

Université de Sherbrooke

L'évaluation du risque suicidaire comme outil de prévention auprès de détenus
séjournant en centre psychiatrique

par
Lucie Blouin, M.Ps.

Thèse présentée dans le cadre de l'activité PSY 999
Programme de Doctorat en psychologie D.Ps.
Département de psychologie

Août 2011



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-89700-3

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-89700-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Composition du jury

L'évaluation du risque suicidaire comme outil de prévention auprès de détenus
séjournant en centre psychiatrique

Lucie Blouin

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Martin Drapeau, directeur de recherche
(Départements de Psychologie du Counselling et de Psychiatrie, Université McGill)

Marc Daigle, professeur titulaire
(Département de psychologie, UQTR)

Catherine Laurier, professeure associée
(École de criminologie, Université de Montréal)

RÉSUMÉ

Les personnes incarcérées ainsi que les personnes présentant une problématique de santé mentale sont deux groupes parmi lesquels le taux de suicide est plus élevé comparativement à la population générale. Considérant que ces caractéristiques se retrouvent parmi la clientèle du Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), qui est l'un des cinq centres psychiatriques du Service Correctionnel du Canada (SCC), des mesures de dépistage du risque suicidaire avaient été mises en place. Le *Suicide Probability Scale (SPS)*, test conçu par Cull et Gill (1988), était administré de façon répétitive, soit à un intervalle de trois mois à tous les détenus-patients et après un mois à ceux qui ont obtenu un résultat indiquant un risque *sévère*.

Cette thèse visait à évaluer la valeur prédictive du *SPS* auprès d'une population à la fois carcérale et psychiatrique et aussi à vérifier si le fait de passer un même test de façon répétitive n'influence pas sa prédictivité. Les dossiers de soixante sujets ont été examinés, dont la moitié ont posé un geste suicidaire lors de leur séjour au CRSM. Ces sujets sont des hommes adultes condamnés à une peine d'incarcération au niveau fédéral, c'est-à-dire une sentence supérieure à deux ans et qui ont présenté des besoins au niveau de la santé mentale justifiant un transfert au centre psychiatrique.

Les résultats des analyses ROC confirment la validité prédictive du *SPS* dans une perspective à court et moyen terme, mais pas à long terme puisque pour les tests administrés à l'admission, les analyses statistiques ne se sont pas révélées significatives. D'autres analyses ROC ainsi que des régressions logistiques n'ont pas permis de confirmer l'hypothèse initiale à savoir que l'utilisation répétitive d'un même instrument nuisait à sa validité prédictive. Toutefois, une prudence est recommandée quant aux interprétations tirées de ces analyses, compte tenu du nombre restreint de participants lorsqu'ils ont été répartis selon le nombre de passations du test.

Mots-clés : suicide, Suicide Probability Scale, utilisation répétitive, validité prédictive, détenus, centre psychiatrique, tentative de suicide, milieu carcéral.

Table des matières

Résumé.....	3
Liste des tableaux	6
Remerciements.....	7
Avant Propos.....	8
Introduction.....	9
Les troubles de santé mentale parmi la population carcérale	11
Les outils d'évaluation du risque suicidaire	12
Présentation des articles.....	14
<u>Premier article</u> : Validité prédictive du <i>Suicide Probability Scale</i> auprès d'une	
population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique	15
Résumé	16
Introduction.....	17
La prédiction du suicide	19
<i>Suicide Probability Scale</i>	21
La recherche sur le <i>SPS</i>	23
Validité prédictive du <i>SPS</i>	25
Les forces et limites du <i>SPS</i> et son utilisation : problèmes et enjeux	26
Objectifs visés et questions de recherche.....	27
Méthodologie	28
Contexte	28
Procédure.....	29
Les participants	31
Éthique.....	33
Analyse des données	33
Résultats.....	34
Discussion.....	37
Implications cliniques et recherches futures	39
Références bibliographiques	41
Tableaux : 1 à 5	46
Transition	51

<u>Deuxième article : L'impact de l'utilisation répétitive d'un test évaluant le risque</u>	
suicidaire sur sa validité prédictive	52
Résumé	53
Introduction	54
La prévention et la prédiction du suicide	56
L'impact de l'utilisation répétitive d'un instrument	59
Méthodologie	61
Procédure	61
Participants	62
Instrument	65
Analyse des données	67
Éthique	68
Résultats	68
Discussion	72
Implication clinique et recherches futures	74
Références bibliographiques	77
Tableaux : 1 à 7	82
Conclusion et perspectives	89
Références bibliographiques	95

Note importante :

Les propos de la chercheuse dans cette recherche ne représentent pas nécessairement les opinions et conclusions du Service Correctionnel du Canada.

Liste des tableaux

Premier article

Tableau 1 : Résultats de la première et la dernière passation du <i>SPS</i> (total et sous-échelles) pour les détenus ayant fait ou non une tentative de suicide (<i>Ts ou Sans-Ts</i>).....	46
Tableau 2 : Comparaison des résultats au <i>SPS</i> (par niveau de risque suicidaire) pour les détenus avec ou sans tentative de suicide (<i>Ts ou Sans-Ts</i>)	47
Tableau 3 : Comparaison des résultats au <i>SPS</i> (par catégorie de risque suicidaire) pour les détenus avec ou sans tentative de suicide (<i>Ts ou Sans-Ts</i>)	48
Tableau 4 : Aire sous la courbe (<i>AUC</i>) obtenues pour la première passation et celle précédant la tentative de suicide	49
Tableau 5 : Aire sous la courbe (<i>AUC</i>) pour la première passation et celle précédant la tentative de suicide à partir des scores T et des scores de probabilité	50

Deuxième article

Tableau 1 : Comparaison des résultats par niveaux de risque pour l'ensemble des administrations du <i>SPS</i> pour les groupes avec tentative de suicide (<i>Ts</i>) et sans tentative (<i>Sans-Ts</i>)	82
Tableau 2 : Nombre de sujets ayant obtenu au moins un résultat indiquant un niveau de risque parmi les quatre niveaux en tenant compte de l'ensemble des administrations du <i>SPS</i>	83
Tableau 3 : Variation des résultats au <i>SPS</i> (par niveau de risque) lors des administrations répétitives ($N = 190$), pour les groupes avec ou sans tentative de suicide (<i>Ts ou Sans-Ts</i>)	84
Tableau 4 : Variation des résultats au <i>SPS</i> (par catégorie de risque) lors des administrations répétitives auprès des mêmes participants, pour les deux groupes, avec ou sans tentative de suicide (<i>Ts ou Sans-Ts</i>)	85
Tableau 5 : Aire sous la courbe (<i>area under curve</i> ; <i>AUC</i>) obtenues selon le nombre de passations du <i>SPS</i>	86
Tableau 6 : Régression logistique vérifiant la relation entre la présence d'une tentative de suicide avec le résultat total au <i>SPS</i> et le nombre de passations du test	87
Tableau 7 : Aire sous la courbe (<i>AUC</i>) obtenues pour la passation ayant obtenu le résultat maximum par participant comparé à la dernière passation	88

Remerciements

L'auteure aimerait remercier le Professeur Martin Drapeau, directeur de thèse, pour sa patience et ses interventions visant à me motiver à compléter ma recherche, aussi pour ses conseils lors de l'étape visant à définir ce projet de recherche, ainsi que pour ses commentaires et suggestions apportés lors du processus de rédaction.

Un remerciement tout particulier au Professeur Jean-Pierre Guay, car son expertise a permis de guider les analyses statistiques.

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans les autorisations des comités de recherche du Service Correctionnel du Canada, tant régional que national. Leur ouverture à ce projet de recherche a été grandement appréciée, tout comme le support apporté par certains gestionnaires qui ont accepté des arrangements pour conjuguer emploi et études permettant de compléter cette thèse. Un merci est également adressé aux membres du personnel qui ont facilité l'accès aux dossiers lors de la cueillette de données, ainsi qu'aux collègues de travail de l'Établissement Leclerc qui ont su composer avec une disponibilité plus restreinte pour le partage des tâches.

De plus, l'auteure désire remercier son conjoint, Giovanni Marone et leur fille Laura, dont la naissance est survenue au cours de ces années d'études doctorales. Leur soutien et la compréhension dont ils ont fait preuve ont été essentiels pour mener à terme ce projet.

Avant propos

Cette thèse de doctorat est présentée sous forme de deux articles. Le premier article s'intitule : *Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique*. Il s'agit d'une étude prospective menée auprès de 60 participants ayant fait un séjour entre 2000 et 2010 au Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), qui est le centre psychiatrique de la région du Québec au Service Correctionnel du Canada. Une procédure existant au CRSM, qui a toutefois été cessée en 2009, consistait à ce que le *Suicide Probability Scale (SPS)* soit administré à tous les détenus à leur admission, puis réadministré après trois mois ou après un mois lorsque le résultat au *SPS* indiquait un risque sévère. La cueillette des données s'est effectuée à partir d'une banque de données ainsi qu'à partir des dossiers, tout d'abord pour identifier 30 participants qui, au cours de leur séjour au CRSM, ont fait une tentative de suicide, puis en sélectionnant 30 autres participants, afin qu'ils correspondent aux participants du premier groupe sur certains critères dont l'âge, la durée de la sentence, le type de délits, les diagnostics, ainsi qu'un nombre équivalent d'administrations du *SPS*. Par le biais d'analyses ROC, la validité prédictive de l'instrument fut démontrée pour les résultats de la passation la plus récente du test, donc pour une durée à court et moyen terme, mais elle ne fut pas significative pour les résultats obtenus à l'admission, donc pour une durée à plus long terme.

Le deuxième article s'intitule : *L'impact de l'utilisation répétitive d'un test évaluant le risque suicidaire sur sa validité prédictive*. Cet article porte sur les mêmes participants que le premier article, mais les données sont examinées dans le but de vérifier si le nombre d'administration du *SPS* influence négativement sa validité prédictive, ce qui était l'hypothèse initiale. Les participants ont été regroupés selon le nombre de passations du *SPS* qu'ils ont eues, soit une, deux, trois ou quatre et plus. Des régressions logistiques et des analyses ROC tendent à démontrer que l'utilisation répétitive ne diminue pas la validité prédictive du test, mais une prudence est conseillée quant à l'interprétation des résultats obtenus, vu le petit nombre de participants.

L'évaluation du risque suicidaire comme outil de prévention auprès de détenus séjournant en centre psychiatrique

D'un point de vue historique, différentes opinions ont été émises face au suicide dépendamment des époques et des cultures. Evans et Farberow (2003), dans leur ouvrage *Encyclopedia of Suicide*, en tracent un bon résumé. À certaines époques, le suicide était toléré et vu comme une façon d'échapper à une intolérable souffrance et/ou injustice ou encore représentait une expression de la liberté humaine. À d'autres périodes, dont celle du Moyen Âge, le suicide n'était pas accepté, pouvant même être perçu comme une offense contre l'État ou un affront à Dieu et, en ce sens, considéré comme un geste condamnable. Une attitude que l'on retrouve à travers différentes époques face aux personnes qui posent un tel geste, fut de les considérer comme étant « malades » ou « dérangées ». Sur le plan de la loi, il y a eu des conséquences négatives pour ceux qui faisaient une tentative de suicide ou encore pour la famille d'une personne qui s'était suicidée. Cantor (2000) souligne que dans la plupart des pays à l'Ouest, les tentatives de suicide ont été décriminalisées seulement dans les années 1960 et 1970.

De nos jours, le suicide est perçu comme un problème social et de santé que les autorités gouvernementales souhaitent pouvoir mieux prévenir. Selon le site de l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization, 2011), le taux de suicide annuel au plan mondial est de 16 décès par 100 000 personnes. Dans un communiqué de l'OMS (2011) visant à souligner la journée mondiale de prévention du suicide qui a lieu le 10 septembre, on rapporte qu'il y a en moyenne 3000 personnes qui se suicident par jour et 20 tentatives ou plus pour un suicide. Au Canada, selon les données de 2007, ce taux se situe à 11 décès par 100 000 personnes (Statistiques Canada, 2010). Au Québec, ce taux est un peu plus élevé, étant de 14,2 décès par 100 000 personnes pour l'année 2008 (Gagné & St-Laurent, 2010).

Il est reconnu que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes. Il a souvent été émis que ce sont les femmes qui font le plus de tentatives de suicide, toutefois, cette idée est maintenant contestée dans de nouveaux écrits scientifiques (Boyer, St-Laurent, Préville, Légaré, Massé, & Poulin, 2000; Langhinrichsen-Rohling, Arata, Bowers, O'Brien, & Morgan, 2004; Wichstrom & Rossow, 2002)

Toujours selon les mêmes données, les taux de suicide lorsque présentés selon les sexes se situent à 16,7 chez les hommes et à 5,3 chez les femmes au Canada pour l'année 2007, et à 22,1 chez les hommes et à 6,6 chez les femmes au Québec pour l'année 2008. Brent et Moritz (1996) évoquent six explications pour lesquelles les hommes se suicident davantage : d'abord, ils

ont tendance à utiliser davantage des méthodes létales pour commettre leur suicide; ils ont une plus grande propension à l'impulsivité et à la violence; ils sont plus enclins à consommer des drogues et/ou de l'alcool; ils présentent plus de comorbidité impliquant un trouble affectif avec un trouble d'abus de substances; ils sont plus hésitants à demander de l'aide; et, enfin, ils sont plus fragiles aux conséquences d'une rupture ou autres stress. Certaines de ces variables, dont l'impulsivité, la présence de troubles mentaux et l'abus de substances sont considérées comme des facteurs de risque. D'autres éléments ont aussi été identifiés comme étant des facteurs influençant le risque suicidaire selon les études épidémiologiques, comme l'âge (les jeunes hommes et les personnes âgées étant plus à risque), les antécédents suicidaires personnels et familiaux, la pauvreté au plan du support social (Holma *et al.*, 2010; Moscicki, 1997; Polvi, 1997).

Certains groupes sont vus comme étant plus à risque, ce qui est le cas des personnes incarcérées ainsi que des personnes présentant une problématique de santé mentale. Il est démontré que le taux de suicide est plus élevé parmi ces deux groupes comparativement à la population générale. (Daigle & Côté, 2002; Fazel, Grann, Kling, & Hawton, 2010; Laishes, 1997; Nock *et al.*, 2008; Séguin *et al.*, 2006). En ce sens, des mesures de prévention ont été développées dans ces milieux afin de diminuer l'incidence du suicide. Parmi ces moyens, il existe la formation du personnel, les ateliers de sensibilisation au suicide, le service de soutien par les pairs, l'évaluation du risque et les interventions spécialisées par des professionnels en santé mentale, mais une étape qui s'avère importante est le dépistage lors de l'admission.

Au Service Correctionnel du Canada (SCC), la grille de dépistage utilisée est l'*Échelle d'Évaluation du Risque Suicidaire (ÉÉRS)*, version française du *Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)* conçue par Wichmann, Serin et Motiuk (2000). Cette évaluation est brève et consiste en neuf questions que l'intervenant vérifie auprès du délinquant. La validité de cet instrument a été démontrée dans une étude de Daigle, Labelle et Côté (2006). Cette grille a été récemment modifiée et inclut maintenant 16 points à vérifier, certains par le biais de questions posées au détenu et d'autres selon les informations retracées au dossier ou selon les observations de l'intervenant. Selon la Directive 843 du Commissaire (Service Correctionnel du Canada, 2009), ce dépistage doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission initiale du détenu ou encore dans les 24 heures suivant son transfèrement dans un autre établissement. Lorsque l'une des réponses à ces questions est positive, une référence est faite au service de psychologie ou de santé mentale afin qu'une consultation puisse avoir lieu rapidement, habituellement dans les

prochaines 24 heures, dans le but de procéder à une évaluation plus approfondie du risque suicidaire et de prendre les mesures nécessaires pour gérer ce risque. Toutefois, suite au transfert du délinquant dans un centre psychiatrique au sein du SCC, ce dépistage réalisé avec le *SRAS* ne s'avère pas très discriminant puisque tous les détenus admis dans un tel centre avaient au moins un item présent, soit celui d'avoir bénéficié récemment d'interventions psychiatriques ou psychologiques puisque c'est suite à une ou des interventions en établissement régulier que la référence au centre psychiatrique est faite.

Les troubles de santé mentale parmi la population carcérale

La prévalence des troubles de santé mentale en milieu carcéral est plus élevée que chez la population générale (Diamond, Wang, Holzer III, & Crusier, 2001). Au Canada, selon un rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale présenté à la Chambre des Communes en décembre 2010, la prévalence des troubles mentaux parmi la population carcérale est de 12% chez les hommes, représentant une hausse de 61% depuis 1997, et de 21% chez les femmes, pour une hausse de 71%. En 2007, le Service Correctionnel du Canada (SCC) a lancé une initiative en santé mentale en établissement (ISME). Selon les lignes directrices, une des fonctions des équipes multidisciplinaires en santé mentale est « d'assurer la gestion clinique et planifier la prise en charge des délinquants qui se trouvent en état de crise, qui sont suicidaires ou qui présentent des tendances d'automutilation » (Service Correctionnel du Canada, 2010, p. 13). L'équipe ISME doit procéder au triage en déterminant le niveau de besoin du délinquant en matière d'interventions. Des services peuvent être offerts aux détenus ayant des besoins modérés et élevés en santé mentale au sein de l'établissement régulier, mais pour les détenus présentant une complexité des besoins qui nécessitent des soins spécialisés, une référence sera faite au Centre Régional de Traitement (CRT). Il existe cinq CRT au sein du SCC, soit un par région. Celui de la région du Québec se nomme le Centre Régional de Santé Mentale (CRSM) et est situé à Ste-Anne-des-Plaines. La présente étude porte sur un échantillon de 60 détenus ayant fait un séjour entre 2000 et 2010 au CRSM.

Considérant que les détenus se retrouvant au CRSM représentent à la fois une population carcérale et psychiatrique, soit deux groupes où le taux de suicide est plus élevé que celui de la population générale, il demeure important de mettre en place des mesures d'évaluation d'un tel risque et non seulement le dépistage à l'aide d'une grille qui vise avant tout à faire rapidement un repérage des individus pouvant être plus vulnérables de poser un geste suicidaire. Ainsi, pour une

population telle que celle qui se retrouve au CRSM, il s'avère nécessaire d'utiliser des outils plus sensibles.

Les outils d'évaluation du risque suicidaire

Plusieurs outils d'évaluation du risque suicidaire ont été créés depuis les quarante dernières années. Rothberg et Geer-Williams (1992), ainsi que Range et Knott (1997), puis Westefeld, Range, Rogers, Maples, Bromley et Alcorn (2000), et Brown (2001), ont fait une revue de plusieurs des échelles de prédiction du suicide. Au total 58 instruments d'évaluation sont présentés dans ces quatre revues. La revue menée par Rothberg et Geer-Williams déplore un manque au niveau des propriétés psychométriques des 18 instruments présentés, mais les revues menées par la suite ont plutôt souligné l'efficacité et l'utilité des échelles. Ces auteurs précisent toutefois qu'elles ne peuvent se substituer au jugement clinique, mais peuvent plutôt y être intégrées afin d'aider le clinicien à évaluer le risque suicidaire et le guider au niveau des interventions et mesures à prendre pour la prévention. Dans l'ensemble, les auteurs de ces revues suggèrent de mener davantage d'études pour vérifier la validité prédictive de ces tests. Parmi tous ces tests, seulement deux ont été développés auprès d'une population en milieu carcéral, soit le « *Prison Suicidal Behaviors Interview* » par Ivanoff et Jang (1991), qui consiste en une entrevue semi-structurée inspirée des quatre questions du *Suicidal Behaviors Questionnaire* (SBQ : Linehan, 1981) et adaptée pour les détenus, ainsi que le *Brief Reasons for Living Inventory* (BRFL : Ivanoff, Jang, Smyth, & Linehan, 1994).

Certains intervenants administrent aux détenus des tests qui ont été validés soit auprès de la population générale et/ou d'étudiants et/ou d'une population psychiatriquée. Bien que ces tests soient reconnus dans la littérature comme étant de bons outils psychométriques, une telle pratique peut s'avérer problématique considérant que ces instruments ne sont pas adaptés à l'environnement et au contexte particulier dans lequel le délinquant se retrouve, ce qui peut influencer certaines réponses à ces tests (Correia, 2000; Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010).

Bien que la population du CRSM soit aussi une population psychiatrique, il a été démontré qu'en milieu carcéral ce type de population est différente de la population psychiatrique en milieu hospitalier (Côté, Lesage, Chawky, & Loyer, 1997; Dumais, Côté, & Lesage, 2010). Selon ces études, les détenus avec des troubles mentaux présentent davantage de concomitance au niveau des diagnostics et ont un niveau de scolarité moins élevé. Aussi, ils ont été moins souvent hospitalisés en psychiatrie et démontrent un meilleur fonctionnement social.

Considérant ces différences entre ces deux populations, il était pertinent que la validité de l'outil psychométrique utilisé au CRSM ait pu aussi être démontrée auprès d'une population carcérale.

Certains tests, bien qu'ils n'aient pas été développés à partir d'une population carcérale, ont fait l'objet d'études démontrant leur validité auprès d'une telle population. C'est le cas entre autres du *Beck Depression Inventory (BDI* : Beck & Steer, 1993) et du *Suicide Probability Scale (SPS* : Cull & Gill, 1988). Pour le *BDI*, Boothby et Durham (1999) ont trouvé que chez les détenus, le score tend à être plus élevé et recommandent d'augmenter le point de découpage afin de mieux cibler les personnes nécessitant une évaluation et intervention en santé mentale. Une étude portant sur le *SPS* menée par Labelle, Daigle, Pronovost et Marcotte (1998), a permis de valider une version française de ce test auprès de trois populations distinctes, soit d'étudiants universitaires, de détenus et d'adolescents en milieu scolaire. Une autre étude où le *SPS* a été utilisé auprès d'une population en milieu carcéral a été réalisée par Daigle, Labelle et Côté (2006) qui ont comparé cet instrument au *SRAS*. Malgré qu'ils aient démontré la supériorité du *SRAS* au niveau statistique pour dépister le risque suicidaire, ils ont aussi souligné les bonnes capacités du *SPS* à mesurer le risque suicidaire davantage sur une période à long terme qu'à court terme. Pour arriver à ces conclusions, ils ont vérifié la concordance entre le niveau de risque indiqué par le *SPS* et l'évaluation faite par des cliniciens sur cinq critères bien précis visant à déterminer l'urgence et le besoin d'encadrement.

Le fait que le *SPS* a été validé en français et auprès d'une population carcérale, rend fort intéressante l'utilisation de cet instrument pour les intervenants qui travaillent en milieu correctionnel et auprès d'une population francophone. C'est d'ailleurs sans doute ce qui a incité les gestionnaires cliniques au CRSM à implanter une procédure consistant à administrer le *SPS* à tous les détenus lors de leur admission, puis à ré-administrer ce test après trois mois, ou encore après un mois lorsque le résultat indiquait un risque *sévère*. Cette procédure mise en place depuis plusieurs années n'avait toutefois jamais été évaluée pour en connaître son efficacité. Plusieurs intervenants remettaient en question la pertinence d'une telle mesure de prévention et certains doutaient même de la validité des résultats surtout lorsque le test avait déjà été administré plus d'une fois. L'impact de l'utilisation répétitive d'un test sur sa validité prédictive dans le domaine de l'évaluation du risque suicidaire semble d'ailleurs ne pas avoir été étudié. Les recherches retracées dans la littérature scientifique sur ce sujet portent surtout sur des tests de connaissances et d'habiletés cognitives. Il a été démontré dans ces études que des effets de pratique existent lors de l'utilisation répétitive de ces tests et qu'une telle pratique entraîne des biais dans les résultats,

ce qui en diminue la validité prédictive (Hausknecht, Halper, Di Paolo, & Moriarty Gerrard, 2007; Lievens, Reeve, & Heggstad, 2007). En ce sens, cette étude s'avère pertinente d'abord pour vérifier la validité prédictive du *SPS* auprès d'une population particulière, puisqu'à la fois carcérale et psychiatrique et dans un deuxième temps, pour évaluer l'impact de l'utilisation répétitive d'un instrument sur cette validité prédictive.

Présentation des articles

Les deux articles inclus dans cette thèse sont issus de la même étude prospective qui a été menée dans le but de vérifier l'efficacité d'une mesure de prévention du suicide qui avait été mise en place au CRSM. Les informations sur les participants ont été recueillies à partir d'une banque de données, ainsi qu'à partir des dossiers informatisés et des dossiers psychologiques. Une sélection a d'abord été réalisée pour trouver 30 détenus ayant fait une tentative de suicide après la ou les passations du *SPS* (groupe *Ts*), puis trouver un groupe témoin de 30 détenus n'ayant pas fait de tentative de suicide au cours de leur séjour et/ou de l'année suivant la ou les passations du *SPS* (groupe *Sans-Ts*). Les détenus du groupe témoin ont été identifiés en regard de certains critères afin de correspondre aux participants du groupe *Ts*. Ces critères sont l'âge, la durée de la sentence, le type de délits, les diagnostics à l'Axe I et ceux à l'Axe II et un nombre équivalent ou supérieur d'administrations du test.

Le premier article s'intitule : *Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique*. Il vérifie principalement si le *SPS* a été ou non valide pour bien prédire le risque, puis fait une comparaison entre la validité prédictive de la première passation et celle de la passation précédant le passage à l'acte. De plus, des analyses statistiques ont été réalisées pour chacune des sous-échelles afin de déterminer laquelle ou lesquelles avaient une meilleure validité prédictive.

Le deuxième article intitulé : *L'impact de l'utilisation répétitive d'un test évaluant le risque suicidaire sur sa validité prédictive* vérifie si la capacité du test à prédire le passage à l'acte de nature suicidaire à partir du résultat de la dernière passation est influencée positivement ou négativement par le nombre d'administrations. Pour réaliser cette analyse, les participants ont été regroupés selon le nombre d'administrations du *SPS*, quatre et plus, trois, deux ou une seule. La fluctuation des résultats entre les réadministrations du test sera également examinée en comparant si elle est plus importante chez les participants ayant fait une tentative de suicide suite à la dernière passation du *SPS* que chez ceux n'ayant pas posé de geste suicidaire au cours de l'année suivant cette dernière passation.

Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale
masculine séjournant en centre psychiatrique

Lucie Blouin¹, Jean-Pierre Guay², & Martin Drapeau³

¹Service Correctionnel du Canada

²Université de Montréal

³Université McGill

Correspondance : Lucie Bouin, Service Correctionnel du Canada,
Établissement Leclerc, 400, Montée St-François, Laval, Québec, Canada H7C 1S7;
Courriel :

RÉSUMÉ

Cet article vérifie la validité prédictive du Suicide Probability Scale (*SPS*), test conçu par Cull et Gill (1988), auprès d'une population considérée comme étant à haut risque suicidaire, soit d'hommes adultes séjournant dans une unité psychiatrique en milieu carcéral. Dans le cadre d'une mesure de prévention du suicide mise en place au Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), un des cinq centres psychiatriques du Service Correctionnel du Canada, le *SPS* était administré à tous les détenus lors de leur admission, puis ré-administré à un intervalle d'un ou trois mois, dépendamment du résultat. Les dossiers de soixante sujets ($N = 60$) ont été examinés, dont la moitié ont fait une tentative de suicide après leur admission au CRSM. Les résultats obtenus permettent de confirmer la validité prédictive du *SPS* à court et moyen terme, mais pas à long terme, c'est-à-dire pour une période de plus d'un an. L'analyse ROC effectuée pour le résultat total au *SPS* de la passation la plus récente s'est avérée significative et a donné un coefficient AUC (aire sous la courbe) de 0,73, ce qui s'avère très bon dans le domaine de la prédiction du suicide. Les autres analyses ROC qui se sont avérées statistiquement significatives ont été celles pour les sous-échelles *Désespoir* et *Idéations suicidaires*. Ces données suggèrent l'importance de réévaluer le risque régulièrement auprès d'une clientèle qui présente un potentiel important au niveau du risque suicidaire.

Mots-clés : suicide, prévention du suicide, tentative de suicide, Suicide Probability Scale, validité prédictive, détenus, centre psychiatrique.

VALIDITÉ PRÉDICATIVE DU SUICIDE PROBABILITY SCALE AUPRÈS D'UNE POPULATION CARCÉRALE MASCULINE SÉJOURNANT EN CENTRE PSYCHIATRIQUE

Le suicide est considéré comme un problème social et de santé extrêmement important, et ce, à travers le monde (Hawton & Van Heeringen, 2000). En Amérique du Nord, le suicide représente une importante cause de décès dans la population générale. Aux États-Unis, le suicide occupe le 11^{ème} rang des causes de décès et le 3^{ème} rang parmi les jeunes (McIntosh 2006). Au Canada, le suicide se situe au 9^{ème} rang des causes de décès chez la population générale et au deuxième rang chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans (Statistique Canada, 2009). Les données indiquent qu'il y a trois fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes, le taux de suicide étant de 16 décès par 100 000 personnes chez les hommes comparativement à 5 décès par 100 000 pour les femmes.

Au Québec, selon un rapport réalisé par Gagné et St-Laurent (2010) pour l'Institut National de Santé Publique, le taux de suicide connaît une diminution depuis un sommet connu à la fin des années 1990, où le taux avait alors atteint 22 décès par 100 000 personnes, pour atteindre en 2008 un taux de 14,2 décès par 100 000 personnes. Leur étude démontre que c'est toujours le groupe des hommes chez qui le taux est plus élevé, précisant que « pour l'année 2008, 842 hommes sont décédés à la suite d'un suicide alors que chez les femmes ce nombre s'élevait à un peu plus de 260 » (p. 4). Les auteurs indiquent que « ramenés sur la population et standardisés selon l'âge, ces nombres correspondent à un taux de 22 décès par 100 000 chez les hommes et 7 décès par 100 000 chez les femmes » (p. 5).

Les personnes incarcérées constituent une population particulièrement à haut risque de suicide, et c'est d'ailleurs la principale cause de décès parmi ce groupe d'individus, et ce, dans divers pays (Backett, 1987; Dooley, 1990; Fruehwald, Frottier, Ritter, Eher, & Gutierrez, 2002; Hayes, 1989). Au Canada, le taux de suicide est quatre fois plus élevé dans les établissements pénitentiaires fédéraux que dans la société (Laishes, 1997). Plusieurs facteurs contribuent à ce plus haut risque de suicide. Liebling (1992) rapporte les éléments suivants comme étant des facteurs pouvant augmenter les sentiments de détresse et la vulnérabilité chez les personnes incarcérées: expérience de privation, d'impuissance, perte ou manque de contact avec la famille, et relations difficiles avec les pairs dans le contexte carcéral. D'autres facteurs ont aussi été identifiés comme pouvant contribuer aux pensées suicidaires chez les détenus, dont : l'inactivité,

l'isolement, un régime de vie dur, des attitudes dénigrantes envers les détenus, un accès difficile aux soins de santé, la surpopulation, le fait de subir de la pression exercée par d'autres détenus.

Tripodi et Bender (2007) font un survol des facteurs de risque de suicide chez les détenus. Ils soulignent entre autres le type de délit, ceux ayant commis un crime violent étant plus à risque que ceux ayant une infraction non-violente. Way et ses collègues (2005) ont également démontré que les détenus qui se suicident sont significativement plus jeunes. La durée de la sentence et la période purgée de la peine donnent également des indications sur le risque; les détenus ayant reçu nouvellement leur sentence ainsi que ceux ayant obtenu de longues peines étant plus à risque de suicide (Lester, 1987). L'impulsivité constitue aussi un facteur de risque, puisque chez les détenus ayant fait une tentative de suicide, il fut démontré que plusieurs éprouvent des problèmes avec le contrôle de leur impulsivité (Polvi, 1997).

La présence d'antécédents suicidaires est un autre indicateur important du risque de suicide, ce qui est d'ailleurs maintes fois rapporté dans la littérature scientifique (Dooley, 1990; Green, Kendall, Andre, Looman, & Polvi, 1993; Maris, 1992; Moiscicki, 1997; Way *et al.*, 2005). Liebling (1992) rapporte que dans presque la moitié des suicides commis en prison, il y a un historique de tentatives de suicide ou de conduites auto-agressives. Dans une étude plus récente, Cox (2003) indique que parmi les détenus suicidés, 86% ont eu au cours des cinq années précédentes des antécédents d'autodestruction. Des antécédents suicidaires chez des membres de la famille augmentent également le risque de suicide (Brent *et al.*, 1998) ainsi que la perte récente d'une personne significative, que ce soit suite à un décès ou un divorce (Hall, Platt, & Hall, 1999). Enfin, Wichmann, Serin et Motiuk (2000) soulignent que bien que les problèmes de toxicomanie soient liés au comportement suicidaire tant dans la société que dans le milieu carcéral (Bogue & Power, 1995; Overholser, Freiheit, & DiFillippo, 1997), en raison du pourcentage élevé de délinquants qui présentent cette problématique, il se peut que ce facteur ne permette pas de distinguer les délinquants qui font des tentatives de suicide de ceux qui n'en font pas. Bien que la qualité de ces études puisse être remise en question par le fait que peu de ces recherches ont utilisé des devis expérimentaux solides, ces facteurs sont souvent présents dans des grilles de dépistage du risque de suicide. Il y a eu toutefois Fruehwald, Matschnig, Koenig, Bauer et Frottier (2004) qui ont réalisé une recherche empirique comparant divers éléments entre les détenus qui se sont suicidés et les autres. Ils ont trouvé quatre différences importantes, dont un historique de tentatives ou propos suicidaires, un diagnostic psychiatrique, une médication de psychotrope, ainsi que des délits de violence grave.

Un autre groupe parmi lequel le taux de suicide est plus élevé que celui de la population générale, est le groupe des personnes ayant un diagnostic psychiatrique. D'ailleurs, lors de la conférence organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, à Paris en octobre 2000, Vanelle (2000) rapportait que selon la plupart des autopsies psychologiques faites auprès de personnes s'étant suicidées, il y a un pourcentage très élevé (de l'ordre de 90 à 95%) de troubles mentaux. Il précisait que les maladies psychiatriques souvent identifiées sont les états dépressifs, les états anxieux, les états psychotiques aigus ou chroniques et les états psycho-organiques démentiels ou confusionnels.

La prédiction du suicide

La prédiction du suicide constitue un défi de taille. La recherche dans ce domaine conclue que nous ne pouvons prédire l'acte de suicide lui-même, mais que nous pouvons estimer le risque de suicide, à court ou à long terme. Autrement dit, il s'avère difficile d'affirmer si un tel événement se produira ou non, mais le professionnel pourra en évaluer le risque. Pour la prévention du suicide, l'évaluation demeure essentielle et les échelles psychométriques s'avèrent utiles (Daigle, Labelle, & Côté, 2006).

Les outils d'évaluation du risque de suicide sont importants pour identifier les personnes qui sont le plus à risque et celles qui nécessitent davantage d'interventions en santé mentale, ce qui permet de mieux utiliser les ressources disponibles (Range & Knott, 1997). Plusieurs outils ont été élaborés au cours des 35 dernières années. Quatre études portant sur plusieurs échelles d'évaluations du risque de suicide, ont été retracées. La première de ces revues est celle de Rothberg et Geer Williams (1992). Les auteurs ont examiné 18 tests et concluent que des recherches futures dans le domaine de la prédiction du suicide sont indiquées, considérant les informations incomplètes et parfois contradictoires entre les résultats obtenus dans les diverses publications retracées. Parmi les 18 échelles qu'ils ont décrites, Rothberg et Geer-Williams (1992) en ont testé 9, dont le *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1988), en les appliquant à cinq vignettes de cas cliniques. Les auteurs ont trouvé des variations considérables dans l'estimation du risque selon les échelles utilisées. Ils en ont conclu qu'il serait nécessaire de développer davantage d'instruments permettant de mieux évaluer le risque de suicide.

La deuxième revue a été réalisée par Range et Knott (1997) et a porté sur 20 instruments. Bien que le SPS ne comptait pas parmi les trois échelles qu'ils ont recommandées dans leur conclusion, ils ont souligné ses bonnes propriétés psychométriques, en précisant toutefois d'utiliser ce test avec prudence lorsqu'il est administré à des adolescents. Ils ont également

suggéré que de futures recherches devraient être des études prospectives pour vérifier la validité de ces tests d'évaluation du risque, indiquant que seul Beck et ses collègues (1985) avaient fait ce type d'études pour le *Scale for Suicide Ideation*.

Comparativement aux deux études précédentes, Westefeld, Range, Rogers, Maples, Bromley et Alcorn (2000) se sont montrés moins critiques envers les 15 échelles qu'ils ont examinées. Leurs conclusions suggèrent que plusieurs de ces tests sont particulièrement utiles pour l'évaluation du risque de suicide et sont des outils qui aident les cliniciens à mieux définir les interventions et les stratégies à mettre en place. Ils ont indiqué toutefois l'importance d'intégrer les informations recueillies grâce à ces tests, à l'observation et au jugement clinique. Concernant le *SPS*, les auteurs ont souligné l'avantage du score T, indiquant l'unicité de cette caractéristique parmi tous les tests étudiés et ils ont noté que ce test peut également servir pour guider l'intervention. Le seul conseil qu'ils ont noté, tout comme l'avaient fait aussi Range et Knott (1997), est d'utiliser le *SPS* avec prudence auprès des adolescents, considérant que ceux-ci obtiennent des résultats plus élevés que les adultes (Tatman, Greene, & Karr, 1993).

La plus récente de ces quatre revues est celle réalisé par Brown (2001), dans laquelle il présente 36 différents outils dans le domaine de la prévention du suicide. Dans sa discussion, il souligne le fait que la validité prédictive n'a pas été établie pour la plupart de ces instruments, à l'exception du *Scale for Suicide Ideation* et le *Beck Hopelessness Scale*. En ce sens, tout comme Range et Knott (1997), il recommande des études prospectives. Aussi, il relève que peu d'études ont été faites auprès de minorités ethniques. De plus, il souligne un autre problème à savoir que plusieurs de ces tests d'évaluation ont été standardisés auprès de patients en milieu psychiatrique ou auprès d'étudiants dans des collèges et peu ont été développées ou utilisées dans des départements d'urgence ou en milieu correctionnel. Par conséquent, il recommande que des études pour établir les propriétés psychométriques de ces instruments puissent être réalisées dans des milieux de soins primaires.

Une autre revue a été réalisée plus spécifiquement pour les outils d'évaluation du risque suicidaire et d'automutilation chez les délinquants (Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010). Les auteurs ont répertorié six études en tenant compte de certains critères dont une mesure de la validité ou de la fiabilité de l'instrument. Parmi ces six études, une a porté sur le *Suicide Probability Scale (SPS)*, étude menée par Daigle, Alarie et Lefebvre (1999). Cependant le *SPS* ne s'est pas retrouvé parmi les deux tests que les auteurs ont retenus en tenant compte de la

sensibilité et la spécificité, soulignant que dans le cas du *SPS*, malgré la forte spécificité (78%), la sensibilité s'avérait modérée (53%) (Perry *et al.*, 2010).

« Suicide Probability Scale »

Le « Suicide Probability Scale » (*SPS*) est un instrument conçu par Cull et Gill en 1988, dans le but d'aider l'évaluation du risque de suicide chez les adultes et les adolescents. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, comprenant 36 items, auxquels les participants doivent répondre selon une échelle de Likert de 4 points, variant de 1, signifiant « jamais ou rarement » à 4 pour « la plupart du temps ou toujours ». Les réponses sont ensuite compilées manuellement ou par ordinateur, ce qui donne un résultat évaluant à la fois le risque de suicide général et le risque spécifique selon diverses dimensions. Il existe trois sortes de scores : un score total, le score-T normalisé et un score de probabilité de suicide. De façon manuelle, le calcul du score total se fait en additionnant le pointage pondéré obtenu à chaque item qui se retrouve sur le formulaire de correction. Ce pointage pondéré varie de 0 à 5. Le score total peut varier de 30 à 147. Le score-T est obtenu en regardant le score total en fonction de la distribution normale des résultats de l'échantillon ayant servi à construire l'instrument, avec une moyenne se situant à 50 et un écart-type de 10. Le score de probabilité (*SPSp*) est déterminé selon le type de population correspondant à trois différentes catégories de risque, soit à haut risque, à risque intermédiaire et à faible risque, pour lesquelles les taux de base ne sont pas les mêmes. Ainsi, dépendamment du groupe dans lequel se situe le répondant, par exemple si la personne évaluée fait partie d'un groupe où le taux de suicide est reconnu comme étant plus élevé, ce qui est le cas du milieu carcéral, le score de probabilité sera identifié selon la grille des scores de probabilité établie pour la catégorie à haut risque. Ce score de probabilité se situe de 1 à 100 et donnera un niveau de risque, soit *sévère* si le *SPSp* se situe de 75 à 100, *modéré*, lorsque le *SPSp* est entre 50 et 74, *faible* pour un *SPSp* de 25 à 49 et *sous-clinique* pour un *SPSp* de 0 à 24.

Le *SPS* comprend quatre sous-échelles qui permettent d'avoir une meilleure idée des aspects plus prédominants chez le répondant. Ces quatre sous-échelles sont: le *Désespoir* qui compte 12 items, les *Idéations suicidaires*, qui en comptent 8, l'*Évaluation négative de soi*, avec 9 items et finalement l'*Hostilité*, qui comprend 7 items.

Le *SPS* a été construit à partir d'hypothèses basées sur diverses notions théoriques concernant le suicide, dont principalement quatre concepts : l'anomie, la rage introjectée, la létalité et l'impulsivité (Cull & Gill, 1988). L'anomie est un terme introduit par Durkheim (1951) et qui fait référence à un état de désintégration d'une société ou d'un groupe, dont les normes

sociales ou morales disparaissent, ce qui suscite de l'anxiété, du désespoir et un manque de sentiment d'appartenance et/ou d'identité culturelle. La rage introjectée provient de la théorie freudienne, qui lie la dépression à un retour contre soi des pulsions agressives ressenties à l'égard de l'objet perdu. L'objet perdu n'est pas nécessairement une personne, mais peut aussi être la perte d'un idéal, vécue comme un échec personnel, un désappointement de ne pas avoir atteint son objectif, entraînant une perte d'estime de soi. Le suicide peut en ce sens être compris comme une défense contre des pulsions agressives et inacceptables, que l'on retrouve aussi dans le deuil pathologique. Le concept de létalité est tiré des dimensions décrites par Shneidman (1974) pour différencier les diverses motivations face au suicide. Partant de sa théorie, il a fait des distinctions entre létalité, perturbation et « inimicality ». La *létalité* consiste en la probabilité actuelle qu'un individu commette un suicide, excluant les tentatives non létales, comme certains gestes automutilatoires. La *perturbation* réfère à l'accumulation d'expériences subjectives de stress vécues par un individu, qui se répercute par des signes cliniques d'agitation, d'anxiété et/ou de désorientation. Quant à « *l'inimicality* », cela réfère davantage à un style de vie par lequel un individu s'engage dans des comportements dangereux et autodestructeurs, tels que l'abus de substances (drogues et/ou alcool). Le dernier concept théorique sur lequel se sont appuyés Cull et Gill est celui de l'impulsivité. Selon une étude menée par Williams, Davidson et Montgomery (1980), 40% des 350 sujets ayant fait une tentative de suicide ont révélé avoir pris moins de 5 minutes pour préméditer leur acte. Depuis d'autres recherches ont confirmé ce lien entre impulsivité et risque suicidaire (Kotler *et al.*, 1993; Plutchik & van Praag, 1995; Polvi, 1997).

À partir de ces théories, les auteurs ont produit une liste de 200 items, qui ont été administrés à des individus ayant fait une tentative de suicide afin de discriminer les items ayant une meilleure validité pour évaluer le risque de suicide. Ces items ont ensuite été soumis à un panel de juges, tous cliniciens, afin qu'ils les classifient selon la clarté et l'adéquacité. Des 200 items initiaux, 36 furent retenus pour la version finale, à partir des critères suivants : (1) lien avec au moins une des théories sur le suicide, (2) importance clinique jugée à partir d'entrevues avec des patients suicidaires et l'analyse rétrospective de suicide, (3) conversion facile en une phrase exprimant un sentiment ou une action, (4) compréhension égale par les clients peu importe leur sexe, leur âge, leur origine culturelle et (5) apport unique et absence de chevauchement quant à la contribution pour l'échelle de validité prédictive.

Le *SPS* a été standardisé avec un échantillon de 562 individus (220 hommes et 342 femmes) de la population générale d'adultes et d'adolescents de San Antonio au Texas, en excluant ceux et celles qui ont répondu avoir des antécédents psychiatriques et/ou déjà fait une tentative de suicide. Cet échantillon qui servait de groupe témoin était comparé à deux groupes, un groupe de patients psychiatriques, comptant 260 sujets (87 hommes et 173 femmes) et un échantillon de 336 individus (100 hommes et 236 femmes) ayant fait récemment une tentative de suicide. Le *SPS* fut administré aux patients psychiatriques au cours de leur séjour en institution et aux sujets suicidaires lors de consultations auprès de cliniciens dans les environs de San Antonio dans les 48 heures suivants leur tentative.

La recherche sur le *SPS*

Cull et Gill (1988) ont fait plusieurs études pour vérifier les propriétés psychométriques du *SPS*. La consistance interne pour le total des échelles du test s'est avérée élevée, ayant obtenu un coefficient alpha de 0,93 et une fidélité « split-half » pour les sous-échelles variant de 0,58 à 0,88. Pour la fidélité test-retest, le *SPS* fut administré à 80 individus de différents groupes d'âge, niveaux de scolarité et origines ethniques, qui étaient similaires aux sujets du groupe contrôle, puis une deuxième passation a eu lieu trois semaines plus tard. La corrélation entre les résultats obtenus lors de ces deux administrations est de 0,92 ($p < 0,001$). Une deuxième étude test-retest avec un échantillon plus large et plus hétérogène ($n = 478$) a été menée avec un intervalle de 10 jours entre les deux passations, et la corrélation fut de 0,94.

Quant à la validité de cet instrument, il y a eu plusieurs types d'études empiriques menés par Cull et Gill (1988). Tout d'abord, la validité du contenu a été examinée par le biais d'une étude qualitative pour chacun des items des échelles en lien avec le rationnel théorique sous-jacent. Aussi, une étude de la validité concordante a été réalisée en faisant une corrélation des items du *SPS* avec une échelle du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* (Hathaway & McKinley, 1942), spécifiquement identifiée comme mesurant la menace suicidaire. Le nombre et la force des corrélations obtenues ont démontré que le contenu du *SPS* est pertinent et substantiellement relié au risque de suicide. Une corrélation avec l'échelle *Lie* du *MMPI* a également été faite et les résultats indiquèrent une faible relation entre ces items, ce qui a permis aux auteurs de conclure que le *SPS* est relativement protégé contre l'influence de variables externes telles que la manipulation (« faking-good »).

Une étude visant à vérifier l'efficacité du *SPS* auprès d'une population adulte a été menée par Eisenberg, Hubbard et Epstein (1989, 1990). Les participants à cette étude sont un groupe de

1397 vétérans hospitalisés dans un centre médical en Virginie aux États-Unis. Cent quarante-cinq patients ont obtenu un résultat indiquant un risque *sévère* de suicide. Sur un échantillon de 20% de ces patients ($n = 29$), 59% ont été subséquemment identifiés par le biais d'une entrevue clinique, comme étant hautement suicidaire ($n = 17$) et 41% comme manifestant des ruminations suicidaires chroniques ($n = 12$). Ces résultats amènent les auteurs à noter une sensibilité de l'instrument de 100%, dans le sens qu'il n'y a pas de faux positifs en ce qui a trait à la présence d'idéations suicidaires. Cependant, ils précisent que l'échelle ne parvient pas à bien déterminer la létalité de l'intention. Une limite de cette étude est que cette sensibilité n'a toutefois pas été vérifiée auprès de l'ensemble de l'échantillon ayant obtenu un risque *sévère*.

Une traduction du *SPS* en français a été réalisée et validée par le biais d'une étude menée par Labelle, Daigle, Pronovost et Marcotte (1998). Leur échantillon comprend 1842 participants répartis en trois populations distinctes reconnues pour avoir des niveaux de risque différents : des étudiants à l'université (risque faible), des adolescents en milieu scolaire (moyen) et des hommes incarcérés au pénitencier, qui représentent un groupe à risque élevé. Les résultats obtenus confirment la validité de construit de l'échelle et les auteurs recommandent que cette traduction du *SPS* soit diffusée auprès des chercheurs et des cliniciens de langue française.

D'autres études portant sur des outils d'évaluation du risque de suicide ont été menées dans lesquelles il est aussi question du *SPS*. Dans l'une de ces études réalisée par Daigle, Labelle et Côté (2006) sur le *Suicide Risk Assessment Scale (SRAS : Wichmann, Serin, & Motiuk, 2000)* auprès de prisonniers, les auteurs comparent cet instrument au *SPS*. Ils notent entre autres que selon l'analyse ROC (*Receiver Operating Characteristic*), le *SRAS* est supérieur statistiquement pour la prédiction du risque. À noter qu'il s'agit de l'instrument utilisé par le Service Correctionnel du Canada à chaque admission et transfèrement d'un détenu dans un établissement pénitentiaire. Les auteurs soulignent que le *SPS* comporte néanmoins d'autres qualités, d'abord sur le plan psychométrique, mais aussi le fait qu'il soit un test auto-administré, les répondants étant ainsi moins contraints par la désirabilité sociale. Dans leur conclusion, les auteurs indiquent que le *SRAS* ainsi que le *SPS* sont davantage des instruments permettant de mesurer le risque à long terme plutôt que le risque à court terme. Pour arriver à cette conclusion, ils ont regardé la concordance entre les résultats à ces deux échelles et l'évaluation clinique d'un psychologue sur cinq critères bien précis pour déterminer s'il s'agit d'urgence suicidaire et quels sont les besoins d'encadrement. Ils n'ont donc pas évalué la validité prédictive à partir de données post-test, c'est-

à-dire en regardant s'il y a eu ou non des passages à l'acte suicidaire suite à l'administration de ces tests.

Dans une autre étude menée par Bisconer et Gross (2007) sur l'évaluation du risque de suicide dans un hôpital psychiatrique, les auteurs comparent les résultats à six échelles entre deux groupes sélectionnés à partir des motifs d'admission. Les participants du groupe considéré comme étant "à risque" sont des patients admis parce qu'ils représentent un danger auto-agressif. Le groupe contrôle est constitué de patients admis parce qu'ils sont dangereux pour autrui ou incapable de prendre soin d'eux considérant leur problème de santé mentale. Bisconer et Gross concluent que le *Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996)* est un meilleur outil de prédiction du risque de suicide que le *SPS*. Le *BDI-II* est un test auto-administré de 21 items utilisé pour évaluer la sévérité de la dépression. Bisconer et Gross ont cependant souligné que les quatre échelles du *SPS* semblent apporter des informations utiles au niveau de l'évaluation globale du risque de suicide.

Validité prédictive du *SPS*

Les concepteurs du *SPS* ont suggéré au niveau de leurs recommandations pour des recherches futures, d'étudier la validité prédictive de l'échelle en faisant le suivi auprès d'un groupe identifié comme étant à haut risque. Dans leur étude, Eisenberg, Hubbard et Epstein (1989, 1990) ont trouvé 50% de faux négatifs. Ce taux fut déterminé suite à l'examen des dossiers des 14 patients ayant fait une tentative de suicide au cours de la période de l'étude soit entre juillet 1986 et octobre 1987. Les auteurs ont trouvé que 4 d'entre eux ont été identifiés correctement par le *SPS*, alors que 4 ont obtenu un résultat en dessous du risque *sévère* au *SPS*. Pour les 6 autres cas, le *SPS* n'a pas été administré, ce qui réduit donc la portée de leur résultat. Cependant leur échantillon était trop petit pour se prononcer sur la validité prédictive de l'instrument et que cela soit significatif statistiquement. Une autre étude a été menée par Larzelere, Smith, Batenhorst et Kelly (1996) auprès d'adolescents résidant dans un centre de traitement. Les résultats obtenus indiquent une bonne validité de l'instrument à prédire les tentatives de suicide incluant les comportements autodestructeurs. Cependant, les auteurs soulignent que le *SPS* n'a pas été en mesure de prédire avec succès la majorité des tentatives de suicide de leur échantillon, soit 48%, d'où leur suggestion de prendre d'autres précautions. Ils recommandent d'augmenter cette validité prédictive en ajoutant d'autres variables, qui selon la recherche sont identifiées comme étant des facteurs de risque, mais qui ne sont pas directement

mesurées par le *SPS*. Parmi ces facteurs il y a : la présence d'antécédent de tentative de suicide, la létalité, les raisons de vivre et la pauvreté des relations avec les pairs.

Récemment, Naud et Daigle (2009) ont vérifié la validité prédictive du *SPS* par le biais d'une étude prospective s'étendant sur une période de 11 ans et demi. La population étudiée est 1025 hommes à qui le *SPS* a été administré en 1995-1996 lors de leur admission au sein du Service correctionnel du Canada, ces hommes ayant obtenu une sentence d'incarcération de deux ans et plus. Les résultats de leur recherche ont permis d'affirmer la valeur prédictive du *SPS*. Ils ont trouvé une capacité de l'instrument à bien prédire dans plus de 60% des cas, ce qui est statistiquement significatif selon les auteurs surtout lorsqu'il s'agit de prédiction du suicide. Il est important de souligner que dans leur étude, Naud et Daigle ont inclus trois types de comportements suicidaires dont les décès par suicide, les auto-agressions non létales ainsi que les intentions suicidaires. De plus, ils ont regroupés les quatre niveaux de risque en deux catégories : *Risque Faible* qui inclue les niveaux *Sous-Clinique* et *Faible* (*SPSp* 0-49), et *Risque Élevé* qui inclue les niveaux *modéré* et *sévère* (*SPSp* 50-100). Ils ont justifié ce choix méthodologique pour être en conformité avec la pratique clinique, précisant que les détenus ayant obtenu un niveau de risque *modéré* ou *sévère* étaient référés à un psychologue, tel que suggéré par les auteurs du *SPS*.

Les forces et limites du *SPS* et son utilisation : problèmes et enjeux

Parmi les études qui ont évalué le *SPS*, plusieurs ont démontré ou souligné ses bonnes propriétés psychométriques (Bisconer & Gross, 2007; Cull & Gill, 1988; Daigle, Labelle, & Côté, 2006; Eisenberg, Hubbard, & Epstein, 1989, 1990; Labelle, Daigle, Pronovost, & Marcotte, 1998; Naud & Daigle, 2009).

Cependant des limites de l'instrument ont été également soulignées. D'abord par les auteurs eux-mêmes, qui ont mentionné que le but du test n'est pas particulièrement dissimulé, ce qui peut mener à une distorsion dans les réponses offertes par les participants. Cette possibilité est également soulignée par Eisenberg, Hubbard et Epstein (1989, 1990) qui précisent que ces distorsions peuvent être faites de façon plus ou moins consciente par le participant. Ils ajoutent que malgré sa sensibilité à identifier les sujets ayant des idéations suicidaires, le *SPS* démontre un manque au niveau de sa capacité à déterminer la létalité de l'intention suicidaire.

De plus, le fait que l'instrument mesure les pensées et sentiments d'un individu à un moment donné, il ne peut prévoir les changements du risque suicidaire, d'autant plus que la recherche a démontré que le suicide est souvent un geste impulsif. Puis, les auteurs ont

recommandé à l'utilisateur de considérer les différences culturelles face au suicide et face à l'ouverture envers le personnel en psychiatrie (Cull & Gill, 1988).

D'autres études ont conclu que le *SPS* n'est pas l'instrument qui prédit le mieux le risque suicidaire, dont celle de Bisconer et Gross (2007), qui recommande davantage le *BDI-II* et celle de Daigle, Labelle et Côté (2006), qui a démontré la supériorité du *SRAS* pour ce qui est de la prédiction. Toutefois, dans ces deux études, cette sensibilité de l'instrument à bien prédire le risque n'a pas été évaluée en fonction des passages à l'acte suicidaire survenus au cours des semaines ou mois suivants la passation du test. Ce type d'analyse a été réalisée par Naud et Daigle (2009) par le biais d'une étude prospective auprès d'une population masculine en milieu carcéral. Leur étude a confirmé la validité prédictive du *SPS* et ce sur une période de 24 mois pour un échantillon de 1025 sujets et également de 120 mois pour un échantillon de 139 détenus.

Objectifs visés et questions de recherche

Le *SPS* est utilisé au Centre Régional de Santé Mentale (voir *Contexte*) dans le cadre d'un programme de prévention du suicide. Bien que les propriétés psychométriques de cet instrument aient été démontrées, peu d'études ont confirmé la validité prédictive en examinant la présence de tentatives de suicide commis après la passation du test. Cette étude prospective permettra de vérifier la validité prédictive du *SPS* auprès d'une population estimée à haut risque au niveau suicidaire, puisqu'il s'agit d'hommes adultes purgeant une peine d'incarcération et qui au cours de leur sentence ont été transférés en centre psychiatrique.

Cette recherche vise à vérifier si le résultat au *SPS* a été prédictif du passage à l'acte. En premier lieu, cette vérification se fera avec le résultat total (score brut) obtenu au *SPS* lors de l'admission du sujet, puis dans un deuxième temps avec le résultat total obtenu au *SPS* qui précède le passage à l'acte suicidaire, pour les 30 sujets faisant partie du groupe avec tentative de suicide. Pour les 30 sujets du groupe témoin (sans tentative de suicide), le score total au *SPS* qui sera utilisé sera celui obtenu au test correspondant au même nombre de passations que le sujet du groupe avec tentative de suicide. Une analyse sera également faite pour les résultats obtenus aux quatre sous-échelles afin de déterminer laquelle ou lesquelles sont de meilleurs prédicteurs d'un agir de nature suicidaire. Considérant que la pratique clinique au CRSM suite au résultat du *SPS* dépendait du niveau de risque, une analyse comparative entre les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*) sera faite aussi en tenant compte du niveau de risque, afin de vérifier s'il existe des différences significatives. Étant donné que selon les recommandations des auteurs du *SPS*, une entrevue

clinique devrait avoir lieu pour les niveaux de risque « *sévère* et *modéré* », une analyse sera également réalisée selon les deux catégories de risque, soit « *élevé* ou *faible* ».

Méthodologie

Contexte

Cette étude prospective a été réalisée à partir de l'examen de dossiers de détenus ayant fait un séjour au Centre Régional de Santé Mentale (CRSM) entre 2000 et 2010. Le CRSM est le centre psychiatrique de la région du Québec pour le Service Correctionnel du Canada. Il est situé à l'établissement Archambault, à Ste-Anne-des-Plaines. Inauguré le 1er avril 1993, ce centre portait initialement le nom d'Unité Régionale de Santé Mentale. C'est suite à l'obtention de l'agrément par le Conseil Canadien d'agrément des services de santé en 1999 qu'il y a eu changement d'appellation. La mission du CRSM consiste à « offrir et coordonner les services d'évaluation et de traitement spécialisés aux détenus fédéraux de la région du Québec afin de les aider à atteindre une santé mentale optimale et à développer les habiletés nécessaires à une réinsertion sociale réussie » (Service Correctionnel Canada, 2010, p. 3).

Il y a quatre unités au CRSM, dont l'unité des soins aigus, avec la capacité d'accueillir jusqu'à 17 détenus, l'unité des soins psychiatriques, avec une capacité cellulaire pour 56 détenus, l'unité de réadaptation comptant 26 places et l'unité de traitement pour les troubles de la personnalité, avec une disponibilité de 24 cellules. Au total, le CRSM a une capacité d'hébergement de 119 détenus. Pour chacune des unités, un coordonnateur et un responsable d'équipe supervisent et coordonnent les activités, les réunions et le travail d'équipe. Le CRSM prône une approche interdisciplinaire. Chaque détenu-patient se voit attiré des membres de divers groupes professionnels qui constituent son équipe multidisciplinaire. Celle-ci est composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un infirmier, d'un psychoéducateur, d'un agent de libération conditionnelle (criminologue) et d'un agent de correction (officier). Un plan de cheminement clinique est établi avec le détenu-patient, dans lequel les besoins de traitement sont identifiés selon les raisons d'admission et l'état actuel du sujet.

Les détenus admis au CRSM souffrent de troubles psychiatriques et/ou de troubles sévères de la personnalité tels que diagnostiqués selon la classification du "Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" (APA, 1994) - AXE I et AXE II. Plusieurs présentent un double diagnostic (comorbidité) alliant la maladie mentale (AXE I) aux troubles de la personnalité (AXE II). Les motifs d'admission sont les suivants: cas psychiatriques ayant des problèmes de fonctionnement et/ou d'intégration, ou présentant une désorganisation de leur état

de santé mentale, détenus suicidaires et/ou ayant des comportements auto-agressifs, cas d'organicité, cas nécessitant une période d'observation afin d'évaluer et clarifier le diagnostic, cas nécessitant un encadrement plus structuré pour assurer d'offrir le traitement psychiatrique approprié.

Considérant que la clientèle du CRSM constitue une population à haut risque de passage à l'acte suicidaire, une procédure avait été établie au CRSM dans le but de pouvoir mieux prévenir les tentatives de suicide. À noter que cette procédure a été cessée à l'automne 2009. Cette procédure consistait en la passation du *SPS* sur une base régulière aux détenus, d'abord à leur admission, puis à des intervalles de trois mois, à l'exception des cas pour qui les résultats indiquaient un risque *sévère*, où alors le *SPS* était réadministré après un mois. Les détenus pour qui le score de probabilité indiquait un risque de suicide *sévère*, étaient rencontrés par un psychologue dans les 24 heures suivant la passation du test, dans le but d'avoir une meilleure précision quant à l'évaluation du risque. Cette évaluation, basée sur le jugement clinique, permettait de donner des recommandations quant aux mesures de surveillance à mettre en place, soit un plan d'interventions à court terme lorsqu'il y a une urgence suicidaire et à moyen ou long terme pour les cas où malgré la présence d'un certain risque, celui-ci ne nécessite pas de mesures exceptionnelles et/ou immédiates.

Bien que le *SPS* soit un test auto-administré, la procédure concernant la passation du test pouvait varier dépendamment des intervenants ou de la situation, ce qui peut s'avérer être un biais de cette étude. Ainsi il arrivait que le test soit auto-administré et à d'autres moments, un(e) infirmier(ère) posait les questions au détenu et remplissait le questionnaire. Toutefois, il était impossible de déterminer avec exactitude de quelle manière chacune des passations a été réalisée, car cela n'était pas indiqué sur la feuille de passation du *SPS*. Ceci rejoint souvent une des limites des études prospectives où l'on constate que toutes les variables n'ont pas été bien contrôlées.

Procédure

Soixante participants ont été identifiés à partir d'une banque de données qui a été initiée en avril 2002 par le service de psychologie du CRSM. Cette banque de données compte plus de 740 inscriptions, dont certaines sont les mêmes sujets, étant donné que ceux-ci ont fait plus d'un séjour au CRSM. Cette banque de données compilait les résultats au *SPS* en indiquant le nom et numéro d'identification du détenu, la date de passation et le niveau de risque obtenu soit « *sévère, modéré, faible ou sous-clinique* ». Dans un premier temps, la sélection des participants

a été réalisée en retraçant 30 détenus qui ont fait une tentative de suicide (*Ts*) après leur admission au CRSM. Cette sélection a d'abord été effectuée à partir de la liste des rapports d'incidents survenus au CRSM depuis 2002, pour les types d'incidents suivants : suicide, attentat au suicide et automutilation. Cette liste a été obtenue suite à une demande au département des analystes sur le profil des délinquants à Ottawa. Considérant que tous les incidents n'ont pas été répertoriés et signalés officiellement, la consultation de dossiers, plus particulièrement les rapports de fin de traitement et les évaluations psychiatriques, a permis de compléter l'identification des 30 personnes ayant fait une tentative de suicide.

Dans le but de préciser si la conduite auto-agressive s'avérait bien être une tentative de suicide, un examen des rapports psychologiques et/ou psychiatriques suite à l'incident a été fait pour vérifier s'il y avait, selon l'avis clinique du professionnel, une intention suicidaire derrière ce geste. Ce choix méthodologique rejoint la vision de certains auteurs qui considèrent les tentatives de suicide et les conduites automutilatoires comme des entités différentes (Linchan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006; Lohner & Konrad, 2005; Muehlenkamp, 2005). Des critiques ont été faites quant au manque de définitions claires et de cohérence dans la terminologie sur les divers concepts entourant le suicide et face au fait que certaines recherches incluent toutes les auto-agressions comme étant des tentatives de suicide, ce qui contribue à rendre plus difficile de comparer les études (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006; Santa Mina & Gallop, 1998).

Le recrutement des 30 sujets du groupe témoin (sans tentative de suicide : *Sans-Ts*) a été réalisé à partir de certains critères dans le but de pouvoir mieux les comparer à ceux du premier groupe (*Ts*). Les sujets de ce deuxième groupe ont été sélectionnés parmi l'ensemble des détenus qui ont fait un séjour au CRSM au cours des huit dernières années et qui n'ont pas posé de geste suicidaire durant la période où ils ont résidé au CRSM et/ou durant l'année qui a suivi la dernière passation du *SPS*, ce qui a pu être vérifié en consultant les divers rapports psychologiques et psychiatriques. Dans le but de jumeler ces participants avec ceux du premier groupe, cette sélection a tenu compte également des variables suivantes : (1) s'assurer d'avoir un nombre de passations équivalentes du *SPS*, donc de trouver un sujet dont le séjour est équivalent ou supérieur à celui du sujet du premier groupe (*Ts*), (2) le même âge (avec une différence de plus ou moins deux ans), (3) une sentence dont la durée est semblable, ainsi que (4) le type de délit, et finalement (5) un diagnostic similaire (à l'axe I et à l'axe II). La raison de ces quatre derniers

critères est qu'ils sont des facteurs significatifs dans l'évaluation du risque suicidaire, qui font d'ailleurs partie de la grille « *Estimate of Suicide Risk* » (ESR : Polvi, 1997).

Les données descriptives ont été recueillies à partir du système informatisé du Service Correctionnel du Canada, soit le SGD (Système de Gestion des Détenus). Une consultation des dossiers psychologiques a été nécessaire pour retracer les résultats quantitatifs au *SPS*, incluant les résultats aux sous-échelles, étant donné que la banque de données n'indiquait que le niveau de risque, soit « *sévère, modéré, faible ou sous-clinique* ».

Participants

Les sujets de cette recherche sont des hommes adultes, qui sont ou ont été des détenus fédéraux, c'est-à-dire qui ont reçu une peine d'incarcération de deux ans et plus. Tous les sujets ont fait un séjour au Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), au cours des dix dernières années, donc depuis 2000. La durée de ce séjour varie selon les participants, le plus court étant de quatre jours et le plus long de plus de neuf années, puisque quelques sujets étaient déjà au CRSM lorsque la banque de données a été amorcée en avril 2002 et s'y trouvent toujours.

Chacun des 60 participants avaient répondu au *SPS* lors de l'admission au CRSM. Pour huit d'entre eux, la version originale a été administrée puisqu'ils sont anglophones, alors pour que les 52 autres sujets, la version française, validée par Labelle et ses collègues (1998), a été utilisée. À noter que 6 participants ont déclaré être métis et 3 autochtones et que le *SPS* n'a jamais été validé auprès d'une telle population. Néanmoins la standardisation de l'instrument avait été réalisée auprès d'une population incluant différents groupes ethniques dont 43,1% de blancs, 43,8% d'hispaniques et 13,2% de noirs et autres minorités.

L'âge moyen des 60 participants est de 38,17 ans (ÉT = 12,19). Le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé 64 au moment de leur admission. La durée de la sentence varie de peine de deux ans à une sentence-vie. Plus de la moitié des sujets en étaient alors à un premier terme fédéral, mais presque tous (91,6%) avaient des antécédents criminels. Pour certains, ces antécédents remontent à l'adolescence selon la Loi pour les jeunes contrevenants. Pour la majorité, il s'agit d'antécédent au niveau provincial, c'est-à-dire qu'ils ont eu des sentences de moins de deux ans ou des sentences suspendues ou des ordonnances de probation, des travaux communautaires ou encore des amendes à payer. Plus du quart des participants (28,3%) étaient incarcérés pour avoir enlevé la vie à une autre personne, que ce soit par meurtre ou homicide involontaire. Un autre tiers, soit 20 participants, avaient posé un geste de violence contre autrui, auquel peut s'ajouter un autre 26,7% de l'ensemble des 60 participants qui ont fait un vol

qualifié, qui est considéré comme un crime avec violence. Ceci signifie que 75% des participants avaient commis un crime violent.

Parmi les 60 participants, 48 avaient un diagnostic psychiatrique à l'axe I (en n'incluant pas le diagnostic d'abus de substances qui se trouve aussi à l'axe I). Au niveau de l'axe II, 47 présentaient un diagnostic de trouble de la personnalité, alors que des traits de personnalité appartenant à un trouble avaient été identifiés chez 12 autres participants. Le trouble de la personnalité limite et celui de la personnalité antisociale étaient les plus fréquents, et étaient souvent identifiés par le diagnostic de trouble de la personnalité du groupe B (Cluster B), qui regroupe la personnalité limite, antisociale et narcissique.

La comorbidité est très élevée parmi les personnes incarcérées. Plus de la moitié présentaient à la fois un diagnostic à l'axe I et un diagnostic à l'axe II, en ne comptant pas ceux où seuls des traits de personnalité avaient été identifiés. Également, parmi les 80% des sujets de l'échantillon ayant un diagnostic d'abus de substances ou de dépendance aux drogues et/ou à l'alcool, 36 d'entre eux présentaient en plus un diagnostic psychiatrique à l'axe I.

Étant donné que les participants du groupe *Sams-Ts* avaient été sélectionnés pour correspondre à des critères similaires à ceux du groupe *Ts*, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à ces variables contrôlées dont l'âge ($t = 0,17, n.s.$), la durée de la sentence ($t = 0,27, n.s.$), le type de délits ($V = 0,21, n.s.$), le diagnostic à l'axe I ($V = 0,20, n.s.$), le diagnostic à l'axe II ($V = 0,27, n.s.$) et le nombre de passation ($t = 0,00, n.s.$).

Parmi les 30 sujets ayant posé un geste suicidaire, 11 avaient posé ce geste après une seule passation du *SPS*, donc au cours des trois premiers mois de leur séjour au CRSM, à l'exception d'un sujet qui avait refusé la deuxième et la troisième passation du *SPS*. Donc pour celui-ci, malgré une seule passation, la tentative de suicide a eu lieu plus de neuf mois après son admission.

La durée moyenne du délai entre la dernière administration du *SPS* et le passage à l'acte est de 65 jours, le plus court délai étant de 0 jour au plus long s'élevant à 473 jours. Malgré la procédure mise en place au CRSM consistant à ré-administrer le *SPS* après un intervalle de trois mois, cette période de 90 jours n'a pas toujours été respectée dans la pratique, d'où des délais plus longs entre l'administration du test et le passage à l'acte, dont un de 96 jours, un de 121 jours et un autre de 145 jours. Deux délais s'avéraient toutefois plus importants, un de 265 jours et le plus long de 473 jours. Le premier est le cas d'exception nommé précédemment en raison

des refus de ce participant à repasser le test. Pour celui correspondant au délai le plus long, soit de 473 jours, cela s'explique en partie par le fait que la procédure a été cessée à l'automne 2009 et que le passage à l'acte a eu lieu en début de 2010, mais aussi parce que ce sujet avait précédemment déjà refusé lui aussi de repasser le test et que selon le dossier, la procédure n'a pas été toujours suivie, puisque des protocoles étaient manquants. En enlevant ces deux cas d'exception de l'échantillon, la durée moyenne du délai entre la dernière passation et le passage à l'acte est de 44 jours. Cette durée moyenne s'élève à 378 jours lorsqu'il s'agit du délai entre le passage à l'acte et la première administration du test faite à l'admission.

Les moyens utilisés pour le passage à l'acte étaient pour plus de la moitié par lacération (16 sujets); 7 ont fait des tentatives par pendaison et 3 par strangulation, alors que 4 ont tenté de mettre fin à leurs jours en arrêtant de s'alimenter.

Éthique

Une autorisation des comités de recherche du Service Correctionnel du Canada (SCC) tant régional que national, a été obtenue afin de procéder à la cueillette de données, qui s'est faite à partir des dossiers. Le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke avait également évalué et accepté ce projet de recherche.

Analyse des données

Une analyse statistique a été effectuée pour examiner les moyennes des deux groupes (test *t*). Puis, des mesures d'association ont été réalisées pour les niveaux et catégories de risque, par le biais de tableaux de contingence (*I*² de Cramer et coefficient *Phi*). Vu que la population étudiée est estimée à risque plus élevé comparativement à la population générale, ces analyses permettent de vérifier si les quatre niveaux de risque (*sévère, modéré, faible et sous-clinique*) discriminent mieux que les deux catégories de risque (*élevé et faible*).

Les analyses statistiques réalisées pour vérifier la validité prédictive de l'instrument ont été faites avec la technique ROC (Receiver Operating Characteristic Curve). Cette analyse mesure à la fois la spécificité de l'instrument ainsi que sa sensibilité. La spécificité réfère à la capacité de l'instrument à bien identifier les sujets ayant obtenu un résultat indiquant un risque faible et qui dans les faits n'ont pas posé de gestes suicidaires, donc à cibler les « vrais négatifs », alors que la sensibilité correspond à la capacité de l'instrument à identifier ceux qui ont un résultat élevé et qui effectivement posent un geste suicidaire, c'est-à-dire les « vrais positifs ». Dans l'évaluation du risque suicidaire, bien que ces deux concepts soient importants, c'est davantage la sensibilité qui compte, car il importe plus d'identifier ceux qui poseront

vraiment un geste suicidaire, donc éviter le plus possible d'avoir de « faux négatifs » (ceux dont le résultat indique un risque faible et qui ont posé un geste suicidaire). La spécificité doit également être considérée pour éviter d'avoir trop de « faux positifs » (ceux dont le résultat indique un risque élevé et qui dans les faits n'ont pas fait de tentative de suicide), car cela occasionne une utilisation inadéquate des ressources pour offrir les services cliniques visant à évaluer plus précisément ce risque afin de prendre les mesures appropriées.

Cette technique permet de mesurer l'aire sous la courbe (*AUC* : *area under the curve*), qui varie de 0 à 1. Plus le résultat se rapproche de 1, plus cela indique une bonne capacité prédictive de l'instrument. Un résultat de 0.5 équivaut à la diagonale, donc à l'effet du hasard, et un résultat inférieur à 0.5 signifie que l'instrument est moins bon que le hasard pour prédire le comportement étudié. Une valeur *AUC* d'un instrument égale ou supérieure à 0,75 indique que l'instrument a un excellent pouvoir prédictif (Frottier, Koenig, Seyringer, Matschnig, & Fruchwald, 2009). Dans le domaine de l'évaluation du risque suicidaire, un résultat de 0.7 et plus s'avère acceptable (Naud & Daigle, 2009).

Une première série d'analyses a été faite avec le résultat total au *SPS* administré à l'admission pour les 60 participants, puis pour le résultat à chacune des quatre sous-échelles. Puis ces mêmes analyses ont été réalisées pour le résultat (score total) au *SPS* précédant le passage à l'acte pour les 30 participants ayant fait une tentative de suicide et pour le groupe témoin à la passation correspondant au nombre de passations équivalentes. À noter que pour onze sujets, cette passation précédant le passage à l'acte était celle faite à l'admission.

Une analyse visant à vérifier la fidélité test-retest avait été initialement prévue, mais en examinant les dossiers pour retracer les dates de passation du *SPS*, des écarts importants ont été notés dans le délai entre la première et la seconde passation, le plus court délai étant de 15 jours et le plus long de 252 jours. Alors que la procédure établie était de ré-administrer le *SPS* après trois mois ou encore après un mois si le résultat indiquait un risque *sévère*, il a été constaté que cette procédure n'a pas toujours été respectée par les équipes de travail. Dans les faits, seulement 60% de l'échantillon pour lesquels une deuxième passation du *SPS* a été faite, a eu lieu dans les 100 premiers jours suivant la première passation.

Résultats

Le tableau 1 présente la moyenne des résultats obtenus au *SPS* (score total), ainsi que la moyenne des résultats pour chacune des sous-échelles, et ce pour la première et la dernière administration du *SPS*, pour les deux groupes, soit celui des détenus ayant fait une tentative de

suicide (*Ts*) ($n = 30$) suite à la passation du *SPS* et celui des détenus n'ayant pas fait de tentative de suicide (*Sans-Ts*) au cours de l'année suivant la dernière passation du test ($n = 30$).

En examinant ces résultats, nous constatons que la moyenne diminue légèrement entre la première et la dernière passation. Cette diminution est constatée pour les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*), tant pour le résultat total, ainsi que pour les sous-échelles, à l'exception de la sous-échelle *Idéation suicidaire*, où pour le groupe *Ts*, le résultat a légèrement augmenté. En comparant les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*), que ce soit pour la première ou la dernière passation, le groupe *Ts* a toujours obtenu des résultats plus élevés au *SPS* (total) ainsi qu'aux sous-échelles, et ces différences sont plus marquées lors de la dernière passation. L'analyse effectuée avec le test *t* démontre que les moyennes des deux groupes sont significativement différentes pour le résultat total ($t = 3,12, p = 0,003$) ainsi que pour les sous-échelles *Désespoir* ($t = 2,55, p = 0,013$) et *Idéations suicidaires* ($t = 3,78, p = 0,000$) de la dernière passation.

Le tableau 2 indique le nombre de participants pour chacun des niveaux de risque: *sévère*, *modéré*, *faible* et *sous-clinique* et ce pour les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*), lors de la première et de la dernière passation du *SPS*. À noter que pour les participants n'ayant eu qu'une administration du test avant le passage à l'acte, ce résultat compte à la fois comme la première et la dernière passation. La première passation révèle des différences moins prononcées quant au nombre de résultats indiquant un risque *sévère*, le groupe *Ts* en ayant obtenu 36,7% comparativement à 23,3% pour le groupe *Sans-Ts*, alors qu'à la dernière passation, le groupe *Ts* a obtenu trois fois plus de résultats indiquant un niveau de risque *sévère* comparé au groupe *Sans-Ts*. Toutefois, malgré cette différence plus marquée, les analyses statistiques faites pour vérifier la force de l'association (*I* de Cramer) entre le niveau de risque et le fait qu'il y ait eu ou non passage à l'acte, n'ont démontré aucune différence statistiquement significative, ni à la première et ni à la dernière passation.

Lorsque les niveaux de risque *sévère* et *modéré* sont combinés, ce qui selon la pratique clinique correspond à une catégorie de risque *élevé* (Naud & Daigle, 2009), encore une fois, les résultats à l'administration précédant le passage à l'acte s'avèrent plus significatifs, le groupe *Ts* ayant 30,5% contre 15,3% pour le groupe *Sans-Ts*, comparativement à la première passation où la catégorie de risque *élevé* se retrouvait chez 31,7% pour le groupe *Ts*, contre 26,7% pour le groupe *Sans-Ts*. Ces résultats par catégorie de risque se retrouvent dans le tableau 3. L'analyse statistique réalisée avec le coefficient *Phi* dans le but de voir la force de l'association entre les

catégories de risque et la présence ou non d'une tentative de suicide, s'est révélée significative pour la dernière passation.

L'examen de ces résultats par catégorie de risque (*élevé* ou *faible*) lors de la première passation, démontre qu'il y a 31,7% de vrais positifs ($n = 19$) et 23,3% de vrais négatifs ($n = 14$), mais aussi 26,7% de faux positifs ($n = 16$) et 18,3% de faux négatifs ($n = 11$). Lors de la dernière passation, le nombre de vrais positifs et de faux négatifs sont sensiblement les mêmes comparativement à la première passation. De légères modifications des taux s'expliquent par le fait qu'il y a une donnée manquante, ce qui diminue le pourcentage de vrais positifs à 30,5% ($n = 18$) et augmente un peu le pourcentage de faux négatifs à 18,6% ($n = 11$). Le taux de vrais négatifs s'élève à 35,6% ($n = 21$) et le taux de faux positifs est de 15% ($n = 9$). En résumé, lorsque les résultats au *SPS* sont examinés selon la catégorie de risque (*élevé* ou *faible*), 55% des participants sont correctement classés lors de la première passation et ce pourcentage augmente à 66% lors de la dernière passation.

Lorsque les résultats sont examinés par niveau de risque et que seul le niveau de risque *sévère* est considéré, cela a pour impact de diminuer le taux de faux positifs à 11,7% ($n = 7$) pour la première passation et à 5% ($n = 3$) pour la dernière, mais cela a aussi l'effet de diminuer le taux de vrais positifs à 18,3% ($n = 11$) pour la première passation et à 15% ($n = 9$) pour la dernière passation. Par conséquent, le taux de faux négatifs et de vrais négatifs auront augmenté.

Le tableau 4 indique les résultats obtenus selon la technique ROC, qui permet de démontrer la capacité prédictive de l'instrument par le biais du calcul de l'aire sous la courbe. Ces analyses sont réalisées à partir du score total. Les résultats de la première passation ne sont pas significatifs, alors que ceux de la passation la plus récente le sont ($AUC = 0,731$; $p < 0,01$). La sensibilité à bien prédire lors de cette dernière administration du test est de 62% et la spécificité s'élève à 47%.

Le fait que le nombre de participants est de 59 au lieu de 60 pour la dernière passation s'explique par le fait qu'un des participants du groupe *Ts* n'a répondu au *SPS* qu'à l'admission, puis par la suite a refusé de répondre à un autre test, ce qui a donc été considéré comme une donnée manquante. Dans ce cas-ci, le résultat obtenu à la première administration n'a pas été utilisé comme étant le résultat de la dernière passation comme ce fut le cas pour dix autres participants, qui n'ont eu qu'une seule administration du *SPS*, étant donné qu'ils ont fait une tentative de suicide au cours du ou des trois premiers mois de leur séjour au CRSM, donc avant d'avoir eu à répondre à un autres *SPS*.

Selon ces analyses statistiques faites à partir du résultat total au *SPS*, il ressort que la passation précédant le passage à l'acte s'avère significative pour prédire le comportement suicidaire, ce qui n'est toutefois pas le cas pour la première passation.

Les mêmes analyses en utilisant l'aire sous la courbe (*AUC*) ont été réalisées pour chacune des quatre sous-échelles et les résultats de ces analyses sont indiqués aussi dans le tableau 4. Selon ces résultats, seules les sous-échelles *Désespoir* et *Idéations suicidaires* se révèlent statistiquement significatives et ce pour la passation la plus récente avant la tentative de suicide ou un nombre équivalent de passations pour les sujets du groupe témoin.

Le tableau 5 contient les résultats des analyses ROC faites à partir des scores T et des scores de probabilité. Comme on peut le constater les résultats sont identiques ou très similaires avec des différences de quelques points au niveau des centièmes percentiles.

Discussion

Selon les analyses statistiques faites à partir du résultat total au *SPS*, la passation précédant le passage à l'acte s'avère meilleure pour prédire la conduite suicidaire comparativement à la première passation, dont la prédictibilité est à peine supérieure à l'effet du hasard. Ceci indique que le résultat le plus récent correspond mieux au risque suicidaire que représente la personne, ce qui peut paraître normal, puisque l'état psychologique et l'humeur évoluent dans le temps. En ce sens, plus la mesure est prise dans un délai se rapprochant du geste suicidaire, plus elle devrait refléter le risque réel qu'elle présente alors.

Ainsi, les résultats obtenus confirment la validité prédictive du *SPS*, du moins sur une période de court à moyen terme. Cependant à plus long terme, lorsque la passation du test dépasse une durée moyenne d'un an, le résultat perd de sa valeur prédictive, qui est juste un peu supérieure à l'effet du hasard. Ces résultats vont à l'encontre de ceux trouvés par Naud et Daigle (2009) qui ont réalisé une étude prospective qui a confirmé la validité prédictive du *SPS* sur une période à long terme et ce tant pour une période d'observation de 24 mois, que pour une période de 120 mois. Cette différence s'explique peut-être par le fait que Naud et Daigle ont considéré dans les comportements suicidaires, les décès par suicide, les auto-agressions non létales, ainsi que les intentions suicidaires, alors que dans la présente étude, les intentions n'ont pas été retenues dans le groupe avec tentative de suicide (*Ts*). Le fait que les analyses ROC ont été faites à partir du score total (brut), alors que Naud et Daigle ont utilisé le score de probabilité, ceci n'explique pas la différence puisque dans le but de vérifier si cela avait pu affecter les résultats, une analyse ROC a également été faite avec le score de probabilité et les résultats étaient

identiques. Cette analyse ROC a aussi été répétée avec le score T, pour le total et les sous-échelles et les résultats étaient similaires à une différence de quelques points au centième percentile.

Ce sont les résultats aux sous-échelles *Désespoir* et *Idéations suicidaires* qui ont été significatifs pour la dernière passation du *SPS*. Là aussi, les résultats diffèrent de ceux obtenus par Naud et Daigle (2009) où leurs résultats aux quatre sous-échelles ont été significatifs tant sur une courte et une longue période, à une seule exception, soit pour la sous-échelle *Désespoir* pour la période d'observation de 24 mois. Ces différences pourraient être liées au fait que même s'il s'agit aussi d'une population d'hommes incarcérés, la population de la présente étude porte sur des individus qui ont séjourné au cours de leur sentence au centre psychiatrique du Service Correctionnel dans la région du Québec. Malgré le petit nombre de l'échantillon ayant fait une tentative de suicide ($n = 30$), les résultats obtenus suggèrent que chez une population psychiatisée, ce sont davantage les sous-échelles reliées aux affects dépressifs et aux idéations suicidaires qui donnent de meilleurs indices sur le risque de suicide qu'ils présentent et ce dans une perspective à court et moyen terme. Il se pourrait aussi que cela signifie que chez cette population, le risque fluctue davantage et que cela est relié à leur état mental qui à l'admission est sans doute plus perturbé, ce qui se stabilise en cours de séjour. Ou encore, cette différence pourrait être liée à leur type de personnalité, ayant vu que plus de la moitié des participants avaient un diagnostic de trouble de la personnalité limite ou du groupe B, qui est caractérisé par l'impulsivité et l'instabilité.

Un élément intéressant à souligner est que les auteurs du *SPS* ont fait des mises en garde lors de l'interprétation des résultats du test, entre autres pour identifier les protocoles de personnes réellement suicidaires qui cherchent à camoufler leur état, donc des résultats « faking good », ainsi que ceux des personnes qui cherchent à exagérer leur potentiel au niveau de leurs intentions suicidaires, qui offrent donc des résultats « faking bad ». Un score T inférieur à 40 devrait, selon les auteurs, être considéré avec prudence, pouvant être un cas de « faking good ». Ils ont également recommandé d'appliquer comme règle que lorsque le score T est au dessus de 60, le protocole de réponses devrait être exploré par le biais d'une entrevue clinique. Selon les auteurs, un score T extrêmement élevé, comme 85, devrait immédiatement alerter l'examineur de la possibilité que ce soit un faux-positif, donc un cas de « faking bad ».

Parmi les résultats de 100 protocoles du *SPS* (soit celui administré à l'admission pour les 60 participants et le plus récent, en considérant que pour 20 participants, il n'y a eu qu'une seule

passation du *SPS*), 81 avaient un score T plus élevé que 60 (dont 43 protocoles pour lesquels le score T se situait entre 60 à 69, 37 protocoles avec un score T se situant de 70 à 80 et un protocole ayant un score T plus élevé que 80). Ce taux important de scores T élevés peut suggérer qu'une clientèle, qui présente une problématique de délinquance, puisse avoir tendance à donner des réponses qui exagèrent le potentiel suicidaire, d'où l'importance de réaliser une entrevue clinique après avoir eu le résultat au *SPS*. Cette entrevue s'avère nécessaire pour ceux qui obtiennent un résultat indiquant un risque *sévère* et les auteurs suggéraient aussi pour ceux ayant eu un résultat modéré. Cette entrevue s'avérerait également utile pour tout protocole comportant un score T élevé ou encore un score T égal ou inférieur à 40. À noter que dans l'échantillon, un seul protocole avait un score T sous les 40 et il se trouve malheureusement que c'était celui du seul sujet qui s'est suicidé.

La principale limite de la présente recherche est qu'étant une étude prospective dans laquelle les données ont été recueillies à partir des dossiers institutionnels, toutes les variables n'ont pas pu être contrôlées et par conséquent, certaines données n'étaient pas uniformes au niveau de la procédure de passation du *SPS*, dont entre autres, les délais entre les passations du *SPS*, et la façon dont a été administré le test. Une autre limite est liée au nombre relativement peu élevé de sujets ($N = 60$). Toutefois, le fait que le groupe témoin (*Sans-Ts*) a été sélectionné en tenant compte de certains facteurs qui ont déjà été démontrés dans d'autres études comme des facteurs de risque, dont l'âge, le diagnostic, la durée de la sentence, le type de délit, afin de correspondre aux participants du groupe *Ts*, les différences au niveau des résultats au *SPS* obtenus par les participants ne peuvent être expliquées par ces facteurs puisqu'ils ont été contrôlés.

Implications cliniques et recherches futures

Les résultats obtenus suggèrent donc l'importance d'évaluer régulièrement le risque suicidaire et non seulement lors de l'admission, surtout pour une clientèle estimée comme étant à haut risque. Toutefois, le moyen pour faire cette évaluation n'est pas obligatoirement d'utiliser le même instrument, ce qui peut effectivement s'avérer redondant à administrer lorsque ce sont les mêmes questions auxquelles le participant doit répondre, surtout lorsque cela fait plusieurs fois que le même test lui est présenté. Néanmoins, la difficulté demeure encore de trouver un autre instrument qui a été validé auprès d'une population carcérale et aussi d'une population francophone. Le *Depression Hopelessness and Suicide Screening Form* (Mills & Kroner, 2002) a été sujet à cette validation (Mils & Kroner, 2005) et est maintenant l'un des trois tests utilisé par

le Service correctionnel du Canada lors du dépistage des besoins en santé mentale fait en début de sentence. La recherche devra par ailleurs s'intéresser aux effets de l'utilisation répétée d'un même test auprès des mêmes patients.

Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e éd.)* Washington DC: Author.
- Backett, S. A. (1987). Suicide in Scottish prisons. *British Journal of Psychiatry*, 151, 218-221.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manuel for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide : A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bisconer, Sarah W. & Gross, Douglas M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology : Research and Practice*, 38(2), 143-149.
- Bogue, J. & Power, K. (1995). Suicide in Scottish prisons, 1976-93. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 527-540.
- Brent, D. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C., & Pepper, J. A. (1998). Familial risk factors for adolescent suicide : A case-control study. Dans R. J. Kosky & H. S. Eshkevari (Eds.), *Suicide prevention : The global context* (p. 41-50). New York: Plenum.
- Brown, G. K. (2001). *A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. USA: National Institute of Mental Health. Repéré à <http://www.NIMH.NIH.gov>
- Cox, G. (2003). Screening inmates for suicide using static risk factors. *The Behavior Therapist*, 26, 212-214.
- Cull, J. G. & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS): manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Daigle, M., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. Service Correctionnel du Canada, *FORUM – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(3), 41-45.
- Daigle, M., Labelle, R. et Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior : Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15.
- Dooley, E. (1990). Prison Suicide in England and Wales, 1972-87. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.

- Durkheim, E. (1951). *Suicide : A study in sociology*. (J.A. Spaulding & G. Simpson, trans.). New York: Free Press (Originally published, 1897).
- Eisenberg, M.G., Hubbard, K. M., & Epstein, D. (1989). Efficacy of a suicide detection scale in determining lethality of ideation among hospitalized veterans : A case study. *Military Medicine*, *154*, 246-249.
- Eisenberg, M.G., Hubbard, K. M., & Epstein, D. (1990). Detection of suicidal risk among hospitalized veterans : Preliminary experiences with a suicide prediction scale. *Journal of Rehabilitation*, *56*, 63-68.
- Frottier, P., Koenig, F., Seyringer, M., Maschnig, T., & Fruehwald, S. (2009). The distillation of "VISCI" : Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39(4)*, 376-385.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Ritter, K., Eher, R., & Gutierrez, K. (2002). Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody – Experience in Austria, 1967-1996. *International Journal of Law and Psychiatry*, *25(2)*, 119-128.
- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 494-498.
- Gagné, M. & Saint-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes : 1981 à 2008*. Institut National de la santé publique du Québec : Direction de la recherche, formation et développement. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1046_Suicide2010.pdf
- Green, C., Kendall, K., André, G., Looman, T., & Polvi, N. (1993). A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Medicine, Science and the Law*, *33*, 121-127.
- Hall, R. C., Platt, D. E., & Hall, R. W. (1999). Suicide risk assessment : A review of risk factors for suicide in 100 patients who made sever suicide attempts : Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, *40*, 18-27.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1942.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *International handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, Sussex, England : Wiley.
- Hayes, L. M. (1989). National study of jail suicides : Seven years later. *Psychiatric Quarterly*, *60(1)*, 7-29.
- Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A., Botsis, A. J., Plutchik, R., Brown, S.L., & van Praag, H. M. (1993). Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population : Coping styles and social support. *Psychiatry Research*, *47*, 281-290.

- Labelle, R., Daigle, M. S., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du "Suicide Probability Scale" auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et Psychométrie*, 19(1), 5-26.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18, 157-162.
- Larzelere, R. E., Smith, G. L., Batenhorst, L. M., & Kelly, D. B. (1996). Predictive validity of the Suicide Probability Scale among adolescents in group home treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 166-172.
- Lester, D. (1987). *The death penalty*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prisons*. London: Routledge.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) : Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312.
- Lohner, J. & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 370-385.
- Maris, R. W. (1992). The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J.T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 362-380). New York: Guilford Press.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- McIntosh, J. L. (2006). *U.S.A. suicide : 2004 official final data*. Repéré à <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2004OfficialFinalData.pdf>
- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2002). *Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS)*, User Guide.
- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates : Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 1-12.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Naud, H. & Daigle, M. S. (2009). Predictive validity of the Suicide Probability Scale in a male inmate population. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 32(3), 333-342.

- Overholser, J. C., Freiheit, S. R., & DiFillippo, J. M. (1997). Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(4), 402-408.
- Perry, A. E., Marandos, R., Coulton, S., & Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders : a systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 803-828.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. Dans C.D. Webster et M. A. Jackson (Eds), *Impulsivity : Theory, assessment and treatment*, (p. 278-301). New-York : Guilford Press.
- Plutchik, R. & van Praag, H. M. (1995). The nature of impulsivity: Definitions, ontology, genetics and relations to aggression. Dans E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (p. 7-24). Chichester, England: Wiley.
- Range, L. M. & Knott, E .C. (1997). Twenty suicide assessment instruments : Evaluation and recommendations. *Death Studies*, 21, 25-58.
- Rothberg, J. M. & Geer-Williams, C. (1992). A comparison and review of suicide prediction scales. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J.T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (p. 202-217). New York: Guilford Press.
- Santa Mina, E. E. & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour : A literature review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(8), 793-800.
- Service Correctionnel du Canada. (2010). *Le Centre Régional de Santé Mentale : La santé mentale un facteur essentiel à la sécurité publique*. Service Correctionnel du Canada – Région du Québec, 24 pages.
- Shneidman, E. S. (1974). Some comments on the nature of suicidal phenomena. *Proceedings of the 7th International Conference for Suicide Prevention*, 26-35.
- Statistique Canada. (2009). *Décès selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles : Tableaux connexes*. Repéré à <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>
- Tatman, S. M., Greene, A. L., & Karr, L. C. (1993). Use of the Suicide Probability Scale (SPS) with adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 188-203.
- Tripodi, S. J. & Bender, K. (2007). Inmate suicide : Prevalence, assessment, and protocols. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 40-54.
- Vanelle, J.-M. (2000, octobre). *Crise suicidaire et pathologie mentale*. Communication présentée lors de la Conférence « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », organisé par la Fédération Française de Psychiatrie avec l'aide méthodologique de l'ANAES et le soutien de la Direction Générale de la santé. Paris.

- 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.
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcorn, J. (2000). Suicide : An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510.
- Wichmann, C., Serin, R. & Motiuk, L. (2000). *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*. Ottawa : Direction de la recherche, Service Correctionnel du Canada.
- Williams, C. L., Davidson, J. A., & Montgomery, I. (1980). Impulsive suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 90-94.

Tableau 1. Résultats de la première et la dernière passation du SPS (total et sous-échelles) pour les détenus ayant fait ou non une tentative de suicide (Ts ou Sans-Ts)

Échelle	Groupe	Première passation			Dernière passation		
		(N = 60)			(N = 59)		
		Moyenne	ÉT	t	Moyenne	ÉT	t
Total	<i>Sans-Ts</i>	70,73	19,67		61,47	17,14	
	<i>Ts</i>	77,33	20,20	1,28	75,48	17,42	3,12**
Désespoir	<i>Sans-Ts</i>	22,10	7,61		19,23	6,51	
	<i>Ts</i>	24,63	7,26	1,32	23,90	7,51	2,55*
Idéation suicidaire	<i>Sans-Ts</i>	17,37	8,25		14,07	6,85	
	<i>Ts</i>	20,40	6,91	1,54	20,79	6,81	3,78***
Évaluation négative de soi	<i>Sans-Ts</i>	17,93	4,03		16,97	3,78	
	<i>Ts</i>	18,60	5,08	0,56	18,03	4,46	0,99
Hostilité	<i>Sans-Ts</i>	13,33	3,85		11,20	3,19	
	<i>Ts</i>	13,70	4,25	0,35	12,76	4,02	1,65

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 2. Comparaison des résultats au SPS (par niveau de risque suicidaire) pour les détenus avec ou sans tentative de suicide (Ts ou Sans-Ts)

Passation	Niveau de risque	Groupe		V' de Cramer
		Sans-Ts	Ts	
Première (N = 60)	Sévère (n = 18)	7 (11,7%)	11 (18,3%)	0,214. <i>n.s.</i>
	Modéré (n = 17)	9 (15%)	8 (13,3%)	
	Faible (n = 20)	10 (16,7%)	10 (16,7%)	
	Sous-Clinique (n = 5)	4 (6,7%)	1 (1,7%)	
Dernière (N = 59)	Sévère (n = 12)	3 (5,1%)	9 (15,2%)	0,347. <i>n.s.</i>
	Modéré (n = 15)	6 (10,2%)	9 (15,2%)	
	Faible (n = 24)	15 (25,4%)	9 (15,2%)	
	Sous-clinique (n = 8)	6 (10,2%)	2 (3,4%)	

n.s. = non-significatif

Tableau 3. Comparaison des résultats au SPS (par catégorie de risque suicidaire) pour les détenus avec ou sans tentative de suicide (*Ts* ou *Sans-Ts*)

Passation	Catégorie de risque	Groupe		Valeur Phi (Φ)
		<i>Sans-Ts</i>	<i>Ts</i>	
Première ($N = 60$)	Élevé ($n = 35$)	16 (26,7%)	19 (31,7%)	$\Phi = 0,101$ <i>n.s.</i>
	Faible ($n = 25$)	14 (23,3%)	11 (18,3%)	
Dernière ($N = 59$)	Élevé ($n = 27$)	9 (15,3%)	18 (30,5%)	$\Phi = 0,322^*$
	Faible ($n = 32$)	21 (35,6%)	11 (18,6%)	

Note. * $p < 0,05$. *n.s.* = non-significatif

Tableau 4. Aire sous la courbe (AUC) obtenues pour la première passation et celle précédant la tentative de suicide

Echelle / Sous-échelle	Première passation (N = 60)	Dernière passation (N = 59)
SPS (résultat total)	,585	,731**
Désespoir	,594	,689*
Idéation suicidaire	,622	,764***
Évaluation négative de soi	,550	,560
Hostilité	,508	,611

Note. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Tableau 5. Aire sous la courbe (AUC) pour la première passation et celle précédant la tentative de suicide à partir des scores T et des scores de probabilité

Échelle / Sous-échelle	Première passation (N = 60)	Dernière passation (N = 59)
SPS (score T)	,590	,733**
SPS (score Probabilité)	,585	,731**
Désespoir (score T)	,590	,692*
Idéation suicidaire (score T)	,618	,761***
Évaluation négative de soi (score T)	,550	,560
Hostilité (score T)	,508	,611

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Transition

Le premier article a démontré la validité prédictive du *Suicide Probability Scale* dans une optique à court et moyen terme auprès d'une population présentant à la fois deux caractéristiques, soit une population carcérale et psychiatrique. Cependant, les analyses pour vérifier la validité prédictive de l'instrument sur une période à plus long terme, soit d'au moins un an, ne se sont pas révélées significatives. Ces résultats étaient contraires aux données obtenues dans une autre étude prospective menée par Naud et Daigle (2009) qui a confirmé la validité prédictive du *SPS* auprès de la population carcérale sur une période globale allant jusqu'à 11 ans et demi.

Une hypothèse explicative de cette différence des résultats pourrait être liée à la population étudiée qui est différente puisque, même s'il s'agit de détenus fédéraux, ceux de la présente étude ont manifesté des indices de désorganisation de l'état mental et/ou une détresse psychologique plus marquée, qui a mené à leur transfert au centre psychiatrique. Cette plus grande fragilité au plan de l'état mental et certains traits de personnalité plus présents chez cette population peuvent expliquer le fait que les résultats de l'administration la plus récente du *SPS* sont meilleurs pour évaluer le risque, que les résultats obtenus lors de la passation du test faite à l'admission. De plus, considérant les soins dont le détenu bénéficie suite à son transfert à l'unité psychiatrique, qui inclut parfois l'introduction d'un traitement pharmacologique, ajouté aux interventions faites par une équipe multidisciplinaire, on remarque souvent une stabilisation de l'état mental qui est noté après quelques jours ou quelques semaines ou encore pour certains cas après quelques mois. Par conséquent, les résultats au *SPS* obtenus lors de l'admission n'étaient pas vraiment représentatifs du risque suicidaire que ces détenus présentaient une fois leur état stabilisé.

Cette fluctuation du risque suicidaire a pu également être observée auprès des participants de l'échantillon qui ont eu plus d'une passation du *SPS* tel que le demandait la procédure au CRSM. Le deuxième article fera un examen de ces fluctuations des résultats entre les passations et surtout vérifiera si l'utilisation répétitive du même test aura un impact sur la validité prédictive des résultats de la dernière passation.

L'impact de l'utilisation répétitive d'un test évaluant le risque suicidaire
sur sa validité prédictive

Lucie Blouin¹, Jean-Pierre Guay², & Martin Drapeau³

¹Service Correctionnel du Canada

²Université de Montréal

³Université McGill

Pour toute correspondance : Lucie Blouin, Service Correctionnel du Canada, Établissement
Leclerc, 400, Montée St-François, Laval, Québec, Canada H7C 1S7

Courriel :

RÉSUMÉ

Considérant que les personnes incarcérées ainsi que les personnes présentant une problématique de santé mentale sont deux groupes parmi lesquels le taux de suicide est plus élevé comparé à la population générale et que ces caractéristiques se retrouvent chez la clientèle du Centre Régional de Santé Mentale, qui est l'un des cinq centres psychiatriques du Service Correctionnel du Canada, des mesures de dépistage du risque suicidaire avaient été mises en place. Parmi ces mesures, le *Suicide Probability Scale (SPS ; Cull & Gill, 1988)*, était administré plusieurs fois auprès des mêmes individus, à un intervalle variant d'un à trois mois. Cet article vérifie l'impact de l'utilisation répétitive d'un même instrument sur sa validité prédictive. Les dossiers de soixante sujets ($N = 60$) ont été examinés, dont la moitié ont posé un geste suicidaire durant la ou les semaines suivant l'administration du *SPS*. Des analyses ROC ainsi qu'une analyse de régression logistique ont été faites afin de vérifier si le nombre d'administration du *SPS* avait eu un impact sur la validité prédictive. Les données obtenues tendent à démontrer que malgré un nombre répété d'administration du test, la validité prédictive ne diminue pas, ce qui ne confirme donc pas l'hypothèse initiale. Néanmoins, il faut regarder ces résultats avec prudence considérant qu'une fois les participants regroupés en quatre sous-groupes déterminés selon le nombre de passations du *SPS*, il n'y avait pas suffisamment de participants par groupe pour donner de la force statistique aux résultats. Ainsi, malgré ces données, il demeure difficile d'affirmer que plus il y a eu d'administrations du *SPS*, plus la validité prédictive du dernier test administré était élevée, ce qui est également soutenu par l'analyse de régression logistique.

Mots-clés : utilisation répétitive, validité prédictive, Suicide Probability Scale, détenus, centre psychiatrique, tentative de suicide.

L'IMPACT DE L'UTILISATION RÉPÉTITIVE D'UN TEST ÉVALUANT LE RISQUE SUICIDAIRE SUR SA VALIDITÉ PRÉDICTIVE

Le suicide représente une problématique importante à laquelle sont confrontés plusieurs pays. L'Organisation Mondiale de la Santé « estime qu'une tentative de suicide a lieu à environ toutes les trois secondes et un suicide, à environ toutes les minutes. Cela signifie que plus de gens meurent par suicide qu'au cours de conflits armés. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2007, p. 2). Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2008, plus de 40 pays ont un taux de suicide supérieur à 10 décès par 100 000 personnes par année, trois pays dépassant même le taux de 30 suicides par 100 000 personnes, soit la Biélorussie, la Lituanie et la Russie. Le Canada se situe au 38^{ième} rang et affiche un taux de 11,6 suicides par 100,000 personnes, selon les données de 2005. Des données plus récentes de Statistiques Canada, soit pour 2007, révèlent une légère diminution, le taux étant alors de 11 suicides par 100 000 personnes.

Le taux de suicide est plus élevé chez les hommes, pouvant même être de cinq fois supérieur au taux de suicide chez les femmes dans certains pays. Au Canada, le taux de suicide chez les hommes est trois fois supérieur à celui des femmes. Selon la mise à jour récente du rapport sur la mortalité par suicide au Québec pour l'Institut National de Santé Publique (Gagné, Légaré, Perron, & St-Laurent, 2011) le taux de suicide pour l'année 2009 est de 13,5 décès par 100 000 personnes. Réparti selon le sexe, il se situe à 21,3 chez les hommes et à 5,9 chez les femmes.

Outre les différences des taux de suicide liées au sexe, certains groupes sont considérés comme étant plus à risque comparativement à la population générale. C'est le cas entre autres des personnes ayant une problématique de santé mentale (Black, James, Evan, & Rogers, 2006; Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang, & Kessler, 2010; Rocco, Orbitello, Ciano, Angarano, & Balestrieri, 2004; Way, Miraglia, Sawyer, Beer, & Eddy, 2005). Parmi l'identification des facteurs de risque de suicide à partir d'une recension des études épidémiologiques faite par Moscicki (1997), les troubles mentaux et de dépendance aux substances se retrouvent chez plus de 90% des suicides complétés et ce pour tous les groupes d'âge. Les troubles de l'humeur, souvent en comorbidité avec d'autres diagnostics psychiatriques, sont ceux qui sont ressortis le plus des études menées à partir des autopsies psychologiques faites suite aux suicides complétés tant chez les hommes que chez les femmes. Le trouble des conduites et la personnalité antisociale ont également été rapportés souvent chez une large proportion de suicides complétés (Moscicki, 1997).

Plus récemment, Nock et ses collègues (2008) ont fait une étude sur les facteurs de risque auprès d'un échantillon de 84 850 personnes réparties dans plusieurs pays. Selon leurs données, la présence d'un trouble mental est associée significativement avec un risque plus élevé de conduites suicidaires, incluant les idéations, les plans et les tentatives, et ce dans les 17 pays où se sont déroulées les entrevues. Dans les pays identifiés comme étant à revenus élevés, le trouble de l'humeur était un prédicteur plus important, comparativement aux pays identifiés comme étant à revenus faibles ou modérés, où c'est la présence d'un trouble de contrôle des impulsions qui ressortait davantage que le trouble de l'humeur comme facteur prédicteur. Une étude épidémiologique faite auprès de 102 des 109 cas de suicides au Nouveau Brunswick identifiés par le coroner, entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mai 2003, a démontré que 65% de ces personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur, 59% d'un trouble lié à une substance et 42% présentaient une comorbidité de ces deux diagnostics. Un trouble de la personnalité a également été identifié chez 52% des cas, et pour la moitié il s'agissait d'un trouble de la personnalité du groupe B, c'est-à-dire personnalité antisociale, limite, histrionique ou narcissique (Séguin *et al.*, 2006).

Un autre groupe pour lequel le taux de suicide s'avère plus élevé est celui des personnes incarcérées (Laishes, 1997; O'Grady, 2004; Snow, Paton, Oram, & Teers, 2002; Tripodi & Bender, 2006). Selon les données recueillies par Fazel et ses collègues (2010), sur des suicides commis entre 2003 et 2007 et ce dans douze pays, le taux de suicide chez les hommes est au minimum trois fois plus élevé dans la population carcérale que dans la population générale, ce qui est le cas pour le Canada, où cet écart était de 3.4 fois plus élevé. L'écart le plus important se situe en Norvège où la population carcérale affiche un taux de suicide de 7.7 fois plus élevé que dans la population générale. Ce groupe est d'autant plus vulnérable que la prévalence des troubles mentaux s'y avère plus élevée que dans la population générale (Diamond, Wang, & Holzer, 2001; Fazel & Lubbe, 2005). De plus, des études ont démontré que parmi les personnes incarcérées ayant posé un geste suicidaire (tentative ou suicide complété), plusieurs avaient un diagnostic psychiatrique (Cox, 2003; Way *et al.*, 2005). Une étude parue en 2009 et menée par Lukasiewicz et ses collègues auprès de 998 détenus, a démontré que la présence d'un diagnostic psychiatrique à l'Axe I du DSM-IV (APA, 1994) établi suite à l'utilisation d'une entrevue clinique structurée (MINI plus v. 5.0; Sheehan *et al.*, 1998), en plus d'un diagnostic d'abus de substances, représente un facteur de risque de suicide plus important comparativement à ceux

n'ayant pas de diagnostic ou n'ayant qu'un diagnostic. Les auteurs ont indiqué que lorsqu'il n'y avait que le diagnostic d'abus de substances, cela n'était pas associé à un risque plus élevé.

En décembre 2010, un rapport a été déposé à la Chambre des communes à Ottawa s'intitulant « La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral ». Il y est rapporté que « les établissements correctionnels du Canada, comme ceux de plusieurs pays dont la Norvège et l'Angleterre, abritent un grand nombre de détenus aux prises avec des troubles de santé mentale et de dépendance à l'alcool et aux drogues » (p. 7). Il est indiqué que 12% des délinquants et 21% des délinquantes souffrent de graves troubles de santé mentale au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral (Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 2010). De plus, selon le rapport intitulé « Constatations principales découlant des enquêtes nationales portant sur les suicides de détenus » produit en avril 2008 par la Direction des enquêtes sur les incidents du Service Correctionnel du Canada, il est noté que « dans presque tous les cas de suicide examinés par le BEC (Bureau de l'Enquêteur Correctionnel), le détenu ou la détenue avait des problèmes de santé mentale » (p. 3). Par conséquent, parmi les recommandations qui ont été faites, il a été souligné comme essentiel de faire une évaluation complète de la santé mentale dès l'admission et de communiquer les informations pertinentes au personnel de correction et des soins de santé.

La prévention et la prédiction du suicide

Aux États-Unis, la prévention du suicide a été déclarée par le Sénat comme une priorité de la santé publique nationale (Brown, 2001). Au Canada, il existe l'Association canadienne pour la prévention du suicide, inaugurée en 1985, qui vise à fournir de l'information et des ressources aux communautés pour réduire le taux de suicide et les impacts négatifs des conduites suicidaires. Le gouvernement du Québec a adopté une stratégie nationale pour la prévention du suicide (Ministère de la santé et des services sociaux, 1998). De plus, il a inscrit la prévention du suicide comme étant un domaine d'action prioritaire dans le cadre de son plan d'action en santé mentale (Gouvernement du Québec, 2005).

Dans le domaine de la prévention du suicide, plusieurs moyens ont été développés. Beautrais et Mishara (2008) indiquent que plusieurs pays ont dressé des plans de prévention du suicide au niveau national suite aux recommandations faites par les Nations Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé dans les années 90. On y propose notamment de :

« contrôler l'accès aux sites où plusieurs suicides ont eu lieu, offrir de la formation sur l'évaluation, le traitement et le suivi aux intervenants dans le

domaine de la santé, surtout ceux travaillant en soins primaires, offrir des programmes de prévention auprès de populations identifiées comme étant à plus haut risque, sensibiliser la responsabilité des médias dans la couverture qu'ils font sur le suicide, augmenter les contrôles en matière de la consommation d'alcool, développer des centres de crises et de counseling, encourager les programmes scolaires de développement des habiletés et de promotion des compétences pour les jeunes, offrir du support aux familles et proches des personnes s'étant suicidées, et encourager la recherche et les statistiques sur le suicide et les tentatives de suicide dans le but de développer d'autres stratégies pouvant améliorer les programmes de prévention.» (Beautrais & Mishara, 2008, p. 61).

Le fait de travailler auprès d'une population qui présente un risque suicidaire plus élevé que la population générale, tel que cela fut souvent démontré pour la population carcérale, oblige les intervenants à développer des moyens pour mieux prévenir et intervenir auprès des détenus suicidaires. La formation au niveau de la prévention du suicide du personnel travaillant dans de telles institutions représente un élément clé qui fait dorénavant partie des politiques de gestion des établissements correctionnels (Hayes & Lever-Green, 2006; Magaletta, Wheat, Patry, & Bates, 2008).

Le Service Correctionnel du Canada (SCC) a établi une stratégie de prévention du suicide en créant en 1987 une Directive du Commissaire intitulée *Prévention du suicide et des automutilations*. Il s'agit de la Directive 843, qui a été révisée en juillet 2011 et dont le titre est maintenant : *Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus*. L'objectif est d'assurer la sécurité et le traitement des délinquants suicidaires ou portés à se mutiler. Parmi les responsabilités qui y sont décrites, en plus de la formation du personnel, il y est recommandé de référer la personne suicidaire au psychologue ou autre ressource communautaire, ainsi que d'établir un système de communication pour s'assurer que l'information pertinente soit transmise au personnel, et de mettre en place les mesures appropriées pour gérer ce risque.

Des initiatives ont été prises dans certains établissements correctionnels canadiens pour former des détenus à devenir des pairs aidants. L'étude de Bistodeau et Daigle (2000) a évalué le service VIVA (Vouloir Investir dans sa Vie Affective), inauguré en 1997 à l'Établissement Leclerc au Québec. Ce service offre des groupes de support aux détenus, dont la participation se

fait sur une base volontaire; VIVA permet également à certains détenus qui le désirent de devenir pairs-aidants. Ce service de soutien par les pairs ressemble au programme de prévention du suicide via l'utilisation de sentinelles, qui consistent en des personnes bénévoles qui après avoir suivi une formation de base, offrent de l'accompagnement, de l'écoute et un certain soutien, mais qui surtout peuvent inciter la personne suicidaire à aller consulter un professionnel. Il a été démontré que la formation de sentinelles a permis une réduction significative des tentatives suicidaires et des décès par suicide (Isaac, *et al.*, 2009). Bistodeau et Daigle (2000) ont souligné la contribution positive du service VIVA, mais dû à des contraintes de leur recherche, dont le nombre insuffisant de sujets et la courte période d'observation pour prendre les mesures, ils n'ont pu conclure sur l'efficacité de ce service.

Parmi les moyens de prévention, le dépistage lors de l'admission et l'évaluation en continu du délinquant ont été identifiés comme des éléments importants afin de pouvoir cibler les personnes présentant un risque plus élevé et ainsi leur offrir davantage de services (Tripodi & Bender, 2007). Afin de procéder à ce dépistage, des outils psychométriques et des grilles ont été développés. Cinq études ont porté sur ces divers tests, dont celle de Rothberg et Geer Williams (1992) qui en ont examiné 18, celle de Range et Knott (1997) qui en ont présenté 20, celle de Westefeld, Range, Rogers, Maples, Bromley et Alcorn (2000), qui en ont étudié 15, puis celle de Brown (2001) qui en a rapporté 36. Plus récemment il y a eu une étude menée par Perry, Marandos, Coulton et Johnson (2010) sur les outils d'évaluation du risque suicidaire et d'automutilation chez les délinquants. Dans l'ensemble, ces auteurs ont recommandé que des recherches futures soient réalisées, dont principalement des études prospectives, dans le but de vérifier la validité de ces instruments. Dans ces cinq revues, le *Suicide Probability Scale (SPS)*, test conçu par Cull et Gill (1988) et qui est l'instrument utilisé dans le cadre de cette étude, faisait partie des tests répertoriés. Les auteurs ont souligné ses bonnes propriétés psychométriques, mais ce test n'a pas été celui qui ressortait parmi les meilleurs selon leurs conclusions. Pour Perry *et al.* (2010), la sensibilité modérée du *SPS* a été l'élément qui a fait que ce test n'a pas été celui qu'ils ont recommandé. Deux de ces études (Range & Knott, 1997; Westefeld *et al.*, 2000) ont indiqué d'être prudent dans l'interprétation des résultats du *SPS* lorsque administré à des adolescents.

Néanmoins, dans le cadre de sa stratégie de prévention du suicide, le Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), qui est le centre psychiatrique du Service Correctionnel du Canada au Québec, a mis en place une procédure selon laquelle le *SPS* devait être administré au détenu lors

de son admission, puis réadministré à un intervalle variant d'un à trois mois, soit après un mois si le résultat au test précédent indiquait un risque *sévère* et après trois mois pour les autres. Cette procédure d'évaluation initiale et en continu avait été mise en place considérant que les résidents au CRSM sont une population à haut risque de passage à l'acte auto-agressif. Le choix de cet instrument s'expliquait alors par le fait qu'il existait peu de tests d'évaluation du risque suicidaire traduits en français et surtout validés auprès d'une population francophone en milieu carcéral. En plus des problèmes soulevés au sujet du *SPS* (voir Perry *et al.*, 2010), l'utilisation répétée, à court intervalle d'un même test peut, elle aussi, poser problème. En effet, des études ont souligné que l'utilisation répétée d'un test peut avoir des « effets de pratique » (*practice effects*).

L'impact de l'utilisation répétitive d'un instrument

Les études retracées dans la littérature scientifique portant sur l'impact d'une passation répétitive d'un même test, ont surtout été faites pour des tests mesurant les connaissances et les habiletés cognitives, que ce soit dans le domaine scolaire et/ou de la sélection des étudiants pouvant être admis à un collège ou formation particulière ou encore lors du recrutement de personnel. Dans le cadre d'une méta-analyse visant à examiner ces effets de pratiques, Hausknecht, Halper, Di Paolo et Moriarty Gerrard (2007), ont confirmé que : 1) les résultats aux tests d'habiletés cognitives augmentent avec les administrations du test, 2) les effets de pratique sont positivement reliés au « coaching » avant le test dont les candidats avaient bénéficié, 3) les effets de pratique sont plus élevés lorsque le même formulaire est utilisé comparativement à un formulaire alternatif et 4) compte tenu de l'affaiblissement de la mémoire, les effets de pratique diminuent avec le temps. Des explications ont été données par différents auteurs concernant ces effets de pratique, dont : la réduction de l'anxiété, la mémoire des réponses au test précédent, le développement des habiletés et l'apprentissage de stratégies.

Hausknecht et ses collègues (2007) ont souligné que peu de recherches empiriques ont examiné de quelle manière une administration répétitive d'un même test peut altérer sa validité. Ils n'ont retracé que trois études qu'ils ont décrites brièvement n'ayant pas suffisamment de données pour en faire une revue via une méta-analyse. La première de ces études menée par Allalouf et Ben-Shakhar (1998) a démontré que le « coaching », qui signifie la préparation au test, réduit la validité prédictive et crée des biais au niveau des résultats des examens visant à évaluer les aptitudes scolaires. Dans l'étude de Lievens, Buyse et Sackett (2005), les auteurs ont démontré que la validité prédictive du test de connaissances, en comparant les résultats avec la moyenne académique, est meilleure lors de la deuxième administration que la première, alors

qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les deux administrations pour le test d'habiletés cognitives et le test mesurant le jugement. La troisième étude, celle de Hausknecht, Trevor et Farr (2002) a porté sur l'impact de ré-administrer des tests mesurant les habiletés cognitives et la communication orale dans un contexte de sélection de personnel. Les résultats de leurs analyses ont confirmé leurs hypothèses à savoir que les scores aux tests augmentent lorsqu'il y a répétition, aussi que le nombre d'administrations des tests est associé à une meilleure performance au niveau de la formation professionnelle après l'embauche, ainsi qu'à moins de roulement du personnel. En ce sens les auteurs ont fait un lien entre la persistance à repasser les tests de sélection avec la motivation au travail après l'embauche.

Une autre étude menée par Lievens, Reeve et Heggstad (2007) porte sur l'examen des biais psychométriques liés à l'administration répétitive de tests d'habiletés cognitives. Les résultats obtenus démontrent que la passation répétitive d'un même test induit à la fois des biais au niveau des mesures et par conséquent en réduit la valeur prédictive. Une étude récente menée par Bing, Davison et Arvey (2009) a par ailleurs démontré que les mesures répétées d'un même test peuvent augmenter le pouvoir statistique des résultats obtenus en ce qui concerne la fiabilité du test, ce qui s'avère être un avantage pour des entreprises ayant un petit nombre de sujets à évaluer. Toutefois, l'hypothèse que les administrations répétées du test augmentent la validité en comparant les résultats à des mesures de performance, n'a pas été confirmée. Les auteurs soulignent également des limitations liées aux « effets de la pratique ».

Cependant, à notre connaissance, il n'existe aucune étude portant sur l'impact de l'utilisation répétitive d'un test dans le domaine de l'évaluation du risque suicidaire. Bien que la méthodologie dans l'étude menée par Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner et Dixon (1996) a consisté à administrer différents tests, dont le *SPS*, à six reprises, soit avant le traitement, puis après 1, 6, 12, 18 et 24 mois, cette utilisation répétitive visait à évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention offert à des jeunes adultes suicidaires suivis en externe et non à examiner si le fait de réutiliser les mêmes tests pouvaient entraîner un biais au niveau de la validité prédictive du test.

La présente recherche s'intéresse ainsi à l'impact que peut avoir l'utilisation fréquente d'un instrument pour la prédiction du suicide sur sa valeur prédictive. L'hypothèse de recherche est que la validité prédictive du *Suicide Probability Scale (SPS)* aurait tendance à diminuer suite à plusieurs passations auprès des mêmes sujets. Si cette hypothèse est confirmée, il serait alors

préférable de varier les tests dans un but d'améliorer les stratégies utilisées pour la prévention du suicide auprès de ces individus.

Méthodologie

Procédure

La cueillette de données s'est effectuée à partir des dossiers de détenus ayant fait un séjour au Centre Régional de Santé Mentale (CRSM) entre 2000 et 2010. La capacité d'hébergement du CRSM est de 119 détenus et les durées de séjour peuvent varier de quelques semaines à plusieurs années. Les admissions se font soit en urgence et/ou suite à une recommandation du psychiatre ou via une présentation du cas lors d'un comité multidisciplinaire. Les urgences ont lieu lorsqu'un détenu présente une désorganisation importante de l'état mental ou encore lorsque le risque suicidaire demeure élevé et que la situation ne s'améliore pas même après des interventions faites en établissement régulier. Des références se font aussi pour demander une période d'observation clinique plus intensive dans le but de clarifier le diagnostic, alors que pour d'autres détenus, la demande consiste en une prise en charge vu les difficultés de fonctionnement en lien avec leur problématique de santé mentale.

Une procédure dans le cadre de la prévention du suicide avait été mise en place dès les premières années suite à l'ouverture de cette unité psychiatrique. Cette procédure, qui a été cessée à l'automne 2009, consistait à ce que dans les 24 heures suivant son admission au CRSM, chaque détenu rencontre un membre du personnel infirmier qui procédait à une entrevue initiale et qui lui administrait le *Suicide Probability Scale (SPS)*. Le protocole était remis à l'adjointe du service de psychologie qui entrait les données sur ordinateur afin de procéder à l'analyse des résultats via le logiciel de correction. Les scores obtenus étaient imprimés et remis au psychologue de l'unité où réside le détenu, afin qu'il puisse les consulter et les analyser, ayant également reçu le protocole du *SPS*. Le score de probabilité est calculé en comparaison au groupe de référence qualifié comme étant « à haut risque ». Bien que dans certains milieux des interventions sont effectuées lorsque le score de probabilité indique un niveau de risque *sévère*, mais aussi lorsqu'il se situe à *modéré*, considérant que la population du CRSM bénéficie d'un encadrement clinique plus intensif et qu'il y a des intervenants accessibles sur les unités de jour comme de soir, il fut décidé par les dirigeants du département de psychologie de ne retenir que le niveau de risque *sévère* pour qu'une entrevue avec le psychologue traitant ait lieu, dans un délai de 24 heures, afin d'évaluer ce risque et recommander les mesures à instaurer si nécessaire. Selon la procédure existante alors, le *SPS* était administré à un intervalle variant d'un à trois

mois, selon le résultat obtenu à la dernière passation. Une banque de données tenue par le Service de psychologie du CRSM à partir de 2002, indiquait le niveau de risque obtenu au *SPS* pour chaque détenu, ainsi que la date à laquelle ce test avait été administré.

Participants

La première étape de la cueillette de données fut de retracer trente ($n = 30$) individus ayant fait une tentative de suicide (*Ts*) au cours de leur séjour au CRSM. L'identification de ces personnes a d'abord été effectuée à partir de la liste des rapports d'incidents qui a été obtenue par le département des analystes sur le profil des délinquants du Service Correctionnel du Canada. Une consultation des dossiers, plus spécifiquement des rapports de fin de traitement et des évaluations psychiatriques et psychologiques, a permis de compléter l'identification de ces trente participants, car certaines tentatives de suicide, bien que répertoriées au dossier, n'avaient pas été rapportées officiellement. Parmi les méthodes employées pour poser leur geste suicidaire, seize détenus se sont lacérés, sept ont tenté de se pendre, trois ont utilisé la strangulation et quatre ont cessé de s'alimenter non pas dans un but revendicateur, mais plutôt de vouloir mettre fin à leurs jours, ce qui a été validé suite à l'évaluation faite par le psychologue et/ou psychiatre.

Par la suite, un groupe contrôle de 30 individus (*Sans-Ts*; $n = 30$) ont été sélectionnés à partir de la banque de données. La consultation des dossiers visait à s'assurer que ces 30 participants n'avaient pas posé de geste suicidaire après leur admission au CRSM. Cette sélection a tenu compte de certains critères afin d'assurer une comparaison avec des variables similaires, dont la première étant un nombre équivalent ou supérieur d'administration du *SPS* que les sujets du groupe *Ts*. Les autres variables sont, selon la littérature scientifique, des facteurs de risque significatifs dans l'évaluation du risque suicidaire, dont l'âge, la durée de la sentence, le type de délit et le diagnostic psychiatrique.

La consultation des dossiers s'est réalisée principalement à partir du système de gestion des détenus (SGD) qui est le système informatisé du SCC dans lequel la majorité des intervenants inscrivent leurs notes et/ou rapport, à l'exception du personnel médical. Néanmoins, une consultation des dossiers psychologiques fut nécessaire pour retracer les résultats totaux au *SPS*, puisque la banque de données n'indiquait que le niveau de risque soit *sévère*, *modéré*, *faible* ou *sous-clinique*.

Les 60 participants (30 *Ts* et 30 *Sans-Ts*) sont des hommes adultes qui sont ou ont été incarcérés dans un établissement correctionnel fédéral, ce qui signifie pour une peine supérieure à 2 ans et qui ont fait un séjour au CRSM entre 2000 à 2010. L'âge des participants varie de 18 à

64 ans ($M = 38.17$; $ÉT = 12.19$). Plus de 40% des participants (26) avaient reçu une sentence inférieure à 5 ans. Le quart des sujets (15) purgeaient une sentence supérieure à 25 ans, incluant les sentences-vie, mais aussi ceux pour qui la sentence a été augmentée suite à des récidives faites alors qu'ils n'avaient pas complété leur mandat. Les 19 autres sujets de l'échantillon avaient eu des sentences dont la durée variait de 5 à 25 ans, dont neuf pour une durée de 5 à 10 ans, huit pour une sentence de 10 à 15 ans et les deux derniers pour une peine respective de 16 et 21 ans.

Seulement 2 des 60 participants étaient incarcérés pour des crimes non violents, tels que fraude, introduction par effraction, vol simple, trafic et/ou possession de stupéfiants. Deux autres avaient commis des délits contre les biens, tels que méfait, bris de propriété et incendie criminel. Le tiers des participants (20) ont été condamnés pour des délits violents contre autrui, tel que tentative de meurtre, voies de fait, séquestration, agression causant des lésions corporelles ou proférer des menaces. À ce nombre peuvent s'ajouter les 16 détenus de l'échantillon qui furent arrêtés pour des vols qualifiés, puisque ces crimes sont aussi considérés comme des délits violents envers la personne, mais qui sont davantage acquisitifs. Près d'un autre tiers (17 participants) ont été condamnés soit pour meurtre ou homicide involontaire. Plus de la moitié en étaient à leur première sentence en milieu pénitentiaire, mais la majorité (plus de 90%) avaient eu des antécédents avec la justice.

En ce qui concerne les diagnostics, 80% des participants présentent un trouble psychiatrique à l'Axe I selon le DSM-IV. Les diagnostics sont établis par le psychiatre traitant et c'est le dernier diagnostic inscrit au dossier du patient lors de son séjour au CRSM qui a été considéré dans les données. Des diagnostics tels que schizophrénie ou autres troubles psychotiques, comme le trouble délirant, le trouble schizo-affectif, ou une psychose non spécifiée sont retenus chez 13 participants (21.7%). Dix-sept sujets (28.3%) présentent un trouble de l'humeur, soit un trouble bipolaire, une dépression majeure ou un trouble dysthymique. Le trouble de l'adaptation est identifié comme principal diagnostic chez 7 (11.7%) des participants. Les troubles anxieux, dont le trouble obsessionnel compulsif, les attaques de panique et les états de stress post-traumatique se retrouvent chez 8.3% de l'échantillon (5 sujets). Deux participants (3.3%) ont un diagnostic qui se retrouve dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions comme par exemple la pyromanie, le jeu pathologique, et la kleptomanie. Deux autres (3.3%) présentent un trouble cognitif lié à des séquelles d'un traumatisme crânien et le même nombre (3.3%) présente un diagnostic parmi les troubles

diagnostiqués durant l'enfance, comme le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou des troubles autistiques. Douze participants ne présentent qu'un diagnostic d'abus de substances à l'Axe I, sans autre diagnostic psychiatrique. À noter que parmi ces douze participants deux présentent une déficience intellectuelle légère (3,3%).

Il est important de souligner qu'il y a souvent de la comorbidité chez cette population au niveau des diagnostics. Ainsi, plusieurs ont également un second diagnostic à l'Axe I, dont 24 pour abus de substances (40%), mais également d'autres diagnostics, dont le trouble d'adaptation, le trouble anxieux non spécifié, le trouble de déficit de l'attention et le trouble de stress post-traumatique. Sans oublier les diagnostics à l'Axe II, où 47 (78,3%) présentent un trouble de la personnalité et 12 (20%) présentent certains traits de personnalité. Parmi ces diagnostics de trouble de la personnalité, les plus fréquents sont identifiés comme suit : 20 (33,3%) ayant reçu le diagnostic de trouble de personnalité mixte du groupe B (qui inclut la personnalité antisociale, limite, narcissique et histrionique), 13 (21,7%) présentant le trouble de personnalité antisociale et 11 (18,3%) le trouble de personnalité limite, totalisant 44 participants.

Concernant le nombre de passations, ce critère fut déterminé à partir des 30 sujets du groupe *Ts*. Comme c'est le cas dans les études prospectives, toutes les variables du phénomène étudié ne peuvent être contrôlées et bien que le but de cette recherche était de vérifier l'impact de l'utilisation répétitive d'un même test sur sa validité prédictive, 11 des détenus du groupe *Ts* ont fait leur tentative de suicide après une seule passation du *SPS*. Pour les 19 autres participants du groupe *Ts*, 6 ont fait leur tentative après la deuxième passation, 4 après la troisième, 3 après une quatrième, 2 après une cinquième et pour les 4 derniers, leur tentative a eu lieu respectivement après une sixième, douzième, vingt-deuxième et vingt-huitième passation du *SPS*.

Comme les participants du groupe *Sans-Ts* ont été sélectionnés pour comparer l'impact de l'utilisation répétitive, il fallait dans un premier temps recruter des participants ayant eu un nombre équivalent ou supérieur de passations du *SPS* que les participants du groupe *Ts*. Seuls les résultats correspondant au même nombre d'administrations que celui du groupe *Ts* ont été considérés. Par exemple, même si selon la banque de données le *SPS* avait été administré 6 fois au participant du groupe *Sans-Ts* (sélectionné selon les critères nommés précédemment), mais que le participant du groupe *Ts* n'avait que 3 administrations du *SPS*, seuls les résultats des trois premières administrations seront pris en considération dans cette étude. Aussi, bien que le nombre de passations devait être identique entre les deux groupes, il y a eu deux cas pour qui il y a eu une passation de moins et trois cas pour qui une administration supplémentaire du *SPS* a été

considérée dans les données des participants du groupe *Sans-Ts*. Ces différences quant au nombre d'administrations du test considéré dans les analyses sont survenues pour les cas où il y avait un refus du participant d'un des deux groupes à répondre à une des administrations du *SPS* ou encore parce qu'une administration aurait dû avoir lieu selon la procédure mais que le test était absent au dossier. Dans un des cas, la différence s'explique par le fait qu'il n'a pas été possible de trouver un participant ayant 28 passations, mais un sujet qui en avait eu 27 fut retracé. Il faut dire que le nombre de candidats ayant un tel nombre d'administrations du test était plus rare dans la banque de données, d'autant plus que d'autres critères devaient être considérés lors de la sélection tel que mentionné précédemment (âge, durée de la sentence, type de délit, diagnostic).

Considérant que ces variables furent contrôlées lors de la sélection des participants du groupe *Sans-Ts* dans le but de correspondre à celles du groupe *Ts*, il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes quant à ces variables dont l'âge ($t = 0,17$, *n.s.*), la durée de la sentence ($t = 0,27$, *n.s.*), le type de délits ($V = 0,21$, *n.s.*), le diagnostic à l'Axe I ($V = 0,20$, *n.s.*), le diagnostic à l'Axe II ($V = 0,27$, *n.s.*) et le nombre de passation ($t = 0,00$, *n.s.*).

Instrument

Le *Suicide Probability Scale (SPS)* consiste en un questionnaire comprenant 36 énoncés auxquels les participants doivent répondre sur une échelle de Likert de quatre points variant de 1 à 4, 1 signifiant « jamais ou rarement » et 4 pour « la plupart du temps ou toujours ». Il existe trois types de résultats : le score total (score brut), un score T normalisé et le score de probabilité. Le score de probabilité (*SPSp*) varie de 1 à 100 et a été construit pour correspondre à trois types de populations distinctes, soit à haut risque, à risque intermédiaire ou à faible risque, où pour chaque groupe des taux de base différents ont été considérés pour déterminer le niveau de risque. Un *SPSp* de 75 à 100 équivaut à un risque *sévère*, de 50 à 74 à un risque *modéré*, de 25 à 49 à un risque *faible*, puis de 1 à 24, le risque est qualifié comme étant *sous-clinique*. Tel que mentionné précédemment, la pratique clinique dans certains milieux a amené une autre classification en deux catégories de risque, soit un risque *élevé* incluant les niveaux de risque *modéré* et *sévère*, (*SPSp* se situant de 50 à 100) et un risque *faible* pour les niveaux de risque *sous-clinique* et *faible*, (*SPSp* de 1 à 49) (Naud & Daigle, 2009).

Le *SPS* inclut quatre sous-échelles, dont *Désespoir*, *Idéations suicidaires*, *Évaluation négative de soi* et *Hostilité*. L'élaboration du *SPS* a été faite à partir de divers concepts théoriques sur le suicide. Les auteurs ont testé 200 items. Cette version initiale du test a été

administrée à un groupe d'individus ayant un antécédent de tentative de suicide, puis suite à une discrimination faite par un panel de juges cliniciens, ces items ont été classifiés selon la clarté et l'adéquacité, ce qui a permis de réduire le nombre d'items et d'en retenir que 36. La normalisation du test a été réalisée avec un échantillon de 562 individus (220 hommes et 342 femmes) de la population générale d'adultes et d'adolescents de San Antonio au Texas, qui n'avaient pas d'antécédents suicidaires ni psychiatriques. Cet échantillon a servi de groupe contrôle, comparé à un échantillon de 260 patients psychiatriques (87 hommes, 173 femmes) et à un échantillon de 336 individus (100 hommes et 236 femmes) ayant fait une tentative de suicide dans les 48 dernières heures.

Des études ont été réalisées pour vérifier les propriétés psychométriques du *SPS*. La fidélité de l'instrument a été démontrée. La consistance interne s'est avérée élevée, les résultats obtenus affichant un coefficient alpha de Cronbach de 0,93 (Cull & Gill, 1988). La fidélité test-retest, après une période de trois semaines s'est également révélée élevée, la corrélation étant de 0,92 et une autre étude test-retest avec un échantillon plus large après un intervalle de 10 jours, a obtenu une corrélation de 0,94 (Cull & Gill, 1988). Ces résultats amenèrent Cull et Gill à dire que le *SPS* n'est pas ou peu affecté par la variabilité des situations et par conséquent, que cela rend difficile d'interpréter des administrations répétitives.

Cull et Gill (1988) ont également vérifié la validité du contenu du *SPS* par le biais d'une étude qualitative où chaque item a été évalué selon le rationnel théorique sous-jacent. Puis, ils ont examiné la validité concordante avec l'échelle du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* : Hathaway & McKinley, 1942) qui est reconnue pour donner un aperçu du risque suicidaire. Les résultats obtenus confirmèrent la pertinence des items du *SPS*. Une autre comparaison a été réalisée avec l'échelle *Lie* du *MMPI* et les corrélations se sont avérées faibles, d'où l'hypothèse que le *SPS* n'est pas ou peu affecté par des tentatives des répondants de manipuler les résultats.

La validité prédictive de l'instrument a été vérifiée par diverses études. Il y a eu celle de Eisenberg, Hubbard et Epstein (1989, 1990), menée auprès de 1397 vétérans hospitalisés dont 145 ont obtenu un résultat indiquant un risque *sévère*. Après vérification par le biais d'une entrevue, 100% de ces patients ont été identifiés comme ayant des idéations suicidaires. Quatorze patients ont fait une tentative de suicide durant la période de l'étude, et parmi les huit qui avaient passé un *SPS*, quatre avaient été adéquatement détectés, ce qui signifie qu'il y avait 50% de faux négatifs. L'étude menée par Larzelere, Smith, Batenhorst et Kelly (1996) auprès

d'adolescents dans un centre de traitement, conclut à une bonne validité du *SPS* pour prédire les comportements autodestructeurs, mais démontre que l'instrument n'a pu prédire que 48% des tentatives de suicide. Plus récemment Naud et Daigle (2009) ont mené une étude prospective sur une période de 11 ans et demi auprès de 1025 hommes à qui le *SPS* avait été administré lors de leur admission au pénitencier. Leurs résultats démontrent une capacité de l'instrument à bien prédire dans 60% des cas, ce qui selon les auteurs est statistiquement significatif dans le domaine de la prédiction du suicide. Blouin, Guay et Drapeau (2011) ont également vérifié la validité prédictive du *SPS* à partir d'une étude prospective. Ils ont analysé les résultats obtenus au *SPS* administré à 60 détenus séjournant dans un centre psychiatrique dont 30 ont posé un geste suicidaire. Les résultats obtenus à la passation du *SPS* précédant le passage à l'acte se sont avérés statistiquement significatifs.

Analyse des données

Dans le but d'évaluer l'impact de l'utilisation répétitive du *SPS* sur la validité prédictive, des analyses statistiques ont été faites à partir du score total de la dernière passation du test.

Ces analyses ont d'abord été réalisées avec la technique ROC (Receiver Operating Characteristic Curve). Quatre groupes ont été créés, un pour ceux ayant quatre passations et plus du *SPS* ($n = 16$) puis un pour ceux ayant eu trois passations ($n = 12$), ainsi qu'un pour ceux ayant deux passations ($n = 11$), et finalement un avec ceux n'ayant eu qu'une passation ($n = 21$). Ainsi, malgré le fait que, pour plusieurs participants, une seule administration du *SPS* a été considérée puisque pour les 11 sujets du groupe *Ts*, la tentative de suicide a eu lieu avant qu'il y ait eu une deuxième administration du *SPS*, les résultats au *SPS* de ces participants ont tout de même été considérés dans ces analyses statistiques. Cette technique permet de vérifier la spécificité ainsi que la sensibilité de l'instrument. Un instrument obtenant une spécificité élevée signifie qu'il discrimine bien les participants qui, selon les résultats, sont identifiés comme étant à risque faible de passage à l'acte et qui, dans les faits, ne posent pas de gestes suicidaires, donc les vrais négatifs. La sensibilité quant à elle mesure plus la capacité de l'instrument à bien identifier ceux qui poseront un geste suicidaire, donc ceux qui ont eu un résultat indiquant un risque élevé de passage à l'acte et qui effectivement feront une tentative de suicide (les vrais positifs).

L'analyse ROC utilise un coefficient d'aire sous la courbe (AUC : area under the curve). Le coefficient peut varier de 0 à 1, où 1 indique une prédiction parfaite et 0,5 indique une prédiction équivalente au hasard. Plus concrètement, la valeur du coefficient AUC reflète la

probabilité qu'un délinquant ayant commis un geste suicidaire ait un score plus élevé à la mesure qu'un autre qui n'a pas commis de geste suicidaire. Il est généralement admis qu'un AUC supérieur à 0,714 est considéré bon, un AUC allant de 0,639 à 0,714 est considéré modéré tandis qu'un AUC inférieur à 0,639 est considéré faible (Cohen, 1992).

La régression logistique a également été utilisée dans le but de vérifier la relation entre le fait d'avoir ou non posé un geste suicidaire, qui est la conduite que l'instrument cherche à prédire, le résultat obtenu au *SPS* ainsi que le nombre de passations du test.

Une autre analyse ROC fut effectuée afin de comparer la validité prédictive lorsque l'analyse porte sur le résultat le plus élevé parmi toutes les passations du test pour un même participant, avec celle obtenue lorsque l'analyse était faite à partir des résultats de la dernière passation (soit la passation précédant le passage à l'acte et un nombre équivalent de passations pour les participants du groupe contrôle soit le groupe *Sans-Ts*). Cette analyse visera à déterminer si le résultat le plus élevé représente celui auquel les intervenants devraient accorder le plus d'importance et ce malgré que le risque puisse par la suite diminuer.

Éthique

Une autorisation des comités de recherche du Service Correctionnel du Canada (SCC) tant régional que national, a été obtenue afin de procéder à la cueillette de données, qui s'est faite à partir des dossiers. Le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke a également évalué et accepté ce projet de recherche. Les participants ont tous été identifiés par un numéro dont seul le chercheur connaît l'identité.

Résultats

Il y a eu un total de 250 administrations du *SPS* pour l'ensemble des 60 participants, dont 125 pour chaque groupe. Le tableau 1 affiche les résultats par groupe, (*Ts et Sans-Ts*). Ces résultats sont présentés par niveaux de risque en notant le nombre d'administrations du test ayant indiqué un niveau de risque *sévère, modéré, faible* ou *sous-clinique*. Comme on peut le constater, il y a presque trois fois plus de résultats indiquant un risque *sévère* et deux fois plus de résultats indiquant un risque *modéré* chez les participants du groupe *Ts*. Cependant selon l'analyse faite pour vérifier la mesure d'association (ou de force) en tableau croisé, les résultats n'ont pas été significatifs statistiquement.

Le tableau 2 montre les données sous un autre angle, à savoir le nombre de participants pour chacun des deux groupes ayant obtenu au moins un résultat correspondant à chacun des niveaux de risque. Le nombre de participants qui n'ont pas obtenu un risque supérieur a été noté

entre parenthèses, ce qui permet de savoir le nombre de participants pour lesquels ce niveau de risque était le risque maximal obtenu. Ces données permettent de constater que le nombre de résultats indiquant un risque *sévère* est deux fois plus élevé chez les participants du groupe *Ts*. Effectivement, sur les 30 individus du groupe *Ts*, 14 ont eu au moins un résultat indiquant un risque *sévère* parmi toutes les administrations du *SPS* effectuées auprès d'eux avant que survienne leur tentative. Pour le groupe *Sans-Ts*, 7 ont eu au moins un résultat indiquant un niveau de risque *sévère*. Lorsque cette observation des résultats tient compte de la répartition en deux catégories de risque où un risque *élevé* correspond au niveau de risque *sévère* et *modéré*, le nombre de participants présentant un risque *élevé* augmente à 23 pour le groupe *Ts*, et à 19 pour le groupe *Sans-Ts*. Ainsi, la différence entre les deux groupes s'avère plus importante lorsque seul le niveau de risque *sévère* est considéré. Les différences sont moins marquées pour les autres niveaux de risque, bien que les participants du groupe *Sans-Ts* aient obtenu davantage de résultats indiquant un risque *faible* et *sous-clinique*.

En examinant l'ensemble des résultats obtenus lors des passations répétitives, nous avons pu observer la variabilité quant au niveau de risque (*sévère*, *modéré*, *faible* et *sous-clinique*) et comparer si cette variabilité est différente entre les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*). Le tableau 3 présente ces données, en indiquant le nombre de variations du niveau de risque identifié par le test comparativement au résultat du test administré précédemment. Ces données sont présentées selon que la variation est décroissante, croissante ou s'il n'y en a aucune, donc que le niveau de risque est le même. Il y a eu dans l'ensemble, 190 répétitions du *SPS*, soit 95 dans chacun des groupes. Plus de 57% des résultats des ré-administrations indiquent un niveau de risque similaire à la passation précédente ($n = 110$). Cette stabilité au niveau du risque est observée plus souvent chez le groupe *Sans-Ts*, soit 61 fois comparativement à 49 pour le groupe *Ts*. Parmi les variations de niveaux de risque, il y en a plus chez les participants du groupe *Ts* ($n = 46$), que chez le groupe *Sans-Ts* ($n = 34$). À noter que ces changements de niveaux de risque sont croissants pour 31 des tests réadministrés (20 chez le groupe *Ts* et 11 chez le groupe *Sans-Ts*) et décroissants dans le cas de 49 répétitions du *SPS* (dont 26 pour le groupe *Ts* et 23 pour le groupe *Sans-Ts*).

Lorsque ces données sont regardées en regroupant les quatre niveaux de risque en deux catégories, telles que définies par Naud et Daigle (2009) en tenant compte de la pratique clinique, soit un risque « *élevé* » incluant le niveau de risque *sévère* et *modéré* et un risque « *faible* », correspondant aux deux autres niveaux de risque, soit *faible* et *sous-clinique*, les

variations observées sont moins fréquentes, puisqu'il y a moins de possibilités de catégories. Effectivement, moins de 20% des ré-administrations du *SPS* indiquent une catégorie de risque différente du résultat obtenu au test administré précédemment. Parmi ces variations ($n = 37$), 23 sont décroissantes (13 pour le groupe *Sans-Ts* et 10 pour le groupe *Ts*) et 14 croissantes (4 chez le groupe *Sans-Ts* et 10 chez le groupe *Ts*). Parmi les réadministrations indiquant une catégorie de risque similaire ($n = 153$), la majorité se situe dans la catégorie de risque faible ($n = 114$), dont 72 chez le groupe *Sans-Ts* et 42 chez le groupe *Ts*. Ces données sont indiquées dans le tableau 4.

La durée moyenne entre les administrations était de 103,8 jours. En enlevant les administrations suivants les tests ayant obtenu un niveau de risque *sévère* ($n = 23$), considérant que selon la procédure établie, une ré-administration du *SPS* devait, dans ces cas-là, s'effectuer un mois plus tard, la durée moyenne entre les passations du *SPS* s'élevait à 108,4 jours. Ces moyennes indiquent que la procédure d'une administration aux 3 mois n'a pas toujours été respectée, car outre les refus de la part de participants à répondre au test, ce qui a pu être objectivé à quatre reprises lors de la vérification des dossiers, il y a souvent eu des périodes entre les passations dépassant 3 mois. Selon les données recueillies, dans 53 cas le *SPS* a été ré-administré entre le 3^{ième} et 4^{ième} mois, 25 cas entre le 4^{ième} et le 5^{ième} mois, 12 entre le 5^{ième} et le 6^{ième} mois et 14 après plus de 6 mois.

Les résultats des analyses ROC sont illustrés dans le tableau 5. Les aires sous la courbe les plus élevées étaient celles pour les résultats lors de la deuxième passation ($AUC = 0,900$) et pour les derniers résultats lorsqu'il y avait plus de quatre passation du *SPS* ($AUC = 0,889$). De plus, ces résultats étaient significatifs statistiquement, ce qui n'était pas le cas lors de la troisième passation, ainsi que pour les résultats lors de la première administration du test, où d'ailleurs l'aire sous la courbe était la plus petite ($AUC = 0,580$) comparativement aux résultats lorsqu'il y avait eu des administrations répétées du test.

Le tableau 6 montre les résultats de la régression logistique. La variable dépendante étant la présence ou non d'une tentative de suicide suite à la passation du *SPS* et les variables indépendantes étudiées sont le résultat total obtenu à la dernière passation du test, ainsi que le nombre de passations du test. L'analyse statistique de la régression logistique est significative, le chi-carré se situant à 0,989 à 2 degrés de liberté et le R^2 de Nagelkerke ayant une valeur de 0,208. Les rapports des cotes (*odd ratios*) obtenus s'avèrent significatifs pour le résultat total au

SPS de la dernière passation, mais ne le sont pas pour la variable consistant au nombre de passations du *SPS*.

Les résultats de l'analyse ROC réalisée pour vérifier si le résultat maximal obtenu par participant parmi l'ensemble des *SPS* qui lui ont été administrés était le meilleur pour prédire le risque comparé au résultat de la dernière administration du *SPS*, sont indiqués dans le tableau 7. Bien que les deux analyses pour le résultat total s'avèrent significatives, elles permettent de constater que la dernière administration du *SPS* obtient une meilleure validité prédictive, l'aire sous la courbe étant plus élevée ($AUC = 0,731$) que celle de la passation ayant obtenu le résultat maximal ($AUC = 0,652$). Les analyses ROC ont aussi été réalisées pour les quatre sous-échelles de l'instrument, soit les sous-échelles *Désespoir*, *Idéation suicidaire*, *Évaluation négative de soi* et *Hostilité*. Ces analyses démontrent là aussi que les résultats obtenus pour la dernière passation sont plus significatifs, principalement pour les sous-échelles *Désespoir* et *Idéation suicidaire*. Alors que dans le cas de la passation ayant obtenu le résultat maximal, seule la sous-échelle *Idéation suicidaire* se révèle être significative.

Une recommandation des auteurs du *SPS* était d'explorer plus attentivement les résultats lorsque le score T était supérieur à 60 et inférieur à 40. En examinant les scores T pour chacune des 250 administrations du *SPS*, nous constatons que 182 (72,8%) ont un score T plus grand que 60 (118 \geq 60, 63 \geq 70 et 1 \geq 80), dont 49 des 60 premières administrations. Sur ces 182 passations présentant un score T plus élevé que 60, 55,5% ($n = 101$) se retrouve chez le groupe *Ts*. Seulement quatre tests ont eu un score T égal ou inférieur à 40, et ces quatre tests ont été observés chez des participants du groupe *Ts*. Dans l'ensemble des réadministrations ($N = 190$), le score T tend légèrement plus à diminuer ($n = 88$) plutôt qu'à augmenter ($n = 75$). Il est demeuré le même lors de 27 réadministrations. En comparant avec le score T obtenu lors de la première administration du *SPS*, il n'y a que trois participants chez qui l'une des réadministrations du test a indiqué un score T supérieur à 60, alors que la première administration indique un score T inférieur à 60 et ces trois participants font partie du groupe *Sans-Ts*. De plus, il y a eu le double de passations chez le groupe *Sans-Ts* ($n = 12$) comparativement au groupe *Ts* ($n = 6$), dont le score T a été plus élevé que 60 comparativement à une administration faite précédemment auprès du même participant où le score T était inférieur à 60. Bien qu'il y ait plus de scores T égal ou supérieur à 60 observés chez le groupe *Ts*, il semble qu'il y ait davantage d'augmentations du score T lors des réadministrations chez le groupe *Sans-Ts*.

Discussion

Selon les résultats obtenus aux analyses statistiques, il n'y a pas d'indication que l'instrument perd de sa validité prédictive lorsqu'il y a des administrations répétitives. Le dernier résultat demeure statistiquement significatif pour prédire le risque suicidaire, même s'il y a eu plusieurs administrations. De plus, les analyses ROC tendent à démontrer que lorsqu'il y a plus d'une administration du test, la validité prédictive se révèle meilleure. Cependant, il faut demeurer prudent quant à l'interprétation de ces données compte tenu que le nombre de participants ayant eu plusieurs administrations du *SPS* était peu élevé, surtout lorsqu'ils étaient regroupés selon le nombre de passations, à savoir une seule, deux, trois ou quatre et plus. Ainsi, malgré le nombre restreint de participants ayant eu le même nombre de passations répétitives du test, les données obtenues ne semblent pas indiquer un impact sur l'efficacité du test à bien prédire le comportement étudié comme ce fut le cas pour les tests d'habiletés cognitives où les effets de pratique ont été souvent démontrés dans les études portant sur le sujet.

L'examen des résultats sous un mode descriptif permet de constater que dans plus de la moitié des réadministrations du *SPS*, les résultats sont similaires à ceux obtenus lors de la passation précédente. Parmi les variations observées quant au niveau de risque (*sévère, modéré, faible et sous-clinique*), celles-ci étaient plus fréquentes chez les participants du groupe *Ts*, que chez le groupe *Sans-Ts*. Ces résultats démontrent que le risque suicidaire fluctue dans le temps et il semble que chez les personnes ayant posé ultérieurement un geste suicidaire, ce risque fluctue davantage. À noter que le fait que la sélection du groupe témoin (*Sans-Ts*) a été réalisée en tenant compte de certaines caractéristiques afin de comparer des participants présentant une similarité quant aux diagnostics, ainsi qu'à l'âge, la durée de la sentence et le type de délits, la différence quant aux fluctuations observées entre les deux groupes (*Ts* et *Sans-Ts*) ne peut s'expliquer par ces facteurs.

Dans l'ensemble, il y a eu plus de résultats indiquant une diminution du risque. Cette diminution est peut-être reliée à l'encadrement et au traitement thérapeutique offert au CRSM dont bénéficient les résidents, ce qui favorise une amélioration de leur humeur et de leur état mental. L'analyse statistique effectuée à partir des résultats où le score était le plus élevé parmi l'ensemble des passations par participant, s'est révélée significative, mais le résultat de la dernière passation était meilleur pour prédire le passage à l'acte suicidaire. Par conséquent, cela invite les cliniciens à porter une attention au résultat le plus récent, mais aussi à tenir compte du résultat le plus élevé parmi les administrations précédentes que le détenu a eues. D'ailleurs dans

huit cas sur les trente ayant fait une tentative de suicide, un résultat parmi les administrations précédentes avait indiqué un risque plus élevé comparativement à la passation précédant le passage à l'acte.

Considérant que ce sont les sous-échelles *Désespoir* et *Idéation suicidaire* qui ont été significatives lors de la passation la plus récente, les cliniciens devraient aussi examiner davantage le résultat obtenu à ces deux sous-échelles. L'étude prospective réalisée par Naud et Daigle (2009) chez un échantillon de 1025 détenus a révélé que trois sous-échelles sur quatre étaient significatives; seule la sous-échelle *Désespoir* était non discriminante. Cette distinction quant à la valeur significative des sous-échelles entre les deux études s'explique peut-être par le fait que la population est différente en certains points, car même s'il s'agit aussi d'hommes étant ou ayant été incarcérés au pénitencier, les 60 participants de notre échantillon avaient été transférés au centre psychiatrique au cours de leur sentence. Cela signifie qu'ils présentaient ou ont manifesté une certaine désorganisation ou fragilisation de leur état mental lors de leur période d'incarcération. C'est ce qui peut expliquer que la sous-échelle *Désespoir* ressort comme étant davantage représentative du risque suicidaire, ce qui est d'ailleurs souvent démontré dans la littérature sur le suicide. Chez les détenus de la population régulière, comme le suggèrent Naud et Daigle (2009), le fait que cette sous-échelle ne soit pas significative est peut-être lié à la personnalité du détenu qui ressent et dévoile peu son vécu émotif.

À l'inverse, les sous-échelles *Évaluation négative de soi* et *Hostilité* n'ont pas été significatives dans les analyses faites tant pour la première passation, que pour celle ayant obtenu le résultat maximal, que pour la plus récente, alors qu'elles ont été significatives dans l'étude de Naud et Daigle (2009) pour les périodes de 24 et de 120 mois. Cela peut indiquer que l'hostilité semble davantage présente chez la population carcérale régulière, alors que chez la population carcérale psychiatisée, cette notion est moins présente ou plutôt est moins liée au risque de passage à l'acte suicidaire. D'ailleurs lorsque les résultats sont observés plus attentivement, on constate que la majorité des participants ont obtenus des scores peu élevés pour cette sous-échelle et ce tant chez le groupe *Ts* que le groupe *Sans-Ts*. Quant à la sous-échelle *Évaluation négative de soi*, l'observation des résultats indique au contraire des scores plus élevés, mais assez similaires entre les deux groupes, ce qui fait en sorte que cette notion ne discrimine pas suffisamment les participants qui par la suite ont fait une tentative de suicide de ceux n'ayant pas posé de gestes suicidaires. Cela pourrait signifier que chez une population à la fois carcérale, mais séjournant en centre psychiatrique, qui présente donc une plus grande fragilité ayant

conduit à leur transfert au CRSM. l'élément lié à l'estime de soi qui est mesuré par la sous-échelle *Évaluation négative de soi*, ne soit pas un facteur permettant de différencier ceux étant plus à risque de poser un geste suicidaire.

Selon Cull et Gill (1988), un score T élevé devrait inciter l'examineur à envisager la possibilité que ce soit un faux positif, sans toutefois écarter la possibilité que ce soit un individu hautement suicidaire, d'où la nécessité de procéder à une entrevue clinique. Ils ont également suggéré d'être prudents en interprétant un score T inférieur à 40, car il pourrait s'agir d'un faux négatif. Les observations réalisées au niveau des scores T tendent à suggérer que les réadministrations du test ne semblent pas affecter les résultats. Ainsi, il n'y aurait pas eu davantage de participants qui tendent à exagérer leurs réponses, donc des faux positifs, tel que cela peut être le cas selon ce que suggèrent les auteurs du *SPS*, lors des réadministrations du *SPS* comparativement à la première administration du test.

Une limite de cette étude est liée au fait qu'il s'agit d'une étude prospective et que la procédure qui avait été mise en place n'a pas toujours été respectée au niveau des délais recommandés pour réadministrer le test, soit après trois mois ou encore après un mois lorsque le résultat indiquait un risque *sévère*. De plus, il arrivait que le test était auto-administré et d'autres fois, que le test était administré dans le cadre d'une entrevue avec un membre du personnel infirmier qui lisait les 36 items au détenu et notait ses réponses. Toutefois, la manière dont le protocole a été répondu n'étant pas indiquée sur le formulaire au dossier, cette donnée demeurait impossible à préciser. Ces deux points défailants au niveau de la procédure pourraient avoir eu un impact sur les résultats obtenus au *SPS* et à l'analyse faite quant aux réadministrations, compte tenu que le délai entre les passations n'était pas toujours le même.

Implications cliniques et recherches futures

Malgré la prudence à laquelle les résultats de la présente étude nous incitent, il semble que la procédure qui était appliquée au CRSM, consistant à réadministrer le *SPS* aux détenus-patients soit après un ou trois mois, dépendamment du niveau de risque du test précédent, était efficace pour bien prédire le risque suicidaire et ce peu importe le nombre de fois que le test avait déjà été administré antérieurement. Cette procédure a toutefois été cessée depuis octobre 2009, où il fut décidé d'administrer le test qu'à l'admission. Ce choix faisait suite au fait que les gestionnaires cliniques ont pris connaissance de l'indication faite par les auteurs du *SPS*, à savoir que l'instrument est peu affecté par la variabilité des situations, donc selon eux, cela rend difficile d'interpréter des administrations répétitives, mais aussi parce que plusieurs intervenants

ne percevaient pas cette procédure comme étant utile. Certains considéraient que l'encadrement thérapeutique offert au CRSM était suffisant comme moyen de prévention du suicide, car chaque détenu était vu régulièrement par un clinicien de son équipe multidisciplinaire, que ce soit l'infirmier, le psychoéducateur, le psychologue ou le psychiatre. Néanmoins, la procédure actuelle, consistant à administrer le *SPS* seulement au moment de l'admission, s'est révélée non significative comparativement au résultat de la passation la plus récente, selon les analyses statistiques faites dans le cadre d'un article précédent (Blouin, Guay, & Drapeau, 2011), d'où la recommandation de réévaluer le risque régulièrement auprès d'une clientèle qui présente un potentiel important au niveau du risque suicidaire. En ce sens, il serait souhaitable que les intervenants soient sensibilisés à ces données de recherche, afin qu'ils considèrent cette évaluation du risque de suicide selon le *SPS* administré à l'admission avec précaution. Cette précaution serait à faire d'autant plus lorsque le séjour du détenu au CRSM se prolonge, car le passage à l'acte arrive souvent après une période de trois mois, ce qui fut le cas dans la présente étude pour 20 sujets sur 30, dont pour 14 chez qui la tentative a eu lieu plus de six mois après l'admission.

Une limite de cette étude est liée au choix méthodologique, puisque celui-ci a restreint le nombre de participants. Tel que mentionné précédemment, la sélection des participants s'est d'abord effectuée en retraçant 30 détenus ayant fait une tentative de suicide après leur admission au CRSM (groupe *Ts*), puis en trouvant 30 détenus qui avaient au moins un nombre équivalent ou supérieur de passations du *SPS*, mais qui devaient aussi correspondre à des caractéristiques similaires aux sujets du groupe *Ts*, soit l'âge, la durée de la sentence, le type de délit, les diagnostics. Un avantage était de s'assurer que ces variables n'influençaient pas les différences quant au résultat de l'évaluation du risque suicidaire faite par le test *SPS*, puisque ce sont tous des éléments qui ont été identifiés comme étant des facteurs de risque au niveau du suicide, ce qui a déjà été démontré dans la littérature (Moscicki, 1997, Polvi, 1997, Tripodi & Bender, 2007, Way *et al.*, 2005).

Bien que la procédure de réadministrer le *SPS* sur une base régulière ait été cessée au CRSM, il pourrait s'avérer utile que d'autres recherches s'intéressent à l'impact de l'utilisation répétée d'un test vérifiant le risque suicidaire, considérant que ce sujet a été peu étudié. Un outil de dépistage utilisé de manière répétitive au Service correctionnel du Canada est l'*Échelle d'Évaluation du Risque Suicidaire (ÉÉRS)*, version française de *Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)* (Wichmann *et al.*, 2000), dont la validité a déjà été démontrée (Daigle, Labelle, & Côté,

2006). Cette évaluation du risque suicidaire est réalisée à chaque admission d'un détenu dans un établissement fédéral, soit lors de l'admission initiale, ainsi qu'à chaque transfert d'établissement, et aussi lors de la suspension d'une libération conditionnelle. Récemment, suite à la révision de la Directive 843 du Commissaire concernant la prévention du suicide et des automutilations, cette évaluation du risque suicidaire par le biais de cette grille a été ajoutée aussi lors des retours de la Cour (tribunal), lors des annonces d'un prononcé de sentence et également lors des placements à l'unité d'isolement préventif. Ce type de dépistage pourrait être le sujet d'une telle étude auprès d'un échantillon plus large pour évaluer si la réévaluation répétitive utilisant le même instrument puisse affecter sa validité prédictive et/ou son efficacité. Une autre grille utilisée aussi à plusieurs reprises pour un même détenu est l'Évaluation du Risque de Suicide (ÉRS) de Polvi (1997). Les psychologues de la région du Québec ont souvent recours à cet instrument lorsqu'ils ont à évaluer un détenu qui leur est référé pour un risque suicidaire. La grille complétée par le psychologue est jointe à la note qu'il rédige suite à l'évaluation du risque et ces documents sont classés au dossier psychologique. Il pourrait s'avérer intéressant qu'une étude prospective puisse être réalisée à partir de ces données pour vérifier si cet outil aide bien à évaluer le risque suicidaire. Il est toutefois important de rappeler que ces deux instruments sont davantage des questionnaires ou inventaires créés spécifiquement pour la population carcérale alors que le *SPS* est un véritable test psychologique, qui donne un résultat sur la probabilité du risque suicidaire. L'ÉERS s'avère utile pour le dépistage et l'ÉRS aide le clinicien lors dans son évaluation du risque suicidaire à partir de facteurs actuariels et cliniques.

En conclusion, les analyses statistiques, ainsi que les observations faites à partir des résultats (score total et score T) obtenus au *SPS* à l'ensemble des passations du test chez les 60 participants n'ont pas permis d'affirmer que les administrations répétitives du même test affectent négativement sa validité prédictive, tel que l'hypothèse initiale de cette étude le stipulait. Néanmoins, tel que mentionné précédemment le petit nombre de participants selon le nombre de répétitions du test, incite à une prudence dans l'interprétation des résultats obtenus dans la présente étude.

Références bibliographiques

- Allalouf, A. & Ben-Shakhar, G. (1998). The effect of coaching on the predictive validity of scholastic aptitude tests. *Journal of Educational Measurement*, 35, 31-47.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^{ème} Edition. Washington, D.C. Author, 1994.
- Beautrais, A. L. & Mishara, B.L. (2008). World suicide prevention day : “Think globally, plan nationally, act locally.” *Crisis*, 29(2), 59-63.
- Bing, M. N., Davison, H. K., & Arvey, R. (2009). Using a repeated-measures approach to validating personality tests in small samples : A feasibility study with implications for small businesses. *Journal of Managerial Issues*, 21(1), 11-35.
- Black, D., James, M., Evan, R., & Rogers, P. (2006). The association between a self-reported history of mental health problems and a history of parasuicide in a sample of UK male prisoners. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 427-434.
- Blouin, L., Guay, J.-P., & Drapeau, M. (2011). *Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique*. Document soumis pour publication.
- Bistodeau, D. & Daigle, M. (2000). La prévention du suicide en milieu carcéral : évaluation d'une expérience novatrice. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 29(1), 49-64.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124, 98-107.
- Brown, G. K. (2001). *A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. USA: National Institute of Mental Health. Repéré à <http://www.NIMH.NIH.gov>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral. Rapport déposé à la Chambre des communes du Canada. Décembre 2010, 40^e Législature, 3^e session, 82 p.* Repéré à <http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=4864852&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=3>
- Cox, G. (2003). Screening inmates for suicide using static risk factors. *The Behavior Therapist*, 26, 212-214.
- Cull, J. G. & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS): manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.

- Daigle, M., Labelle, R., & Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer III, C.T., & Cruser, d. A. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health*, 29, 21-40.
- Eisenberg, M.G., Hubbard, K. M., & Epstein, D. (1989). Efficacy of a suicide detection scale in determining lethality of ideation among hospitalized veterans : A case study. *Military Medicine*, 154, 246-249.
- Eisenberg, M.G., Hubbard, K. M., & Epstein, D. (1990). Detection of suicidal risk among hospitalized veterans : Preliminary experiences with a suicide prediction scale. *Journal of Rehabilitation*, 56, 63-68.
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2010). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.
- Fazel, S. & Lubbe, S. (2005). Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and F prisons. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 550-554.
- Gagné, M., Légaré, G., Perron, P.-A., & Saint-Laurent, D. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*. Institut National de la santé publique du Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour 2011, N° de publication 1204. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1204_Suicide2005-2009_MAJ2011.pdf
- Gouvernement du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*. Ministère Santé et Services sociaux, Québec, 97 p. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat_f/documentation/2005/05-914-01.pdf
- Hausknecht, J. P., Halper, J. A., Di Paolo, N. T., & Moriarty Gerrard M. O. (2007). Retesting in selection : A meta-analysis of coaching and practice effects for tests of cognitive ability. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 373-385.
- Hausknecht, J. P., Trevor, C. O., & Farr, J. L. (2002). Retaking ability tests in a selection setting : Implications for practice effects, training performance, and Turnover. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 243-254.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis. University of Minnesota Press, 1942.
- Hayes, A. J. & Lever-Green, G. D. (2006). Developments in suicide prevention training for prison staff: STORM and beyond. *The Journal of Mental Health Workforce Development*, 1 (4), 23-28.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J., & The Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative

- intervention for suicide : A systematic review. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260-268.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18, 157-162.
- Larzelere, R. E., Smith, G. L., Batenhorst, L. M., & Kelly, D. B. (1996). Predictive validity of the Suicide Probability Scale among adolescents in group home treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 166-172.
- Lievens, F., Buyse, T., & Sackett, P. R. (2005). Retest effects in operational selection settings : Development and test of a framework. *Personnel Psychology*, 58, 981-1007.
- Lievens, F., Reeve, C. L., & Heggstad, E. D. (2007). An examination of psychometric bias due to retesting on cognitive ability tests in selection settings. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1672-1682.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M., & Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis : Prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of french prisoners. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 33(1), 160-168.
- Magaletta, P. R., Wheat, B., Patry, M. W., & Bates, J. (2008). Prison inmate characteristic and suicide attempt lethality : An exploratory study. *Psychological Services*, 5(4), 351-361.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*. (Publication no 97-237) Québec : Bibliothèque nationale du Québec. Repéré à http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf_fb143c75c0c27b69852566aa0064b01c/d25500841756521185256753004f7205?OpenDocument&Highlight=0,suicide
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.
- Naud, H. & Daigle, M. S. (2009). Predictive validity of the Suicide Probability Scale in a male inmate population. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 32(3), 333-342.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Crossnational prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Organisation mondiale de la Santé (2007). *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*. Département de la santé mentale et des toxicomanies. International Association for Suicide Prevention, 29 p. Repéré à http://www.who.int/mental.../resource_jails_prisons_french.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (2008). Liste des pays par taux de suicide. Repéré à http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_taux_de_suicide

- O'Grady, J. (2004). Prison psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 25-30.
- Perry, A. E., Marandos, R., Coulton, S., & Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders : a systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 803-828.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. Dans C.D. Webster et M. A. Jackson (Eds), *Impulsivity : Theory, assessment and treatment*, (p. 278-301). New-York : Guilford Press.
- Range, L. M. & Knott, E .C. (1997). Twenty suicide assessment instruments : Evaluation and recommendations. *Death Studies*, 21, 25-58.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Ciano, R. P., Angarano, A., & Baletrieri, M. (2004). Suicidal behaviour and intensity of psychiatric care in a region at high risk for suicide. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 153-159.
- Rothberg, J. M. & Geer-Williams, C. (1992). A comparison and review of suicide prediction scales. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J.T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (p. 202-217). New York: Guilford Press.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., Orman, D. T., Stulman, D. A., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults : Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 179-190.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003 : The importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006, 51(9), 581-586.
- Service Correctionnel du Canada – Direction des enquêtes sur les incidents. (2008). *Constatations principales découlant des enquêtes nationales portant sur les suicides de détenus*. Bulletin 3, avril 2008, 8 p. Repéré à <http://infonet/Sectors/SeniorDeputy/IncidentInvestigations/home.htm?lang=fr>
- Service Correctionnel du Canada (2011). *Directive du Commissaire – 843 : Gestion des comportements d'automutilation et suicidaires chez les détenus* 31 p. Repéré à <http://www.csc-sec.gc.ca/text/pley/doc/843-cd.pdf>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & 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 Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Snow, L., Paton, J., Oram, C., & Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: An analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4(4), 3-17.

- Statistique Canada. (2009). *Décès selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles : Tableaux connexes*. Repéré à <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>
- Tripodi, S. J. & Bender, K. (2007). Inmate suicide : Prevalence, assessment, and protocols. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 40-54.
- Way, B. B. Maraglia, 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(3), 207-221.
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcorn, J. (2000). Suicide : An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *La révision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*. Direction de la recherche, Service Correctionnel du Canada.

Tableau 1. Comparaison des résultats par niveaux de risque pour l'ensemble des administrations du SPS pour les groupes avec tentative de suicide (Ts) et sans tentative (Sans-Ts)

Niveau de risque	Groupe	Total des administrations du SPS (N = 250)	V de Cramer
Sévère (S)	Ts	n = 26 (10,4%)	0,313 n.s.
	Sans-Ts	n = 9 (3,6%)	
Modéré (M)	Ts	n = 36 (14,4%)	0,289 n.s.
	Sans-Ts	n = 18 (7,2%)	
Faible (F)	Ts	n = 45 (18%)	0,399 n.s.
	Sans-Ts	n = 77 (30,8%)	
Sous-clinique (SC)	Ts	n = 18 (7,2%)	0,281 n.s.
	Sans-Ts	n = 21 (8,4 %)	

Note. n.s. = non significatif

Tableau 2. Nombre de sujets ayant obtenu au moins un résultat indiquant un niveau de risque parmi les quatre niveaux en tenant compte de l'ensemble des administrations du SPS

Groupe	Niveau de risque selon le score de probabilité			
	Sévère (<i>S</i>) (score : 75 à 100)	Modéré (<i>M</i>) (score : 50 à 74)	Faible (<i>F</i>) (score : 25 à 49)	Sous-clinique (<i>SC</i>) (score : 0 à 24)
<i>Ts</i> (<i>n</i> = 30)	14	15 (dont 9 sans <i>S</i>)	15 (6 sans <i>S</i> ni <i>M</i>)	5 (1 sans <i>S</i> , <i>M</i> ni <i>F</i>)
<i>Sans Ts</i> (<i>n</i> = 30)	7	14 (dont 12 sans <i>S</i>)	19 (8 sans <i>S</i> , ni <i>M</i>)	9 (3 sans <i>S</i> , <i>M</i> ni <i>F</i>)

Tableau 3. Variation des résultats au SPS (par niveau de risque) lors des administrations répétitives (N = 190), pour les groupes avec ou sans tentative de suicide (Ts ou Sans-Ts)

Variation	Niveau de risque	Groupe	
		<i>Sans-Ts</i>	<i>Ts</i>
Décroissante	Sévère à Modéré	1	9
	Sévère à Faible	3	2
	Sévère à Sous-clinique	0	0
	Modéré à Faible	10	7
	Modéré à Sous-clinique	0	1
	Faible à Sous-clinique	9	7
SOUS-TOTAL		23	26
Croissante	Modéré à Sévère	0	5
	Faible à Sévère	0	4
	Sous-clinique à Sévère	0	0
	Faible à Modéré	4	4
	Sous-clinique à Modéré	0	2
	Sous-clinique à Faible	7	5
SOUS-TOTAL		11	20
Aucune	Sévère à Sévère	2	6
	Modéré à Modéré	3	13
	Faible à Faible	48	20
	Sous-clinique à Sous-clinique	8	10
SOUS-TOTAL		61	49

Tableau 4. Variation des résultats au *SPS* (par catégorie de risque) lors des administrations répétitives auprès des mêmes participants, pour les deux groupes, avec ou sans tentative de suicide (*Ts* ou *Sans-Ts*)

Variation	Niveau de risque	<i>N</i>	<i>Groupe</i>	
			<i>Sans-Ts</i>	<i>Ts</i>
Décroissante	Élevé à Faible	23	13	10
Croissante	Faible à Élevé	14	4	10
Aucune	Élevé à Élevé	39	6	33
	Faible à Faible	114	72	42
TOTAL		190	95	95

Tableau 5. Aire sous la courbe (AUC) obtenues selon le nombre de passations du SPS

Nombre de passations	Nombre de participants (<i>N</i> = 60)	Pourcentage	AUC
Une	21	35%	,580
Deux	11	18,30%	,900*
Trois	12	20%	,750
Quatre et plus	16	26,70%	,889**

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 6. Régression logistique vérifiant la relation entre la présence d'une tentative de suicide avec le résultat total au *SPS* et le nombre de passations du test

	<i>B</i>	Erreur-type	Rapport de cote
Résultat du dernier test	0,051**	0,018	1,053**
Nombre de passations	0,248	0,252	1,281

Note. ** $p < 0,01$.

Tableau 7. Aire sous la courbe (AUC) obtenues pour la passation ayant obtenu le résultat maximum par participant comparé à la dernière passation

Echelle / Sous-échelle	Passation résultat maximal	Dernière passation
<i>SPS</i> (résultat total)	,652*	,731**
Désespoir	,630	,689*
Idéation suicidaire	,669*	,764***
Évaluation négative de soi	,557	,560
Hostilité	,562	,611

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Conclusion et perspectives

Le dépistage et l'évaluation du risque suicidaire sont des stratégies importantes dans le domaine de la prévention du suicide, afin de pouvoir déployer les ressources et les mesures nécessaires auprès des individus identifiés comme étant plus à risque. Ces stratégies s'avèrent donc très utiles dans des milieux où il est reconnu que le taux de suicide s'avère plus élevé que dans la population générale, comme cela est le cas des personnes incarcérées, ainsi que les personnes séjournant en milieu psychiatrique.

La présente étude portait sur un outil d'évaluation du risque suicidaire administré aux détenus ayant fait un séjour au CRSM entre 2000 et 2010. Vu que ces détenus présentent des niveaux élevés de besoins en termes d'interventions en santé mentale, le *SRAS* (Suicide Risk Assessment Scale) qui est la grille de dépistage utilisée normalement lors de l'admission et après chaque transfèrement pour détecter le risque suicidaire s'avérait moins efficace auprès de cette population. Par conséquent, une autre procédure avait été établie dans le but de mieux évaluer le risque suicidaire, procédure qui a toutefois été cessée à l'automne 2009. Le *Suicide Probability Scale* (*SPS*; Cull & Gill, 1988) était administré lors de l'admission puis ré-administré régulièrement au cours du séjour du détenu au CRSM, soit à chaque trois mois ou après un mois lorsque le résultat au test indiquait un risque *sévère*. Le choix du *SPS* s'explique sans doute par le fait que, malgré que plusieurs instruments d'évaluation du risque suicidaire aient été créés depuis les années '70, peu avaient été validés auprès d'une population en milieu carcéral. De plus, il y en avait peu dont la traduction française avait aussi été validée.

Le but de cette étude était dans un premier temps de vérifier la validité prédictive du *SPS* auprès d'une population particulière, puisqu'à la fois carcérale et psychiatrique. Dans un deuxième temps, cette étude visait à évaluer l'impact de l'utilisation répétitive d'un instrument sur cette validité prédictive. Pour atteindre ces objectifs, une étude prospective a été réalisée. D'abord, trente détenus ayant fait une tentative de suicide (*Ts*) au cours de leur séjour au CRSM ont été identifiés, puis trente détenus n'ayant pas fait de tentative (*Sans-Ts*) de suicide suite à l'administration du *SPS* ont été sélectionnés en fonction de certains critères retracés à partir du dossier du détenu, afin de correspondre aux participants du groupe *Ts*. Ces critères étaient l'âge, le type de délits, la durée de la sentence, les diagnostics à l'Axe I et ceux à l'Axe II, puis aussi le nombre de passations du test. Cette sélection visait à assurer une uniformité de ces éléments entre les deux groupes, car il a déjà été démontré dans la littérature que ceux-ci sont des facteurs de risque de suicide (Polvi, 1997; Nock *et al.*, 2008; Wichmann, Serin, & Motiuk, 2000).

Les analyses ROC ont permis de confirmer la validité prédictive de la passation la plus récente du *SPS*, donc pour une durée à court et moyen terme, pouvant varier de 1 jour à 3 ou 4 mois, mais non pour les résultats du *SPS* administré lors de l'admission, donc sur une période à plus long terme. Cette période à long terme pouvait s'étendre jusqu'à un an et plus, selon la disponibilité des données dans le système informatisé. Dans certains cas, cette période à long terme s'élevait jusqu'à dix ans. Ces résultats vont à l'encontre des résultats obtenus par Naud et Daigle (2009) dans une autre étude prospective menée auprès d'un échantillon de détenus fédéraux qui démontrèrent la validité prédictive du *SPS* sur une période allant jusqu'à 11 ans et demi. Une autre différence entre ces deux études est que dans l'étude de Naud et Daigle, la seule sous-échelle qui n'était pas significative quant à sa capacité prédictive du risque, était la sous-échelle *Désespoir*, qui dans la présente étude était significative, tout comme la sous-échelle *Idéations suicidaires*.

Une hypothèse pouvant expliquer ces différences entre les résultats de ces deux études est que les sujets de la présente étude constituent une population à part. Bien qu'il s'agisse dans les deux cas de détenus fédéraux, les 60 sujets de l'échantillon démontrèrent une incapacité à fonctionner au sein d'un établissement régulier en raison de la perturbation temporaire de leur état psychologique ou encore de leur trouble mental sévère qui limitait leur fonctionnement, ce qui a nécessité leur transfert au centre de traitement psychiatrique. L'administration du *SPS* lors de l'admission alors que ces détenus se trouvent dans une phase où leur humeur et/ou état mental est perturbé, ne semble donc pas le moment opportun puisque la validité prédictive des résultats obtenus était à peine supérieure à l'effet du hasard. Une fois que leur état a été stabilisé, les autres passations ont démontré de meilleures capacités prédictives. Ainsi, nous pouvons conclure que l'administration d'un test lors de l'admission dans un centre de traitement psychiatrique ne semble pas un temps propice pour procéder à une évaluation par le biais d'outils psychométriques et ce même s'il s'agit d'une évaluation du risque suicidaire. Cela est justifié sans doute par le fait que le détenu est alors troublé psychologiquement et lorsqu'il aura obtenu les soins appropriés, incluant le traitement thérapeutique et dans certains cas pharmacologique, favorisant une amélioration de son état mental, il sera plus apte à répondre à des tests d'évaluation, dont les données seront valides.

Une autre hypothèse pouvant aussi expliquer la différence des résultats entre les deux études est que dans l'étude prospective de Naud et Daigle, la validité prédictive a été mesurée en incluant dans les comportements suicidaires, les suicides, les auto-agressions et aussi les

intentions suicidaires, alors que dans cette étude-ci, la verbalisation d'intentions suicidaires n'a pas été considérée. De plus, en ce qui concerne les auto-agressions, toutes n'ont pas été incluses dans cette étude. Celles qui ont été retenues sont celles dont l'évaluation clinique réalisée suite au passage à l'acte, concluait qu'il s'agissait bien d'une tentative de suicide et non pas d'un geste automutilatoire sans intention suicidaire. Des points de vue différents existent dans la littérature quant à ces notions à savoir si toutes les conduites auto-agressives devraient ou non être vues comme des tentatives de suicide. Suite à leur étude, Lohner et Konrad (2006) concluent que les gestes automutilatoires et les tentatives de suicide devraient être considérées comme des entités séparées. Muehlenkamp (2005) propose que ce type de conduites soit évalué comme un syndrome clinique à part des conduites suicidaires. Le choix méthodologique dans le cadre de cette étude s'inscrivait dans cette vision et était justifié par le fait que les actes d'automutilation au CRSM sont fréquents, mais que tous n'ont pas une visée suicidaire, alors que le but de cette recherche était de vérifier la validité du *SPS* à pouvoir bien prédire le risque suicidaire.

La deuxième partie de cette étude visait à savoir si le nombre de passations du *SPS* pouvait avoir une incidence sur la validité prédictive du résultat de la dernière passation. Les analyses ROC et les régressions logistiques tendent à suggérer que l'utilisation répétée du test n'affecte pas la validité prédictive du test, mais une prudence est recommandée quant à l'interprétation des résultats de ces analyses vu le nombre plus petit de participants qui ont été divisés en quatre groupes selon le nombre de passations : quatre et plus ($n = 16$), trois ($n = 12$), deux ($n = 11$) et une seule ($n = 21$). Par conséquent, cette question de l'impact de l'utilisation répétitive d'un test sur sa validité prédictive devra faire l'objet de d'autres études pour confirmer ou infirmer ces données. Considérant que la procédure de l'administration répétitive du *SPS* a été cessée depuis bientôt deux ans au CRSM, ce type de recherche pourrait porter sur un échantillon plus grand où toutefois les critères de sélection devraient être différents puisqu'il a fallu consulter la majorité des dossiers des sujets inscrits dans la banque de données pour retracer 30 participants ayant fait une tentative de suicide après leur admission au CRSM. Il serait donc plus approprié de mener ce type de recherche auprès d'une autre population pour laquelle une évaluation du risque suicidaire est faite régulièrement avec un même instrument. L'utilisation fréquente du *SRAS* comme outil de dépistage au SCC pourrait être une suggestion pour une telle étude, et ce même s'il ne s'agit pas du même type d'outil psychométrique que le *SPS*.

L'examen des résultats aux différentes administrations du *SPS* a permis de constater qu'il y avait plus de fluctuations des résultats chez le groupe *Ts*. Cela démontre donc la pertinence de

réévaluer le risque suicidaire puisque celui-ci fluctue dans le temps, ce qui était à prévoir et encore davantage chez une population en centre psychiatrique qui présente une plus grande fragilité au plan de la santé mentale. Toutefois, cet énoncé demeure à être confirmé par une étude ultérieure comparant l'évaluation du risque suicidaire à différents moments chez des détenus de la population régulière et celle faite auprès de détenus séjournant en centre psychiatrique.

Néanmoins, les résultats confirmant la validité prédictive du *SPS* sur une période de court à moyen terme auprès d'une population carcérale et psychiatrique, ainsi que les fluctuations observées entre les différentes passations du test quant au niveau de risque, incitent à recommander d'utiliser des outils d'évaluation du risque suicidaire tout au long du séjour du détenu et non pas qu'au moment de l'admission où les résultats obtenus au *SPS* ne se sont pas avérés significatifs pour la prédiction du suicide. Le fait de ne pas administrer de test à l'admission pour évaluer le risque suicidaire pourrait s'avérer négligeable puisque lors de cette étape, le détenu est rencontré rapidement par divers intervenants de son équipe multidisciplinaire qui procèdent à l'évaluation initiale. Il serait souhaitable que les cliniciens du CRSM soient informés des résultats de cette étude et de la recommandation d'administrer le *SPS* après une certaine période d'adaptation du détenu.

Bien que la procédure d'administrer régulièrement le *SPS* ait été cessée depuis deux ans au CRSM, et que les résultats de la présente étude tendent à démontrer que l'utilisation répétitive du test n'affectait pas négativement sa validité prédictive, cela ne signifie pas nécessairement qu'il faille remettre en place cette même procédure, d'autant plus que celle-ci suscitait des insatisfactions chez certains intervenants, qui questionnaient sa pertinence. Dans une étude qualitative qui a porté sur l'implantation d'un test de dépistage pour des patients suivis en clinique externe de psychiatrie à New York (Lang, Uttaro, Caine, Carpinello, & Felton, 2009), les auteurs avaient aussi identifié des commentaires négatifs chez 24% des cliniciens quant à l'utilité de ce test de dépistage qui était réadministré chaque mois. Tout comme dans cette étude, d'autres cliniciens trouvaient cet outil aidant dans leur pratique. L'important demeure que les équipes de travail croient en l'utilité des tâches et interventions cliniques qui leurs sont demandées, afin que celles-ci se déroulent de manière positive, car lorsqu'une activité devient une obligation, comme cela était le cas pour cette procédure, l'examen des dossiers a permis de constater des lacunes dans l'application de la réadministration du test. Nous pouvons nous interroger aussi sur l'impact que peut avoir le fait que l'intervenant qui administre le test par le biais d'une entrevue ou qui demande au détenu de répondre au questionnaire, ne voit pas une

grande utilité à cette procédure et qui se sent obligé de l'appliquer parce qu'il a eu un rappel par son superviseur de passer un *SPS* au détenu.

Aussi, un aspect qui est ressorti lors de cette étude était que les auteurs du *SPS* avaient recommandé de procéder à une entrevue lorsque le score T était supérieur à 60, car cela pouvait signifier qu'il s'agissait du protocole d'une personne cherchant à exagérer sa détresse (*faking bad*) et lorsqu'il était inférieur à 40 où cela pouvait être le contraire, soit une personne cherchant à camoufler ses intentions suicidaires (*faking good*). Comme plus de 70% des résultats de l'ensemble des passations du *SPS* avaient un score T supérieur à 60, ceci signifie qu'idéalement une entrevue clinique aurait dû avoir lieu pour clarifier le risque réel. En tenant compte de cette recommandation, le test ne permet pas de bien discriminer les individus qui nécessitent une intervention et ainsi de mieux utiliser les ressources disponibles. Les auteurs ont eux-mêmes indiqué qu'une des limites du *SPS* était que le but du test est peu dissimulé et il se peut que pour une population qui présente une comorbidité au niveau diagnostique, où dans la grande majorité on retrouve aussi un trouble ou des traits de personnalité du groupe B (antisocial, limite, narcissique et histrionique), cette limite soit utilisée par les répondants qui cherchent à exagérer leur potentiel suicidaire dans le but d'obtenir des gains secondaires, qui peuvent être de s'assurer de pouvoir demeurer au *CRSM* et éviter de retourner en population régulière.

Pour l'ensemble de ces raisons énumérées précédemment, il pourrait s'avérer intéressant de varier les outils, d'autant plus que de nouveaux instruments qui ont été développés en milieu carcéral, ont fait leur apparition récemment. Il y a d'abord l'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide, version française du *Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS)* conçu par Mills et Kroner (2002). Les auteurs ont développé leur test à partir de deux échantillons ($N = 90$ et $N = 108$) d'hommes incarcérés dans une prison à sécurité médium en Ontario. Le *DHS* fait d'ailleurs partie de la batterie de tests utilisés lors du dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale dans le cadre de l'Initiative en Santé Mentale en Établissement du SCC (Service Correctionnel du Canada, 2010). Plus récemment deux autres tests ont été créés soit le « *Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions* » (*VISCI* : Frottier, Koenig, Seyringer, Matschnig, & Fruehwald, 2009) et le *Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE* : Perry & Olason, 2009). Le *VISCI* a été développé à partir de données recueillies dans la littérature ainsi que dans une étude portant sur 220 détenus s'étant suicidés et 440 cas contrôle dans la population carcérale. Pour le *SCOPE*, trois études ont été menées auprès d'un total de 1166 détenus. Il y a eu d'abord une phase exploratoire visant à

construire l'instrument, puis des analyses pour confirmer l'analyse factorielle et la validité discriminante du test. Il serait toutefois nécessaire de traduire ces instruments en français et faire par la suite une étude de validation de la version française de ces tests, ce qui a déjà été réalisé pour le *DHS*, qui fait partie de la batterie des tests utilisés actuellement lors du dépistage initial des besoins en santé mentale au SCC. Un autre test développé auprès d'une population carcérale et dont la version française a été validée (Labelle, Lachance et Morval, 1996) est le *Brief Reasons for Living Inventory* (BRFL : Ivanoff, Jang, Smyth, & Linehan, 1994). Une plus grande diversité au niveau des outils psychométriques pourrait favoriser une évaluation continue au cours du séjour d'un détenu au CRSM et éviter une redondance tant pour le détenu que pour l'intervenant dans l'application de ces tests. Aussi, le clinicien pourrait utiliser les réponses données par le patient pour explorer davantage ces aspects et ainsi aborder possiblement de nouveaux contenus lors des entrevues cliniques. De plus, l'utilisation de différents tests pourrait susciter un intérêt auprès des divers membres des équipes cliniques pour l'aspect psychométrique, car même si ces tests ne peuvent se substituer au jugement clinique, ni donner au clinicien d'informations sur l'éventualité imminente d'un passage à l'acte, le recours à de tels outils est reconnu comme étant utile pour aider à évaluer le risque. Toutefois, il s'avère essentiel que l'intervenant qui utilise ces outils standardisés d'évaluation possède les compétences nécessaires en étant dûment formé et/ou en prenant connaissance du guide d'utilisation et du manuel du test dans lequel sont présentés la manière dont l'instrument a été développé, ses qualités psychométriques ainsi que ses limites. Cette connaissance permettra au clinicien de bien saisir les particularités du test et ainsi de mieux interpréter les résultats.

Cette étude peut influencer la pratique clinique, car elle confirme ce que les cliniciens envisageaient déjà, à savoir que le risque suicidaire fluctue, ce qui indique la nécessité d'évaluer périodiquement ce risque. Le *SPS* a déjà été validé comme étant un bon outil d'évaluation du risque suicidaire auprès d'une population carcérale et auprès d'une population francophone. Cette étude a permis de démontrer que le *SPS* est efficace pour évaluer le risque suicidaire à court et moyen terme auprès d'une population à la fois carcérale et psychiatrique. De plus, et malgré le petit nombre de participants de l'échantillon, il semble que la réutilisation fréquente du *SPS* n'affecte pas sa validité prédictive. En ce sens, l'utilisation de ce test psychométrique s'avère pertinente dans le cadre de la prévention du suicide et le *SPS* peut être réadministré sans craindre que les résultats soient invalides.

Références bibliographiques

- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory manual*. New York : Harcourt Brace.
- Boothby, J. L. & Durham, T. W. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26(1), 107-124.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2001). Idées suicidaires et parasuicides. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998* (2^e éd.) (p. 355-367). Québec, Canada : Les Publications du Québec. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2.pdf
- Brent, D. A. & Moritz, G. (1996). Developmental pathways to adolescent suicide. Dans D. Cicchetti et S. L. Toth (Eds.). *Adolescence: Opportunities and challenges*. (p. 233-258). Rochester, N.J.: University of Rochester Press.
- Brown, G. K. (2001). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. USA: National Institute of Mental Health. Repéré à <http://www.NIMH.NIH.gov>
- Cantor, C. H. (2000). Suicide in the Western World. Dans K. Hawton and K. van Heeringen (Ed.). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. (p. 9-28). West Sussex : John Wiley & Sons Ltd.
- Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral : Rapport déposé à la Chambre des communes du Canada. Décembre 2010, 40^e Législature, 3^e session, 82 p.* Repéré à <http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=4864852&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=3>
- Correia, K. M. (2000). Suicide assessment in a prison environment : A proposed protocol. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 581-599.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders : A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170(6), 571-577.
- Cull, J. G. & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS): manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Daigle, M. & Côté, G. (2002). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Rapport réalisé dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Repéré à http://www.crise.ca/e-docs/daigle2002_hommes.pdf

- Daigle, M., Labelle, R., & Coté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer III, C.T., & Cruser, d. A. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health*, 29, 21-40.
- Dumais, A., Côté, G., & Lesage, A. (2010). Clinical and sociodemographic profiles of male inmates with severe mental illness : A comparison with voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de psychiatrie*, 55(3), 172-179.
- Evans, G. & Farberow, N. L. (2003). *The encyclopedia of suicide* (2^e éd.). New York.
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2010). Prison suicide in 12 countries : An ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.
- Frottier, P., Koenig, F., Seyringer, M., Maschnig, T., & Fruehwald, S. (2009). The distillation of "VISCI" : Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide and Life-Threatening*, 39(4), 376-385.
- Gagné, M. & Saint-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes : 1981 à 2008*. Institut National de la santé publique du Québec : Direction de la recherche, formation et développement. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1046_Suicide2010.pdf
- Hausknecht, J. P., Halper, J. A., Di Paolo, N. T., & Moriarty Gerrard M. O. (2007). Retesting in selection : A meta-analysis of coaching and practice effects for tests of cognitive ability. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 373-385.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder : A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808.
- Ivanoff, A. & Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior : A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 394-399.
- Ivanoff, A., Jang, S. J., Smyth, N. F., & Linehan, M. M. (1994). Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself : The Brief Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 394-399.
- Labelle, R., Daigle, M., S., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du "Suicide Probability Scale" auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et Psychométrie*, 19(1), 5-26.

- Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18, 157-162.
- Lang, M., Uttaro, T., Caine, E., Carpinello, S., & Felton, C. (2009). Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders : 1. Qualitative Results. *Archives of Suicide Research*, 13, 160-168.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Arata, C., Bowers, D., O'Brien, N., & Morgan, A. (2004). Suicidal behavior, negative affect, gender, and self-reported delinquency in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 255-266.
- Lievens, F., Reeve, C. L., & Heggestad, E. D. (2007). An examination of psychometric bias due to retesting on cognitive ability tests in selection settings. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1672-1682.
- Linehan, M. M. J. (1981). *Suicidal behaviors questionnaire*. Unpublished inventory. University of Washington, Seattle, Washington.
- Lohner, J. & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody : Distinguishing features in male inmates self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 370-385.
- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2002). *Depression, Hopelessness and Suicide screening form (DHS)*. User Guide.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Naud, H. & Daigle, M. S. (2009). Predictive validity of the Suicide Probability Scale in a male inmate population. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 32(3), 333-342.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Crossnational prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Organisation Mondiale de la Santé (2011). *Journée mondiale de prévention du suicide : 10 septembre 2011*. Repéré à http://www.who.int/mediacentre/events/annual_world_suicide_prevention_day/fr
- Perry, A. E., Marandos, R., Coulton, S., & Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders : A systematic review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 54(5), 803-828.

- Perry, A. E. & Olason, D. T. (2009). A new psychometric instrument assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm behaviour in offenders : Suicide concerns for offenders in prison environment (SCOPE). *International Journal of Offender Therapy and Comparative criminology*, 53(4), 385-400.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. Dans C.D. Webster et M. A. Jackson (Eds), *Impulsivity : Theory, assessment and treatment*, (p. 278-301). New-York : Guilford Press.
- Range, L. M. & Knott, E .C. (1997). Twenty suicide assessment instruments : Evaluation and recommendations. *Death Studies*, 21, 25-58.
- Rothberg, J. M. & Geer-Williams, C. (1992). A comparison and review of suicide prediction scales. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J.T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.). *Assessment and prediction of suicide* (p. 202-217). New York: Guilford Press.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003 : The importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006, 51(9), 581-586.
- Service Correctionnel du Canada (2009). *Directive du Commissaire – 843 : Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation* 6 p. Repéré à <http://www.csc-ccc.gc.ca/text/pley/doc/843-cd.pdf>
- Service Correctionnel du Canada (2010). *Lignes directrices sur les services de santé mentale en établissement (soins primaires)*. 39 p. Ottawa. Repéré à <http://infonet/Sectors/HealthServices/MentalHealth/Services+and+Initiatives/imhi.htm?lang=fr>
- Statistique Canada. (2010). *Décès selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles : Tableaux connexes*. Repéré à <http://www40.statcan.gc.ca/102/est01/hlth66a-fra.htm>.
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcorn, J. (2000). Suicide : An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*. Ottawa : Direction de la recherche, Service Correctionnel du Canada.
- Wichstrom, L. & Rossow, I. (2002). Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts : A nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 101-116.
- World Health Organization (2011). *Suicide prevention (SUPRE)*. Repéré à http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/#