

Georgette Schaller<sup>1</sup>, Christophe Zimmermann<sup>2</sup>, Luc Raymond<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut universitaire de médecine légale, Genève

<sup>2</sup> Institut de médecine sociale et préventive, Genève

## Facteurs de risque des gestes auto-agressifs dans une prison suisse

### Résumé

Des études ont montré que le suicide est une des premières causes de décès en milieu carcéral (25 à 45% des décès) et que les tentatives de suicide y sont plus fréquentes qu'en milieu libre. Le but de la présente recherche était d'identifier les facteurs de risque des gestes auto-agressifs à la prison préventive de Genève et d'estimer leur effet, en vue de proposer des mesures préventives. L'étude a été conduite rétrospectivement selon un plan cas-témoin (172 cas et 169 témoins) à partir des dossiers médicaux des détenus. Une analyse multivariée des données a permis d'identifier les facteurs de risque suivants: être âgé de moins de 25 ans ( $RR = 4,4$ ), avoir déjà effectué un geste auto-agressif antérieurement ( $RR = 4,7$ ), avoir des antécédents psychiatriques ( $RR = 2,5$ ) et être toxicomane aux opiacés ( $RR = 2,8$ ).

Le suicide est un problème important en prison; entraînant 25 à 45% des décès, il est l'une des premières causes de mortalité chez les détenus<sup>1-3</sup>. Certains auteurs expliquent sa fréquence élevée par les conditions d'incarcération (isolement cellulaire p.ex.) alors que d'autres insistent davantage sur la fragilité particulière de certains détenus (p.ex. les toxicomanes). Les tentatives de suicide sont également très fréquentes en prison. L'incidence des tentatives de suicide et des suicides est plus élevée en milieu carcéral que dans la population libre<sup>4,5</sup>. Comme l'intention suicidaire n'est pas tou-

jours établie, il est préférable de parler de gestes auto-agressifs plutôt que de tentatives de suicide. Les principaux facteurs de risque des gestes auto-agressifs en détention identifiés jusqu'ici sont: la toxicodépendance aux opiacés ou à l'alcool, les antécédents psychiatriques, un geste auto-agressif antérieur, le statut de divorcé ou de séparé, un crime contre la personne et une condamnation à vie. D'autres facteurs pourraient également intervenir, tels l'âge, le sexe et le fait d'être né à l'étranger, mais la littérature diverge sur leur effet. Plusieurs auteurs utilisent leurs résultats pour dévelop-

per un instrument de dépistage et prévenir les gestes auto-agressifs<sup>2, 4-10</sup>.

Les résultats mentionnés dans la littérature ne sont cependant pas applicables à tous les contextes culturels. En effet, la population carcérale varie d'un pays à l'autre et d'une prison à l'autre, en ce qui concerne notamment l'âge des détenus, la proportion de femmes, le nombre de toxicomanes et les conditions de détention. Les facteurs de risque peuvent être également différents. Une prévention efficace ne peut donc être mise en oeuvre que sur la base de résultats établis localement. En l'occurrence, les facteurs de risque des gestes auto-agressifs à la prison de Champ-Dollon, à Genève, n'ont jamais été étudiés.

La prison préventive de Champ-Dollon héberge des prévenus ou des condamnés en attente de transfert pour de courts ou moyens séjours. Le problème des gestes auto-agressifs y est important par sa fréquence; des dizaines de gestes auto-agressifs étant dénombrés chaque année<sup>11,12</sup>. La prison est dotée d'un service médical, indépendant des autorités pénitentiaires, qui comprend du personnel infirmier et des médecins. Le but de notre étude était d'identifier les facteurs de risque (cliniques et

socio-économiques) des gestes auto-agressifs et d'estimer leur importance relative en vue de proposer des mesures préventives.

### Matériel et méthodes

La prison de Champ-Dollon compte en moyenne 300 à 350 prévenus, dont 15% de femmes, pour environ 2300 entrées par an (tableau 1). Sa population a déjà été décrite<sup>11,12</sup>. La présente étude porte sur les détenus pour lesquels on disposait d'un dossier médical, soit les 2/3 environ de l'ensemble des détenus. Les consultations sont ambulatoires et données en principe sur demande des détenus; un tiers d'entre eux ne consultent jamais un médecin pendant leur séjour en prison. Dès qu'un détenu consulte le service médical, un dossier est ouvert.

L'étude est de type cas/témoin et a été conduite rétrospectivement sur dossiers. La période de recrutement des cas été étendue sur 4 ans, soit du 1.1.1989 au 31.12.1992. Un recul de 4 ans était en outre prévu pour l'étude des antécédents individuels.

Les gestes auto-agressifs ont été recensés à partir des cahiers infirmiers. Par gestes auto-agressifs, on entendait les veino-sections, les absorptions de produits toxiques ou de corps étrangers, les pendaisons ou autres. Trois cent vingt-trois gestes auto-agressifs ont été dénombrés pendant la période de recrutement, concernant 172 détenus. Chaque détenu n'a été pris qu'une seule fois en compte dans l'étude. Pour les détenus comptant plusieurs séjours avec gestes auto-agressifs durant les 4 ans de recrutement, un seul des séjours a été sélectionné, par tirage au sort. En cas de gestes auto-agressifs multiples au cours du même séjour, seul le premier de ces gestes a été considéré. Les cas comprenaient donc finalement 172 gestes auto-agressifs (tableau 1).

	Entrées	Nuitées	Gestes auto-agressifs (n = 323)	Gestes auto-agressifs/ 1000 nuitées	Cas étudiés (n = 172)
1989	2286	95 561	88	0.9	45
1990	2475	112 398	117	1.0	54
1991	2496	126 049	69	0.6	44
1992	2279	131 047	49	0.4	29
Moyenne/an	2384	116 263.76	80.75	0.7	—

Tableau 1. Population étudiée et gestes auto-agressifs.

Le dossier médical d'un cas et 4 anciens dossiers de cas étaient incomplets.

Un témoin par cas a été tiré au sort dans les listes de sortie de la prison (dressées quotidiennement) avec pour condition d'éligibilité de n'avoir pas commis de geste auto-agressif durant le séjour. Il n'existe pas de liste de présence des détenus un jour donné et les témoins potentiels ne pouvaient être identifiés que lors de la sortie. La date de sortie du témoin coïncidait avec la date du geste auto-agressif du cas à plus ou moins 2 jours. Un détenu avec geste auto-agressif pendant un autre séjour que le séjour considéré pouvait être un témoin. Cent soixante-neuf des 172 témoins ont été inclus dans l'étude, le dossier médical n'ayant pas été retrouvé pour 3 d'entre eux.

Les facteurs de risque étudiés étaient les suivants: l'âge, le sexe, les conditions d'habitation avant l'incarcération (seul ou sans domicile/en couple/chez des parents-amis), le statut socio-professionnel (ouvrier/employé-cadre/sans profession), l'état civil, la nationalité, l'alcoolisme\*, les antécédents psychiatriques, les gestes

auto-agressifs antérieurs, la récurrence d'emprisonnement, la toxicomanie aux opiacés, un test VIH positif\*\*.

La nature du délit et le régime carcéral n'ont pas pu être pris en compte, les pouvoirs judiciaire et médical étant séparés. Les médecins travaillant à la prison genevoise sont indépendants des autorités pénitentiaires et rémunérés par le service de santé publique de l'Etat. Ils ne transmettent aucune information médicale aux autorités pénitentiaires. Inversement, le médecin n'a pas accès au dossier pénal du détenu contenant les informations sur la nature du délit et le régime carcéral. Seuls l'avocat, le juge d'instruction et le procureur ont accès au dossier pénal.

### Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée de manière à détecter un risque relatif de 2, en prenant un risque d'erreur  $\alpha$  (1ère espèce) de 5% et un risque d'erreur  $\beta$  (2e espèce) de 20%<sup>13</sup>. Le risque relatif minimum à détecter a été choisi sur la base de la littérature (RR de l'ordre de 1,5). On a admis que la proportion d'exposés parmi les cas

\* d'après l'anamnèse et la présence de signes cliniques: une neuropathie, un érythème palmaire ou des angiomes stellaires.

\*\* pratiqué à la demande pendant l'emprisonnement, environ 35% des détenus sont testés. Si un prisonnier se dit VIH positif, son médecin traitant est contacté pour confirmer le diagnostic (sinon, le test est refait).

était de 50%, sachant que la toxicomanie est le facteur de risque le plus souvent cité dans la littérature et que 50% des détenus de Champ-Dollon sont toxicomanes. Dans ces conditions, et avec un rapport cas-témoins de 1:1, la taille de l'échantillon devait être de 138. Avec 50 gestes auto-agressifs par an à Champ-Dollon (information publiée), une étude sur 4 ans devait permettre d'atteindre cet objectif, compte tenu de la proportion des cas ou témoins sans dossier.

#### Méthode statistique

L'analyse a été menée par régression logistique multivariée non conditionnelle au moyen du logiciel EGRET<sup>14</sup>.

Les variables caractérisant les conditions socio-économiques ont été étudiées après ajustement selon les effets combinés du sexe et de l'âge, dont la plupart des travaux antérieurs ont montré l'effet sur le risque. Les variables cliniques et caractérisant la situation pénale ont été étudiées après ajustement des mêmes variables, et, avec et sans ajustement pour toutes les autres variables afin de mieux apprécier les effets spécifiques de chacune d'entre elles.

#### Valeurs manquantes

Pour la codification des variables socio-économiques, l'absence d'information au dossier n'était pas interprétable et a été considérée comme une catégorie à part. Pour celle des variables cliniques, il a été admis que l'absence d'information équivalait à une valeur négative. Par exemple, un patient dont le dossier ne mentionnait pas de toxicomanie a été classé dans la catégorie «non toxicomane». Habituellement, le médecin ne consigne que les informations positives, mais ne note rien en l'absence de pathologie.

Les analyses statistiques ont été réalisées en considérant séparément les valeurs manquantes.

### Résultats

#### Description des gestes auto-agressifs

Les gestes auto-agressifs sont le plus souvent des dermo-veinosections (152); suivent les pendaisons (8), l'ingestion de corps étrangers (lames de couteau ou de rasoirs) (4) ou de produits toxiques (4) et d'autres gestes non classifiés (électrocution, sac mis sur la tête ...) (4). Quatre-vingt-treize gestes ont été suffisamment graves pour entraîner un transfert du détenu au service des urgences de l'hôpital cantonal, 75 détenus ont été soignés sur place à la prison; deux détenus sont décédés; le renseignement manque pour 2 détenus. Les gestes auto-agressifs surviennent surtout au début du séjour: 50% dans les 12 premiers jours et 90% dans les 3 premiers mois, avec un pic le jour de l'entrée. Seuls 10% des gestes auto-agressifs ont lieu la nuit entre minuit et 8 heures du matin; la plupart des gestes surviennent l'après-midi et en début de soirée, avec un pic à 22 heures.

#### Données manquantes

Compte tenu du principe adopté pour leur codification, les variables cliniques ne comptent qu'un très faible pourcentage de données manquantes. Par contre, le taux de données manquantes pour les variables socio-économiques (conditions d'habitation, statut socio-professionnel, emploi, état civil et nationalité) est extrêmement élevé, variant entre 27.6% et 77.9%, et systématiquement plus élevé pour les témoins que pour les cas. Le taux est identique pour toutes les variables, respectivement pour les cas et les témoins.

#### Facteurs de risque

##### *Age et sexe* (tableau 2)

Le risque est plus élevé pour les détenus de moins de 25 ans par rapport aux plus âgés: leur risque relatif (RR) est de 4.4, avec un intervalle de confiance à 95% (IC 95%) de 2,7 à 7,1. Le risque diminue de 8% par année d'âge en plus. Le fait d'être un homme ou une femme n'influence pas le risque; mais, la combinaison âge-sexe est à la limite de la significativité, tendant à montrer que le risque serait plus grand chez les femmes que chez les hommes pour les détenus de moins de 25 ans.

##### *Conditions socio-économiques* (tableau 3)

Aucune des variables caractérisant les conditions socio-économiques n'a d'effet statistiquement significatif. On note cependant que le risque tend à augmenter chez les détenus célibataires, chez les Suisses, chez ceux qui avaient un emploi avant l'incarcération et surtout chez les détenus vivant seuls ou sans domicile fixe. Le statut socio-professionnel ne paraît pas influencer le risque.

##### *Variables cliniques et situation pénale* (tableau 4)

Le fait d'être dépendant de produits opiacés accroît le risque de 2.4 (IC 95% = 1,5 à 3,9). Les toxicomanes en cure de sevrage à la méthadone ont un risque particulièrement élevé (RR = 2,7; IC 95% = 1,6 à 4,5). Le risque est également plus élevé, mais de façon non significative, chez les toxicomanes sans cure de sevrage par rapport aux non-dépendants. Le risque de geste auto-agressifs en prison n'est pas augmenté par l'alcoolisme, mais tend à l'être, bien que non significativement, en cas de séropositivité VIH.

Effets estimés	Cas (n = 172)	Témoins (n = 169)	Risque relatif (limites de confiance)
Effets de base (modèle proportionnel) <sup>a</sup>			
Sexe			
Hommes <sup>b</sup>	143	142	1
Femmes	29	27	0.95 (0.6–1.5)
Age			
>25 ans <sup>b</sup>	80	134	1
<25 ans	92	35	4.4 (2.7–7.1)
Effets combinés (proportionnel avec interaction)			
Femmes >25 ans <sup>b</sup>	8	22	1
Hommes >25 ans	72	112	1.8 (0.7–4)
Femmes <25 ans	21	5	11.6 (3.3–41)
Hommes <25 ans	71	30	6.5 (2.6–16.3)

<sup>a</sup> chaque variable est ajustée pour les effets de l'autre.  
<sup>b</sup> catégorie de référence.

**Tableau 2.** Répartition des cas et des témoins selon le sexe et l'âge et risques relatifs estimés.

Un geste auto-agressif lors d'un séjour précédent\* et l'existence d'antécédents psychiatriques aggravent le risque de façon indépendante. La récurrence d'emprisonnement (2<sup>e</sup> séjour ou plus) est associée à la toxicomanie et n'influence plus le risque après ajustement selon cette variable.

A l'exception de cette dernière constatation, les effets des différents facteurs considérés sont indépendants les uns des autres, comme en attestent les résultats très proches obtenus avec et sans ajustement pour les autres facteurs.

L'effet de la durée de séjour, entendue comme délai écoulé entre l'incarcération et la survenue du geste auto-agressif, ne pouvait être sta-

tistiquement étudiée étant donné que les témoins n'ont pu être recrutés qu'au moment de leur sortie.

De même, l'intérêt pour une variable temps, entendue comme délai écoulé entre l'entrée et la sortie de prison, n'est pas justifié. La plupart des gestes auto-agressifs surviennent rapidement après l'incarcération, à un moment où le détenu, en attente de jugement ne connaît pas la durée de sa peine. Un calcul approximatif non présenté, rendu possible du fait que l'immense majorité des cas ont survécu, montre que les témoins ont des durées de séjour moyennes en prison plus courtes (environ 90 jours) que les cas (plus de 160 jours).

## Discussion et conclusion

### Répresentativité des témoins

Notre étude ne porte que sur des détenus avec dossier médical. Les cas ont tous un dossier. En revanche, 1/3 des témoins potentiels n'ont pu être incorporés dans l'étude; puisqu'ils n'ont jamais consulté un médecin. On ne peut exclure que les témoins recrutés ne soient pas représentatifs de l'ensemble des témoins. Si l'on admet que les témoins recrutés sont à plus haut risque que ceux non atteints (car ils consultent un médecin), le «vrai» risque relatif tend plutôt à être dilué que surestimé.

### Données manquantes

L'absence d'information dans certains dossiers est directement liée au manque d'intérêt du médecin. Il n'est pas surprenant que le pourcentage de données manquantes soit très faible pour les variables cliniques, mais extrêmement élevé pour les variables socio-économiques. De plus, l'absence d'information socio-économique est plus fréquente chez les témoins. Le médecin porte probablement plus d'attention à une personne présentant des signes de détresse (geste auto-agressif), s'intéressant à ses problèmes familiaux et ses conditions de vie. Le médecin passe sans doute moins de temps avec un détenu qui ne consulte que pour une grippe ou une insomnie.

La qualité des informations des différentes expositions étudiées est indépendante du fait d'être un cas ou un témoin. Le pourcentage de données manquantes est le même pour toutes les variables socio-économiques et reste constant dans chaque groupe, de cas et de témoins, correspondant à un groupe de dossiers incomplets. Cette situation compense partiellement le biais potentiellement entraîné par l'existence de valeurs manquantes.

\* Les détenus séjournant pour la première fois à la prison sont dans la catégorie «premier séjour», car l'étude d'un geste auto-agressif lors d'un séjour précédent n'est pas pertinente.

Effets estimés <sup>a</sup>	Cas (n = 172)	Témoins (n = 169)	Risque relatif (limites de confiance)
Conditions d'habitation			
Seuls ou sans domicile <sup>b</sup>	31	15	1
Couple	24	19	0.7 (0.3–1.7)
Parents-amis	22	17	0.4 (0.2–1.1)
Renseignement absent	95	118	0.4 (0.2–0.8)
Statut socio-professionnel			
Ouvriers <sup>b</sup>	46	27	1
Employés-cadres	10	12	0.78 (0.3–2.2)
Sans profession	21	10	1.18 (0.5–3.1)
Renseignement absent	95	120	0.49 (0.3–0.9)
Emploi			
Non <sup>b</sup>	25	16	1
Oui	26	11	1.70 (0.6–4.8)
Renseignement absent	121	142	0.58 (0.3–1.2)
Etat civil			
Célibataires <sup>b</sup>	53	25	1
Mariés	25	25	0.96 (0.4–2.2)
Divorcés ou séparés	6	8	0.75 (0.2–2.7)
Renseignement absent	88	111	0.47 (0.3–0.9)
Nationalité			
Suisses <sup>b</sup>	61	39	1
Étrangers	84	67	0.76 (0.4–1.3)
Renseignement absent	27	63	0.33 (0.2–0.6)

<sup>a</sup> après ajustement selon le sexe, l'interaction âge – sexe.

<sup>b</sup> catégorie de référence.

**Tableau 3.** Répartition des cas et des témoins selon les conditions socio-économiques et risques relatif estimés.

#### Facteurs de risque

Notre étude compare des séjours avec ou sans gestes auto-agressifs. Le fait qu'un témoin puisse avoir un geste auto-agressif lors d'un autre séjour (ce qui était effectivement le cas pour quelques témoins) tend à diluer le risque plutôt qu'à le surestimer.

#### Age et sexe

Les résultats de la littérature divergent quant à l'effet du sexe et de l'âge sur les gestes auto-agressifs en prison; la tranche d'âge à risque

varie: 18–21 ans, 25–34 ans ou 20–39 ans<sup>5,11,15</sup>. Les femmes sont décrites parfois comme étant plus à risque que l'homme, mais non systématiquement<sup>11,15,16</sup>. A Champ-Dollon, le risque de gestes auto-agressifs se révèle plus grand chez les détenus de moins de 25 ans que chez les plus âgés.

#### Conditions socio-économiques

Une étude a montré que la propension au suicide augmentait avec le statut socio-familial du détenu alors qu'en milieu libre, les catégories sociales les plus défavorisées

étaient les plus à risque<sup>16</sup>. D'après notre étude, le statut socio-professionnel n'influencerait pas le risque de gestes auto-agressifs. Par contre, les détenus qui avaient un emploi avant l'incarcération auraient un risque plus élevé. On peut penser qu'un détenu non marginalisé a plus à perdre à la suite de son incarcération.

Nos résultats semblent montrer que les *divorcés ou séparés* commettent moins de gestes auto-agressifs que les célibataires ou les mariés. Ce résultat ne va pas dans le sens de l'idée que la rupture du lien familial augmenterait le risque de suicide<sup>17</sup>, mais soutient plutôt l'hypothèse que le risque augmenterait chez un détenu bénéficiant d'une bonne intégration sociale avant son incarcération.

La littérature diverge également sur le risque de gestes auto-agressifs des détenus nés à l'étranger<sup>4,6,16</sup>. Selon nos résultats, la nationalité ne serait pas un facteur de risque. Les étrangers paraissent plutôt protégés par rapport aux Suisses. Ce résultat est malaisé à interpréter puisque des personnes nées et élevées en Suisse gardent souvent leur nationalité d'origine tout en ayant adopté le comportement culturel local.

#### Variables cliniques et situation pénale

Les dépendances envers la drogue ou l'alcool ont été reconnues comme des facteurs de risque des gestes auto-agressifs en prison<sup>4,6,18</sup>. Notre étude confirme l'existence d'un risque accru pour les toxicomanes; l'alcoolisme, paraît avoir en revanche un effet protecteur. Une méthode de sevrage rapide de 10 jours à la méthadone a été adoptée à Genève pour diminuer les symptômes de manque chez les toxicomanes incarcérés (50 mg diminué de 5 mg par jour) et il a déjà été établi que la phase de sevrage à la méthadone est une période à risque<sup>12</sup>. Le risque de gestes auto-

Effets estimés <sup>a</sup>	Cas (n = 172)	Témoins (n = 169)	Risque relatif <sup>a</sup> (limites de confiance)	Risque relatif <sup>a,b</sup> (limites de confiance)
<b>Alcoolisme</b>				
Non <sup>c</sup>	158	145	1	1
Oui	13	24	0.6 (0.3–1.3)	0.52 (0.2–1.3)
Renseignement absent	1	0	–	–
<b>Antécédents psychiatriques</b>				
Non <sup>c</sup>	144	155	1	1
Oui	27	13	2.3 (1.0–5.0)	2.5 (1.1–5.7)
Renseignement absent	1	1	–	–
<b>Gestes auto-agressifs antérieurs</b>				
Non <sup>c</sup>	70	58	1	1
Oui	24	5	4.3 (1.5–12.5)	4.7 (1.5–14.4)
Renseignement absent	4	0	–	–
Premier séjour/non pertinent	74	106	–	0.7 (0.4–1.2)
<b>Récidive d'emprisonnement</b>				
Non <sup>c</sup>	74	105	1	1
Oui	97	64	2 (1.2–3.2)	–
Renseignement absent	1	0	–	–
<b>Toxicomanie</b>				
Non <sup>c</sup>	55	106	1	1
Oui avec cure sevrage	93	45	2.7 (1.6–4.5)	2.8 (1.6–4.9)
Oui sans cure sevrage	24	18	1.7 (0.8–3.6)	1.9 (0.8–4.2)
Renseignement absent	0	0	–	–
<b>Test VIH</b>				
Négatif ou non testé <sup>c</sup>	144	150	1	1
Positif	27	19	1.5 (0.79–2.9)	0.66 (0.3–1.4)
Renseignement absent	1	0	–	–

<sup>a</sup> ajusté selon le sexe, l'âge et l'interaction âge – sexe  
<sup>b</sup> ajusté selon les autres variables  
<sup>c</sup> catégorie de référence

**Tableau 4.** Répartition des cas et des témoins selon les données cliniques, la situation pénale et risques relatifs estimés.

agressifs est effectivement plus élevé chez les toxicomanes en cure de sevrage, qui sont les détenus les plus dépendants des opiacés. Mais, la fin de la cure ne coïncide pas avec un pic de gestes auto-agressifs; le mode de sevrage n'est donc pas en cause. Le fait que les gestes auto-agressifs se produisent en début de cure révélerait plutôt le rôle propre de la personnalité fragile du toxicomane. Le début de détention est mal vécu par le toxicomane du

fait de sa personnalité immature, impulsive, et de la précarité de sa vie sociale. On note d'ailleurs aussi une tendance à l'augmentation du risque chez les toxicomanes sans cure de sevrage.

La récidive d'incarcération est trop corrélée au profil du toxicomane, qui fait des séjours répétés en prison, pour pouvoir être étudiée en tant que telle.

Aucune étude, à notre connaissance, ne traite du risque de suicide

chez les détenus VIH-séropositifs. En revanche, une étude, menée au Texas en 1993, montre que les malades du SIDA ont un taux de suicide 9 fois plus élevé que la population générale<sup>19</sup>. Notre étude ne montre aucune tendance à une augmentation du risque chez les séropositifs, lorsqu'il est tenu compte du fait d'être toxicomane. Il existe une abondante littérature sur le suicide en général et le rôle des antécédents psychiatriques en

particulier. Les travaux portant sur le milieu carcéral sont plus rares. La présence d'antécédents psychiatriques est un facteur de risque de gestes auto-agressifs en milieu carcéral<sup>2,17</sup>, ce que notre étude confirme.

Notre étude tend à confirmer la survenue de conduites suicidaires en début d'incarcération, avec 90% des gestes auto-agressifs pendant les 3 premiers mois<sup>2,18</sup>, plutôt qu'en fonction de la durée de séjour<sup>16</sup>. Les détenus de Champ-Dollon sont des prévenus qui attendent leur jugement. Une fois jugé, le détenu est transféré dans un pénitencier pour y purger le reste de sa peine, ou libéré (si la durée du séjour en préventive correspond à la peine à subir). Les prévenus qui commettent des gestes auto-agressifs, le font en début de séjour et, à un moment où ils ne connaissent pas la durée future de leur séjour.

Certaines hypothèses n'ont pas pu être vérifiées par notre étude; en particulier celle d'une augmentation du risque selon la nature du délit ou le régime carcéral (isolement)<sup>1,5,16</sup>. En effet, le motif de l'incarcération en prison préventive, qui peut différer de celui de la condamnation, et le régime carcéral ne figurent pas dans les dossiers médicaux.

## Conclusion

En conclusion, mis à part le rôle de l'âge (les plus jeunes sont les plus à risque), nos résultats tendent à montrer que les gestes auto-agressifs observés dans la prison genevoise sont principalement à prévoir sur la base de l'anamnèse psychiatrique. Le détenu à haut risque est surtout celui qui a déjà commis un geste auto-agressif lors d'un précédent séjour en prison (le meilleur facteur pronostique), un toxicomane en cure de sevrage ou encore un détenu ayant des antécédents psychiatriques.

## Zusammenfassung

### **Die Risikofaktoren der auto-aggressiven Handlungen in einem schweizerischen Gefängnis**

Studien haben aufgezeigt, dass Suizid eine der häufigsten Todesursachen im Gefängnis sind (25 bis 45% der Todesfälle) und dass Selbstmordversuche häufiger vorkommen als ausserhalb der Gefängnismauern. Ziel dieser Studie war, die Risikofaktoren der auto-aggressiven Handlungen im Genfer Gefängnis zu identifizieren und ihre Auswirkungen zu schätzen, um präventive Aktionen vorschlagen zu können. Diese wurde retrospektiv nach einem Fall/Kontrolle-Plan (172 Fälle und 169 Kontrollen) bei Häftlingen, über welche ein medizinisches Dossier vorlag, durchgeführt. Eine multivariable Analyse der Daten erlaubte die Identifizierung folgender Risikofaktoren: Alter unter 25 Jahren (RR = 4,4), hat bereits eine auto-aggressive Handlung ausgeübt (RR = 4,7), hat eine psychiatrische Vorgeschichte (RR = 2,5) und ist rauschgiftsüchtig (Opiate) (RR = 2,8).

## Summary

### **Suicidal gestures (including wrist slashing) in a Swiss prison: Identifying the risk factors**

Suicide is reported to be one of the leading causes of death in prison (25–45% of deaths), and attempted suicide is observed more frequently in prison than in the general population. The purpose of this study is to identify the risk factors of the suicidal gestures (including wrist slashing) in the Geneva prison, and their impact; with a view to elaborating possible preventive measures. A case-control study (172 cases and 169 controls) was conducted retrospectively on the basis of medical records. Demographic and medical data for cases were compared to similar data for non-suicidal inmates. A multivariate analysis of the data revealed that the risk of suicidal gestures increased for the following characteristics: age less than 25 years (RR = 4.4), previous suicide attempts (RR = 4.7), a past history of psychiatric treatment (RR = 2.5), and finally, opiate drug dependence (RR = 2.8).

---

**Références**

- 1 Frost R, Hanzlick R. Deaths in custody. Atlanta City Jail and Fulton County Jail, 1974–1985. *Am J Forensic Med Pathol* 1988; 9(3):207–211.
- 2 Hurley M. Suicides by prisoners. *Med J Aust* 1989; 151(4):188–190.
- 3 Salive ME, Smith GS, Brewer TF. Death in prison: changing mortality patterns among male prisoners in Maryland, 1979–1987. *Am J Public Health* 1990; 80(12):1479–1480.
- 4 Kerkhof AJ, Bernasco W. Suicidal behavior in jails and prisons in the Netherlands: incidence, characteristics and prevention. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20(2):123–137.
- 5 Salive ME, Smith GS, Brewer TF. Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987. *JAMA* 1989; 262(3):365–369.
- 6 Arboleda-Florez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a remand centre setting. *Can J Psychiatry* 1988; 33(7):595–598.
- 7 Bonner RL, Rich AR. Psychosocial vulnerability, life stress and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20(3):213–224.
- 8 Hayes LM. National study of jail suicides: seven years later. *Psychiatr Q* 1989 Spring; 60(1):7–29.
- 9 Ivanoff A, Jang SJ. The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: a study of prison inmates. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(3):394–399.
- 10 Spellman A, Haynes B. Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides. *Psychiatr Q* 1989; 60(2):173–183.
- 11 Guignet A. Etude descriptive d'une population à haut risque. Les suicidants à la prison préventive de Champ-Dollon du 1er oct. 1977 au 31 mars 1979. [Thèse N° 3892] Université de Genève, 1981.
- 12 Jeanmonod R, Harding TW. La toxicomanie en milieu carcéral. *Médecine sociale et préventive* 1988; 33:274–280.
- 13 Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2nd Ed. New-York, NY: John Wiley & Sons, 1981.
- 14 Statistics & epidemiology research corporation. EGRET, state-of-the-art epidemiological computing. Washington: SERC, 1990.
- 15 Klasen HJ, Van der Tempel GL, Hekert J, et al. Attempted suicide by means of burns. *Burns* 1989; 15(2):88–92.
- 16 Bourgoin N. La mortalité par suicide en prison. *Rev Epidém et Santé Publ* 1993; 41:146–154.
- 17 Arboleda-Florez J, Holley H. Predicting suicide behaviours in incarcerated settings. *Can J Psychiatry* 1989; 34(7):668–674.
- 18 Backett SA. Suicide in Scottish prisons. *Br J Psychiatry* 1987; 151:218–221.
- 19 Copeland AR. Suicide among AIDS patients. *Med Sci Law* 1993; 33(1):21–28.

---

**Remerciements**

Nous remercions le Prof. T.-W. Harding, directeur de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève, de nous avoir fourni l'opportunité de faire cette étude. Nous remercions également l'équipe infirmière et les secrétaires de la prison de Champ-Dollon pour avoir mis à notre disposition les cahiers infirmiers et dossiers médicaux.

---

**Address pour correspondance**

Dr. Georgette Schaller  
 Institut universitaire  
 de médecine légale  
 Centre médical universitaire  
 9, avenue de Champel  
 CH-1211 Genève 4