurs dichotomiques, des analyses de puissance statistique ont été utilisées pour estimer la puissance pour une régression logistique univariée pour chaque variable et chaque type de régression (aucune tentative vs une tentative; aucune tentative vs plus d'une tentative). Cette approche donne un estimé de la probabilité de détecter un effet individuel pour chaque variable.

Finalement, étant donné l'intérêt pour le TDAH dans cette étude et le fait qu'il existe plusieurs sphères d'atteintes lorsqu'une personne a un TDAH, un autre modèle de

régression logistique polynomiale a été créé. Pour ce modèle, les mêmes variables que pour le modèle précédent ont été incluses, à la différence que la variable du TDAH (index global) fut remplacée en incluant les quatre sous-variables du CAARS séparément, en l'occurrence les variables d'inattention/de mémoire, d'agitation/hyperactivité, d'impulsivité/labilité émotionnelle et celle du concept de soi. Le but de ce modèle est de déterminer l'influence de chacune de ces sous-variables par rapport aux tentatives de suicide lorsqu'elles sont mises en relation avec les autres variables.

## Résultats

Cette section présente les résultats des analyses descriptives (moyennes, écarts-types et pourcentages) ainsi que les résultats permettant d'infirmier ou de soutenir les hypothèses de recherche.

### **Analyses descriptives**

Les 565 participants du projet global ont bien été évalués, mais deux participants avaient des données incomplètes pour les échelles utilisées spécifiquement dans le cadre de cette thèse, ce qui ramène l'échantillon final à 563 participants. Cet échantillon final se composait de 403 participants (71,6 %) n'ayant jamais fait de tentative de suicide à vie (groupe 1), 76 participants (13,5 %) ayant fait une seule tentative de suicide par le passé (groupe 2) ainsi que 84 participants (14,9 %) ayant fait plus d'une tentative de suicide par le passé (groupe 3).

L'âge moyen du groupe 1 n'ayant aucun antécédent de tentative de suicide ( $M = 39,74$ ,  $ET = 13,28$ ) ne diffère pas significativement de l'âge moyen des participants du groupe 2 ( $M = 37,55$ ,  $ET = 10,86$ ) et des participants du groupe 3 ( $M = 37,25$ ,  $ET = 11,79$ ). Quant à la durée des peines d'emprisonnement pour lesquelles les détenus ont été condamnés, calculées en jours, les participants ont écopé de peines d'emprisonnement allant d'un minimum de 730 jours jusqu'à un maximum de 4749 jours, avec 13 participants purgeant une peine à perpétuité (la durée indéterminée de ce type de peine ne pouvant être

comptabilisée). La durée moyenne des sentences du groupe n'ayant aucun antécédent suicidaire ( $M = 1278,34$ ,  $ET = 712,17$ ) ne diffère pas significativement des participants du groupe 2 ( $M = 1223,23$ ,  $ET = 664,38$ ) et des participants du groupe 3 ( $M = 1466,63$ ,  $ET = 873,96$ ). La durée moyenne des peines des deux groupes ayant fait des tentatives de suicide ne diffère pas significativement entre elles, bien que cette différence se rapproche du seuil de la signification statistique. Étant donné qu'aucune différence significative n'existe entre les trois groupes à l'étude, si ce n'est pour 13 sujets sur 563 (2,31 %) avec des sentences à perpétuité, la variable de la durée de la peine d'emprisonnement et celle de l'âge des participants n'ont pas été incluses dans les analyses subséquentes.

Pour les participants ayant un historique de tentatives de suicide, le nombre de tentatives rapportées par chacun des participants se situe entre une et huit, avec une moyenne et une médiane de trois tentatives ( $ET = 1,26$ ). En comparant le degré de létalité moyen en fonction de la cote provenant du *LSARS*, aucune différence significative n'existe entre le groupe 2 ( $M = 3,46$ ,  $ET = 2,92$ ) et le groupe 3 ( $M = 3,60$ ,  $ET = 2,36$ ). Les scores du *LSARS* pour chacune des tentatives de suicide ont été inclus dans le calcul de la moyenne. Le *LSARS* a la particularité de fournir plusieurs informations concernant la tentative de suicide évaluée. Une de ces particularités est d'évaluer l'intention de mourir ou non. Le participant devait indiquer s'il avait eu ou non l'intention de mourir lors de sa tentative de suicide. Si le détenu n'avait pas eu l'intention de mourir, il pouvait nommer l'intention derrière son geste (par exemple, pour relâcher son agressivité, diminuer une tension intérieure, se punir, faire réagir les autres, etc.). Ces données permettent de voir



ce qui a amené l'individu à faire sa tentative de suicide. Bien que Silverman et ses collègues (2007b) soient d'avis que l'intention de mourir doit être présente pour qualifier un comportement en tant que tentative de suicide, il faut se rappeler qu'il est peut-être possible que l'intention d'automutilation et l'intention suicidaire soient présentes chez un individu au même moment. En considérant uniquement les données concernant la tentative de suicide la plus récente des 160 détenus ayant fait au moins une tentative de suicide, 103 détenus (64,4 %) avaient l'intention de mourir lors de leur tentative de suicide. En comparant les deux groupes à l'étude, il n'y a pas de différence statistique significative quant à l'intention de mourir chez les détenus du groupe 2 (57,9 %) et les détenus du groupe 3 (70,2 %), bien que cela puisse traduire un problème de puissance statistique et non une absence de différence entre ces deux groupes.

Une analyse de khi-carré a été faite afin d'identifier les variables principales qui se sont retrouvées dans l'analyse de régression logistique polynomiale. Le khi-carré permet de repérer les variables qui distinguent les groupes de façon statistiquement significative. La régression logistique permettra ensuite d'identifier les variables qui diffèrent quant aux deux groupes suicidaires. Le Tableau 1 présente les prévalences pour chacune des variables incluses dans l'analyse de régression. L'analyse d'inter-corrélation a permis d'identifier que la variable « présence de trouble mental grave à vie » était fortement corrélée ( $r = 0,957$ ) avec la variable « présence du trouble grave de l'humeur à vie »; elle a donc été exclue des analyses subséquentes. La variable « présence du trouble grave de l'humeur à vie » était aussi fortement corrélée ( $r = 0,674$ ) avec la variable « présence du

trouble de l'humeur à vie ». Un choix s'imposait afin d'éliminer une des deux variables de l'équation de régression. Étant donné que le regroupement de la variable « présence du trouble grave de l'humeur à vie » ne contenait que les variables de troubles dépressifs majeurs et trouble bipolaire I, qui se retrouvent aussi dans la variable « présence du trouble de l'humeur à vie », un choix a été fait afin de conserver cette dernière pour les analyses subséquentes. Étant donné que les troubles de l'axe II n'avaient pas un nombre assez élevé de participants pour chacun des troubles, seul le trouble de la personnalité antisociale a été inclus dans les analyses de régression.

Tableau 1  
*Prévalence de chacune des variables du modèle de régression*

Diagnostic	Nombre de tentatives de suicide			df	$\chi^2$	p
	Aucune (N = 403, groupe 1)	Une seule (N = 76, groupe 2)	Plus d'une (N = 84, groupe 3)			
Présence du trouble lié à l'utilisation d'alcool à vie (abus ou dépendance)	52,4 %	68,4 %	70,2 %	2	13,601	0,001
Présence d'abus ou de dépendance à la drogue à vie	59,8 %	80,3 %	91,7 %	2	38,051	0,001
Présence du trouble anxieux à vie	14,9 %	28,9 %	38,1 %	2	27,146	0,001
Présence du trouble de l'humeur à vie	35,7 %	65,8 %	75,0 %	2	57,567	0,001
Présence du trouble de la personnalité antisociale	39,5 %	60,5 %	63,1 %	2	21,952	0,001
Présence de comportements agressifs sévères autorapportés	38,7 %	46,1 %	61,9 %	2	17,970	0,001
Présence possible du TDAH	9,7 %	27,6 %	36,9 %	2	45,474	0,001

### Analyses confirmatoires

Pour les analyses de régression, un modèle de régression polynomiale a été créé par étapes en ajoutant un ensemble de variables entre chacune. Pour le premier modèle, les variables administratives déterminant si le détenu avait déjà reçu ou non des services de santé mentale et s'il avait déjà été hospitalisé ou non en psychiatrie ont été incluses dans la régression initiale. Ce premier modèle est significatif ( $\chi^2(1, N = 563) = 107,12$ ,

$p < 0,001$ ). Dans un deuxième modèle, les variables de l'axe I (présence d'abus ou de dépendance à la drogue à vie, trouble lié à l'utilisation de l'alcool à vie (abus ou dépendance), présence du trouble anxieux à vie, présence du trouble de l'humeur à vie) ont été rajoutées au modèle existant. Le second modèle est significatif ( $\chi^2(1, N = 560) = 164,73, p < 0,001$ ). Dans le troisième modèle, la variable de l'axe II (présence du trouble de la personnalité antisociale) a été rajoutée au modèle précédent. Le troisième modèle demeure significatif ( $\chi^2(1, N = 554) = 172,57, p < 0,001$ ). Pour le quatrième modèle de régression, la variable des comportements agressifs sévères auto-rapportés a été introduite au modèle précédent. Le modèle est significatif ( $\chi^2(1, N = 540) = 172,87, p < 0,001$ ). Pour le cinquième modèle, soit le modèle final, la variable de la présence possible du TDAH a été introduite au modèle précédent. Le modèle final, incluant toutes les variables à analyser, demeure significatif ( $\chi^2(1, N = 528) = 182,22, p < 0,001$ ). Le Tableau 2 montre les résultats du modèle final de régression pour le groupe de personnes ayant fait une seule tentative de suicide.

Tableau 2

*Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 2*

Variables	$\beta$	$P$	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0 %	
				Inférieur	Supérieur
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	1,123	0,001	3,075	1,586	5,964
Présence du trouble de l'humeur à vie	0,826	0,005	2,284	1,276	4,091
Possibilité de présence du TDAH	0,800	0,019	2,226	1,032	3,993
Présence du trouble de la personnalité antisociale	0,696	0,038	2,005	1,139	4,348

La puissance d'un test statistique d'une hypothèse nulle ( $H_0$ ) est la probabilité que l'hypothèse nulle soit rejetée quand elle est fausse, c'est-à-dire d'obtenir un résultat statistiquement significatif. La puissance statistique dépend du critère de signification ( $\alpha$ ), de la taille de l'échantillon ( $N$ ) et de la taille de l'effet de la population (Cohen, 1992). L'un des objectifs de la présente étude est de tester l'hypothèse nulle que le taux d'événements (présence de tentative de suicide) est identique pour le groupe 1 (absence de la variable) et le groupe 2 (présence de la variable). Pour le premier modèle contenant les variables significatives du groupe 2, la puissance statistique de chacune des variables significatives se situe entre 0,99 et 1,00. Pour la variable « a déjà été hospitalisé en psychiatrie », pour une taille d'effet (taux d'événement de 0,13 pour le groupe 1 et 0,38 pour le groupe 2), un échantillon de 479 participants et un niveau alpha bilatéral de 0,05, la puissance est de 1,0. Ce qui signifie que 100 % des études pourraient s'attendre à obtenir un effet significatif

avec la présence de cette variable et ainsi rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les taux d'événement sont identiques. Malgré des taux d'événements différents et des tailles d'échantillon différentes, la puissance pour les variables « présence du trouble de l'humeur à vie » et « possibilité de présence du TDAH », est de 1,00 et de 0,99 respectivement. Pour la variable « présence du trouble de la personnalité antisociale », pour une taille d'effet (taux d'événement de 0,11 pour le groupe 1 et 0,22 pour le groupe 2), un échantillon de 473 participants et un niveau alpha bilatéral de 0,05, la puissance est de 0,99. Ce qui signifie que 99 % des études pourraient s'attendre à obtenir un effet significatif avec la présence de cette variable et ainsi rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les taux d'événement sont identiques.

Le Tableau 3 rapporte les résultats du modèle final de régression pour le groupe de personnes ayant fait plus d'une tentative de suicide.

Tableau 3

*Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 3*

Variables	$\beta$	<i>P</i>	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0 %	
				Inférieur	Supérieur
Déjà reçu services en santé mentale	1,426	0,000	4,162	2,072	8,359
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	1,709	0,000	5,523	2,844	10,725
Présence d'abus ou de dépendance à la drogue à vie	1,536	0,001	4,644	1,816	11,875
Présence du trouble anxieux à vie	1,003	0,002	2,725	1,429	5,196
Présence du trouble de l'humeur à vie	0,665	0,044	1,944	1,017	3,719
Possibilité de présence du TDAH	1,065	0,003	2,901	1,452	5,799

Pour le deuxième modèle contenant les variables significatives du groupe 3, la puissance statistique de chacune des variables significatives est très bonne et se situe entre 0,99 et 1,00. À titre d'exemple, pour la variable « présence d'abus ou de dépendance à la drogue », avec une taille d'effet (taux d'événement de 0,24 pour le groupe 1 et 0,04 pour le groupe 2), un échantillon de 485 participants et un niveau alpha bilatéral de 0,05, la puissance est de 1,0. Ce qui signifie que 100 % des études pourraient s'attendre à un obtenir un effet significatif avec la présence de cette variable et ainsi rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les taux d'événements sont identiques. Malgré des taux d'événements différents et des tailles d'échantillon différentes, les puissances pour les variables « a déjà reçu services en santé mentale », « a déjà été hospitalisé en psychiatrie », « présence du

trouble de l'humeur à vie » et « possibilité de présence du TDAH » sont aussi de 1,00. Quant à la variable « présence d'un trouble anxieux à vie », avec une taille d'effet (taux d'événement de 0,35 pour le groupe 1 et 0,13 pour le groupe 2), un échantillon de 470 participants et un niveau alpha bilatéral de 0,05, la puissance est de 0,99. Ce qui signifie que 99 % des études pourraient s'attendre à obtenir un effet significatif avec la présence de cette variable et ainsi rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les taux d'événement sont identiques.

Les Figures 2 et 3 rapportant l'aire sous la courbe (ROC) nous permettent de voir la capacité de discrimination des modèles de régressions finaux. L'unité de mesure, l'aire sous la courbe, comporte une propriété statistique importante : elle est équivalente à la probabilité que le classificateur va classer un essai positif choisi aléatoirement supérieur à un essai négatif choisi aléatoirement (Fawcett, 2006). L'aire sous la courbe se situe toujours entre 0 et 1. Plus la valeur est proche de 1, meilleure est la performance de prédiction globale de l'essai et un essai avec une valeur de 1 est celui qui est parfaitement exact (Fawcett, 2006; Park, Goo, & Jo, 2004). Un test de prédiction d'une valeur supérieure à 0,5 est plus efficace que de se fier uniquement sur le hasard (une aire de 0,5 correspond à un résultat totalement aléatoire) et présente au moins une certaine capacité de discrimination entre des sujets avec ou sans une caractéristique particulière (Park et al., 2004), soit la présence d'une ou plusieurs tentatives de suicide dans ce cas-ci. L'aire sous la courbe de la Figure 2, d'une valeur de 0,736, est inférieure à l'aire sous la courbe de la Figure 3 qui a une valeur de 0,765. Ces valeurs nous permettent de conclure que la capacité



de discrimination du modèle de régression pour les détenus du groupe 3 est légèrement supérieure à la capacité de discrimination du modèle de régression pour les détenus du groupe 2.

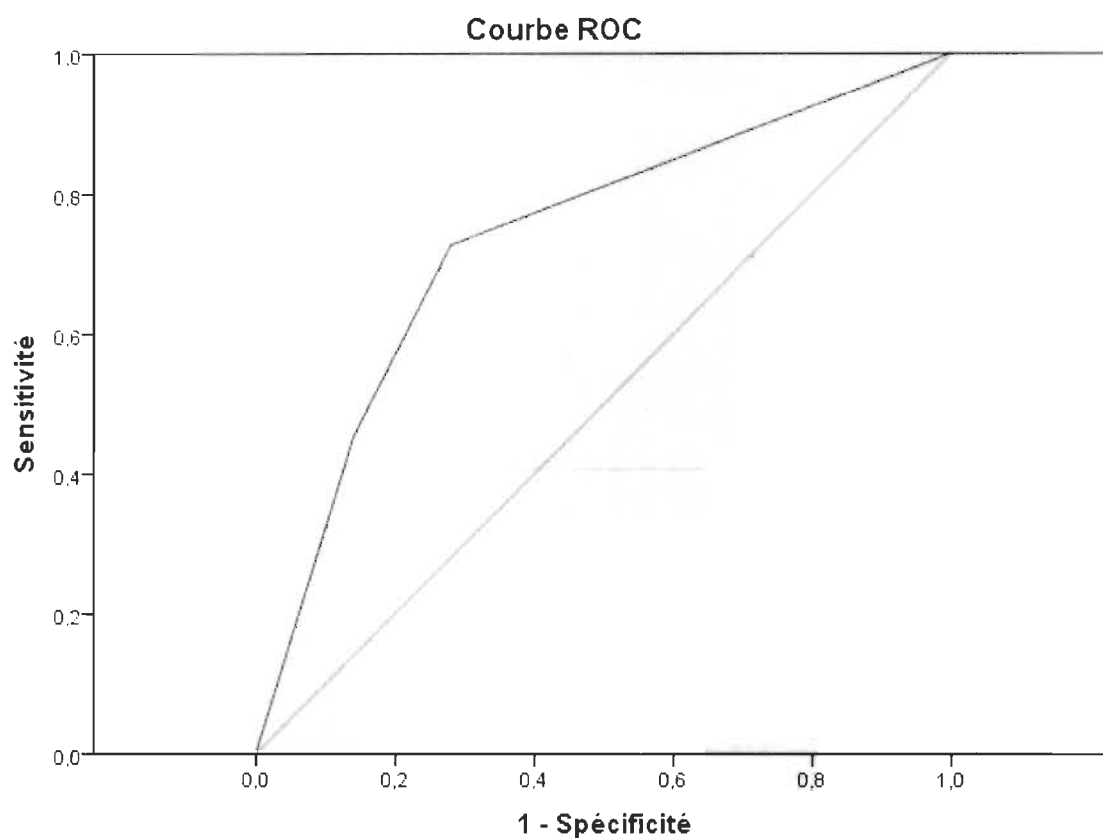


Figure 2. Courbe ROC pour les détenus appartenant au groupe 2.

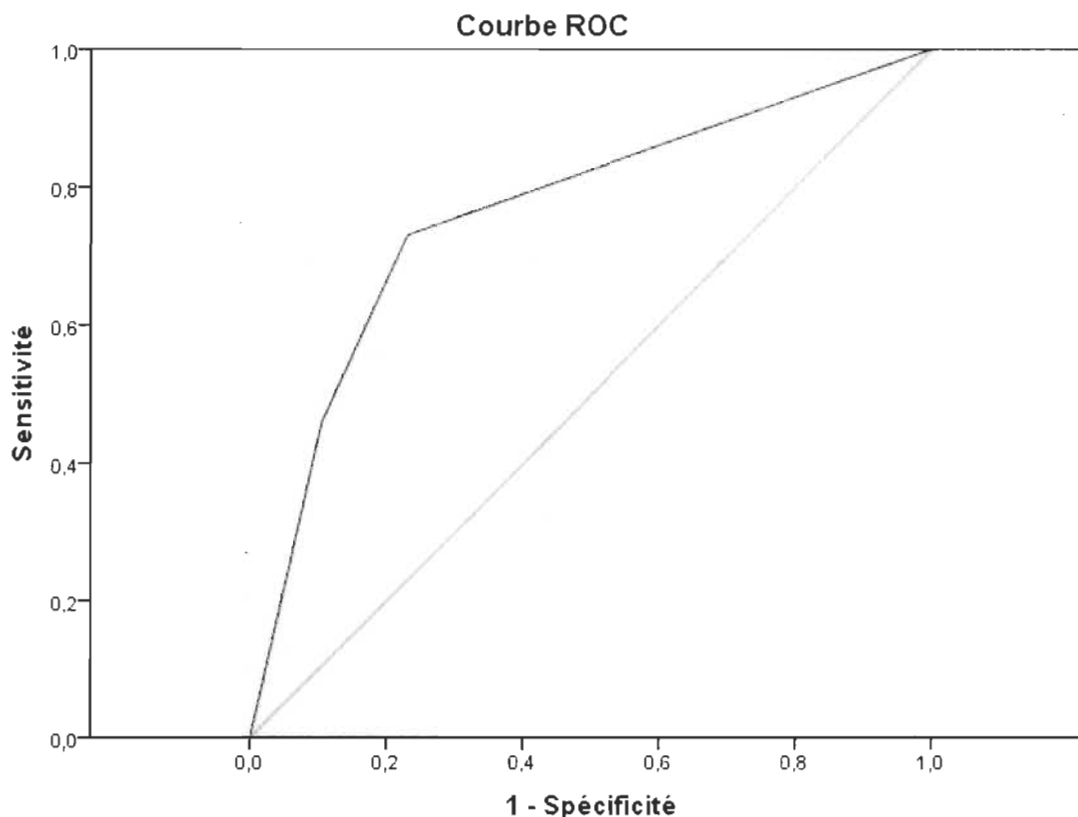


Figure 3. Courbe ROC pour les détenus appartenant au groupe 3.

En ce qui concerne le modèle de régression contenant les sous-groupes de variables du TDAH identifiées dans le CAARS, tous les modèles sont significatifs et ont exactement les mêmes valeurs de  $\chi^2$  que les modèles de régression précédents, étant donné que seule la dernière étape du modèle final diffère en raison du changement de variables. Pour l'étape finale du modèle de régression, la variable de la possibilité d'une présence du TDAH a donc été remplacée par les quatre sous-variables du TDAH (problèmes d'inattention/de mémoire; problèmes d'agitation/hyperactivité; problèmes d'impulsivité/de labilité émotionnelle; problèmes avec le concept de soi). Le modèle final incluant ces quatre nouvelles variables est significatif ( $\chi^2(1, N = 539) = 191,699, p < 0,001$ ). Le

Tableau 4 rapporte les résultats du modèle final de régression pour les participants du groupe 2 lorsque les variables du TDAH provenant du CAARS sont incluses. La présence de chacune des variables significatives augmente entre 2 et 3 fois la probabilité du détenu d'avoir fait une seule tentative de suicide lorsque les autres variables sont contrôlées.

Tableau 4

*Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 2 avec le groupe de sous-variables du TDAH*

Variables	$\beta$	<i>P</i>	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0 %	
				Inférieur	Supérieur
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	1,115	0,001	3,050	1,571	5,921
Présence du trouble de l'humeur à vie	0,763	0,010	2,145	1,199	3,837
Présence du trouble de la personnalité antisociale	0,743	0,026	2,102	1,093	4,045

Le Tableau 5 rapporte les résultats du modèle final de la régression pour les participants du groupe 3 lorsque les variables du TDAH provenant du CAARS sont incluses. La présence chez un détenu de deux variables des sous-échelles du CAARS (problème d'inattention et de mémoire et problème de concept de soi) augmente de près de 2,5 fois la probabilité que celui-ci ait fait plus d'une tentative de suicide lorsque toutes les autres variables sont contrôlées.

Tableau 5

*Analyse de régression logistique polynomiale pour les participants du groupe 3 avec le groupe de sous-variables du TDAH*

Variables	$\beta$	<i>P</i>	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0 %	
				Inférieur	Supérieur
Déjà reçu services en santé mentale	1,270	0,000	3,561	1,776	7,138
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	1,673	0,000	5,330	2,734	10,391
Présence d'abus ou de dépendance à la drogue à vie	1,576	0,001	4,833	1,864	12,533
Présence du trouble anxieux à vie	0,910	0,006	2,485	1,298	4,758
Présence de comportements agressifs sévères auto-rapportés	0,674	0,047	1,961	1,009	3,813
Problèmes d'inattention et de mémoire	0,918	0,029	2,504	1,100	5,704
Problèmes de concept de soi	0,916	0,018	2,499	1,167	5,353

L'analyse des différents tableaux des modèles de régression a permis de soutenir ou d'infirmer les différentes hypothèses de recherche. La première hypothèse disait qu'il y aurait plus de problèmes de santé mentale associés aux détenus du groupe 3 que pour les détenus des groupes 1 et 2. Les résultats présentés plus haut (voir Tableau 3) ont permis de constater qu'un plus grand nombre de troubles mentaux étaient associés aux détenus du groupe 3 comparativement à ceux du groupe 2 (voir Tableau 2). Ces résultats tendent à soutenir l'hypothèse 1 du fait que, lorsque toutes les variables sont contrôlées, il y a quatre

problèmes de santé mentale associés aux détenus du groupe 3 comparativement à trois problèmes de santé mentale pour ceux ayant du groupe 2. La seconde hypothèse voulant que les détenus du groupe 3 soient plus à risque d'avoir un diagnostic possible de TDAH que les détenus des groupes 1 et 2 n'a pas été soutenue à travers les analyses de régression. En analysant les Tableaux 2 et 3, la présence possible d'un TDAH se retrouve autant chez les détenus du groupe 2 que chez ceux du groupe 3, avec des seuils de signification statistique différents ( $p = 0,019$  et  $p = 0,003$  respectivement). La présence possible d'un TDAH chez un détenu augmente de plus de deux fois (2,23) la chance qu'il ait fait une seule tentative de suicide et près de trois fois (2,9) la chance qu'il ait fait plus d'une tentative de suicide. En ce qui concerne l'hypothèse 3, il avait été énoncé qu'en raison du lien entre les comportements violents et les tentatives de suicide, les détenus du groupe 3 seraient plus à risque d'avoir des comportements hétéro-agressifs sévères que les détenus des groupes 1 et 2. L'absence des comportements agressifs sévères auto-rapportés chez les détenus du groupe 3, bien que se rapprochant du seuil de la signification statistique ( $p = 0,054$ ), ne vient pas soutenir l'hypothèse 3 établissant un lien entre comportements agressifs sévères et présence de plus d'une tentative de suicide. La quatrième hypothèse avançait que les sphères concernant l'impulsivité/labilité émotionnelle et celle du concept de soi, mesurées à l'aide des sous-échelles du CAARS, seraient plus présentes chez les détenus du groupe 3 que les détenus des groupes 1 et 2. En analysant les Tableaux 4 et 5, les résultats soutiennent partiellement l'hypothèse de recherche. Aucune des sphères d'atteintes découlant d'une présence possible de TDAH ne se trouve chez les détenus du groupe 2, soutenant ainsi la partie de l'hypothèse disant que les sphères d'atteintes du

TDAH seraient plus présentes chez les détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide. Toutefois, les sphères d'atteintes ciblées dans l'hypothèse 4 ne sont pas toutes les mêmes que celles identifiées dans le Tableau 5. L'absence des problèmes d'impulsivité/de labilité émotionnelle comme variable significative tend à ne pas soutenir une partie de cette hypothèse tandis que la présence de problèmes reliés au concept de soi tend à la soutenir. Il est à noter que la sphère « problèmes d'inattention et de mémoire » était significative, bien qu'elle ne fut pas formulée dans les hypothèses initiales. Finalement, la présence possible d'un TDAH dans les Tableaux 2 et 3 tend à soutenir l'hypothèse 5 voulant que la présence possible d'un TDAH peut être considérée comme un facteur de risque à part entière pour la présence d'une ou de plusieurs tentatives de suicide chez les détenus.

## **Discussion**

L'objectif de cette recherche était de comparer la présence (ou non) de tentatives de suicide entre trois groupes de détenus ayant un historique différent là-dessus, et ce, en fonction de la présence de différentes variables de santé mentale. Par ailleurs, il était pertinent, à travers cette étude, de connaître les variables de santé mentale permettant de différencier les trois groupes de détenus afin de mieux identifier les individus pouvant être à risque de répéter des comportements suicidaires une fois en détention. Le but ultime étant ainsi d'offrir du soutien aux détenus à risque et de les protéger envers eux-mêmes. Plus spécifiquement, la variable d'une présence possible de TDAH et de ses sphères d'atteintes, mesurée à l'aide du CAARS, a été incluse dans l'étude afin de mieux comprendre le rôle que ce trouble peut jouer dans la présence de tentatives de suicide. La variable du TDAH en est une d'intérêt en raison de sa grande comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale et de sa prévalence élevée en milieu carcéral, se situant entre 14 et 19 % selon la majorité des études (Retz & Rösler, 2009).

Dans une section suivant la discussion, il sera aussi question de diverses recommandations formulées à l'intention des cliniciens et des chercheurs s'intéressant à la question des comportements suicidaires, autant dans la population générale que carcérale. Dans une optique de prévention du suicide, la connaissance des facteurs de risque associés aux comportements suicidaires demeure un élément central afin de bien encadrer les pratiques cliniques et d'offrir le meilleur soutien possible à ceux pouvant



être à risque de tels comportements. Ceci prend toute son importance dans un cadre légal tel que la détention, notamment en raison de la grande prévalence des troubles de santé mentale et de leur association avec les comportements suicidaires ainsi que par le fait que les prisons et pénitenciers sont tenus de protéger la santé et la sécurité de la population carcérale, tel que formulé par l'OMS (2007) dans son rapport sur la prévention du suicide en milieu correctionnel. Les limites de cette étude seront aussi abordées plus loin.

Étant donné l'intérêt porté à la question de la présence possible de TDAH chez les détenus et de son lien avec les tentatives de suicide, les résultats de l'étude démontrent qu'une présence possible de TDAH chez un détenu augmente de près de deux fois la probabilité qu'il ait déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide dans sa vie, lorsque toutes les autres variables sont contrôlées. Le fait que la variable de la présence possible d'un TDAH soit significative dans les deux groupes de détenus ayant un historique de tentatives de suicide ne permet pas à elle seule de différencier l'appartenance d'un détenu à un groupe distinct de tentatives de suicide, c'est-à-dire au groupe 2 ou au groupe 3. Toutefois, le fait que cette variable soit significative chez les deux groupes de détenus permet de soutenir l'hypothèse voulant que la présence possible d'un TDAH chez un détenu peut être considérée comme étant un facteur de risque pour la présence de tentative de suicide. Ceci rejoint les résultats de la méta-analyse d'Impey et Heun (2012) voulant que la plupart des populations suicidaires étudiées démontrent un taux supérieur d'individus ayant le TDAH par rapport aux groupes contrôles. Étant donné les différentes sphères d'atteinte découlant d'une présence possible de TDAH chez un détenu, des

analyses ont été faites afin de déterminer si ces sphères d'atteinte permettent de différencier les détenus appartenant au groupe 2 (une seule tentative) et les détenus du groupe 3 (plus d'une tentative) et, le cas échéant, quelles sont les sphères impliquées dans cette relation. Une de ces sphères est celle de la présence de problèmes d'inattention et de mémoire. Cette variable n'avait pas été incluse dans les hypothèses initiales bien que les résultats d'analyses démontrent qu'elle fut significative dans le modèle final. En se basant sur la définition des atteintes (voir plus bas) découlant de cette sphère, il n'y avait pas lieu de postuler à priori qu'un déficit à ce niveau pouvait être un facteur de risque pour la présence des tentatives de suicide. Toutefois, les résultats ont démontré que la présence de problèmes d'inattention et de mémoire augmente la probabilité de 2,5 fois que le détenu ait fait plus d'une tentative de suicide dans sa vie. Les personnes ayant une possibilité de TDAH qui ont des problèmes dans cette sphère éprouvent des problèmes d'apprentissage, d'organisation et de terminaison d'une tâche en plus d'avoir des problèmes de concentration. Il se pourrait alors que les personnes aux prises avec ce genre de problèmes puissent éprouver de la difficulté à s'adapter à un environnement d'apprentissage et de travail en constante mutation et, si elles n'arrivent pas à développer des mécanismes adéquats pouvant pallier ces difficultés, elles seront grandement désavantagées dans leur cheminement scolaire et professionnel. Tout ceci pourrait faire en sorte d'augmenter les risques de subir de nombreux échecs à tous les niveaux, pouvant les maintenir dans une situation de précarité et de marginalité, avec peu d'espoir de voir leur condition s'améliorer. De plus, il y aurait lieu de se questionner à savoir si les problèmes découlant de la sphère d'inattention et de mémoire du TDAH peuvent s'apparenter aux composantes

des fonctions exécutives mesurant la mémoire de travail, la capacité de planification et la résolution de problèmes? Comme le suggèrent Jollant et ses collègues (2011), les personnes ayant fait une tentative de suicide, en occurrence ici plus d'une tentative de suicide, portent une plus grande attention à des stimuli émotionnels spécifiques, ont une capacité diminuée à prendre des décisions et ont des capacités inférieures de résolution de problèmes. Si l'opérationnalisation des problèmes découlant de la sphère d'inattention et de mémoire recoupe les déficits de ces fonctions exécutives, il se pourrait alors que la présence de cette sphère du TDAH chez les détenus contribue à l'augmentation du risque d'avoir fait des tentatives de suicide et la présence d'idée suicidaire.

La deuxième sphère d'atteinte découlant d'une présence possible du TDAH concerne les problèmes avec le concept de soi. La présence de cette sphère augmente la probabilité de 2,4 fois que le détenu ait fait plus d'une tentative de suicide. Ces personnes ont tendance à avoir de mauvaises relations sociales, une faible estime d'elle-même et une faible confiance en elle. Le fait d'avoir de mauvaises relations sociales peut engendrer un isolement chez la personne lorsque celle-ci est confrontée à divers problèmes. La personne peut en venir à percevoir qu'elle n'aura pas le soutien social nécessaire ni même les capacités pour affronter les épreuves et ainsi développer des mécanismes d'adaptation inadéquats, la plaçant davantage à risque de passage à l'acte lorsque confrontée à un état de vulnérabilité psychologique. Par ailleurs, en raison du lien entre le TDAH et les fonctions exécutives, la présence de plusieurs tentatives de suicide chez les personnes ayant des problèmes avec le concept de soi peut possiblement être expliquée par des

déficits au niveau des fonctions exécutives et leurs impacts sur la socialisation des personnes. Tseng et Gau (2013) ont étudié la relation entre le TDAH et les problèmes interpersonnels en lien avec les performances à des fonctions exécutives. Ils ont trouvé que les personnes dont le diagnostic de TDAH était lié à une mauvaise performance à des tâches mesurant les fonctions exécutives, avaient plus de problèmes interpersonnels que les personnes d'un groupe témoin n'ayant pas un TDAH. Le lien entre les tentatives de suicide et les problèmes de concept de soi peut découler d'un possible cercle vicieux provenant de l'autorégulation chez les individus vivant divers problèmes interpersonnels. Selon Baumeister et ses collègues (2007), quand les gens vivent des problèmes interpersonnels ou sont socialement exclus, ils agissent comme s'ils ne valaient plus la peine de se réguler, ce qui peut entraîner plusieurs conséquences néfastes chez des personnes déjà vulnérables. Le rejet ne rend pas les gens incapables de s'autoréguler, mais fait en sorte qu'ils ne veulent simplement plus le faire. Advenant la présence d'idées suicidaires, les gens ayant des problèmes de concept de soi peuvent en venir à croire que ce n'est pas la peine d'essayer de régler leurs problèmes et à croire que le suicide peut être la solution à leurs problèmes.

Les résultats indiquant que la variable des problèmes d'impulsivité et de labilité émotionnelle n'est pas significative, autant chez les participants du groupe 2 que chez ceux du groupe 3, mérite d'être approfondie. Il faut se rappeler que ceux ayant un résultat élevé à la sous-échelle impulsivité/labilité émotionnelle ont tendance à s'engager dans des comportements plus impulsifs que les autres, changent d'humeur rapidement et

fréquemment; ils sont plus facilement en colère et irrités par les autres. L'hypothèse initiale concernant cette sphère d'atteinte du TDAH était que les détenus ayant ce type de problèmes auraient tendance à avoir fait plus de tentatives de suicide en raison du lien associant impulsivité et comportements suicidaires. Cette association peut découler de la croyance qu'un niveau d'impulsivité élevé va augmenter les risques que les personnes ayant des idées suicidaires ne vont pas en rester au stade de l'idéation suicidaire et vont agir impulsivement en faisant une tentative de suicide (Klonsky & May, 2010). L'impulsivité a été identifiée comme étant la clé facilitant la transition des pensées suicidaires aux tentatives de suicide (Klonsky & May, 2014). Dans le cadre de la présente thèse, la variable des problèmes d'impulsivité et de labilité émotionnelle n'est pas significative dans aucun des groupes à l'étude (groupes 1, 2 et 3), ce qui pourrait possiblement être expliqué par la nature même des symptômes du TDAH chez les adultes. En effet, bien que le TDAH puisse persister chez les adultes, ce ne sont pas les mêmes symptômes qui perdurent. Souvent, les symptômes en lien avec l'inattention vont rester et être plus dominant tandis que ceux en lien avec l'impulsivité vont s'estomper. Étant donné que l'impulsivité en lien avec le TDAH est moins présente une fois adulte, ceci pourrait expliquer l'absence de cette variable.

En raison de l'existence d'un lien étroit entre l'impulsion d'agir violemment envers soi-même et l'impulsion d'agir violemment envers les autres, l'absence de la variable des comportements hétéro-agressifs sévères auto-rapportés comme variable significative ne soutient pas l'hypothèse de recherche et mérite d'être examinée en profondeur.

L'hypothèse initiale affirmait que les détenus du groupe 3 seraient plus à risque d'avoir des comportements hétéro-agressifs sévères que les détenus des groupes 1 et 2. La prémisse derrière cette hypothèse voulait que les individus en détention, qui ont des tendances agressives sévères, aient deux mécanismes possibles pour l'extérioriser : soit en utilisant la violence contre autrui ou en retournant cette violence envers eux-mêmes. Donc, dans un contexte comme celui du milieu carcéral, où l'environnement des détenus est strictement contrôlé et les libertés individuelles restreintes, la présence de comportements hétéro-agressifs sévères chez un détenu peut augmenter le risque que celui-ci fasse une tentative de suicide. Une fois en détention, un détenu s'expose à des conséquences multiples (confinement en cellule d'isolement, jusqu'à de nouvelles accusations et alourdissement de sa peine) s'il agit avec violence envers un codétenu ou le personnel de détention. N'ayant plus accès au même registre de comportements hétéro-agressifs pour réguler une tension interne ou une situation désagréable, il y a lieu de croire que le détenu puisse retourner cette agressivité envers lui en commettant un geste auto-agressif. Qui plus est, selon Plutchik et ses collègues (1988), plusieurs patients psychiatriques, qui ont un historique de comportements violents, ont aussi un historique de tentatives de suicide. Inversement, les patients dont l'historique fait référence à des comportements suicidaires ou ont été admis pour des tentatives de suicide ont aussi un historique de violence; des résultats similaires ont été trouvés chez les prisonniers. Toutefois, bien que près du seuil de signification ( $p = 0,054$ ), les résultats de cette étude ne viennent pas soutenir les résultats de Plutchik et ses collègues (1988). Deux explications peuvent venir justifier ces résultats. La première peut être en lien avec la procédure d'analyse. Étant donné qu'il

s'agissait d'une régression logistique polynomiale, les variables significatives du modèle final sont tributaires des variables qui entrent dans le modèle initial; une variable est significative lorsque toutes les autres variables sont contrôlées. Il se pourrait que, pour la population à l'étude, le choix des variables entrantes n'a pas permis de détecter la variable des comportements hétéro-agressifs sévères comme étant statistiquement significative. Ceci étant, il va sans dire que des précautions avaient été prises au début en procédant à une analyse de khi-carré afin de repérer les variables qui distinguent les groupes de façon statistiquement significative. Une autre explication concerne le type d'individus à l'étude. Tous les participants de cette étude sont des détenus ayant été condamnés à des peines de prison devant être purgées dans un établissement fédéral. Ces peines, de plus de deux ans, sont généralement considérées, en terme délictuel, comme étant plus graves que celles devant être purgées dans un établissement provincial. Il se pourrait alors que ces individus aient tous une propension similaire à des comportements hétéro-agressifs sévères et que cette variable ne puisse détecter adéquatement ceux qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide de ceux qui n'en ont pas fait.

Outre la présence possible d'un TDAH et de ses deux sous-échelles de l'inattention et du concept de soi comme variables significatives qui augmentent le risque qu'un détenu ait fait plus d'une tentative de suicide, les résultats de cette recherche démontrent que les trois groupes de détenus à l'étude diffèrent quant aux variables significatives qui les caractérisent. Mis à part le TDAH, deux variables se retrouvent dans les deux groupes de sujets ayant un historique de tentatives de suicide : une hospitalisation préalable en

psychiatrie et la présence d'un trouble de l'humeur à vie. La présence de l'hospitalisation en psychiatrie augmente de trois fois la probabilité d'avoir fait une seule tentative de suicide lorsque toutes les autres variables sont contrôlées. Pour le groupe de détenus du groupe 3, la présence de cette variable augmente de 5,5 fois la probabilité d'avoir fait plus d'une tentative de suicide. Comme l'affirment Daigle et Côté (2001), ce ne sont pas toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se suicident, de même que ce ne sont pas tous les suicidés qui ont des troubles mentaux. Il serait alors faux de croire que la variable « a déjà été hospitalisée en psychiatrie » se retrouve exclusivement dans ce modèle en raison du lien qui peut exister entre troubles mentaux et suicide. Une autre explication pourrait être celle que, si la personne se présente à l'hôpital suite à une tentative de suicide, la probabilité augmente qu'elle se fasse hospitaliser en psychiatrie suite à cela, ne serait-ce que pour stabiliser sa condition. Ce qui pourrait expliquer pourquoi cette variable apparaît dans les deux modèles de régression finaux. Quant à la présence d'un trouble de l'humeur à vie, cette variable augmente de près de deux fois la probabilité d'avoir fait au moins une tentative de suicide lorsque toutes les autres variables sont contrôlées. Étant donné que la variable du TDAH est significative chez les deux groupes de détenus ayant un historique de tentatives de suicide, il se pourrait que la présence de la variable du trouble de l'humeur à vie se retrouve aussi chez ces deux groupes de détenus notamment en raison de sa grande comorbidité avec le TDAH. Ce qui rejoindrait les résultats de James et al. (2004) et Agosti et al. (2011) sur l'impact des troubles comorbides du TDAH en lien avec les comportements suicidaires.



Pour les détenus du groupe 3, plusieurs variables significatives ont été trouvées. Bien que l'alcool soit souvent cité comme étant un important facteur de risque de suicide en milieu carcéral, il ne constitue pas une variable significative dans le modèle statistique présent. Toutefois, la variable de la présence d'abus ou de dépendance de drogues est significative, augmentant de près de cinq fois (4,64) la probabilité d'avoir fait plus d'une tentative de suicide. En fait, les problèmes de consommations sont très importants en détention et ne constituent pas un phénomène nouveau. En 1999, Plourde et Brochu (2002) ont effectué une étude sur la consommation pendant l'incarcération auprès de 317 détenus choisis au hasard dans dix établissements fédéraux du Québec. Les résultats de cette étude ont révélé que 16 % des détenus ont consommé de l'alcool et 29 % avaient consommé une ou plusieurs substances au cours des trois mois d'incarcération précédant l'entrevue. Dans une étude de Motiuk, Boe et Nafekh (2003), les auteurs ont trouvé qu'au Canada, 80 % des délinquants admis dans le système carcéral fédéral avaient un problème de toxicomanie. Ce qui laisse présager qu'une grande majorité des détenus présentent ce facteur de risque. La présence de cette variable met en évidence le lien entre abus/dépendance de drogues et tentatives de suicide. Certaines études ont mis en évidence le lien entre problèmes de santé mentale et abus/dépendances de substances psychoactives. Le problème souvent cité dans le lien entre les troubles de santé mentale et l'abus/dépendance de substances est l'utilisation de substances psychoactives comme forme d'automédication (Khantzian, 1997; Ohlmeier et al., 2007). Les patients vont apaiser les symptômes perturbateurs de leur maladie mentale en ayant recours à une consommation de substances psychoactives. Le danger présent étant que, lorsqu'une

personne est en consommation, son jugement est grandement altéré, les effets dépresseurs/perturbateurs de la drogue sont amplifiés et la consommation peut agir comme facteur facilitant le passage à l'acte. D'où la conclusion d'Ivanoff (1989) qui affirme qu'il existe plus d'évidences pour la corrélation entre la consommation d'alcool/drogues et le suicide dans ce type de milieu que n'importe quelle autre variable comportementale individuelle.

La dernière variable significative pour les détenus du groupe 3 est celle de la présence de troubles anxieux, qui augmente de 2,7 fois la probabilité d'avoir fait plus d'une tentative de suicide. Rappelons que ce regroupement de troubles est composé du trouble panique, de l'agoraphobie sans histoire de trouble panique, de la phobie sociale, de la phobie spécifique, du trouble obsessionnel-compulsif, de l'anxiété généralisée et du trouble anxieux non-spécifié, lesquels sont en soi des troubles envahissants dans le quotidien de la personne. Étant donné que les effets négatifs de ces troubles sont vécus au quotidien, la personne peut en venir à croire qu'elle ne sera jamais capable d'arriver à surmonter ses symptômes et à voir le suicide comme une option afin de remédier à cet envahissement. De plus, la présence de ce trouble peut entraîner un isolement social à long terme chez la personne affligée si rien n'est mis en place pour gérer ses effets négatifs. Cet isolement peut alors devenir problématique si la personne développe des idées suicidaires, n'ayant personne dans son entourage sur qui s'appuyer, la laissant vulnérable à des comportements suicidaires. De par la nature contraignante du milieu carcéral et toute l'incertitude qui prévaut, les symptômes d'un trouble anxieux d'un détenu peuvent en venir à être

amplifiés, fragilisant le détenu encore plus et pouvant l'amener à chercher une façon de réguler ses symptômes, d'où le risque possible de comportements suicidaires.

Pour les détenus du groupe 2, outre les variables d'hospitalisation antérieure en psychiatrie, la présence d'un trouble de l'humeur à vie et de la présence possible d'un TDAH, une autre variable est significative dans le modèle : présence du trouble de la personnalité antisociale. La variable du trouble de la personnalité antisociale augmente par 2 fois le risque d'avoir fait une tentative de suicide lorsque toutes les autres variables sont contrôlées. La présence de cette variable dans ce groupe de détenus seulement et son absence du groupe 3 mérite d'être explorée. Fazel et Danesh (2002) ont répertorié des cas de morts par suicide en détention. De tous les suicides répertoriés, 65 % des détenus avaient un trouble de la personnalité dont près de la moitié (47 %) avait un trouble de la personnalité antisociale. Ces données démontrent le risque de mourir par suicide pour ceux ayant ce trouble de la personnalité. La dynamique comportementale liée à ce trouble de la personnalité (comportements socialement irresponsables, exploiteurs et sans remords) pourrait expliquer pourquoi ce trouble de la personnalité est seulement présent dans le groupe des détenus ayant fait une seule tentative de suicide. En effet, la personne antisociale est souvent perçue comme une personne manipulant les autres dans un but d'en tirer un avantage. La tentative de suicide unique pourrait être un moyen pour cette personne d'avoir un gain face à une situation quelconque. Toutefois, si la tentative de suicide ne procure pas le gain espéré, la personne antisociale pourrait être encline à ne plus percevoir de bénéfices potentiels à faire des tentatives de suicide et ainsi ne plus

utiliser les comportements suicidaires comme levier manipulateur. Un indice pouvant appuyer ce point serait que les niveaux de létalité des tentatives de suicide des personnes antisociales, tel qu'estimés avec la LSARS, seraient plus faibles que ceux n'ayant pas le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale. Le niveau de létalité moyen des tentatives chez les personnes antisociales ( $M = 3,52$ ,  $ET = 2,85$ ), bien que légèrement inférieur, ne diffère pas significativement du niveau de létalité moyen des personnes n'ayant pas ce diagnostic ( $M = 3,87$ ,  $ET = 2,90$ ). Toutefois, lorsque l'intention de mourir est examinée plus en détail suite à la tentative de suicide, les personnes antisociales sont beaucoup plus nombreuses à répondre que leur geste n'était pas dans le but de mourir. Sur les 57 participants qui n'avaient pas l'intention de mourir suite à leur dernière tentative de suicide, 75,4 % avaient un diagnostic du trouble de la personnalité antisociale. Bien que l'intention de mourir ne confirme pas l'aspect manipulateur de la tentative de suicide, il n'en demeure pas moins que cet aspect mériterait d'être approfondi dans des recherches subséquentes.

L'analyse des variables significatives des groupes 2 et 3 de détenus peut démontrer des trajectoires de vie différentes ou même une dynamique de santé mentale différente. Pour les détenus du groupe 2, outre la variable significative de l'hospitalisation en psychiatrie, les variables du trouble de l'humeur et du trouble de la personnalité antisociale peuvent laisser présager une possibilité que la tentative de suicide soit la résultante d'un événement de vie unique, teintée par une souffrance insoutenable sur le moment, mais qui peut s'être estompée suite à la tentative de suicide. Peut-être que la tentative de suicide a

eu comme fonction de régulariser une situation intenable et qu'en ayant survécu à la tentative, la personne en vient à reprendre contact avec ses forces et habiletés pour continuer malgré l'adversité, telle une seconde chance, et ne plus envisager le suicide comme option? En raison du fait qu'une tentative de suicide passée constitue un facteur de risque majeur pour un éventuel comportement suicidaire subséquent, ces personnes demeurent encore à risque de faire une autre tentative de suicide advenant une autre situation de grande souffrance. Quant aux détenus du groupe 3, les variables significatives, incluant la présence d'un abus/dépendance aux drogues et d'un trouble anxieux, peuvent traduire une souffrance envahissante au quotidien, laissant la personne impuissante face à sa détresse et ainsi la place à risque de poser un nouveau geste suicidaire pour mettre un terme à cette souffrance. De plus, avec ces troubles de santé mentale, la route vers un mieux-être exige beaucoup d'efforts, de temps et de soutien, ce qui peut amplifier le sentiment d'impuissance et d'incompétence de la personne face à sa condition. Au contraire de ceux du premier groupe ayant fait une seule tentative de suicide, la personne peut survivre à sa tentative de suicide et ne noter aucun changement notable dans sa condition, ce qui peut la ramener à sa perception initiale d'une souffrance intolérable et insurmontable, un sentiment d'incompétence de ne pas avoir réussi son geste suicidaire et, par le fait même, l'idée du suicide comme solution pour mettre un terme à cette souffrance. La variable en lien avec les soins reçus en santé mentale peut venir appuyer cette notion d'une santé mentale fragile et d'un stigma personnel en lien avec sa souffrance intenable. En sachant que le risque de mourir par suicide est 100 fois plus élevé chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide (Owens et al., 2002), les personnes ayant

survécu à une tentative de suicide demeurent très à risque de refaire une tentative de suicide subséquente et donc de mourir par suicide.

En ce qui concerne la variable du TDAH qui se retrouve dans les deux groupes de détenus ayant fait au moins une tentative de suicide, cette double présence pourrait possiblement s'expliquer par la façon dont le TDAH se manifeste à travers ses différentes comorbidités. En raison de sa grande comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale, notamment le trouble dépressif majeur, le trouble d'anxiété généralisé, l'abus et la dépendance de substance (drogues et/ou alcool), le trouble bipolaire et une variété des troubles de la conduite (Klassen et al., 2010), le lien entre le TDAH et les tentatives de suicide peut se manifester différemment selon la particularité des symptômes de chacun des troubles comorbides. Une autre explication possible de la présence du TDAH en tant que variable significative chez les deux groupes de détenus ayant un historique de tentatives de suicide est en lien avec l'adaptation aux symptômes de ce trouble. En effet, le TDAH est un trouble qui est diagnostiqué à l'enfance et ceux qui ont ce trouble apprennent très tôt à vivre avec les difficultés en développant des mécanismes pour les compenser. Étant donné que les sphères d'atteintes en lien avec la présence possible d'un TDAH (problèmes d'inattention et de mémoire et problèmes avec le concept de soi) se retrouvent uniquement chez les détenus du groupe 3, cela peut traduire une capacité d'adaptation différente face aux symptômes du TDAH. Les détenus du groupe 2 auraient une meilleure capacité d'adaptation et gèreraient mieux les symptômes du TDAH que les détenus du groupe 3. D'autres études se doivent d'être faites afin de mieux comprendre le

lien entre le TDAH et les tentatives de suicide et de déterminer quels rôles peuvent jouer les symptômes et les comorbidités du TDAH dans ce lien.

### **Recommandations**

Les résultats de cette étude démontrent que les détenus sont un groupe particulièrement à risque de faire des tentatives de suicide et de mourir par suicide. Ceci peut notamment être expliqué en raison du fait que la prévalence de troubles de santé mentale est largement supérieure à celle de la population générale et du lien qui existe entre les troubles des axes I et II du DSM et les idées suicidaires. Dans un milieu aussi à risque que le milieu carcéral, le dépistage systématique des idées suicidaires et des troubles de santé mentale devient primordial afin de protéger ces détenus contre eux-mêmes et de mieux connaître les individus se retrouvant à l'intérieur d'un établissement carcéral. Bien que le dépistage soit primordial dans la prévention du suicide en milieu carcéral, il devient aussi important de former le personnel correctionnel en prévention du suicide afin qu'il soit en mesure de détecter les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte et ainsi apporter tout le soutien nécessaire aux détenus en détresse. Dans une optique de bénéfice à long-terme, il serait pertinent d'offrir des suivis aux détenus préalablement identifiés comme étant à risque suicidaire afin qu'ils puissent développer des outils pour mieux apprendre à vivre avec leur condition et faire en sorte qu'ils puissent percevoir un soutien du personnel traitant. Tout le défi peut se résumer dans ces dernières phrases en raison notamment de la dynamique d'un rapport de force entre le personnel correctionnel et les détenus. Bien que les services soient disponibles, ce ne sont pas tous les détenus qui

veulent recevoir du soutien ou qui savent qu'un soutien peut exister pour eux, d'où l'importance pour le personnel correctionnel d'être proactif dans leur dépistage et de référer les détenus aux bonnes personnes s'ils sont témoins de situations pouvant les inquiéter.

Dans l'optique de mieux comprendre les comportements suicidaires, il s'avère tout aussi important de continuer d'étudier ce phénomène grâce à la recherche empirique afin de mieux expliquer les causes sous-jacentes du suicide. De par sa nature multifactorielle, où la présence d'un facteur de risque chez une personne n'est pas nécessairement synonyme de comportements suicidaires éventuels, les comportements suicidaires sont un phénomène complexe résultant d'une longue série de souffrances individuelles qui amènent à voir la mort comme échappatoire à cette souffrance. La recherche quantitative demeure un outil essentiel pour mettre en relation les différents facteurs de risque qui entrent dans cette équation et mieux comprendre leurs interactions. Le défi que pose ce type de recherche est justement celui des interrelations entre une multitude de variables sans nécessairement arriver à trouver le chaînon manquant pouvant expliquer hors de tout doute ce phénomène. En termes de devis de recherche, il ne faudrait pas non plus négliger l'apport tout aussi important de la recherche qualitative. En effet, par la recherche qualitative, les chercheurs pourraient accéder aux individus ayant survécu à leur tentative de suicide et ainsi mieux comprendre leur cheminement interne les ayant poussé à commettre ce geste. Il pourrait s'en dégager des thèmes et pistes de réflexion méritant d'être approfondis, tel le désespoir, l'isolement, la perception du suicide et plusieurs



autres. Il n'en demeure pas moins qu'il peut être ardu pour un chercheur de trouver des gens acceptant de s'ouvrir sur un tel sujet, nécessitant le développement d'un lien de confiance entre les deux parties afin que la personne puisse s'ouvrir en toute confiance et transparence.

Comme il a été dit au début de cette recherche, le suicide est un phénomène sociétal qui touche toutes les sphères de la société et ne laisse personne indifférent. Malheureusement, le phénomène du suicide est encore de nos jours un sujet tabou et les personnes suicidaires, celles endeuillées par suicide, tout comme les personnes vivant avec des troubles de santé mentale, peuvent ressentir un certain stigma venant d'autrui en raison d'une incompréhension de ce qu'ils vivent. L'incompréhension de certains peut amener une pléiade de jugements, qui devient alors un stress supplémentaire pour la personne déjà aux prises avec une souffrance intolérable. Il est alors important de continuer, en tant que collectivité, de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation afin de démythifier ce sujet, mobiliser et offrir aux gens une tribune pour qu'ils puissent s'exprimer. La journée mondiale du suicide qui a lieu au mois de septembre et la semaine de la prévention du suicide au mois de février sont quelques exemples de projets mis en place afin de lutter contre ce phénomène. Il ne faut toutefois pas oublier que la prévention du suicide doit se faire de façon quotidienne et constitue un travail toujours à recommencer qui doit impliquer plusieurs ressources afin de bien coordonner les efforts des organismes œuvrant pour cette cause. L'apport du gouvernement, en tant que preneur de décisions et bailleur de fonds, doit être mis à contribution pour envoyer un message sur l'importance

d'agir en amont du problème, que ce soit en créant des campagnes de sensibilisation ou en finançant la prévention du suicide à travers les institutions publiques et communautaires. En raison du lien entre troubles de santé mentale et comportements suicidaires, toutes les questions concernant la santé mentale des individus devraient être prioritaires, non seulement pour le bien-être individuel, mais aussi et, surtout, pour le bien-être collectif. Il est important de se rappeler que toute la question de bien-être commence par de saines habitudes de vie et qu'un suicide est un suicide de trop.

### **Limites**

Lorsque cette recherche a été élaborée, plusieurs efforts ont été mis en place afin de minimiser les erreurs pouvant découler d'un devis de recherche déficient. C'est ainsi que l'équipe de recherche élargie a mis en place un devis d'échantillonnage aléatoire pour la sélection des participants et que les instruments de recherche ont été sélectionnés selon leur rigueur méthodologique, leur validité et leur fidélité. Toutefois, la présente thèse comporte quelques limites qui se doivent d'être abordées afin d'avoir une vision objective de la recherche et de ses conclusions.

Dans cette étude, il est important de se rappeler que les participants étaient des détenus condamnés dont l'âge différait entre eux et qui étaient condamnés à des peines différentes selon le type de crime commis. Il importe alors de rappeler que l'âge et la sévérité de la peine d'emprisonnement peuvent influencer la possibilité qu'un (ou plusieurs) geste suicidaire ait été posé ou non, et donc que la personne ait fait partie ou non d'un des trois

groupes à l'étude dans cette thèse. Ainsi, plus une personne est avancée en âge, plus les probabilités sont élevées qu'elle puisse avoir commis plus de gestes suicidaires dans sa vie que quelqu'un relativement plus jeune qu'elle. Malgré cette difficulté, nous avons quand même constaté finalement que les trois groupes étaient comparables en termes d'âge et de durée de sentences (sauf pour ce qui est des peines à perpétuité).

Une autre limite est en lien avec l'instrument de mesure servant à évaluer le TDAH. Dans cette étude, l'instrument qui a été choisi est le CAARS, dans sa version courte pour la détention. Bien que le CAARS possède une bonne validité factorielle, discriminante et de construit (Conners et al., 1999), il s'agit avant tout d'un instrument auto-rapporté qui ne donne qu'un aperçu des symptômes du TDAH. Il ne constitue pas un instrument servant à émettre un diagnostic comme peut l'être le SCID, mais bien d'un outil de dépistage du TDAH où un résultat élevé au test démontre qu'il existe une possibilité que la personne puisse avoir un TDAH. L'instrument permet de détecter quel participant devrait avoir accès à une évaluation plus poussée avec d'autres outils diagnostiques afin d'établir clairement le diagnostic de TDAH ou non. Souvent, lorsqu'un outil de dépistage pour le TDAH est utilisé, seule une partie des personnes étant identifiée comme ayant un TDAH remplit effectivement les critères diagnostiques. C'est donc dire que ces outils, [comme le CAARS entre autres], ne peuvent pas, par eux-mêmes, être invoqués pour valider un diagnostic (Paris, Bhat, & Thombs, 2015). Il faut ainsi être prudent dans l'interprétation des résultats en lien avec le TDAH. La proportion de détenus identifiés comme ayant une

possibilité de TDAH dans cette étude (16,7 %) se retrouve néanmoins dans la fourchette du 14 à 19 % de la prévalence du TDAH en détention estimée par Retz et Rösler (2009).

Toujours en lien avec les instruments de mesure, il est à noter que l'instrument servant à évaluer les tentatives de suicide (LSARS) comporte aussi ses limites. En effet, c'est un instrument auto-rapporté, ce qui fait en sorte qu'il peut y avoir des biais concernant les informations à propos des tentatives de suicide. Généralement, il est plus facile pour l'individu de se remémorer la dernière tentative de suicide par rapport aux autres tentatives de suicide qui ont eu lieu il y a plusieurs années. Des concepts tels l'intention de mourir, le motif de la tentative de suicide ou la conséquence suite au geste deviennent alors sujets à un possible biais de rappel. De plus, une autre limite de cet instrument concerne les cotes de létalité de la tentative de suicide. Cet instrument sert non seulement à évaluer les tentatives de suicide, mais aussi les gestes d'automutilation. Lorsque l'individu a fait une tentative de suicide où la cote de létalité est faible (où le risque de mourir est improbable), il y aurait lieu de se poser la question s'il s'agit réellement d'une tentative de suicide ou plutôt d'un geste d'automutilation. La question se pose aussi pour ce qui est de l'intention de mourir. Si l'intention de mourir n'est pas présente, mais que l'individu affirme qu'il s'agit d'une tentative de suicide, devrions-nous envisager cet acte comme un geste d'automutilation comme la nomenclature de Silverman et al. (2007b) le suggère?

Une autre limite de cette étude est en lien avec le devis statistique utilisé. La méthode de régression logistique polynomiale utilisée dans cette recherche, bien que pertinente

pour illustrer la présence de variables significatives en lien avec une variable dépendante ayant plus de deux niveaux, ne permet pas d'établir la direction ni l'association entre chacune des variables dans le modèle. Chaque variable n'est significative que lorsqu'elle est mise en relation avec les autres variables. L'inclusion ou non de certaines variables dans le modèle final peut aussi influencer les résultats du modèle, les variables incluses étant tributaires du choix du chercheur. Afin de pallier le plus possible à ce biais, des analyses de khi-carré ont été faites préalablement afin de s'assurer de la pertinence statistique d'inclure les variables dans le modèle. Par ailleurs, la capacité de classification du modèle actuel résultant de la régression polynomiale peut porter à confusion sur sa réelle capacité en raison de la grande proportion de participants (71,6 %) n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Ce fait peut biaiser à la hausse le nombre de classifications correctes. Dans une recherche ultérieure, il pourrait être pertinent de pousser plus loin les analyses statistiques avec une analyse de correspondances multiples afin de déterminer si des profils uniques de participants ayant fait une ou des tentatives de suicide pourraient être observés.

Une autre limite de cette recherche peut être en lien avec la classification des tentatives de suicide. En effet, l'échantillon de l'étude est composé de détenus nouvellement sentencés, se retrouvant au Centre régional de réception du Service correctionnel Canada pour une évaluation de six semaines. La majorité des tentatives de suicide rapportées par les détenus dans cette étude ont eu lieu à l'extérieur du milieu carcéral. Il faut être prudent quant à l'interprétation des résultats étant donné la possibilité

que le participant ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide n'avait pas encore eu à faire face au système judiciaire, étant un simple citoyen au moment de sa tentative de suicide. Il faut se rappeler que le participant est arrivé en détention avec toute son histoire passée, ce qui peut inclure pour certains des tentatives de suicide antérieures, n'ayant pas eu lieu à l'intérieur du milieu carcéral. Dans la population générale, le participant pouvait avoir accès à des moyens pour faire une tentative de suicide qui ne sont généralement pas aussi disponibles en détention. Avec les théories criminologiques dont celle de l'importation qui dit que le suicide en prison peut être expliqué par les caractéristiques personnelles (historique de vie, problèmes de santé mentale, impulsivité, etc.) que le détenu amène avec lui en prison, il n'en demeure pas moins que cette étude est pertinente et permet de conclure que les individus évalués peuvent être à risque de comportements suicidaires une fois dans le milieu carcéral.

## **Conclusion**

L'objectif de cette recherche doctorale était d'étudier les tentatives de suicide dans une population composée de détenus et d'examiner ce qui pouvait différencier les détenus n'ayant aucun antécédent suicidaire, ceux qui ont fait une seule tentative de suicide et ceux ayant fait plus d'une tentative de suicide. Plus spécifiquement, l'emphasis était mise sur la variable du TDAH en raison de sa grande prévalence en milieu carcéral, des nombreux troubles comorbides associés à ce trouble et que la recherche démontre de plus en plus que les symptômes du TDAH continuent d'affecter les individus une fois adultes. Les résultats de cette étude démontrent que la variable du TDAH, significative dans les deux groupes de détenus ayant au moins un antécédent de tentative de suicide (une seule ou plus d'une), permet de conclure que le TDAH peut être considéré comme un facteur de risque à part entière pour la présence de tentative de suicide et le risque de mourir par suicide. Étant donné que le TDAH est un trouble qui affecte plusieurs sphères de fonctionnement de l'individu (que ce soit dû à l'impulsivité ou à l'inattention entre autres), les différentes sphères d'atteintes découlant d'une possible présence de TDAH ont été testées afin de voir leur lien avec la présence de tentatives de suicide. La sphère des problèmes d'inattention et de mémoire ainsi que celle des problèmes de concept de soi ont été significatives, mais seulement pour le groupe de détenus ayant fait plus d'une tentative de suicide. Dans des recherches futures, le lien entre le TDAH, ses symptômes sous-jacents et la présence de comportements suicidaires doit continuer d'être exploré afin de soutenir ou d'invalidier la relation entre le TDAH et la présence de tentatives de



suicide. De par la nature neurobiologique du TDAH, il y aurait lieu de se questionner sur le lien entre ce trouble et les fonctions exécutives afin de déterminer si cette relation est causale ou si les marqueurs neurobiologiques constituent des résultantes. Il n'en demeure pas moins que les fonctions exécutives restent un vaste champ de recherche méritant d'être approfondi pour mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques impliqués dans la manifestation du TDAH et comment cela influence les divers comportements à risque, tels les comportements suicidaires. Par ailleurs, cette étude a permis de trouver différentes variables significatives pour chacun des deux groupes à l'étude, appuyant ainsi le lien existant entre les problèmes de santé mentale et les tentatives de suicide en milieu carcéral, bien que ce ne fut pas l'objet de l'étude. Étant donné la prévalence plus élevée des troubles de santé mentale en milieu carcéral que dans la population générale, il devient primordial de mieux comprendre l'impact des symptômes de ces troubles, non seulement quant à la présence de comportements suicidaires, mais aussi sur le fonctionnement de l'individu à l'intérieur du milieu carcéral et comment celui-ci répondra aux exigences de ce milieu restrictif. Il faut se rappeler que, dans un environnement aussi restrictif que le milieu carcéral, il existe plusieurs enjeux qui vont au-delà de la simple incarcération. Cela concerne non seulement la réhabilitation du détenu, mais aussi l'importance de lui offrir un environnement qui protégera ce dernier contre les autres et lui-même et, ainsi, lui offrir une possibilité de changement et les meilleurs outils pour y arriver.

## Références

- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148.
- Agnew, R. (1985). A revised strain theory of delinquency. *Social Forces*, 64, 151-167.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47-87.
- Agosti, V., Chen, Y., & Levin, F. R. (2011). Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? *Journal of Affective Disorder*, 133, 595-599.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Authors.
- Appelbaum, K. L. (2008). Assessment and treatment of correctional inmates with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1520-1524.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 4-37.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, D., Garcia Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., ... de Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 255, 152-156.
- Barkley, R. (2012). *The important role of executive functioning and self-regulation in ADHD*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 195-211.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.

- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York, NY: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. Dans A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Éds), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 1-70). New York, NY: Guilford Press.
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(9), 1725-1736.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Black, D. W., Baumgard, C. H., & Bell, S. E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 130-140.
- Boonstra, A. M., Kooij, J. J., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., & Buitelaar, J. K. (2010). To act or not to act, that's the problem: Primarily inhibition difficulties in adult ADHD. *Neuropsychology*, 24, 209-221.
- Brassett-Grundy, A. J., & Butler, N. (2004a). *Prevalence and adult outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Evidence from a 30-year prospective longitudinal study*. London: Bedford Group for Lifecourse and Statistical Studies, Institute of Education, University of London.
- Brassett-Grundy, A. J., & Butler, N. (2004b) *Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview and review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for males and females*. BG Occasional Papers no. 1, London: Bedford Group for Lifecourse and Statistical Studies, Institute of Education, University of London.
- Burton, C. Z., Vella, L., Weller, J. A., & Twamley, E. W. (2011). Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23, 173-179.
- Cahill, B. S., Coolidge, F. L., Segal, D. L., Klebe, K. J., Marle, P. D., & Overmann, K. A. (2012). Prevalence of ADHD and its subtypes in male and female adult prison inmates. *Behavioral Sciences and the Law*, 30(2), 154-166.
- Card, J. J. (1974). Lethality of suicidal methods and suicide risk. *Omega*, 5, 37-45.

- Carli, V., Jovanovic, N., Podlesek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., ... Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters – a study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 116-122.
- Cheng, A. T., Mann, A. H., & Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide. A case control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441-446.
- Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257-265.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Colley, B. (2010). ADHD, science and the common man. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(2), 83-94.
- Conners, C. K. (2004). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS): For use in correctional settings*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *CAARS Conners' Adult ADHD Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Coolidge, F. L. (2004). *Coolidge Inventory Manual*. Colorado Springs, CO: Author.
- Côté, G., Crocker, A., Daigle, M., Toupin, J., Gobbi, G., & G. Turecki, G. (2007). *Épidémiologie des troubles mentaux, des troubles de la personnalité et de la déficience intellectuelle en milieu carcéral*. Projet subventionné aux Instituts de recherche en santé de Canada.
- Daigle, M., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(3), 41-45.
- Daigle, M., & Côté, G. (2001). Suicide et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire? *Criminologie*, 34(2), 103-122.
- Daigle, M., & Côté, G. (2002). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à [http://www.crise.ca/e-docs/daigle2002\\_hommes.pdf](http://www.crise.ca/e-docs/daigle2002_hommes.pdf)
- Daigle, M., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: Prevention of repetition. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629.

- Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-175.
- Daniel, A. E., & Fleming, J. (2006). Suicide in a state correctional system, 1992-2002: A review. *Journal of Correctional Health Care*, 12, 24-35.
- Datleg, A., & Levander, S. (1998). Twelve thousand crimes by 75 boys: A 20-year follow-up study of childhood hyperactivity. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 39-57.
- Davidson, M. A. (2008). ADHD in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorder*, 11(6), 628-641.
- Dear, G. E. (2008). Ten years of research into self-harm in the western Australian prison system: Where to next? *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(3), 469-481.
- De Coster, S., & Kort-Butler, K. (2006). How general is general strain theory? Assessing determinacy and indeterminacy across life domains. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(4), 297-325.
- DeGeorge Macey, K. (2003). Book review: Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Archive of Clinical Neuropsychology*, 18(4), 431-437.
- Derogatis, L. (1986). *Manual for the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)*. Baltimore, MD: L. Derogatis.
- Douglas, K. S., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L., Poythress, N. G., Edens, J. F., & Patrick, C. J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behavior among offenders. *Law and Human Behaviors*, 32, 511-525.
- Einarsson, E., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H., Newton, A. K., & Bragason, O. O. (2009). Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 361-367.
- Engstrom, E. A. (2005). *Correctional suicide: Identification of differences between Axis I and Axis II suicidal behaviors in adult male's corrections* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses: Full Text (3162637)
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorder*, 9(2), 384-391.

- Farrington, D. P., Loeber, R., & Van Kammen, W. B. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity attention deficit and conduct problems in childhood. Dans L. N. Robins & M. R. Rutter (Éds), *Straight and devious pathways to adulthood* (pp. 60-81). New York, NY: Cambridge University Press.
- Fawcett, T. (2006). An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters*, 27, 861-874.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, G., ... Jin, R., (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention- deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: An ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 191-195.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Río-Valle, J. S., & Verdejo-García, A. (2010). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 1317-1332.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: America Psychiatric Press.
- Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H., Salgado, C. A., Victor, M. M., Kalil, K. L., ... Belmonte-de-Abreu, P. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 991-996.
- Fortin, D., & Ruel, S. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-202-04F.pdf>
- Frances, A., Fyer, M., & Clarkin, J. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 281-295.
- Froggio, G. (2007). Strain and juvenile delinquency: A critical review of Agnew's General Strain Theory. *Journal of Loss & Trauma*, 12(4), 383-418.



- Frottier, P., Fruehwald, S., Ritter, K., Eher, R., Schwarzler, J., & Bauer, P. (2002). Jailhouse blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 68-73.
- Fruehwald, S., Eher, R., & Frottier, P. (2001). What was the relevance of previous suicidal behavior in prison suicides? *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 763.
- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody. Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H. J., Rujescu, D., & Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1262-1271.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Lindefors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among long-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 112-125.
- Gonon, F., Guilé, J.-M., & Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273-281.
- Green, C., Andre, G., Kendall, K., Looman, T., & Polvi, N. (1992). Étude de 133 cas de suicide de détenus survenus dans des établissements fédéraux canadiens. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4(3), 20-23.
- Haden, S. C., & Shiva, A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: An evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 675-690.
- Hall, G. J., Fisher, S., & Dear, G. E. (2006). The likely role of criminogenic factors in prisoners' self-harming behaviour. Dans G. E. Dear (Éd.), *Preventing suicide and other self-harm in Prison* (pp. 29-37). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K. (2001). Studying survivors of nearly lethal suicide attempts: An important strategy in suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(suppl. 1), 76-84.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Haycock, J. (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60, 85-98.



- Hayes, L. M., & Rowan, J. R. (1988). *National study of jail suicides: Seven years later*. Alexandria, VA: National Center for Institutions and Alternatives.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois. *Santé mentale au Canada*, 38, 1-5.
- Huey Dye, M. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38, 796-806.
- Ilgen, M. A., Burnette, M. L., Conner, K. R., Czyz, E., Murray, R., & Chermack, S. (2010). The association between violence and lifetime suicidal thoughts and behaviors in individuals treated for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 35, 111-115.
- Impey, M., & Heun, R. (2012). Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 93-102.
- Ivanoff, A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly*, 60, 73-84.
- James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 408-415.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., & Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviours in prisons. *Psychological Medicine*, 35, 257-269.
- Johnson, M. C., & Kercher, G. A. (2007). ADHD, strain, and criminal behavior: A test of general strain theory. *Deviant Behavior*, 28(2), 131-152.
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2011). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 319-339.
- Kempf, E. J. (1976). *Psychopathology*. New York, NY: Arno Press.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.

- Klassen, L. J., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 124, 1-8.
- Klonsky, E. D., & May, A. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 1-5.
- Kullgren, G., Tengström, A., & Grann, M. (1998). Suicide among personality-disordered offenders: A follow-up study of 1943 male criminal offenders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, S102-S106.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18(4), 157-162.
- Leenaars, A. A., De Leo, D., Diekstra, R. F. W., Goldney, R. D., Kelleher, M. J., & Nordstrom, P. (1997). Consultations for research in suicidology. *Archives of Suicide Research*, 3, 139-151.
- Légaré, G., Gagné, M., & Perron, P.-A. (2015). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2012. Mise à jour 2015.* Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1939\\_Mortalite\\_Suicide\\_2015.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1939_Mortalite_Suicide_2015.pdf)
- Lohner, J., & Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: Problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2), 135-161.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton III, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160, 237-246.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38, 407-417.
- McGowan, A. J. (2002). Attention deficit hyperactive disorder and its relationship to juvenile delinquency and criminal behavior. *American College of Forensic Examiners Online Continuing Education*, 11, 9-10.
- McKee, G. E. (1998). Lethal vs. nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.

- Meltzer, H., Jenkins, R., Singleton, N., Charlton, J., & Yar, M. (2003). Non-fatal suicidal behavior among prisoners. *International Review of Psychiatry*, 15, 148-149.
- Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Singleton, N., Jenkins, R., & Brugha, T. (2002). *Non-fatal suicidal behaviour among adults aged 16 to 74 in Great Britain*. London: Stationery Office.
- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570-580.
- Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 2(3), 159-166.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2009). *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec (du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2006)*. Québec : Ministère de la Sécurité publique.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2014). *Fonctionnement des services correctionnels*. Repéré à <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement-sc.html>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., ... Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York, NY: Oxford University Press.
- Motiuk, L., Boe, R., & Nafekh, M. (2003). *Le retour en toute sécurité des délinquants dans la communauté*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche.
- Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 147-157.
- National Center for Health Statistics. (1994). Advance report of final mortality statistics, 1991. *Monthly Vital Statistics Report*, Vol. 42(Suppl). Hattysville, MS: Public Health Service.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Review*, 30, 133-154.

- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Kordon, A., Seifert, J., Wildt, B. T., Wiese, B., ... Schneider, U. (2007). Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*, 42, 539-543.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese B., ... Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*, 43(3), 300-304.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*. Genève : Département de la santé mentale et des toxicomanies.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Journal British of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Paris, J., Bhat, V., & Thombs, B. (2015). Is adult attention-deficit hyperactivity disorder being over diagnosed? *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 324-328.
- Park, S. H., Goo, J. M., & Jo, C. H. (2004). Receiver operating characteristic (ROC) curve: Practical review for radiologists. *Korean Journal of Radiology*, 5, 11-18.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drogue et alcool durant l'incarcération : examen de la situation des pénitenciers fédéraux du Québec. *Revue canadienne de criminologie*, 44, 209-240.
- Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1994). Suicide risk: Amplifiers and attenuators. Dans M. Hillbrand & N. J. Pallone (Éds), *The psychobiology of aggression* (pp. 173-186). New York, NY: The Haworth Press.
- Plutchik, R., van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1988). Correlates of suicide and violence risk III: A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 28, 215-225.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.

- Power, J., & Riley, D. L. (2010). *Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada* (Publication No. R-221). Repéré à [http://www.csc-scc.gc.ca/005/008/005008-0221-01-fra.shtml#\\_ftn1](http://www.csc-scc.gc.ca/005/008/005008-0221-01-fra.shtml#_ftn1)
- Pratt, T. C., Cullen, F. T., Blevins, K. R., & Unnever, L. D. (2002). The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis. *International Journal of Police Science and Management*, 4, 344-360.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 846-851.
- Retz, W., & Rösler, M. (2009). The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 235-243.
- Rockett, I. R., Samora, J. B., & Coben, J. H. (2006). The black-white suicide paradox: Possible effects of misclassification. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2165-2175.
- Rogers, R. D., & Robbins, T. W. (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 250-257.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesbach, G., Schneider, M., Supprian, T., ... Thome, J. (2004). Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 8, 162-170.
- Sapers, H. (2011). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2010-2011*. Repéré à <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20102011-fra.pdf>
- Sapers, H. (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*. Repéré à <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx>
- Sarchiapone, M., Jovanovic, N., Roy, A., Podlessek, A., Carli, V., & Marusic, A. (2009). Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: Results from a large sample of male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 47, 250-255.

- Schneider, B., Schnabel, A., Wetterling, T., Bartusch, B., Weber, B., & Georgi, K. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 233-245.
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 316-327.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners. National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263-267.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiler, E., ... Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl.20), 22-33.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194, 204-211.
- Skodal, A. E., & Karasu, T. B. (1978). Emergency psychiatry and the assaultive patient. *American Journal of Psychiatry*, 135, 202-205.
- Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of Suicide Attempt Rating Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 215-242.
- Statistique Canada. (2014). *Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge, les deux sexes*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/fra/aide/bb/info/suicide>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980). Assault, suicide and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-169.

- Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.
- Towl, G. J. (2003). Suicide in prison. *British Journal of Forensic Practice*, 5(3), 28-32.
- Towl, G. J., & Crighton, D. A. (1998). Suicide in prisons in England and Wales from 1988-1995. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8, 184-192.
- Tseng, W.-L., & Gau, S. S. (2013). Executive function as a mediator in the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and social problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 996-1004.
- Verdejo-Garcia, A., Lopez Torrecillas F., Aguilar de Arcos, F., & Pérez Garcia, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30, 89-101.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.
- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462-470.
- Vijayakumar, I., & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 407-411.
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 50(6), 885-890.
- Way, B. B., Miraglia, R., Sawyer, D. A., Beer, R., & Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 207-221.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (3<sup>e</sup> éd.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Westmoreland, P., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., Sieleni, B., & Black, D. W. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: Clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(3), 361-377.

- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *Predicting suicide attempts among male offenders in federal penitentiaries*. (Research Report, R-91). Ottawa: Research Branch, Correctional Service of Canada.