



HAL
open science

Trajectoires de vie et développement des comportements violents

Julien Eloir

► **To cite this version:**

Julien Eloir. Trajectoires de vie et développement des comportements violents. Psychologie. Université de Lille, 2019. Français. NNT : 2019LILUH029 . tel-02500529

HAL Id: tel-02500529

<https://theses.hal.science/tel-02500529v1>

Submitted on 6 Mar 2020

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

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

Université de Lille
Laboratoire SCALab UMR CNRS 9193 – Equipe DEEP

Trajectoires de vie et développement des comportements violents

Thèse soutenue publiquement le 31 octobre 2019 en vue de l'obtention du titre de Docteur
en psychologie clinique

Par

Julien ELOIR
Psychologue clinicien

Sous la direction du :

Pr Jean-Louis NANDRINO

& la codirection du Dr Claire DUCRO

Composition de jury

Dr Robert COURTOIS, *Université de Tours*, (Rapporteur)

Dr Claire DUCRO, *Université de Lille* (Co-Directrice de thèse)

Pr Jean-Louis NANDRINO, *Université de Lille* (Directeur de thèse)

Pr Thierry PHAM, *Université de Mons, Belgique* (Rapporteur)

Pr Jean-Louis TERRA, *Université de Lyon 1* (Président)

Remerciements

J'ai toujours eu l'habitude de dire que le doctorat était pour moi une belle occasion d'allier la théorie à la pratique clinique. Sans enjeux professionnels universitaires, c'était une thèse « *pour le plaisir* » ... Même si certaines périodes de la thèse ont été compliquées à gérer, émotionnellement parlant, j'ai pris plaisir à mener cette recherche, à rencontrer différents professionnels, à aller vers les personnes incarcérées et leurs proches et pouvoir échanger avec eux sur leur vécu. J'ai mené ce doctorat en parallèle de projets à la fois professionnels et personnels, ce qui m'a permis également de mûrir mon regard sur les différentes problématiques que j'ai abordées dans cet écrit.

Tout d'abord, je tiens à remercier mes directeurs de thèse, Jean-Louis Nandrino et Claire Ducro, pour m'avoir ouvert la porte de la recherche, pour m'avoir accompagné du début jusqu'à la fin et surtout pour m'avoir écouté lorsque j'en ai eu besoin.

J'exprime ma sincère reconnaissance au Pr. Jean-Louis Terra (président), au Pr. Thierry Pham (rapporteur) et au Dr Robert Courtois (rapporteur) de m'avoir fait l'honneur d'expertiser ce travail de thèse.

Merci à l'ensemble de mes collègues et amis psychologues, Anne, Grégory et Juliette, pour nos échanges, nos discussions, leur soutien et leur participation à cette recherche.

Merci aux équipes des Unités Sanitaires et à l'Administration Pénitentiaire du Centre de Détention de Bapaume et de la Maison d'Arrêt d'Arras pour m'avoir autorisé à rencontrer les patients-détenus.

Être doctorant salarié est un statut un peu particulier, mais j'ai su trouver une aide et une écoute dans le laboratoire SCALab, alors que je ne pouvais y être pleinement présent. Merci à l'ensemble des doctorants, présents et passés, et à chacun des membres du laboratoire SCALab.

Merci à Sébastien avec qui j'ai pu également partager mes angoisses de doctorant (et bien plus), merci à Caroline pour m'avoir fait (bien) vivre la thèse à travers son parcours et les activités menées ensemble.

Un merci tout particulier aux personnes détenues du Centre de Détention de Bapaume et de la Maison d'Arrêt d'Arras pour leur participation. Et également merci à leurs proches de m'avoir autorisé à les interroger, des échanges et des discussions que nous avons pu avoir autour de la prison mais pas que... Sans eux, ce doctorat n'aurait pas eu lieu.

Pour leur soutien indéfectible, merci à ma femme, Sarah, et à ma fille Charlie, à mes parents, à mon frère et à tous mes proches qui m'ont suivi de près ou de loin durant cette aventure.

J'ai dit une fois que si je devais résumer mon travail de thèse en une seule phrase ce serait qu'il est indispensable de percevoir l'individu dans sa globalité. On m'a répondu que mon travail était certainement plus complexe et devait amener à beaucoup plus. Je n'ai pas nécessairement besoin que ce travail apporte plus. Cela fait 7 ans que j'interviens en prison, et je me rends compte chaque jour passé dans ce lieu, à quel point il est difficile de se départir du crime, du comportement et de l'étiquette de détenu.

J'ai eu l'habitude de dire à mes patients que les monstres n'existent pas et qu'une personne ne peut se résumer uniquement à un acte. Ce doctorat me l'aura confirmé. Il s'agit là du fondement de mon éthique professionnelle et personnelle. Ce sont des valeurs que j'ai voulu laisser transparaître et transmettre dans ce travail de recherche.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	4
RESUME	9
ABSTRACT	10
AVANT-PROPOS	11
PARTIE THEORIQUE	13
CHAPITRE I : PSYCHOPATHOLOGIE DEVELOPPEMENTALE ET TRAJECTOIRES DE	
VIE	14
1. L'APPROCHE DEVELOPPEMENTALE EN PSYCHOPATHOLOGIE	14
2. TRAJECTOIRES DEVELOPPEMENTALES ET TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES	15
3. TRAJECTOIRES DEVELOPPEMENTALES ET TROUBLES INTERNALISES	18
4. TRAJECTOIRES DEVELOPPEMENTALES ET TROUBLES EXTERNALISES	20
a) Troubles externalisés et auto-agressivité	20
<i>i. Les troubles d'abus de substance</i>	20
<i>ii. Les troubles des conduites alimentaires</i>	22
b) Troubles externalisés et hétéro-agressivité.....	24
c) Conclusion.....	26
CHAPITRE II - LE SUICIDE	27
I. NOSOGRAPHIE DU SUICIDE	27
a) Le modèle de Seguin (2001).....	28
b) Le modèle de Vandervoorde et Le Borgne (2014)	29

c)	Le modèle « Integrated Motivational-Volitional » (IMV) du comportement suicidaire (O'Connor, 2011 ; O'Connor & Kirtley, 2018).....	30
d)	Typologie de la crise (Séguin, Leblanc & Brunet, 2006).....	33
2.	ETIOPATHOGENIE DU GESTE SUICIDAIRE	35
a)	La santé mentale.....	35
b)	L'environnement comme source de stress dans la crise suicidaire.....	37
3.	TRAJECTOIRE DEVELOPPEMENTALE ET SUICIDE	38
4.	LE SUICIDE CARCERAL	40
a)	Le rôle des troubles mentaux dans le geste suicidaire en prison	41
b)	Des difficultés relationnelles	42
	<i>i. Le support social perçu.....</i>	<i>42</i>
	<i>ii. Le support social perçu en détention : facteur de risque ou de protection au suicide carcéral.....</i>	<i>43</i>
c)	Des facteurs carcéraux.....	45
	<i>i. Le choc carcéral</i>	<i>45</i>
	<i>ii. Des facteurs judiciaires</i>	<i>45</i>
	<i>iii. Des variables suicidogènes de l'environnement carcéral</i>	<i>46</i>
	<i>iv. La qualité de vie</i>	<i>46</i>
5.	LIMITE DES PROFILS DE DETENUS SUICIDAIRES.....	48
CHAPITRE III : LES AUTEURS D'INFRACTION A CARACTERE SEXUEL (AICS)		50
1.	TYPOLOGIES D'AICS.....	51
a)	Massachusetts Treatment Center typologies of Child Molesters (MTC-CM3) (Knight, 1988 ; Knight & Prentky, 1990).....	51
b)	La théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984).....	52
c)	Le « Self-Regulation model » (Ward & Hudson, 1998 ; 2000)	53
2.	LES PROCESSUS A L'ŒUVRE DANS LE PASSAGE A L'ACTE SEXUEL TRANSGRESSIF	54

a)	Des symptômes psychopathologiques.....	54
	<i>i. Des troubles de la personnalité</i>	<i>54</i>
	<i>ii. L'abus de substance.....</i>	<i>55</i>
b)	... aux difficultés relationnelles... ..	56
	<i>i. La relation à autrui</i>	<i>56</i>
	<i>ii. L'environnement familial dans le développement social.....</i>	<i>57</i>
c)	... en passant par les antécédents d'adversité	58
3.	AICS ET THEORIES DEVELOPPEMENTALES	59
a)	Introduction d'une temporalité dans le passage à l'acte sexuel transgressif.....	60
b)	Le modèle ITSO	61
4.	L'APPROCHE DEVELOPPEMENTALE PAR L'ETUDE DES PROFILS.....	63
 CHAPITRE IV : L'AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE, DEFINITIONS ET APPLICATIONS...66		
I.	L'APPLICATION DE L'AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE DANS LA PROBLEMATIQUE SUICIDAIRE.....	66
a)	Cadre général	66
b)	Les effets bénéfiques de l'autopsie psychologique sur les informants.....	67
c)	Des trajectoires pour expliquer le passage à l'acte suicidaire (Séguin <i>et al.</i> , 2007 ; Séguin <i>et al.</i> , 2014)	69
 PROBLEMATIQUE.....71		
 PARTIE EMPIRIQUE..... 73		
 CONCEPTION DE LA RECHERCHE		
1.	OUTILS D'EVALUATION	74
a)	Une grille d'entretien semi-directif.....	74
b)	Les outils à disposition	76
c)	Domaines d'investigation	77

2.	DEFINITION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	81
a)	Critère d'inclusion	81
b)	Critère de non-inclusion	82
	PROCEDURE DE L'ETUDE.....	83
1.	EQUIPES PARTICIPANTES	83
2.	LIEUX DE REALISATION DE LA RECHERCHE.....	83
3.	DEROULEMENT PRATIQUE DE LA RECHERCHE	83
a)	Recrutement	83
b)	Déroulement	84
4.	COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES	86
	USING LIFE TRAJECTORIES ANALYSIS TO EVALUATE SUICIDE RISK IN PRISON	
	(ÉTUDE 1).....	87
	DETERMINING SEXUAL OFFENDER PROFILES FROM LIFE TRAJECTORIES	
	(ÉTUDE 2).....	106
	DISCUSSION GENERALE	142
	ANALYSE DES ETUDES EMPIRIQUES.....	143
1.	ETUDE 1 "USING LIFE TRAJECTORIES ANALYSIS TO EVALUATE SUICIDE RISK IN PRISON"	143
a)	Suicidants VS Non-suicidants	143
b)	Des prédicteurs au geste suicidaire en prison	145
	<i>i. L'interaction entre troubles de l'humeur et troubles du comportement</i>	<i>145</i>
	<i>ii. La sphère relationnelle comme facteur de risque</i>	<i>146</i>
	<i>iii. Conclusion</i>	<i>148</i>
2.	ETUDE 2 "DETERMINING SEXUAL OFFENDER PROFILES FROM LIFE TRAJECTORIES"	149

a)	La création de profils dynamiques d'AICS.....	149
b)	La place de l'acte dans les profils d'AICS.....	154
3.	SYNTHESE : DE L'AUTO-AGRESSIVITE A L'HETERO-AGRESSIVITE	156
4.	PERSPECTIVES SCIENTIFIQUES.....	157
a)	Vers un regard global et dynamique de l'individu incarcéré	157
b)	Le geste suicidaire en prison.....	159
c)	Le passage à l'acte sexuel transgressif	160
	IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES CLINIQUES	162
1.	ETRE PSY' EN PRISON	162
a)	La demande	162
b)	Un suivi centré sur le patient	163
2.	LA « LIFE CHART » : UN OUTIL CLINIQUE CENTRE SUR LA PERSONNE	164
a)	La prise en charge du risque suicidaire en milieu carcéral	164
b)	La prise en charge des AICS.....	168
	CONCLUSION	171
	BIBLIOGRAPHIE	173
	LISTE DES FIGURES.....	206
	LISTE DES ANNEXES	207
	<i>Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif.....</i>	<i>208</i>
	<i>Annexe 2 : Lettre d'informations pour les participants-détenus</i>	<i>264</i>
	<i>Annexe 3 : Formulaire de consentement pour les participants-détenus.....</i>	<i>266</i>
	<i>Annexe 4 : Lettre d'informations pour les informants « Proches ».....</i>	<i>268</i>
	<i>Annexe 5 : Lettre d'informations pour les informants Psychologues.....</i>	<i>270</i>
	<i>Annexe 6 : Formulaire de Consentement pour les informants</i>	<i>272</i>
	<i>Annexe 7 : Compte-rendu de délibération du Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV</i>	<i>273</i>

Résumé

Dans le cadre des approches de psychopathologie développementale, l'objectif de la thèse est d'approfondir les connaissances sur les mécanismes en œuvre dans la mise en acte de comportements externalisés violents auto-agressif et hétéro-agressif chez des individus en milieu carcéral. Nous cherchons à retrouver l'impact (à la fois mental, social et environnemental) des événements de vie vécus à différentes périodes de vie sur ces troubles externalisés violents. À partir de la reconstruction des trajectoires de vie, nous avons retracé le parcours de vie de personnes incarcérées et étudié leurs trajectoires développementales en nous centrant sur le geste suicidaire en prison et le passage à l'acte sexuel transgressif. Dans une première étude, les trajectoires de vie des détenus suicidants, (c'est-à-dire présentant des antécédents de tentatives de suicide en détention) obtenues à partir d'une reconstruction avec l'entourage et les soignants ont été comparées à celles des détenus non-suicidants. Les résultats ont permis de développer un modèle prédictif du geste suicidaire en milieu carcéral qui démontre le rôle majeur des troubles de l'humeur avant l'incarcération et des troubles du comportement au cours de l'incarcération. La seconde étude réalisée auprès d'auteurs d'agression sexuelle a permis de mettre en évidence à partir de l'étude de leur trajectoire de vie, quatre profils spécifiques en fonction de l'occurrence d'événements appartenant à quatre domaines de vie majeurs. Les résultats des deux études empiriques nous permettent de discuter à la fois des perspectives théoriques et cliniques dans le cadre d'approches de psychopathologie développementale dans la compréhension de l'émergence des troubles du comportement et de leur accompagnement thérapeutique en milieu carcéral.

Mots-clés : Trajectoires de vie, Milieu carcéral, psychopathologie développementale, suicide, auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Abstract

As part of developmental psychopathology approaches, the aim of the thesis is to broaden the knowledge of the mechanisms in the inmates' violent externalised auto-aggressive and hetero-aggressive behaviour. Our concern is to find the mental, social and environmental impact of life events experienced in different life periods on these violent externalised troubles. From the reconstruction of life charts, the life course has been retraced and the developmental trajectories have been studied by focusing on the suicidal behaviour in prison and the transgressive sexual act. In a first study, life charts of inmates with a history of suicide attempt in prison, built with relatives and caregivers interviews, were compared to life charts of inmates without suicide attempts. The findings enabled to develop a predictive model of the suicidal behaviour proving the importance of mood disorders before the detention and behaviour disorders during the detention. In a second study, four sex offenders profiles created from life trajectories can be observed and distinguished according to the occurrence of events in four major domains of risk factors. The results of the two empirical studies allow to discuss the theoretical and clinical perspectives as part of developmental psychopathology approaches in the understanding of violent externalised troubles and their care in prison.

Key words : Life trajectories, prison, developmental psychopathology, suicide, sex offenders.

Avant-Propos

Le monde carcéral constitue un environnement physiquement restreint où l'individu se retrouve confronté à ses propres limites psychiques. Les problématiques rencontrées en tant que psychologue clinicien et en tant que chercheur y sont variées. Si certaines de ces problématiques ne semblent pas différer du milieu ouvert ou de la population générale, tels les abus voire troubles de substances, les épisodes dépressifs ou même une décompensation psychotique, d'autres sont davantage spécifiques à la prison, comme l'effet de la surpopulation sur le corps, l'enfermement ou encore les comportements violents. La violence du milieu carcéral s'observe à la fois dans les actes qui ont amené la personne à être incarcérée mais également dans les relations entre chaque individu se retrouvant dans la prison. Lorsque l'on s'intéresse à la personne incarcérée et notamment à ses comportements violents, elle ne peut pas être dissociée de l'environnement dans lequel elle évolue, des relations qu'elle entretient avec cet environnement et des conséquences que ces relations peuvent engendrer. Aussi, le statut de détenu devient rapidement l'une des caractéristiques identitaires principales de la personne.

Pour observer les comportements violents en prison, nous choisissons un regard plus large sur l'individu en allant rechercher les aspects développementaux de ces comportements au cours du parcours de vie. Après avoir présenté les principes fondamentaux et théoriques de la psychopathologie développementale et des trajectoires de vie et avoir distingué les troubles internalisés et externalisés, nous présenterons des modèles développementaux de troubles externalisés auto-agressifs, c'est-à-dire des comportements violents tournés vers soi, et hétéro-agressifs, tournés vers autrui (**Chapitre I**). Cette première partie va permettre d'introduire deux problématiques spécifiques à l'environnement carcéral : le geste suicidaire

en prison, comportement auto-agressif, et le passage à l'acte sexuel transgressif, comportement hétéro-agressif.

Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel qui a donné lieu à différents modèles comme celui de la crise suicidaire de Séguin (2001), le modèle d'analyse du processus suicidaire de Vandervoerde et Le Borgne (2014) ou encore le modèle *Integrated Motivational-Volitional* (IMV) du geste suicidaire de O'Connor (2011). La particularité du suicide en prison nécessite de prendre en compte l'environnement et le développement de certains facteurs de risque (**Chapitre II**). Les Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel (AICS) sont une population bien spécifique au sein des établissements pénitentiaires, considérée par beaucoup en bas de l'échelle sociale carcérale. De nombreuses recherches à travers le monde se sont intéressées aux différents passages à l'acte sexuels transgressifs pouvant exister et aux caractéristiques propres à une certaine victimologie. Depuis plusieurs années, les aspects développementaux se retrouvent au centre des études sur les AICS, permettant d'approfondir les connaissances théoriques sur le passage à l'acte (**Chapitre III**). Pour étudier ces deux types de comportements violents et leur développement, nous choisissons d'adapter une méthodologie spécifique au geste suicidaire : l'autopsie psychologique (**Chapitre IV**). Cette procédure d'investigation va nous permettre de retracer les trajectoires de vie de personnes détenues suicidantes, c'est-à-dire présentant des antécédents de tentatives de suicide (**Etude 1**), et également les trajectoires de vie de détenus AICS (**Etude 2**).

Nous terminerons cet écrit en discutant les différents résultats obtenus dans chacune de nos études empiriques et en explorant les perspectives à la fois théoriques et cliniques que nous pourrions tirer de l'étude des trajectoires de vie dans le développement de comportements violents.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Psychopathologie développementale et Trajectoires de vie

1. L'approche développementale en psychopathologie

Le courant de la psychopathologie développementale tend à amener une compréhension des phénomènes pathologiques en introduisant la notion de trajectoires relatives aux mécanismes d'adaptation des individus (Perret & Faure, 2006). Cette approche établit un lien entre le développement d'une personne et les états psychopathologiques dont elle peut souffrir. Le développement se fait en partie par acquisition d'expériences et par les réponses données à ces expériences. La psychopathologie développementale vient s'intéresser à la continuité entre le développement « normal » et le développement de troubles psychopathologiques (Bosma, 2006 ; Toth & Cicchetti, 2010).

L'articulation entre le développement du fonctionnement psychologique et le fonctionnement interpersonnel est au centre de la psychopathologie développementale et l'environnement dans lequel évolue ou a évolué l'individu tient une place particulière dans les théories développementales. Ces deux aspects tiennent compte des relations entretenues avec l'environnement mais également avec les membres qui le composent. Les théoriciens vont alors parler de composante transactionnelle entre l'individu et son environnement. Par exemple, dans l'environnement familial, nous pourrions ainsi observer les relations de l'individu avec les parents, la fratrie, le partenaire ou même les enfants, ainsi que la qualité de ces relations. Aussi, les différents événements qui marquent la famille vont rendre compte de la dynamique familiale et la place qu'occupe l'individu. Tout cela influence le développement mental de l'individu au niveau cognitif, social, émotionnel et même comportemental.

La trajectoire de vie modélise le développement d'un individu à travers le temps. Le champ de la psychopathologie développementale permet la compréhension des continuités et des discontinuités se retrouvant dans la trajectoire de vie d'une personne (Baltes, 1987).

Une trajectoire développementale n'est ainsi pas déterminée à l'avance et va dépendre des points de ruptures, c'est-à-dire des éléments qui vont générer un changement dans la trajectoire, des mécanismes internes de l'individu et de l'environnement dans lequel il évolue. Les caractéristiques intrinsèques de la personne interagissent avec les caractéristiques de l'environnement pour influencer son mode relationnel et dans une optique plus large, sa trajectoire développementale. Il s'agit là de l'idée des modèles transactionnels. La littérature va également définir les transitions et les tournants (« *turning points* » en anglais) d'une trajectoire de vie, qui sont des périodes amenant un changement interne chez l'individu et potentiellement une réorganisation psychique (Rutter, 1996).

2. Trajectoires développementales et troubles psychopathologiques

La recherche et l'analyse des troubles psychopathologiques nécessitent la prise en compte de plusieurs niveaux d'observation : chaque événement sera vécu différemment par un individu selon ses caractéristiques intrinsèques, ses capacités adaptatives, ainsi que les interactions avec son environnement. Dans cette approche développementale, on parlera davantage de probabilités d'influence que de déterminisme (Sroufe & Rutter, 1984).

Ces probabilités se détachent du caractère immuable d'une trajectoire déterminée et peuvent se regrouper en différentes sphères, regroupant à la fois des facteurs de risque et des facteurs de protection. Ces facteurs constituent des variables calculées statistiquement et qui ne constituent pas une causalité chez l'individu. Nous retrouvons une influence des caractéristiques internes à la personne c'est-à-dire des facteurs biologiques, génétiques ou

psychologiques, et des éléments externes comme l'environnement. Wenar et Kerig (2000) proposent un tableau regroupant les facteurs de risque et de protection, survenant sur ces différentes sphères (**Tableau 1**).

Certains facteurs biologiques tels que les prédispositions génétiques ou le fonctionnement cérébral (**Sphère biologique**) sont liés à certains troubles psychopathologiques comme les troubles du comportement alimentaire ou encore l'hyperactivité. Pourtant, il est nécessaire de percevoir ces facteurs comme évolutifs et inscrits dans une dynamique temporelle avec le trouble, et non comme cause déterminée de ce trouble (Sroufe, 2013).

Les caractéristiques de l'environnement familial, telles que les conflits parentaux, les violences subies par les figures parentales ou à l'inverse le soin adapté apporté à l'enfant et des relations aimantes entre l'enfant et ses parents (**Sphère interpersonnelle**), agissent sur l'attachement qui peut se développer en plusieurs catégories. L'attachement est une notion qui va influencer le développement de l'individu (**Sphère intrapersonnelle**). Ainsi, un attachement dit « sécure » découle d'un environnement familial bienveillant et constitue un facteur de protection en permettant à l'enfant de développer des relations sociales saines et adaptées ainsi que de bonnes capacités d'adaptation et d'empathie (**Sphère sociale**) (Grossmann & Grossman, 1991). À l'inverse, un environnement social précaire et des violences intrafamiliales pourront induire un attachement « insécure ». La catégorie de l'attachement fournit des indices sur le développement de troubles du comportement, comme les troubles des conduites (Guédénéy & Dugravier, 2006).

Tableau 1: Exemple de facteurs de risque et de protection (Wenar & Kerig, 2000)

Sphère	Facteur de risque	Facteur de protection
Biologique	Problèmes génétiques Atteintes neurologiques	Tempérament facile
Intrapersonnelle	Attachement inséure Déficience intellectuelle	Attachement sécure Bonne estime de soi
Interpersonnelle	Conflit familial Abus ou négligence	Figures parentales aimantes Environnement familial sain
Sociale	Environnement précaire Instabilité scolaire	Relations positives avec autrui Tolérance culturelle

Les exemples cités précédemment montrent l'importance de l'apparition de certains facteurs de risque et de protection durant certaines périodes de vie, et notamment durant l'enfance.

Cette première période de vie constitue une étape de développement importante dans la capacité d'adaptation de l'individu face à certaines situations et va préparer à la vie adulte (Bjorklund & Pellegrini, 2000). En psychopathologie développementale, certains modèles épigénétiques vont ainsi décrire l'être humain comme vivant des épisodes de « crise » qui vont venir moduler ses comportements et qui peuvent également induire des troubles psychopathologiques (Nigg, 2016).

Les expériences vécues précocement ont une influence sur le développement de l'enfant et agissent sur l'état de santé physique et psychologique à l'âge adulte. En effet, l'étude sur les *Adverse Childhood Experiences*, traduit en français par les expériences négatives de l'enfance, a montré que certains traumatismes vécus dans l'enfance impactent le bien-être de l'adulte (Chang, Jiang, Mkandarwire & Shen, 2019 ; Felitti, 2019 ; Felitti *et al.*, 1998). Depuis, plusieurs études transactionnelles en psychopathologie développementale ont étudié et observé les interactions entre certaines de ces expériences négatives comme le divorce des parents, les antécédents psychiatriques dans la famille, les antécédents d'abus physique ou sexuel, et des variables transgénérationnelles comme les caractéristiques génétiques et héréditaires ou encore la capacité des membres de la famille à s'ajuster et à s'adapter, sur le développement de l'individu (Cawthorpe, Mariott, Paget, Moulai & Cheung, 2018).

La psychopathologie développementale permet d'étudier les trajectoires de certains phénomènes psychopathologiques, en observant la dynamique et l'évolution de facteurs impliqués dans l'apparition de ces phénomènes. Il est alors possible de distinguer deux catégories de troubles : les troubles internalisés, se référant aux difficultés liées aux processus émotionnels, et les troubles externalisés, se rapportant à l'agressivité, contre soi ou contre les autres et aux comportements violents.

3. Trajectoires développementales et troubles internalisés

Les troubles internalisés correspondent aux troubles liés aux déficits de régulation émotionnelle, notamment les troubles de l'humeur et les troubles anxieux que nous choisissons ici de présenter au regard des théories développementales (Cohen-Salmon *et al.*, 2005).

Bien que la dépression prenne différentes formes selon l'âge auquel elle apparaît, il semble y avoir une continuité dans la vulnérabilité au trouble dépressif (Hammen & Garber, 2001). Ainsi, un épisode dépressif vécu à l'adolescence serait prédictif de la dépression à l'âge adulte (Bosma, 2006). Un trouble dépressif majeur présent durant l'enfance et/ou l'adolescence viendrait augmenter le risque de comorbidités comme l'abus de substance, des comportements suicidaires et impacter l'environnement social et professionnel de l'individu (Mullen, 2018).

De plus, les événements potentiellement traumatiques vécus durant l'enfance augmentent le risque de souffrir de troubles dépressifs (Bifulco, Moran, Baines, Bunn & Stanford, 2002). Le nombre d'expériences négatives vécues durant l'enfance, et plus précisément les abus psychologiques et émotionnels, est également fortement relié à la probabilité de présenter un épisode dépressif plusieurs années après avoir vécu ces expériences (Chapman *et al.*, 2004). Les antécédents d'abus subis par l'enfant viennent toucher la confiance en soi et l'estime de soi, deux concepts négativement corrélés à la dépression (Kim & Cicchetti, 2006).

Dans l'étude des troubles anxieux, la plupart des recherches tendent à se centrer sur une période de vie donnée et peu d'entre elles se focalisent sur la continuité de la vulnérabilité au trouble anxieux de l'enfance à l'âge adulte. Entre 0 et 6 ans, on constate pourtant une évolution positive entre l'anxiété et le risque dépressif chez l'enfant, et le niveau d'angoisse de séparation de la mère (Hock & Schirtzinger, 1992). Cette angoisse maternelle peut induire un trouble de l'attachement insécure anxieux chez l'enfant, qui pourra présenter des niveaux élevés d'anxiété à l'âge adulte (O'Neill & Murray, 2016).

Il apparaît difficile cependant d'établir une réelle continuité dans le trouble anxieux vécu dans la trajectoire développementale d'un individu, du fait de facteurs influençant différentes périodes de vie, comme l'enfance et l'âge adulte. Il est nécessaire d'aller au-delà de l'identification des facteurs de risque pour s'intéresser également au contexte biologique et environnemental dans lesquels apparaissent les troubles anxieux, à la fois chez l'enfant et chez l'adulte (McNally et Reese, 2009).

4. Trajectoires développementales et troubles externalisés

Les troubles externalisés regroupent les comportements oppositionnels, antisociaux et auto-agressifs (Harf, Taïeb & Moro, 2007). Nous présenterons dans un premier temps les trajectoires développementales de troubles externalisés auto-agressifs, en citant les troubles d'abus de substance et les troubles du comportement alimentaire. Dans un second temps, nous détaillerons le développement de certains troubles externalisés sur autrui et donc hétéro-agressifs, et plus particulièrement les comportements violents et délinquants.

a) Troubles externalisés et auto-agressivité

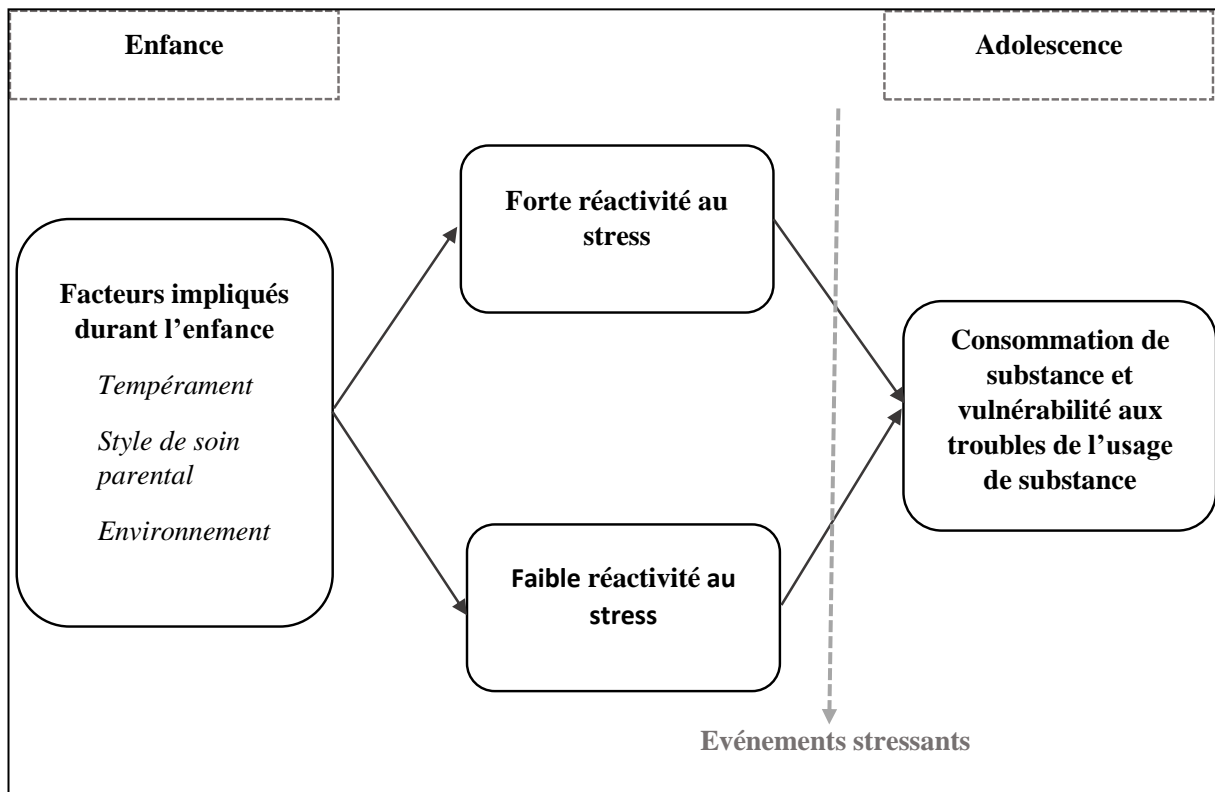
i. Les troubles d'abus de substance

Dans une perspective développementale, l'interaction entre différentes sphères de facteurs de risque vient influencer la vulnérabilité à développer une dépendance à une substance (Nandrino, 2017). Cette vulnérabilité peut survenir à l'adolescence et il existe un risque qu'elle perdure à l'âge adulte (Bosma, 2006). Cela peut signifier que les facteurs impliqués dans la prise de substance seraient sensiblement les mêmes dans les deux périodes de vie : l'adolescence et l'âge adulte. Parmi ces facteurs, nous retrouvons dans un premier temps des facteurs propres à la personnalité et au tempérament de l'individu, comme l'impulsivité, les affects négatifs ou encore des déficits de régulation émotionnelle (Chassin,

Collins, Ritter & Shirley, 2001). Une seconde catégorie de facteurs reprend des facteurs génétiques et biologiques, notamment une héritabilité à la dépendance potentiellement due à la combinaison et à l'interdépendance entre certains gènes, par exemple les gènes ADH1B et ADH1C impliqués dans la dépendance à l'alcool (Bierut, 2011 ; Ramoz & Gorwood, 2015). Aussi, l'une des sphères les plus observées concerne l'environnement et notamment l'environnement familial et les antécédents familiaux d'abus de substance (Chassin *et al.*, 2001).

Chaplin, Niehaus et Gonçalves (2018) proposent un modèle conceptuel de réactivité au stress dans le développement d'un abus de substance. Ce modèle permet de rendre compte de l'influence de facteurs propres à l'enfance, qui induisent une vulnérabilité à l'adolescence et à l'âge adulte (**Figure 1**). Certaines caractéristiques développées durant l'enfance, comme l'impulsivité ou la capacité à réguler ses émotions, interagissent avec l'environnement dans lequel l'enfant évolue, comprenant le style de soins parentaux qui lui est apporté et les expériences négatives comme les abus physiques. La personne va alors développer une réactivité au stress, soit élevée soit basse. Suit alors l'adolescence considérée comme une période de changement avec ses perturbations et ses transformations (Taborda-Simões, 2005). L'individu fait face à des événements qui agiront sur sa réactivité au stress et sur la vulnérabilité à consommer de l'alcool ou de la drogue.

Figure 1 : Modèle conceptuel de réactivité au stress dans le développement d'un abus substance (Chaplin, Niehaus & Gonçalves, 2018)



ii. Les troubles des conduites alimentaires

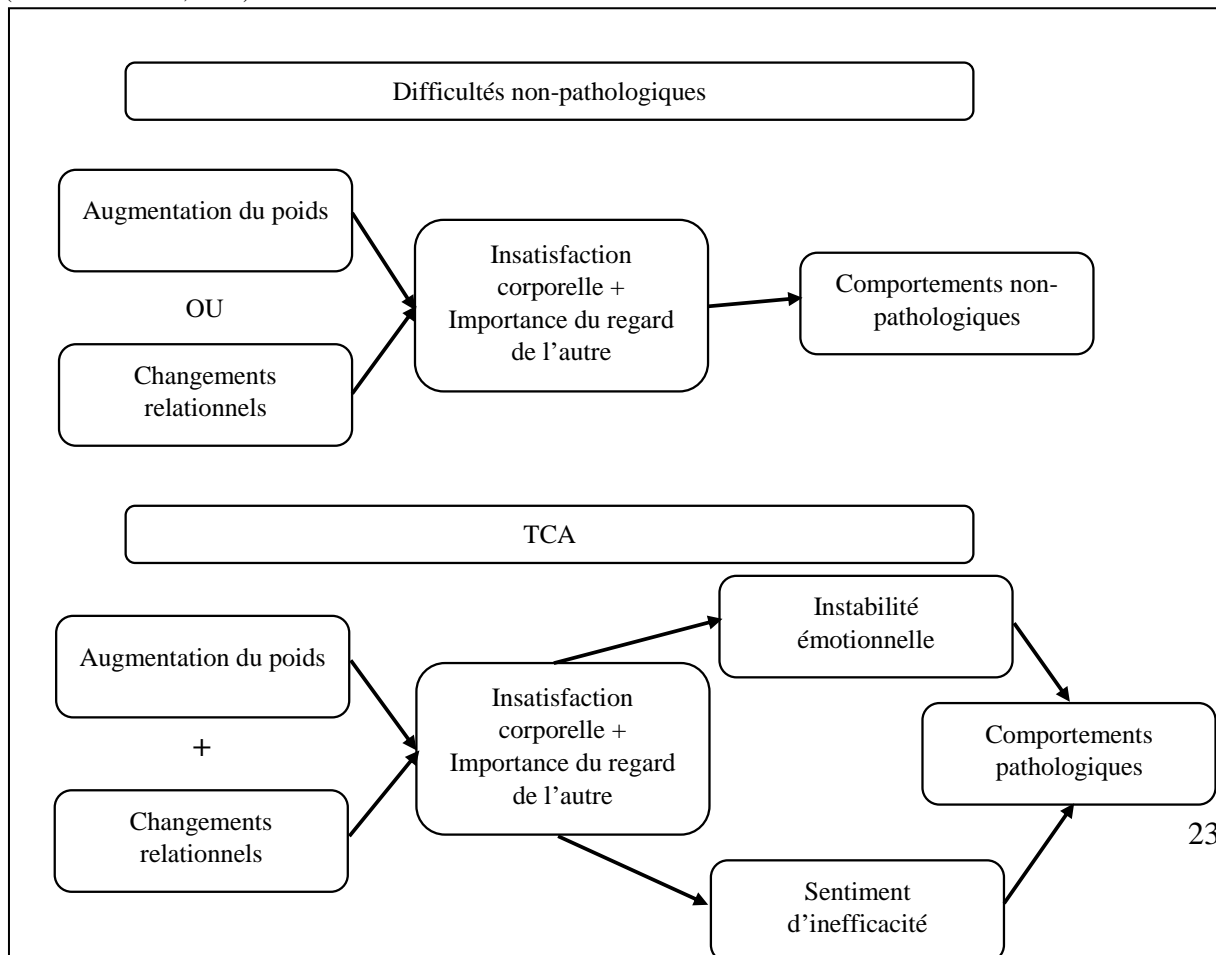
Les troubles des conduites alimentaires (TCA) font partie des problématiques qui s'expriment principalement chez les filles durant l'adolescence et qui peuvent se poursuivre à l'âge adulte (Keel & Schwartz, 2001). De nombreux facteurs liés aux caractéristiques de la personne et à la relation parentale viennent accroître une vulnérabilité aux TCA (Bosma, 2006).

Levine et Smolak (1990) proposent un modèle développemental et général des TCA en établissant une continuité entre le développement de difficultés alimentaires non-pathologiques et le développement psychopathologique des TCA, développements qui se différencient par l'intensité de certains facteurs influençant l'apparition du trouble.

Si toute personne éprouvant des difficultés d'ordre alimentaire, pathologique ou non, peut présenter des préoccupations autour de son poids ou des changements dans la sphère relationnelle, ces derniers sont plus importants et peuvent se cumuler chez les individus souffrant de TCA. Des facteurs supplémentaires viennent s'y ajouter dans les TCA comme le sentiment prononcé d'inefficacité ou une instabilité émotionnelle (**Figure 2**).

L'entrée dans l'adolescence est également une période particulière, qui s'accompagne de changements corporels qui atteignent l'image de soi, de son propre corps et le début de relations intimes avec autrui. La sphère relationnelle, et notamment le regard des pairs et de la famille, vient ici jouer un rôle important dans le développement de difficultés d'ordre alimentaire, avec une insatisfaction corporelle. Un effet cumulatif avec des situations de changements au niveau familial ou scolaire peut générer des troubles du comportement alimentaire qui peuvent perdurer dans le temps.

Figure 2 : Modèle développemental général des problématiques alimentaires, pathologiques et non pathologiques (Levine & Smolak, 1990)



Plus récemment, un modèle étiopathogénique apporte des précisions sur les processus cognitifs et interpersonnels mis en jeu dans le maintien des troubles alimentaires, et plus précisément sur l'anorexie mentale (Schmidt & Treasure, 2006 ; Treasure & Schmidt, 2013). Certains facteurs prédisposants tels qu'une hypersensibilité aux détails au détriment du global et un hyper-contrôle cognitif et émotionnel viennent interagir sur des facteurs précipitant l'anorexie mentale. Un exemple à cette hypersensibilité serait le fait de vivre des événements stressants ou de subir des moqueries sur son poids. De cette interaction découleraient des conséquences à la fois comportementales (e.g., de gestion du poids et de l'alimentation) et cognitives (e.g., une diminution des capacités de flexibilité en parallèle d'une augmentation de la rigidité et des comportements ritualisés). Des difficultés d'ordre émotionnel sont également repérées dans le développement de l'anorexie mentale. Il est retrouvé des déficits en reconnaissance et en expression émotionnelles mais aussi des troubles anxieux en lien avec des comportements d'évitement émotionnel ayant pour conséquence un impact négatif sur la sphère sociale. Ainsi les caractéristiques intra-individuelles interagissent avec les facteurs interpersonnels en amenant une vulnérabilité à développer l'anorexie mentale et un maintien de la maladie au cours du temps.

b) Troubles externalisés et hétéro-agressivité

Les comportements externalisés violents font principalement référence aux comportements de délinquance et d'agression envers des personnes ou des biens. Les recherches menées vers des trajectoires dites « life-course persistent » amènent à l'étude des comportements agressifs et criminels présents dès le début de l'adolescence et se maintenant au cours du temps (Vermeiren, 2003).

Ainsi, certains comportements hétéro-agressifs sont en lien avec le trouble de la personnalité antisociale qui relate fréquemment des antécédents de comportements agressifs avec autrui et une indifférence aux besoins des autres. Les personnes souffrant de ce trouble de la personnalité ont majoritairement vécu des abus physiques et sexuels durant l'enfance et ont eu à souffrir de négligence émotionnelle parentale (Johnson *et al.*, 2005). Cette agressivité rapportée par les comportements antisociaux est associée à une symptomatologie davantage internalisée, comme les troubles anxieux ou un syndrome dépressif. L'hypothèse développementale va dans le sens d'une évolution au cours du temps de symptômes internalisés et où les comportements agressifs de l'adolescent constitueraient un mode d'expression de ces symptômes (Sheidow *et al.*, 2008). De plus, des difficultés de développement fœtal, avec des problèmes survenus durant la grossesse de la mère, seraient corrélées aux traits psychopathiques associés à la personnalité antisociale et considérés en partie comme un trouble psychopathologique (Lalumière, Harris & Rice, 2001).

Les trajectoires développementales constituent des objets d'étude notamment dans le champ criminologique où les chercheurs vont étudier les carrières criminelles de certaines populations délinquantes. Ces trajectoires en lien avec le comportement criminel vont mettre en avant certaines caractéristiques qui leur sont propres comme l'âge de début de la carrière criminelle et la fréquence et la durée des comportements violents (Farrington, 2006).

Dans une population de femmes auteures d'agression, une étude de Blokland et van Os (2010) menée à la fois sur les caractéristiques criminelles et les caractéristiques personnelles, dégage quatre trajectoires criminelles : les « *sporadic offender* », les « *emerging adulthood desisters* », les « *emerging adulthood onsetters* » et les « *high-frequency chronics* ». En fonction du nombre d'incarcérations et de l'âge auquel ont été commises les premières

agressions, ces trajectoires permettent d'identifier la population à haut risque de passage à l'acte. Ces résultats sont importants dans le travail de prévention de la récidive et de la prise en charge de certains troubles du comportement. Les trajectoires mettent également en avant certaines transitions caractérisées par des événements de vie, comme un mariage ou une perte, et qui vont venir moduler les passages à l'acte violents, soit en les augmentant, soit en les diminuant.

c) Conclusion

Qu'il s'agisse d'auto-agressivité ou d'hétéro-agressivité, la psychopathologie développementale amène un regard dynamique sur la formation des troubles externalisés, comme nous l'avons montré pour les abus de substances, les troubles du comportement alimentaire ou encore les comportements violents et délinquants. Pour chacun de ces troubles, nous observons une interaction multifactorielle sur différentes sphères, à la fois internes à l'individu, telles que l'impulsivité ou la régulation émotionnelle, et externes comme l'environnement familial ou les relations avec autrui. Dans l'évolution des troubles externalisés, les trajectoires développementales vont mettre en avant des périodes de changements qui vont venir influencer le trouble externalisé auto-agressif ou hétéro-agressif.

Nous proposons ici d'étudier le développement de deux types de comportements violents, l'un auto-agressif : le suicide, et plus particulièrement l'évolution de conduites suicidaires dans l'environnement carcéral. Le second comportement violent développé dans cet écrit correspond au passage à l'acte sexuel transgressif, comportement hétéro-agressif. Nous présenterons pour chacun l'étiologie du comportement et les théories développementales qui amènent une compréhension du passage à l'acte auto-agressif et hétéro-agressif.

Chapitre II - Le Suicide

1. Nosographie du suicide

De l'Antiquité chrétienne jusqu'au XVIIIème siècle, le suicide était considéré comme un meurtre envers soi-même. Il faudra attendre le XIXème siècle, voire le début du XXème, pour que les représentations autour du suicide évoluent et que la société le reconnaisse comme un symptôme d'une souffrance psychique. Dès lors, plusieurs théories font leur apparition, telles que la théorie sur la pulsion de mort (Freud, 1915) ou encore la théorie socioculturelle de Durkheim (1897). Les chercheurs tentent alors de mettre en évidence divers facteurs de risques sociodémographiques, psychopathologiques, *etc.* (Garré, 2008).

Il faut distinguer plusieurs dimensions autour de la notion de suicide. Dans un premier temps, nous retrouvons le suicide défini comme « *un acte entraînant une issue fatale, lors duquel le défunt savait ou attendait une potentielle issue fatale, acte qui a été initié ou provoqué dans le but d'obtenir les changements voulus* » (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006, cités par Vandervoorde, 2013, p.10). La tentative de suicide (TS) fait partie des comportements auto-agressifs qui constituent eux-mêmes des actes délibérés infligeant des dégâts sur le corps de la personne ou menaçant son intégrité (Lohner & Konrad, 2006). La TS se différencie du suicide dans le fait qu'elle constitue le passage à l'acte non abouti d'une personne voulant mettre fin à ses jours. Les idéations suicidaires concernent les pensées et les élaborations autour du désir de mourir, il convient alors de parler de personnes suicidaires, *a contrario* du suicide où nous parlons de personnes suicidées. Aussi, on appellera une personne suicidante celle qui a déjà réalisé au minimum une TS mais qui n'exprime pas actuellement d'idéations suicidaires (Vandervoorde, 2013). Les idéations suicidaires

s'inscrivent dans le processus suicidaire. Ce dernier correspond à l'accumulation d'éléments perturbateurs dans la relation individu/environnement : la planification remplace alors l'idéation, et sera mise en acte par le geste suicidaire (Runeson, Beskow & Waern, 1996 ; Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007). Enfin, la crise suicidaire est une véritable crise psychique durant laquelle le risque suicidaire est majeur et le passage à l'acte hautement probable (Camus, Dubois-Carmagnat, Péru, Suzanne & Fillatre, 2008 ; Haute Autorité de Santé, 2000).

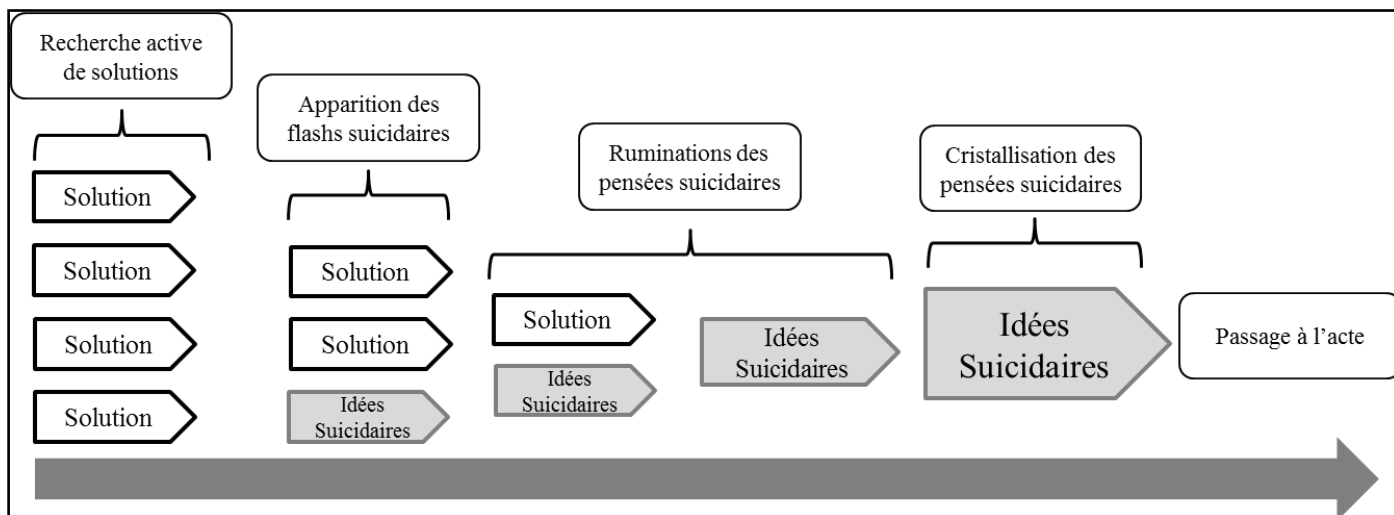
Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne où elle se sent particulièrement vulnérable face à des évènements de vie stressants ou douloureux. Nous choisissons de présenter ici des exemples de modèles et de typologies représentant la crise suicidaire.

a) Le modèle de Seguin (2001)

La crise peut être perçue comme un continuum allant des premiers signes de souffrance manifeste et aboutissant au passage à l'acte suicidaire (**Figure 3**). La personne entrant en crise suicidaire vit une situation de déséquilibre psychique et émotionnelle. Face à cela, elle est en recherche active de solutions afin de diminuer ces états de tensions et de souffrance. Lorsque les solutions n'aboutissent pas, la détresse émotionnelle devient de plus en plus intense, les affects négatifs sont de plus en plus présents. Les idées suicidaires vont alors apparaître dans un premier temps sous forme de flashes suicidaires : le suicide est envisagé mais la pensée ne persiste pas, puis sous forme de ruminations. La personne présente une anxiété importante liée à certaines distorsions cognitives telles que la perte d'estime de soi ou le sentiment d'impuissance face à sa souffrance. Par la suite, les pensées suicidaires se cristallisent, le suicide devient la seule solution à l'arrêt de la souffrance. L'individu va alors élaborer son scénario, comprenant le choix du moyen létal, le lieu ainsi que la temporalité du

passage à l’acte. Enfin, le passage à l’acte constitue la dernière étape de la crise suicidaire et survient le plus fréquemment après un événement déclencheur (Bagge, Glenn & Lee, 2013 ; Yen *et al.*, 2005).

Figure 3 : Processus suicidaire selon le modèle de Séguin (2001)



b) Le modèle de Vandervoerde et Le Borgne (2014)

Vandervoerde et Le Borgne (2014) développent un modèle de compréhension et d’analyse du processus suicidaire en découpant la crise suicidaire en trois phases : avant le passage à l’acte suicidaire (PAS), pendant le PAS, après le PAS. Le processus suicidaire résulte ainsi d’altérations du fonctionnement écologique de l’individu.

Dans un premier temps, l’état de crise psychique peut se manifester de façon directe sur l’état général de l’individu, avec une affectation des troubles des conduites instinctuelles, comme la persistance de troubles du sommeil (Bernert, Kim, Iwata & Perlis, 2015). Dans ce moment de crise, les affects négatifs, tels que la colère, le désespoir ou encore la culpabilité, deviennent confus et difficiles à gérer (niveau sentimental et émotionnel). La souffrance psychique de l’individu s’intensifie et a des retentissements au niveau fantasmatique, avec l’apparition puis la cristallisation d’idées suicidaires avec intentionnalité, et au niveau cognitif

avec une fixation attentionnelle sur l'arrêt de la souffrance. Le champ de la conscience peut également être affecté avec l'apparition d'épisodes dissociatifs ponctuels. Sur le plan comportemental, la crise suicidaire peut se manifester par la survenue d'automutilations voire par des états d'incurie, jusqu'à la préparation de l'acte suicidaire.

Dans les processus actifs au moment du passage à l'acte, certaines réactions sont observables. La confusion émotionnelle est de plus en plus intense et peut engendrer des raptus émotionnels importants. L'individu peut être calme ou agité, avec des ruminations ou encore dans un état dissociatif. Les idées de vie et de mort sont présentes et il s'agit là d'un véritable débat intrapsychique jusqu'au moment où le suicide devient l'unique possibilité à la réduction de la souffrance et le comportement suicidaire a lieu. Dans le cas d'une tentative de suicide, les comportements et attitudes post-comportement sont variés et peuvent aller de la critique du geste à la réitération du comportement suicidaire, en passant par l'engagement dans des soins adaptés.

L'idée d'un modèle dynamique de la crise suicidaire où la souffrance de l'individu est évolutive et impacte le fonctionnement psychique global de la personne, avec une temporalité courte, c'est-à-dire avant, pendant et après le passage à l'acte suicidaire est ici renforcée (Vandervoorde & Le Borgne, 2014). Ainsi, différents types de crise sont identifiables qui se caractérisent par une évolution dans le temps différente (Séguin, Leblanc & Brunet, 2006).

c) Le modèle « Integrated Motivational-Volitional » (IMV) du comportement suicidaire (O'Connor, 2011 ; O'Connor & Kirtley, 2018)

Le modèle de O'Connor (2011) cherche à comprendre les mécanismes sous-jacents de la transformation d'idéations suicidaires en passage à l'acte suicidaire (**Figure 4**). Ce modèle

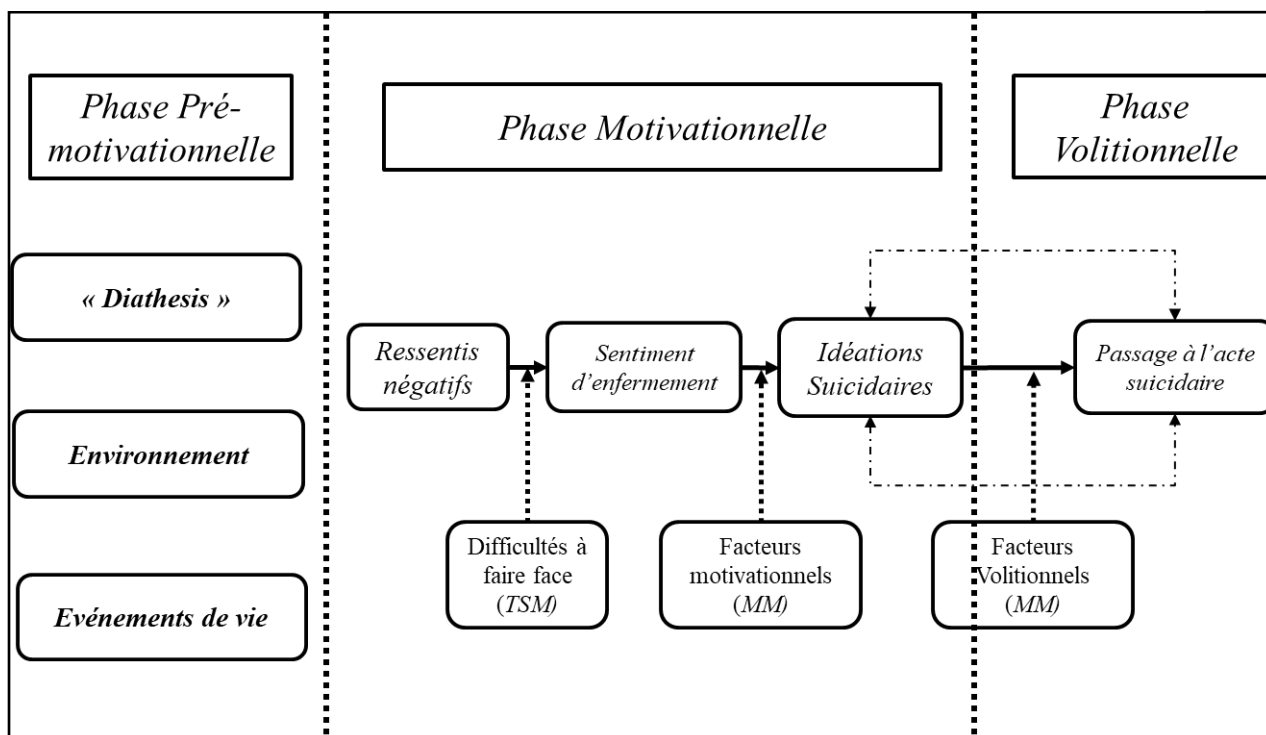
réaffirme l'interaction multifactorielle du processus suicidaire et propose de sortir d'un regard uniquement psychiatrique pour développer les facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et culturels. Le postulat du modèle de O'Connor (2011) et précisé par O'Connor et Kirtley (2018) consiste en la distinction des facteurs amenant l'individu à présenter des idées suicidaires, des facteurs qui permettent la transition entre les idées et le geste suicidaire. Il deviendrait alors possible de différencier les individus présentant uniquement des idées suicidaires sans passage à l'acte de ceux pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide.

Le modèle IMV décrit trois phases durant lesquelles le processus suicidaire va évoluer et s'intensifier. Tout d'abord, la phase pré-motivationnelle va décrire le contexte dans lequel vont interagir l'environnement dans lequel évolue la personne, les potentiels troubles dont elle peut souffrir (en anglais « *diathesis* ») et les événements de vie négatifs précédents l'apparition d'idées suicidaires. Durant la seconde phase dite motivationnelle, le suicide va s'installer comme l'unique solution face à une détresse psychique de plus en plus intense. Les ressentis négatifs vont être renforcés par la présence de facteurs impactant les ressources de l'individu et ses capacités d'adaptation (*Threat to Self Moderators, TSM*), pour amener à un sentiment d'être enfermé et piégé (*Entrapment*). Les facteurs dits motivationnels (*Motivational Moderators, MM*) tels que le support social, l'appartenance ou non à un groupe social ou encore le sentiment d'être menacé dans son intégrité, vont venir soit augmenter ou diminuer le risque suicidaire et influencer l'apparition d'idées suicidaires. O'Connor et Kirtley (2018) ont affiné le modèle IMV en s'intéressant aux facteurs impliqués dans l'évolution d'idées suicidaires en tentative de suicide, ou autrement dits aux facteurs renforçant la volonté de l'individu de passer à l'acte (Phase volitionnelle), comme la présence de moyens létaux à disposition, la planification d'un scénario ou les antécédents de tentative

de suicide. Le lien entre idéations suicidaire et passage à l'acte suicidaire agit comme une boucle rétroactive où le post-passage à l'acte vient influencer à nouveau l'apparition d'idéations suicidaires.

Ce modèle permet une vision plus précise des facteurs et des mécanismes impliqués dans le processus suicidaire et plus précisément dans l'évolution d'idées suicidaires vers la tentative de suicide. Il deviendrait alors possible d'identifier les individus à risque dans un objectif d'optimisation de la prévention et de repérer des leviers thérapeutiques dans la prise en charge du risque suicidaire.

Figure 4 : Modèle « Integrated Motivational-Volitional » (IMV) du comportement suicidaire (O'Connor, 2011 ; O'Connor & Kirtley, 2018)



d) Typologie de la crise (Séguin, Leblanc & Brunet, 2006)

Séguin *et al.* (2006) identifient trois types de crise, se différenciant chacune par l'évolution de la souffrance interne de la personne suicidaire, et son passage dans trois états distincts : l'état d'équilibre, l'état de vulnérabilité et l'état de crise (LaFleur & Séguin, 2008).

Figure 5: Schéma explicatif de la crise psychosociale (LaFleur & Séguin, 2008)

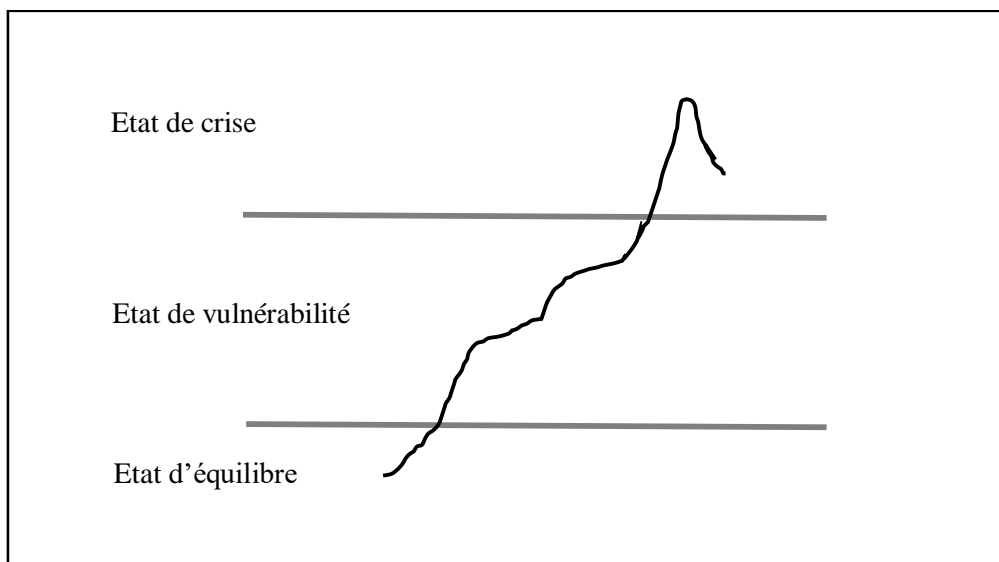
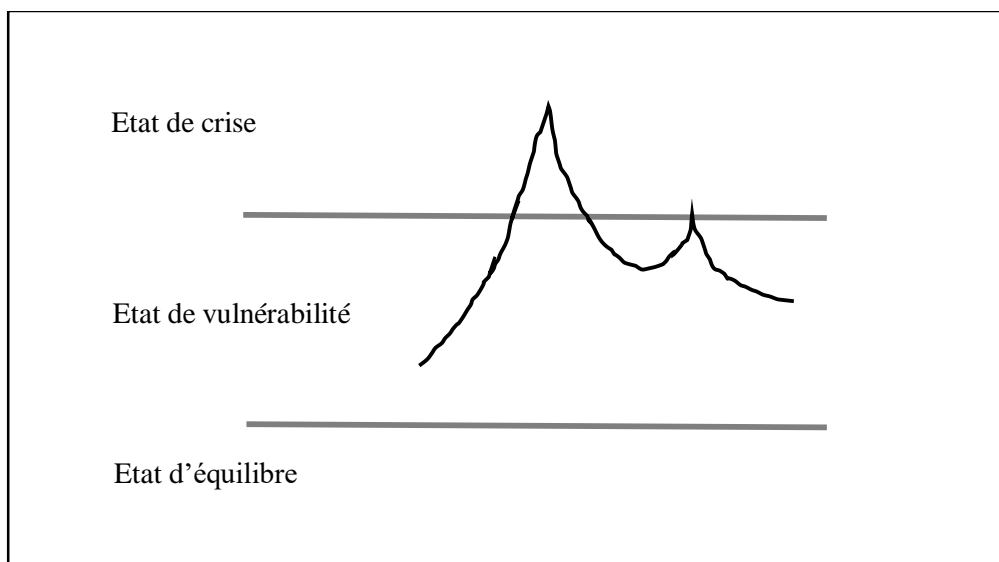


Figure 6 : Schéma explicatif de la crise psychopathologique (LaFleur & Séguin, 2008)



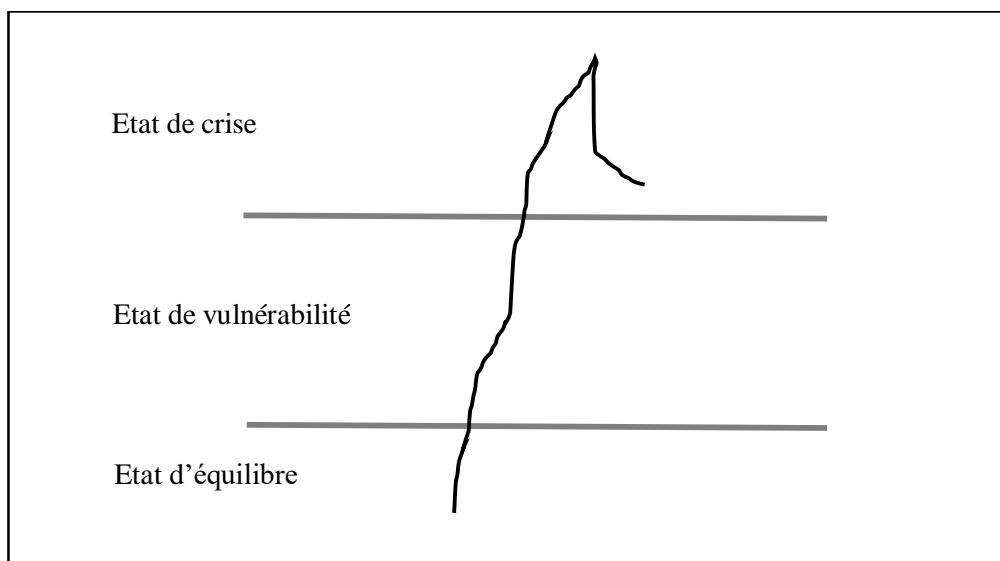
Tout d'abord, la *crise psychosociale* (**Figure 5**) se caractérise par une souffrance psychique marquée par une situation complexe à laquelle doit faire face l'individu. La

« normalité » de la personne (état d'équilibre) se retrouve alors perturbée par des événements négatifs, tels que des pertes, des ruptures, des deuils ou des situations de changements (e.g., changement d'environnement professionnel, déménagement). La personne est maintenue dans un état de vulnérabilité graduel jusqu'à atteindre un état de crise par effet d'accumulation.

Puis, le second type de crise est la *crise psychopathologique* (**Figure 6**) qui fait état des antécédents de troubles mentaux chez l'individu suicidaire. Le déséquilibre interne est déjà présent par l'occurrence de certaines comorbidités, comme les troubles de l'humeur ou certains troubles psychiatriques. La crise psychopathologique et la crise psychosociale sont semblables sur les symptômes observés mais la dynamique est différente. L'état de déséquilibre préexistant dans la crise psychopathologique amène une vulnérabilité supplémentaire et une bascule récurrente entre l'état de vulnérabilité et l'état de crise.

Enfin, le troisième type est la *crise psychotraumatique* (**Figure 7**) qui survient lorsqu'un événement met en danger l'individu et menace son intégrité physique. Il s'agit d'un événement ponctuel, vécu de façon traumatique par la personne, qui s'est retrouvée confrontée à la mort. Les affects négatifs comme la peur et les états de sidération sont importants. L'évolution de la crise est rapide et le passage entre les états d'équilibre et de crise sont brusques.

Figure 7 : Schéma explicatif de la crise psychotraumatique (LaFleur & Séguin, 2008)



2. Etiopathogénie du geste suicidaire

Il est important de considérer le suicide comme résultant d'une interaction multifactorielle. L'étiopathogénie permet de recenser les facteurs impliqués dans le processus suicidaire, ainsi que les mécanismes sous-jacents à leur développement. Nous proposons ici de développer deux domaines importants impliqués dans le passage à l'acte suicidaire, à savoir la santé mentale et l'environnement.

a) La santé mentale

Cette première sphère de facteurs de risque regroupe les différents troubles et manifestations psychopathologiques augmentant le risque suicidaire chez un individu.

Les troubles de l'humeur, et plus particulièrement les épisodes dépressifs, sont fortement associés au risque suicidaire (OMS, 2014). Il est estimé qu'entre 40 et 50% des suicidés souffraient de dépression majeure au moment du passage à l'acte. De 2 à 12% des personnes présentant un épisode de dépression sévère décèderaient par suicide (Vandervoerde, 2013).

Cela peut en partie être expliqué par le lien entre processus suicidaire et régulation émotionnelle. Les suicidants seraient davantage enclins à ressentir les émotions négatives, comme par exemple la culpabilité, le désespoir ou encore la tristesse, et accuseraient une réduction importante des émotions positives (Giegling *et al.*, 2009 ; Seidlitz, Conwell, Duberstein, Cox & Denning, 2001). Aussi, les antécédents de tentatives de suicide se retrouvent davantage chez les adolescents souffrant de troubles de l'humeur et des déficits de régulation émotionnelle (Hatkevich, Penner & Sharp, 2019).

Les troubles bipolaires influencent également le passage à l'acte suicidaire. Près d'un tiers des patients souffrant de bipolarité rapportent au moins une tentative de suicide au cours de leur histoire (Fouilhoux, 2006 ; Suppes *et al.*, 2001). Aussi, certaines comorbidités amplifient le risque suicidaire. Dans ce sens, nous retrouvons davantage d'antécédents de tentative de suicide chez les personnes souffrant de troubles bipolaires et présentant des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs que chez des personnes bipolaires sans épisodes dépressifs majeurs (Zeng *et al.*, 2015).

La schizophrénie est également une des pathologies psychiatriques les plus impliquées dans le risque suicidaire. Il est estimé que le suicide est la première cause de mortalité précoce chez les personnes souffrant de schizophrénie (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005). Certaines caractéristiques de la schizophrénie sont plus à risque tels que la forme schizoaffective, la non-observance au traitement ou encore la prise en charge tardive de la pathologie (Rousset & Vacheron, 2007 ; Verma, Srivastava, Singh, Bhatia & Deshpande, 2016).

Ces comorbidités psychiatriques amenant à une vulnérabilité au suicide peuvent être associées à des difficultés environnementales (Nicolas, Séguin, DiMambro & Desrumaux, 2016).

b) L'environnement comme source de stress dans la crise suicidaire

Certains facteurs propres à l'environnement familial augmentent le risque suicidaire. Il est possible de retrouver une répétition transgénérationnelle dans le suicide. Les antécédents de tentatives de suicide et de suicide dans la famille viennent ainsi constituer un facteur aggravant du risque suicidaire (Rajalin, Hirvikoski, Renberg, Asberg & Jokinen, 2017). Chez les adolescents, les conflits entre membres de la famille et la négligence parentale peuvent générer un sentiment de solitude, amplifier l'isolement social et augmenter le risque suicidaire (Miller, McCullough & Johnson, 2012). Suivant la théorie interpersonnelle et psychologique du suicide, l'environnement familial peut ainsi conforter et renforcer certains états mentaux comme la perception d'être un fardeau pour les proches (« *perceived burdensomeness* ») et le sentiment de non-appartenance à la famille (« *thwarted belongingness* ») (Rogers & Joiner, 2018). Ces états mentaux ne sont pas figés mais au contraire évolutifs, et interagissent avec des caractéristiques liées à la potentialité suicidaire de l'individu comme par exemple un seuil de tolérance élevé à la douleur. Ces caractéristiques se développeraient chez l'individu au cours de son parcours de vie. Par exemple, la peur de mourir, perçue comme un facteur de protection du risque suicidaire (Vandervoort, 2013), devient ici partie intégrante du modèle interpersonnel du suicide (Forrest & Smith, 2017 ; Monteith, Bahraini & Menefee, 2017). Ce modèle permet de rendre compte à la fois de la présence de facteurs de risque mais également de l'absence de facteurs de protection.

L'environnement professionnel peut également amener une vulnérabilité au geste suicidaire. Des études ont montré que certaines professions étaient plus à risque suicidaire que d'autres comme les policiers (Loo, 2003), les agriculteurs (Milner, Spittal, Pirkis & LaMontagne, 2013), ou encore les professionnels de santé (Cohidon, Santin, Geoffroy-Perez, Imbernon, 2010). Une méta-analyse de Mucci, Giorgi, Roncaioli, Perez et Arcangeli (2016) montre que l'environnement professionnel est étroitement lié à la santé mentale. Les études recensées dans plusieurs pays à travers le monde, montrent que les périodes de chômage et l'augmentation progressive de la charge de travail au sein des entreprises augmentent le risque de développer un épisode dépressif majeur ou des troubles anxieux et favorisent le risque de passage à l'acte suicidaire.

L'environnement immédiat, c'est-à-dire l'environnement physique dans lequel évolue la personne peut constituer un facteur de risque. Le milieu carcéral comme lieu de vie et d'enfermement, en fait partie.

3. Trajectoire développementale et suicide

Le suicide est la manifestation actée d'une souffrance en lien avec un grand nombre de facteurs. Le référencement de ces derniers peut s'inscrire dans une trajectoire développementale du processus suicidaire chez un individu (Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki, 2011).

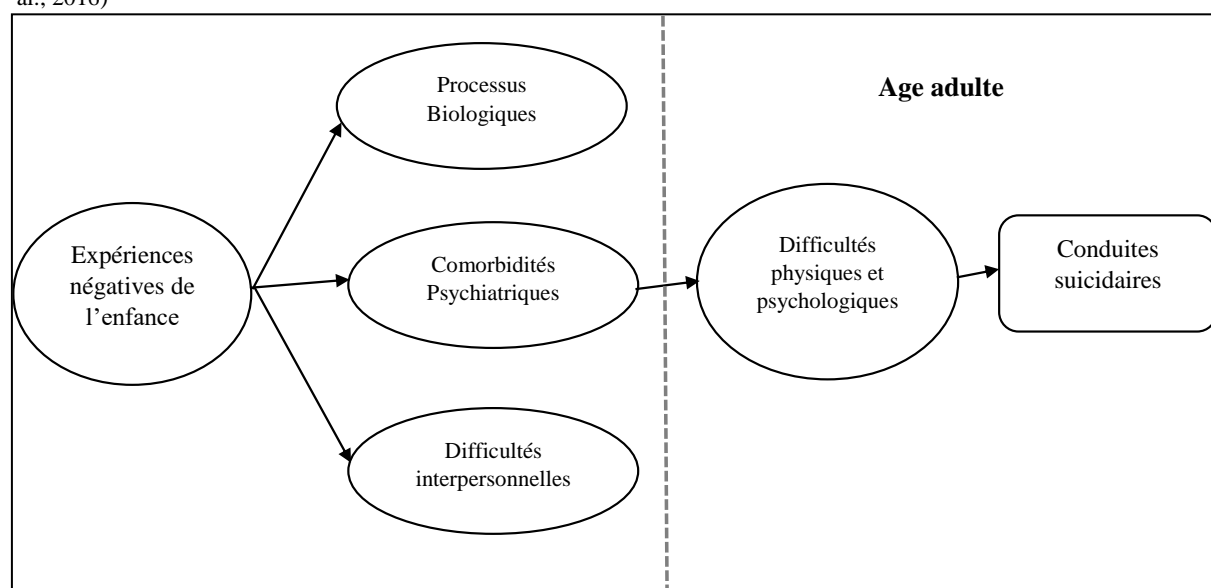
Fortune et al. (2007) ont utilisé les trajectoires de vie pour évaluer le processus suicidaire dans une population d'adolescents suicidés. Si l'âge au moment du passage à l'acte suicidaire ne diffère pas dans leur échantillon, ils ont distingué trois trajectoires développementales différentes selon l'apparition de certains facteurs à travers quatre périodes de vie. Les adolescents du premier groupe présentent des problèmes comportementaux

précoces (entre 0 et 5 ans) sur le plan scolaire, relationnel et familial. On observe pour ce groupe des antécédents d'abus sexuel, de maltraitance et de violence intrafamiliale. Les adolescents ici ont une faible estime de soi et une sphère relationnelle pauvre avec leurs pairs. L'abus de substances apparaît vers l'adolescence et tend à s'intensifier après 16 ans. Ils ont été les plus exposés aux tentatives de suicide et au suicide de par leur famille et leurs pairs.

La seconde trajectoire de vie est caractérisée par la manifestation d'un trouble psychiatrique avec l'apparition de troubles du comportement et des difficultés relationnelles apparaissant à l'adolescence (entre 11 et 15 ans). Enfin, le processus suicidaire associé à la troisième trajectoire développementale émerge suite à des événements de vie négatifs. Cette trajectoire se caractérise par l'absence de facteurs, présents dans les deux premières trajectoires.

Les expériences négatives de l'enfance ont une influence sur le risque suicidaire à l'âge adulte (Sachs-Ericsson, Corsentino, Rushing & Sheffler, 2013). Ces événements vécus précocement agissent dans différents domaines : biologique, psychiatrique et psycho-social (Sachs-Ericsson, Rushing, Stanley & Sheffler, 2016) (**Figure 8**).

Figure 8 : Modèle développemental des expériences négatives de l'enfance et conduites suicidaires (Sachs-Ericsson et al., 2016)



Le modèle développemental proposé par Sachs-Ericsson et collaborateurs (2016) démontre l'influence à la fois biologique et environnementale sur le développement de conduites suicidaires. Les expériences négatives de l'enfance viennent agir sur certains processus neurologiques comme le développement cérébral et les réponses hormonales face à des situations de stress. Les comorbidités psychiatriques peuvent également être conséquentes aux antécédents aversifs vécus durant l'enfance et augmenter le risque suicidaire à l'âge adulte. Les antécédents d'abus physiques et sexuels sont ainsi fortement associés au développement de troubles de l'humeur (Liu, Jager-Hyman, Wagner, Alloy & Gibb, 2012). Enfin, les expériences négatives ont un effet sur le développement social et relationnel de l'enfant, caractérisé par des difficultés interpersonnelles et un soutien social perçu comme défaillant à l'âge adulte et pouvant générer des idéations suicidaires (Westefeld et al., 2014).

Le suicide résulte d'une interaction multifactorielle et pour en comprendre les mécanismes, il est nécessaire de tenir compte de l'environnement dans lequel se situe l'individu et de son évolution au cours du temps. Nous proposons de développer un cas spécifique du suicide, à savoir le suicide carcéral.

4. Le Suicide Carcéral

En 2017, le système carcéral français recense 103 suicides de personnes détenues, soit un taux de 15 pour 10 000 détenus. En 2015, la Norvège rapporte un taux de 15.9 pour 10 000 détenus, l'Allemagne 9.1 pour 10 000 détenus et l'Espagne 4.3 pour 10 000 détenus (Rapport SPACE-I) (Aebi, Tiago & Burkhardt, 2016). La France rapporte ainsi un taux de suicide dans ses prisons parmi les plus élevés d'Europe (Duthé, Hazard, Kensey & Pan Ké Shon, 2009). Même si depuis 2013, le taux de suicide dans les prisons tend à se stabiliser, ces chiffres restent néanmoins élevés en comparaison au taux de suicide dans la population générale. En

2012, le taux de suicide en France était autour de 1,5 pour 10000 pour habitants. Le rapport de 2013 effectué par l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) évoque un phénomène de sursuicidité dans les prisons françaises (Bourgoin, 1994).

Il ne s'agit pas d'un constat uniquement français car dans la plupart des pays les études rapportent que les taux de suicides en prison sont plus élevés que dans la population générale (David, 1997 ; Fazel, Cartwright, Norman-Nott & Hawton, 2008 ; Suto & Arnaut, 2010). De plus, Pratt, Piper, Appleby, Webb et Shaw (2006) rappellent que les femmes détenues libérées sont plus à risque de passer à l'acte comparativement aux femmes issues de la population générale. De leur côté, Owens, Horrocks et House (2002) rapportent que chez des détenus libérés ayant commis une TS en détention, le risque suicidaire est de 100 fois supérieur au risque suicidaire dans la population générale.

Plusieurs caractéristiques du détenu suicidaire sont identifiées dans la littérature, permettant ainsi d'établir un « profil » du détenu à risque. Le détenu à haut risque de passage à l'acte suicidaire serait donc plutôt un homme (Fazel *et al.*, 2008 ; INSERM, 2008 ; John Howard Society of Alberta, 1999), présentant des antécédents de comportements auto-agressifs (Bird, 2008 ; Fazel *et al.*, 2008 ; Fruehwald *et al.*, 2003 ; John Howard Society of Alberta, 1999 ; Liebling, 1995), ayant des problèmes relationnels que ce soit avec ses proches ou avec ses codétenus (Liebling, 1995 ; John Howard Society of Alberta, 1999 ; Suto & Arnaut, 2010) et n'ayant aucune activité en détention (Bird, 2008 ; Liebling, 1995 ; Suto & Arnaut, 2010).

a) Le rôle des troubles mentaux dans le geste suicidaire en prison

Il existe une assez forte prévalence des troubles mentaux en population carcérale. Daigle et Côté (2002) rapportent que 14% des détenus hommes interrogés présentent un

trouble mental grave. Ces troubles peuvent d'ailleurs ne pas être uniquement causés par la détention mais peuvent être présents avant l'incarcération, et constituent parfois la cause de celle-ci. L'emprisonnement peut cependant accentuer les symptômes du problème psychique et agir comme un révélateur du trouble. L'environnement carcéral, de par les changements et ruptures qu'il génère tant sur le plan relationnel que mental, cristallise certaines vulnérabilités potentiellement préexistantes à l'incarcération (Saloppé, Hayoit, Marghem & Pham, 2014).

À l'instar de la population générale, nous retrouvons la présence de troubles de l'humeur, et principalement des symptômes dépressifs ou des sentiments de désespoir comme étant un facteur de risque important (INSERM, 2008 ; Liebling, 1995 ; Lohner & Konrad, 2006 ; Séguin *et al.*, 2006 ; Suto & Arnaut, 2010). Les pensées dépressives, accompagnées de ruminations autour du sentiment de solitude ou de perte de lien social, directement ou indirectement causés par la détention, resteraient au niveau intra individuel le meilleur prédicteur d'un passage à l'acte auto-agressif (Daigle & Côté, 2002). Les comportements auto-agressifs tels que les antécédents de tentatives de suicide ou les comportements auto-mutilatoires constituent l'un des facteurs de risques les plus importants. Ces comportements jouent un rôle de régulateur émotionnel (Lohner & Konrad, 2006), rôle qui leur est attribué dans un environnement où la perte d'intimité, de liens mais aussi de contrôle exacerbent les ressentis émotionnels.

b) Des difficultés relationnelles

i. Le support social perçu

Le soutien social est « *un processus par lequel les relations sociales ont un effet bénéfique sur la santé et le bien-être* » (Caron & Guay, 2005, p.16). Au même titre que l'estime de soi ou les stratégies de coping, il est démontré que le soutien social perçu permet

l'ajustement de la personne à son environnement et assure un rôle de protection pour l'individu face à des événements stressants mais également face à des troubles psychiques. Il est important de considérer le soutien social perçu comme un concept multidimensionnel pouvant apparaître sur trois plans différents (Vaux, 1988). Tout d'abord, les relations entretenues par la personne avec ses proches, et plus précisément leur qualité, permettent de la protéger contre des réactions émotionnelles négatives (**dimension émotionnelle**). Aussi, il est possible d'appréhender le soutien perçu comme un système de relations influant sur le bien-être de l'individu et qui maintient l'estime de soi à un niveau optimal (**plan de l'estime de soi**). Enfin, les relations sociales permettent à la personne de se sentir intégrée dans un groupe où elle est à la fois aidée et aidante (**plan du sentiment d'appartenance**).

Différentes fonctions du soutien social perçu permettent de préserver la santé et le bien-être de la personne : a) **l'intégration émotionnelle**, c'est-à-dire la possibilité pour la personne d'exprimer ses émotions et de pouvoir communiquer autour d'elles, b) **l'intégration sociale**, qui permet la transmission d'informations et de valeurs, et qui va établir les règles normatives du groupe d'appartenance, c) **l'occasion de se sentir utile et l'assurance de sa valeur**, toutes les deux en lien avec le sentiment d'être nécessaire à l'autre et de pouvoir l'aider, et donc implicitement influençant l'estime de soi de la personne et d) **l'obtention d'une aide tangible et matérielle**, autrement dit la capacité à aider et à être aidé par les autres membres du groupe.

ii. Le support social perçu en détention : facteur de risque ou de protection au suicide carcéral

Lorsque survient l'incarcération d'une personne, elle se retrouve coupée de ses proches et la rupture est parfois émotionnellement difficile à gérer (Ricordeau, 2003 ; Suto &

Arnaut, 2010). Avoir une famille lorsque l'on est incarcéré est un facteur de risque augmentant la probabilité suicidaire (Harvey & Liebling, 2001 ; Melis, 2004). En effet, l'un des facteurs de vulnérabilité propre à la prison est le manque de relations sociales interpersonnelles. Aussi, ces difficultés à établir un contact avec les autres ou, dans le contexte carcéral, à maintenir les liens avec les proches, relèvent d'un problème d'adaptation à la vie carcérale (Liebling, 1992 ; Wichman, Serin & Motiuk, 2000). La personne doit s'habituer à ne plus voir ses proches et à être éloignée d'eux, même s'il existe différentes manières de communiquer. Les détenus suicidaires montrent des capacités amoindries à s'adapter comparativement aux autres détenus : ils éprouvent des difficultés à planifier, à mettre en place des stratégies de coping pour répondre à ces questions d'adaptation (Harvey & Liebling, 2001). Pourtant, comme le décrivent les auteurs, et concernant le soutien social et le suicide, il s'agit d'une spirale dans laquelle s'engouffre la personne : les problèmes d'adaptation entravent le maintien des liens et de ce fait créent un manque de soutien social impliquant un risque suicidaire accru.

Le soutien social, et plus précisément familial (Veiel, Brill, Hafner & Welz, 1988 ; Houle, Mishara & Chagnon, 2005), lorsqu'il est perçu, constitue une aide pour ces difficultés d'adaptation (Harvey & Liebling, 2001) et permet un ajustement social plus positif (Jacoby & Kozié-Peak, 1997). Il peut également diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire (Houle *et al*, 2005). Par ailleurs, la taille du réseau social de la personne ne semble pas avoir d'effet mais c'est davantage la qualité des liens qui serait privilégiée. Aussi, dans la prévention du risque suicidaire, il est important de noter que le sentiment subjectif de solitude a un impact plus important que l'absence objective de support (Suto & Arnaut, 2010). Ainsi pour développer la prévention du suicide en milieu carcéral, il semble important d'évaluer le support tel qu'il est perçu par le détenu que le soutien réel.

c) Des facteurs carcéraux

i. *Le choc carcéral*

Certains facteurs propres au milieu carcéral peuvent précipiter un passage à l'acte suicidaire. L'arrivée en détention ou le *choc carcéral* affecte le détenu par les différentes pertes que cause l'emprisonnement (Bird, 2008 ; Fruehwald *et al.*, 2003 ; HAS, 2000 ; John Howard Society of Alberta, 1999 ; Pratt *et al.*, 2006 ; Ricordeau, 2003 ; Siganos, 2008). Le suicide en prison s'observe davantage chez les détenus prévenus, c'est-à-dire en attente de jugement. La prononciation de la condamnation est également un moment important pour le détenu et majore le risque suicidaire (Bourgoin, 1994). Le risque suicidaire est augmenté par la difficulté à se déplacer seul, à être libre de ses mouvements et également par les ruminations générées par le peu d'activités proposées et le manque de travail. Le respect des règles est parfois difficile à gérer et les sanctions et les punitions, comme les placements en quartier disciplinaire, peuvent être mal vécues par des individus fragilisés par l'emprisonnement (Suto & Arnaut, 2010).

ii. *Des facteurs judiciaires*

La longueur de la peine constitue également un facteur de risque : avoir commis un crime violent influe sur la durée de l'incarcération, augmentant ainsi le risque suicidaire (Fazel *et al.*, 2008 ; Fernandez, 2009 ; Fruehwald *et al.*, 2003 ; John Howard Society of Alberta, 1999). Les relations *carcérales* sont bien spécifiques et les détenus peuvent éprouver des difficultés à s'ajuster socialement au sein de l'univers carcéral. Ces difficultés sont en partie liées aux faits commis par les personnes. Il existe en détention une hiérarchie carcérale implicite qui classe les détenus en fonction des infractions ou crimes commis. En bas de l'échelle carcérale se situent les *pointeurs*, c'est-à-dire les AICS, et en haut les

braqueurs. Les *pointeurs* peuvent ainsi être malmenés par les autres détenus ce qui peut perturber la personne et accroître le risque suicidaire par pression carcérale (Quignard, 2014 ; Duthé, Hazard & Kensey, 2014).

iii. Des variables suicidogènes de l'environnement carcéral

Nous pouvons décomposer les facteurs carcéraux en quatre variables suicidogènes interdépendantes : le temps, l'espace, la variable physique et la variable psychologique (Melis, 2004). Le temps est ce à quoi doivent faire face les détenus. Chaque moment dans la détention d'une personne dépend uniquement des surveillants et de l'administration pénitentiaire : les repas, les promenades, les parloirs, *etc.* Le suicide en prison apparaît alors comme l'unique moyen de se réapproprier son autonomie face à ces supérieurs. Pour ces détenus, leur mort constitue le seul aspect de leur vie sur lequel ils ont encore du contrôle. L'intimité n'existe plus en prison, et les rapports avec les autres sont imposés du fait de la codétention et essentiellement de la surpopulation carcérale qui place cinq et parfois six détenus dans une même cellule. Cette cohabitation forcée renforce paradoxalement un sentiment de solitude causé par l'absence de contacts avec la famille ou avec les amis. La prison transforme également le corps du détenu. L'uniforme, qu'il soit pour les surveillants et/ou pour les détenus, rappelle quotidiennement la place qu'ils occupent au sein de cet environnement. Les personnes incarcérées sont perçues comme des numéros, dépossédées de leur corps et de leur identité (Harvey & Liebling, 2001).

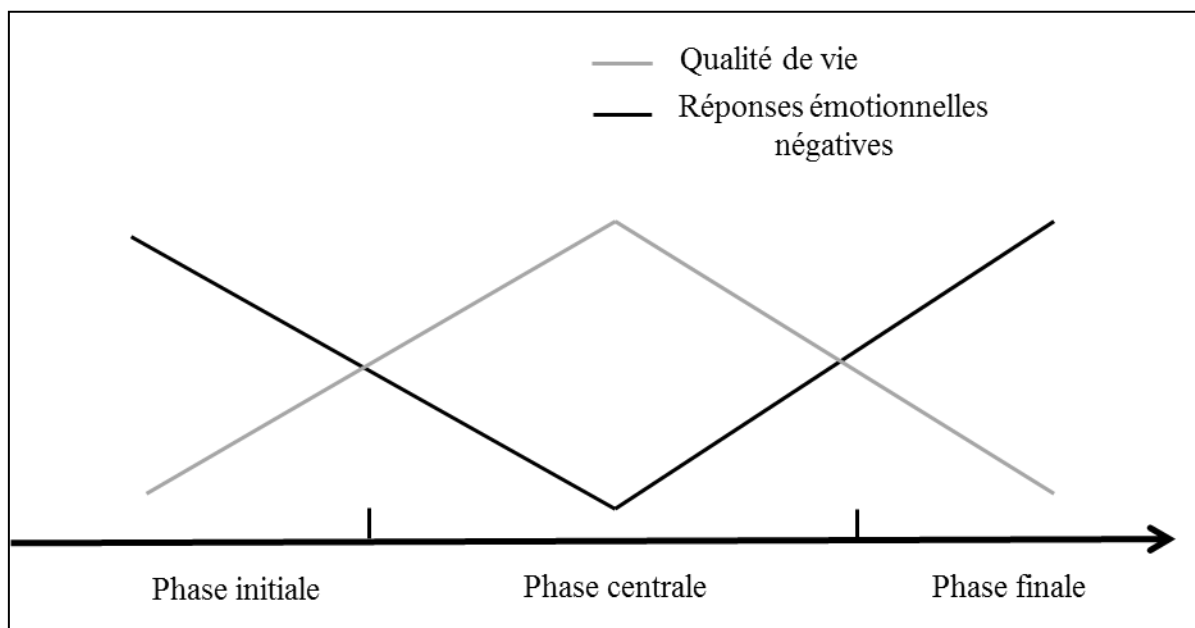
iv. La qualité de vie

La qualité de vie est en lien avec quatre dimensions principales : la santé physique de la personne, son état psychologique, les relations sociales qu'elle entretient avec autrui, et l'environnement dans lequel elle évolue (Caria & Quemada, 1995). L'incarcération impacte la

vie de la personne détenue et notamment sa vie émotionnelle. La qualité de vie environnementale, directement dépendante du lieu de vie et donc de la prison, n'est pas constante mais au contraire fluctuante. Trois phases sont observées durant l'incarcération que ce soit pour les réactions émotionnelles du détenu et pour sa perception de la qualité de vie (Saloppe *et al.*, 2014) (**Figure 9**). Dans une première phase, il est observé de fortes réactions émotionnelles négatives et une perception de la qualité de vie moindre. La seconde période est la phase centrale où l'on observe une diminution des affects négatifs avec une augmentation de la perception de la qualité de vie. Il est possible que durant cette phase, il y ait une adaptation de la vie en prison pour la personne. À l'approche de la sortie, les réponses émotionnelles augmentent à nouveau avec comme conséquence une diminution de la perception de la qualité de vie.

Le suicide en prison est également lié à la période d'incarcération. Comme décrit précédemment, l'arrivée en détention affecte le détenu par les différentes pertes que cause l'emprisonnement et majore le risque suicidaire (Favril, Wittouck, Audenaert & Vander Laenen, 2019). Aussi, l'approche de la libération constitue également une période à risque pour le détenu (Melis, 2004). Le suicide en prison est ainsi étroitement lié à la qualité de vie (Liebling, 2012). Les établissements pénitentiaires, qui portent attention aux conditions de vie des détenus et qui favorisent les relations aussi bien intra-carcérales qu'extra-carcérales, rapportent une diminution du taux de suicide (Johnsen, Granheim & Helgesen, 2011). Les différentes dimensions composant la qualité de vie se retrouvent dans les facteurs de risque de suicide, telles que les relations sociales ou encore l'état psychologique du détenu.

Figure 9 : Evolution des réponses émotionnelles négatives et de la perception de la qualité de vie selon la phase d'incarcération



5. Limite des profils de détenus suicidaires

Les profils établis par la littérature scientifique ont des limites, notamment concernant la perception de l'acte suicidaire en milieu carcéral. En effet, cette dernière peut différer de celle en milieu ouvert. La suicidalité en prison est parfois perçue par les professionnels davantage comme un non-respect des règles et un chantage que comme un appel à l'aide venant d'une personne en souffrance. La difficulté est alors de différencier un passage à l'acte auto-agressif dans le but de bénéficier d'avantages secondaires, commis pour des raisons stratégiques d'un geste suicidaire avec un niveau de létalité important (Liebling, 1995). La suspicion de manipulation face à un comportement auto-agressif agirait comme une rationalisation d'un comportement perçu comme inexplicable (Fruehwald *et al.*, 2003 ; Lohner & Konrad, 2006).

Dans la population générale, il a notamment été remarqué que les troubles liés à un abus de substances seraient plus fréquents chez les personnes suicidées que chez les personnes suicidaires (Séguin *et al.*, 2006). Il existerait ainsi une différence dans le profil du

suicidé avec le profil du suicidaire. De plus, un grand nombre d'articles a été publié dans le but de rechercher les causes du suicide carcéral et de préciser les caractéristiques propres au *suicidaire* en prison. Mais qu'en est-il du détenu *suicidé*, celui pour qui le passage à l'acte a été fatal ? Peu d'études font la distinction, et la plus marquante est celle réalisée par Daigle en 2004. L'auteur a cherché à comparer les profils de personnalité de détenus. Il s'agissait alors de différencier les suicidés (*completers*), les suicidaires (*attempters*) et les contrôles (*non-suicidal*). Il apparaît alors que les profils, établis par le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, développé par Hathaway et McKinley en 1940), sont corrélés différemment selon le groupe de détenus : le profil des *completers* serait davantage ressemblant à celui des *non-suicidal*, plutôt qu'à celui des *attempters*. De plus, les détenus suicidaires présenteraient alors davantage de troubles psychopathologiques (se référant principalement à des processus psychotiques) que les détenus appartenant aux deux autres catégories. La différence notable entre les deux profils, suicidé et suicidaire, marque la nécessité d'approfondir nos connaissances sur le suicide carcéral en y incluant une dimension développementale.

Chapitre III : Les Auteurs d’Infraction à Caractère Sexuel (AICS)

Lorsque l’on s’intéresse aux AICS, les termes utilisés amènent le chercheur à sortir la personne de son acte pour conduire à une compréhension optimale du passage à l’acte. La plupart des travaux cherchant à identifier les profils des AICS proposent des regroupements selon la dangerosité ou le potentiel de récidive (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015 ; Ducro, Pham, Saloppé, Chudzyk & Réveillère, 2012), les types de prises en charge (Glickman, Lemere & Smith, 2013) ou encore les types de processus mentaux à l’œuvre dans le passage à l’acte (DiGiorgio-Miller, 2007). La classification va dépendre du domaine d’expertise, l’agression sexuelle se retrouvant dans deux domaines distincts : le champ pénal et la santé mentale (Rouleau & Barsetti, 2017). La catégorisation pénale regroupe les actes sexuels transgressifs au regard de la loi et l’évolution de la législation sur les 40 dernières années a précisé les comportements sexuels déviants et punissables. La classification psychiatrique et notamment la classification donnée par le DSM a utilisé dans le passé le terme de « paraphilies » (DSM-III, 1983) et évoque aujourd’hui des « troubles paraphiliques », définis comme des pratiques sexuelles déviantes associées à une souffrance psychique (DSM-5, 2013 ; First, 2014). La perception psychodynamique et psychanalytique abordera davantage les notions de perversion et de perversité¹.

¹ La perversion reprend le champ des comportements d’emprise et de manipulation sur autrui tandis que la perversité renvoie à un fonctionnement de personnalité (Balier, 1996).

1. Typologies d'AICS

La littérature propose différentes classifications des AICS. Ces typologies varient selon le type d'agression et selon la victimologie. Nous proposons ici de présenter trois typologies mettant en avant chacun des processus mis en œuvre dans le passage à l'acte transgressif. Les deux premiers modèles présentés sont spécifiques aux passages à l'acte sur enfants (le modèle de Knight (1988) et la théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984)) et la dernière théorie propose un modèle plus général de l'agression sexuelle.

a) Massachusetts Treatment Center typologies of Child Molesters (MTC-CM3) (Knight, 1988 ; Knight & Prentky, 1990)

Knight (1988) propose une typologie d'agresseurs d'enfants basée sur le degré de fixation et la compétence sociale de l'agresseur. Le degré de fixation se réfère à l'intérêt pédophilique de l'agresseur, c'est-à-dire son attirance pour les enfants et l'importance qui lui est donnée. Knight et Prentky (1990) précisent deux niveaux de fixation : faible lorsque l'intérêt sexuel se porte sur des personnes du même âge, élevée lorsque l'intérêt sexuel se porte sur des enfants. Les individus présentant un fort degré de fixation présentent moins de relations sexuelles avec des pairs du même âge et sont le plus souvent immatures sur le plan émotionnel (Groth & Birnbaum, 1978).

Une deuxième variable du modèle MCT-CM3 se constitue de la proximité avec la victime, en termes de quantité de contacts, soit faible soit élevée. Pour les agresseurs présentant de nombreux contacts avec l'enfant, Knight et Prentky (1990) précisent deux types de relations spécifiques recherchées. Une première relation est qualifiée d'interpersonnelle, c'est-à-dire les besoins sexuels s'inscrivent dans une relation intime entre l'agresseur et la victime. La seconde relation est davantage autocentrée voire égocentrique, où l'agresseur

recherche l'assouvissement de ses pulsions et où la victime est objectalisée. Pour ceux présentant peu de relations avec la victime, la présence ou non de violence physique, perpétrée dans un but sadique ou non, constitue une nouvelle variable observée (Knight, Carter & Prentky, 1989).

b) La théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984)

Finkelhor (1984) amène la théorie pré-conditionnelle intégrant plusieurs facteurs propres aux « abuseurs d'enfants ». Le passage à l'acte sexuel transgressif est ainsi dépendant de quatre conditions :

1) **la motivation pour l'agression sexuelle**, se caractérisant par trois composantes : *la congruence émotionnelle, l'excitation sexuelle et le blocage*. La congruence émotionnelle consiste en les besoins affectifs de l'agresseur qui se retrouvent satisfaits par la relation à l'enfant. Les agresseurs d'enfants présentent une immaturité affective et de réelles difficultés à créer du lien avec des adultes. La relation créée ainsi avec l'enfant est empreinte de contrôle et de pouvoir sur la victime. L'excitation sexuelle envers les enfants fait référence aux intérêts pédophiliques de l'agresseur et proviendrait selon Finkelhor d'expériences inadaptées vécues durant l'enfance, comme l'exposition précoce à la sexualité ou des antécédents d'abus sexuels. Enfin, le blocage traduit une incapacité chez l'agresseur à satisfaire ses besoins de façon adaptée et de trouver un objet substitutif, à savoir l'enfant.

2) **la capacité à dépasser ses inhibitions internes** vis-à-vis de l'agression et ce à partir de moyens temporaires comme l'abus de substance ou en lien avec des caractéristiques internes comme l'impulsivité, certaines distorsions cognitives concernant le passage à l'acte ou encore l'anxiété.

3) **la capacité à surmonter les inhibitions externes** telles qu'imposées par la société et par la morale. L'agresseur doit ainsi contourner certains obstacles et profiter de certaines circonstances comme la supervision des parents, l'absence du père, l'isolement social de la famille, *etc.*

4) **la contrainte**, physique ou psychologique, amenant à une diminution de la résistance de l'enfant victime, par manipulation, menaces ou violence.

Ce modèle met en évidence les différents processus à l'œuvre dans le passage à l'acte et permet de dégager certains facteurs de risque au passage à l'acte sexuel transgressif.

c) Le « Self-Regulation model » (Ward & Hudson, 1998 ; 2000)

Le « Self-Regulation model » est un modèle spécifique de la récidive et met en avant les processus internes et externes des individus à entreprendre un comportement et sur l'intention ou non de commettre une agression sexuelle (Yates & Kingston, 2006). Ward et Hudson (2000) distinguent ainsi 4 patterns d'agresseurs : 1) l'évitant-passif, 2) l'évitant-actif, 3) les « *approach-automatic* », et 4) les « *approach-explicit* ».

Les individus appartenant au groupe des évitants-passifs vont essayer d'inhiber le comportement sexuel transgressif, sans mettre en place de stratégies adaptées. Ces individus sont le plus souvent impulsifs et ont peu de confiance en leurs capacités.

Les « évitants-actifs », quant à eux, vont engager des stratégies comportementales afin d'éviter le comportement sexuel transgressif, comme l'abus de substance pour éviter les ressentis de honte ou de culpabilité. Ces stratégies se révèlent le plus souvent inefficaces et peuvent augmenter le risque de passage à l'acte.

Face à des fantasmes sexuels déviants, les « *approach-automatic* » présentent des déficits d'auto-régulation et des difficultés à mettre en place des stratégies de coping. Il n'y a pas de planification au passage à l'acte, les agressions apparaissent dans des contextes dits opportunistes.

Les « *approach-explicit* » planifient et mettent en place des stratégies pour arriver au passage à l'acte sexuel transgressif. Ils ne montrent pas de déficits d'autorégulation ni d'inhibition comportementale. Leur victimologie est déterminée à l'avance et l'agression est préméditée.

2. Les processus à l'œuvre dans le passage à l'acte sexuel transgressif

a) Des symptômes psychopathologiques

Différentes dimensions sont impliquées dans le passage à l'acte et la reconnaissance de l'acte (Cailleau, Thirioux, Méry, Senon & Jaafari, 2016). Les troubles mentaux regroupant les facteurs de risque psychopathologiques et psychiatriques ont été fortement étudiés dans la littérature (Senon & Manzarena, 2008 ; Sorrentino, Brown, Berard & Peretti, 2018).

i. Des troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité apparaissent comme l'un des facteurs de risque récurrent chez les auteurs de violences sexuelles. Fazel, Hope, Donnell et Jacoby (2002) ont observé dans leur échantillon qu'un tiers des AICS présentaient un trouble de la personnalité et portant davantage sur des traits schizoïdiques, ce qui pourrait en partie expliquer le détachement et la froideur émotionnels, sur des traits obsessionnels-compulsifs et sur des traits de la personnalité évitante.

De nombreuses études ont montré la prévalence de traits psychopathiques chez les AICS, considérée comme l'un des troubles de la personnalité les plus associés aux agresseurs sexuels (Brown & Forth, 1997, Porter *et al.*, 2000). Les traits psychopathiques permettent également de différencier les agresseurs sexuels en fonction de leur victimologie. En employant la Psychopathy CheckList revised (PCL-R), Olver et Wong (2006) différencient les caractéristiques de quatre types d'AICS : les « *rapists* », c'est-à-dire les AICS ayant des victimes âgées de plus de 14 ans, les « *child molesters* », pour lesquels les victimes ont moins de 14 ans, les « *mixed offenders* », qui comptent au moins une victime adulte et une victime mineure, et les « *incest offenders* » qui commettent leurs agressions en intrafamilial. Si les quatre groupes ne se différencient pas sur le facteur 1 de la PCL-R, c'est-à-dire sur les caractéristiques interpersonnelles et affectives, les « *rapists* » et les « *mixed offenders* » montrent des scores plus importants sur le facteur 2 de la PCL-R que les « *child molesters* » et les « *incest offenders* », et présenteraient ainsi une tendance antisociale plus marquée et davantage d'impulsivité.

ii. L'abus de substance

Il est également retrouvé chez les AICS des altérations des processus émotionnels (Hanson, 2003). Ces altérations peuvent être en lien avec l'abus de substances (Moroge, Paul, Milan, Perez & Pilard, 2014). Près de la moitié des AICS présenteraient un trouble de l'usage des substances au cours de leur vie. Plus précisément, un quart des AICS interrogés présentaient un abus de drogues et entre un quart et la moitié des AICS présentaient un trouble de l'usage d'alcool (Kraanen & Emmelkamp, 2011).

Seto et Barbaree (1995) proposent un modèle basé sur la désinhibition suite aux consommations d'alcool et son implication dans la violence sexuelle. La désinhibition est un

effet biologique de l'alcool qui agit directement sur l'inhibition comportementale. Certains comportements, socialement ou moralement interdits, deviennent alors accessibles à la personne consommant de l'alcool. Dans le comportement sexuel déviant, l'effet désinhibiteur de l'alcool vient diminuer les états d'anxiété et libérer l'individu des normes sociales interdisant le comportement. Les effets pharmacologiques de l'alcool viennent également interférer avec certains indices associés au processus inhibiteur, comme le non-consentement du partenaire.

b) ... aux difficultés relationnelles...

i. La relation à autrui

Les AICS présentent un déficit empathique, qui peut se traduire par des difficultés à reconnaître les expressions faciales émotionnelles chez autrui (Ward & Durrant, 2013) et une confusion dans la reconnaissance des émotions, notamment de colère, de peur, de dégoût et de surprise (Gery, Miljkovitch, Berthoz & Soussignan, 2009).

La littérature distingue deux niveaux différents de déficits d'empathie chez les AICS (Varker, Devilly, Ward & Beech, 2008). Dans un premier temps, il existerait un déficit empathique envers une certaine catégorie de victimes. Par exemple, un auteur de violence sexuelle sur des enfants ne sera pas en capacité de percevoir l'enfant comme un être à part entière et éprouvant des émotions (Finkelhor & Lewis, 1988). Ensuite, nous retrouvons un déficit empathique envers sa/ses victime(s), construit par distorsions cognitives sur le passage à l'acte, sur le désir de la victime et sur son consentement (Ward, 2000). Pour éviter un effondrement thymique et de se confronter aux émotions négatives à la fois des autres et de soi, l'auteur va dénier le ressenti de sa victime.

En plus de difficultés à déterminer les émotions chez autrui, cela se traduit chez les AICS par des difficultés à percevoir le non-consentement et les conséquences sur leur victime. Ce défaut d'empathie implique des difficultés relationnelles et un sentiment de solitude (Ward, Keenan & Hudson, 2000). Les difficultés pour l'AICS à entretenir des relations intimes « normales » peuvent amener à l'isolement social. Les antécédents personnels et familiaux (Moroge *et al.*, 2014 ; O'Toole & Jeglic, 2014), c'est-à-dire l'environnement, passé ou actuel, impactent la personne et influencent le développement d'un attachement de type inséure-anxieux, ayant des conséquences à la fois psychopathologiques et relationnelles (Schneck, Bowers & Turkson, 2012).

ii. L'environnement familial dans le développement social

Le fonctionnement interpersonnel, c'est-à-dire la façon d'interagir avec autrui et la qualité relationnelle avec les autres dépend en partie du style d'attachement développé par l'individu (Bay-Smadja & Rahioui, 2015). Ce processus adaptatif permet, par les relations avec les figures parentales et familiales, de développer des stratégies face à une situation problématique (Bowlby, 1980). Les AICS présenteraient davantage un profil d'attachement inséure, avec comme conséquences des difficultés à mettre en place des stratégies de coping efficaces (Marshall, Serran & Cortoni, 2000). Chez les auteurs de violence sexuelle sur enfants, il a été ainsi observé davantage d'attachement inséure avec un sentiment de solitude et des émotions négatives, comme la colère, plus importants comparativement à d'autres agresseurs (Marsa *et al.*, 2004).

Le développement durant l'enfance, et notamment dans l'environnement familial constitue ainsi un facteur de risque dans le passage à l'acte sexuel transgressif. Une stabilité relationnelle avec les deux parents permettrait de réduire le risque de passage à l'acte, quand

le fait d'avoir été élevé dans une famille monoparentale ou par des parents non-biologiques l'accroît (O'Toole & Jeglic, 2014). Dans une population d'adolescents auteurs d'agression sexuelle, Felizzi (2015) observe que le passage à l'acte sexuel transgressif est fortement corrélé à l'instabilité parentale. Celle-ci se vit par des ressentis émotionnels négatifs comme le sentiment de ne pas avoir de foyer et par différents événements vécus par la famille et par l'individu comme le placement précoce en foyer ou en famille d'accueil, la violence subie et actée dans la famille, qu'elle soit physique ou sexuelle.

c) ... en passant par les antécédents d'adversité

Moroge *et al.* (2014) précisent également d'autres facteurs de risque dans une population de pères incestueux, à savoir des antécédents de maltraitance durant l'enfance et des antécédents d'abus sexuels. Une méta-analyse de Jespersen, Lalumière et Seto (2009) montre également des différences dans les antécédents selon le crime sexuel commis, à savoir que les abuseurs d'enfants auraient vécu davantage d'abus sexuels durant leur enfance et les abuseurs de femmes adultes auraient été plus victimes de maltraitance physique.

De la même façon, Pham et Ducro (2008) utilisent la Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q) pour évaluer la prévalence de certaines variables, tels que les antécédents d'abus physiques et sexuels ou encore la qualité de la relation parentale. Les AICS se distinguent dans un premier temps d'un groupe contrôle (non délinquant) en présentant davantage d'abus physiques et une relation parentale plus dégradée (notamment plus d'antipathie par le père). Aussi, cette étude différencie les AICS en fonction du crime sexuel, il est retrouvé plus d'antécédents d'abus sexuels chez les auteurs d'agressions sur enfants en extrafamilial, comparativement aux autres AICS (auteurs d'agressions sur enfants en intrafamilial et auteurs d'agressions sur adultes). Levenson, Willis et Prescott (2016)

rappellent que les AICS présentent 3 fois plus d'antécédents d'adversité durant l'enfance, comparativement à une population contrôle. Ils font apparaître d'autres événements tels que le divorce des parents, la maltraitance verbale ou encore de la violence domestique au sein du domicile parental. Ces différents événements se retrouvent corrélés entre eux de façon positive et significative.

Ducro et Pham (2017a) précisent que la prévalence d'abus sexuels subis durant l'enfance est plus importante chez les AICS, indépendamment du crime sexuel commis (sur mineur, sur majeur ou en intrafamilial). Aussi, l'intensité des événements est supérieure pour les non-AICS sur des antécédents d'adversité précis : la négligence matérielle, les abus physiques et la violence parentale. L'hypothèse agresseur-agressé semble vérifiée dans ces études, c'est-à-dire que le passage à l'acte sexuel déviant serait une répétition d'événements vécus au cours du parcours de vie de la personne.

3. AICS et théories développementales

Ward et Siegert (2002) proposent un modèle de cheminement amenant à l'agression sexuelle selon lequel des mécanismes dysfonctionnels sur le plan relationnel, émotionnel, sexuel et cognitif amèneraient au passage à l'acte, et seraient eux-mêmes « *influencés par d'autres facteurs de vulnérabilité acquis, biologiques, culturels ou environnementaux* » (in Ducro & Pham, 2017b, p.39). Le passage à l'acte ne peut donc pas être dissocié d'événements vécus par la personne durant différentes périodes de sa vie et de leurs conséquences psychopathologiques, relationnelles et sociales.

Par une approche développementale, il est possible de déterminer le rôle de l'environnement dans l'apparition de certains processus à l'œuvre dans le passage à l'acte et sur l'exposition à certains événements de vie (Lussier & Cale, 2016 ; van Den Berg, Bijleveld

& Hendricks, 2017). Ainsi, l'accumulation d'événements de vie aversifs, tels que des antécédents d'abus, physiques ou sexuels, au sein de la famille, serait prédictive d'un comportement sexuel déviant (Pullman, Leroux, Motayne & Seto, 2014 ; Levenson & Socia, 2016). L'intérêt des approches développementales est d'étendre les études sur les auteurs de violence sexuelle à l'évolution et à l'interaction des facteurs de risque (Lussier, 2017 ; Lussier & Cale, 2016).

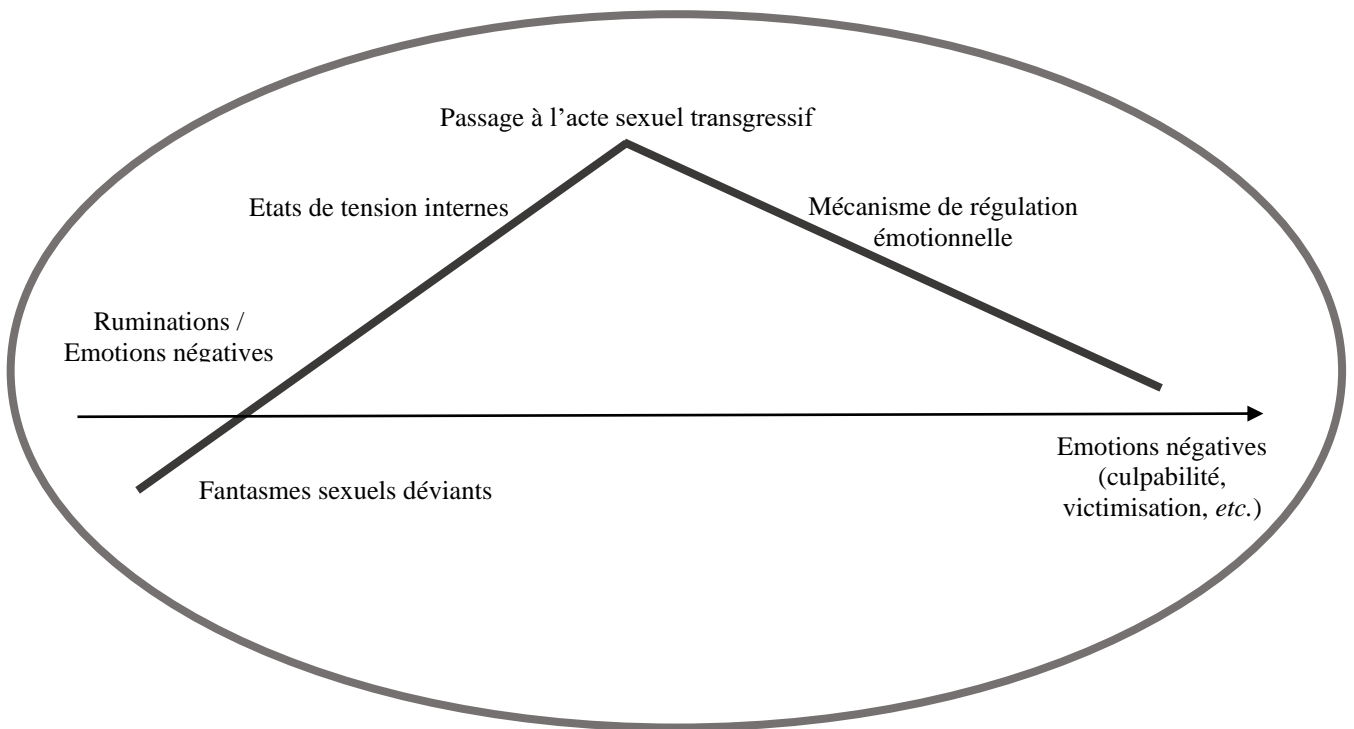
a) Introduction d'une temporalité dans le passage à l'acte sexuel transgressif

Le passage à l'acte intervient à un moment figé de la vie de l'AICS (**Figure 10**), dans lequel il est possible de repérer certains événements tels qu'une rupture affective, des difficultés conjugales ou n'importe quelle situation de changement. Il apparaît alors, avant que ne se produise l'acte, des ruminations sur des états émotionnels négatifs et notamment la colère (Gillespie, Mitchell, Fisher & Beech, 2012). Ces raptus émotionnels sont potentiellement en lien avec des « fantasmes » sexuels déviants (McKibben, Proulx & Lusignan, 1994), c'est-à-dire des « *images mentales sexuellement excitantes ou érotiques pour l'individu* » (in Leitenberg & Henning, 1995, p.470).

Le passage à l'acte délictueux va procurer un apaisement de ces états de tensions internes. Le comportement sexuel déviant agit alors comme un mécanisme de régulation émotionnelle non-intériorisé afin de retrouver un état homéostatique (Burk & Burkhart, 2003). La régulation psychique va passer par une décharge motrice, et cette mise en acte va permettre de retrouver une certaine stabilité.

Après l'acte, les ressentis sont variables chez l'agresseur et peuvent se manifester par des sentiments de honte, de culpabilité ou même de victimisation, ou encore ce que Ciavaldini (1999) appelle des effets de suite : évitement, déni, banalisation, *etc.*

Figure 10 : Représentation temporelle du passage à l'acte sexuel transgressif



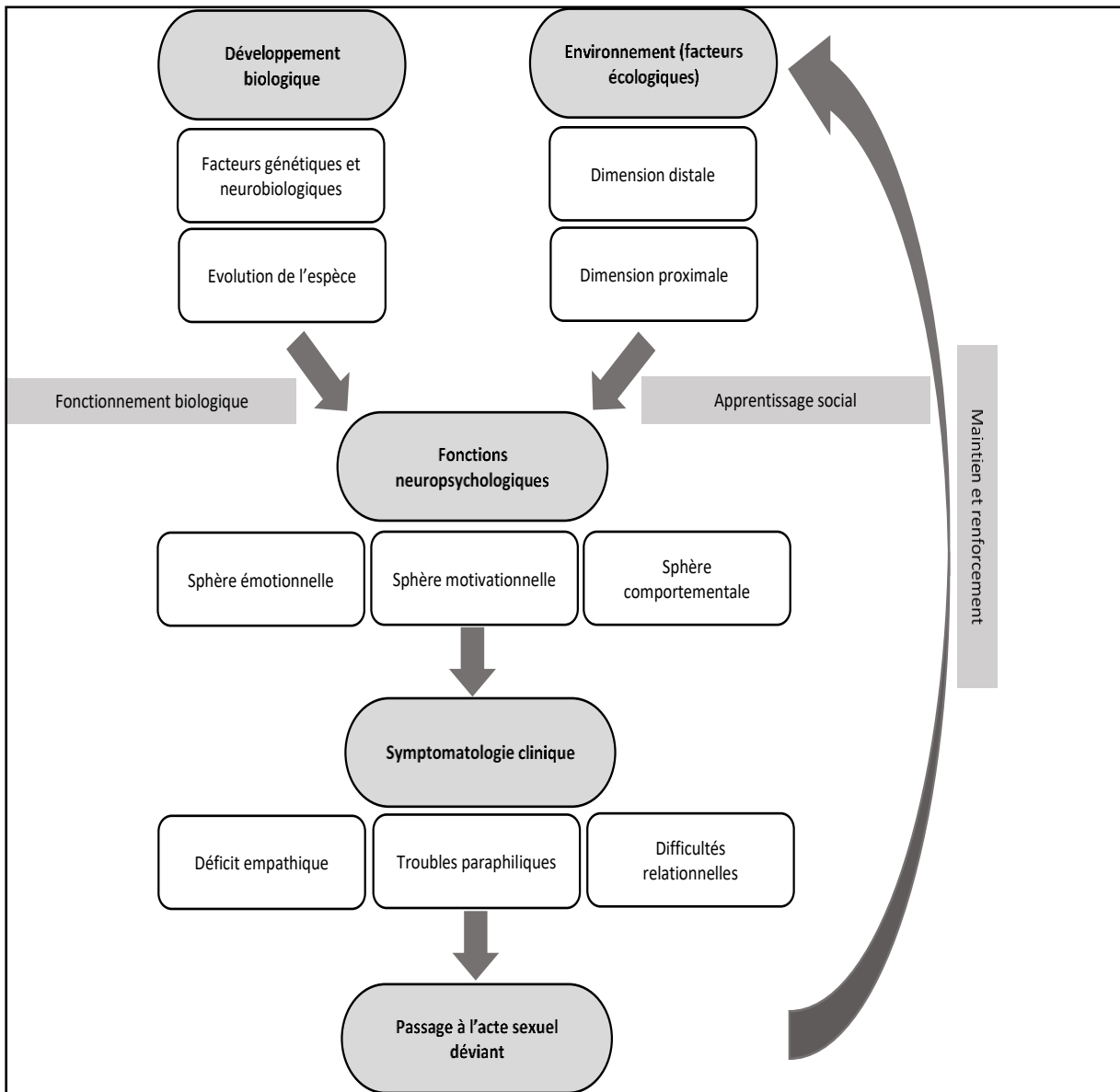
b) Le modèle ITSO

Il existerait ainsi un continuum dans lequel les facteurs de risque s'accumuleraient et amèneraient au passage à l'acte, tel qu'il est expliqué par le modèle ITSO (Integrated Theory of Sex Offending) (Ward & Beech, 2006). Ce modèle permet une vision d'ensemble des facteurs de risque impliqués dans le passage à l'acte et fait intervenir différentes dimensions d'éléments précipitants. Le modèle ITSO permet de dépasser les limites des études ne se centrant que sur certains aspects de l'agression sexuelle, ce qui ne donne qu'un regard partiel et non global sur la trajectoire de l'AICS (Thakker & Ward, 2012). Ward et Beech (2006)

décrivent plusieurs composantes interagissant et déterminant le passage à l'acte sexuel (**Figure 11**).

L'individu répond à des mécanismes biologiques sous-tendus par le développement cérébral (**Composante 1**). Ce dernier tient compte à la fois de facteurs génétiques et neurobiologiques et de l'évolution de l'espèce et des caractéristiques inhérentes à l'espèce humaine, comme la capacité à s'adapter à son environnement et la sélection sexuelle (Darwin, 1871), pouvant être à l'origine de comportements sexuels violents. Le fonctionnement biologique vient alors interagir avec l'apprentissage social (**Composante 2**) déterminé par des facteurs écologiques, c'est-à-dire les relations qu'entretient l'individu avec son environnement. Nous pouvons distinguer deux types d'environnement : un premier social et culturel qui va inculquer à la personne des valeurs morales ou éthiques (dimension distale) et un environnement immédiat, composé des événements vécus par la personne et leurs conséquences sur son équilibre mental (dimension proximale), comme par exemple l'abus de substance suite à un événement traumatique. Cette interaction entre le fonctionnement biologique et l'apprentissage social va venir moduler et impacter certaines fonctions psychologiques (**Composante 3**) comme la régulation émotionnelle, la motivation à agir, la perception et le contrôle d'une action. Ces potentielles difficultés peuvent avoir comme conséquences des troubles psychopathologiques (**Composante 4**) comme cités précédemment tels que des déficits empathiques, des distorsions cognitives, des difficultés relationnelles avec autrui ou encore des troubles paraphiliques. Cette combinaison de vulnérabilités psychologiques, biologiques et écologiques vont maintenir et intensifier les facteurs psychopathologiques et peuvent « activer » le passage à l'acte. Par la suite, le comportement sexuel déviant peut être renforcé par les bénéfices ressentis par l'individu et par l'état homéostatique trouvé.

Figure 11 : Modèle ITSO (Ward & Beech, 2006)



4. L'approche développementale par l'étude des profils

Le modèle développemental de Ward et Beech (2006) propose de sortir des modèles traditionnels pour opter pour une approche intégrative du comportement sexuel déviant. Cette approche est basée sur trois niveaux différents d'analyse : le premier niveau concerne l'étiologie de l'agression sexuelle et l'évaluation des facteurs de risque ; le second niveau

conduit à l'étude de l'interaction de mécanismes mis en place par l'agresseur ; et enfin un troisième niveau permet de regarder l'évolution de l'individu au cours du temps.

Ainsi, dans cette perspective intégrative, Cale, Smallbone, Rayment-McHugh et Dowling (2016) ont observé les trajectoires de vie d'adolescents ayant commis une agression sexuelle. L'objectif de l'étude a été de rechercher le lien entre la carrière criminelle d'un adolescent et son évolution sur le plan sexuel ou non. Ils ont ainsi identifié 4 profils différents : les « Rare Offenders », les « Late-Bloomers », les « Low-Rate Chronic » et les « High-Rate Chronic ». Ces profils se distinguent par a) l'évolution de la carrière criminelle au cours du temps, quel que soit le crime commis, b) l'âge auquel l'adolescent débute les agressions, et c) les caractéristiques propres aux comportements sexuels déviants, telles que la victimologie ou le fait d'agresser seul ou en groupe.

Les adolescents appartenant au profil des « Rare Offenders » montrent une certaine continuité dans leur carrière criminelle, ne commettant qu'un seul type de crime sur le plan sexuel. Les agressions sexuelles se situent dans la sphère familiale. Le second profil des « Late-Bloomers » se différencie par une évolution progressive de la carrière criminelle et la victimologie se situe principalement sur des jeunes adolescents. Les « Low-Rate Chronic » ont une évolution lente et un pic d'activité criminelle vers 14 ans. Chez ces individus, on retrouve davantage de troubles paraphiliques avec des victimes âgées entre 0 et 12 ans. Enfin, les « High-Rate Chronic » sont ceux qui démarrent leur carrière criminelle le plus tôt, vers l'âge de 10 ans. Ils présentent également plus de charges que les autres profils, c'est-à-dire davantage de comportements criminels divers, à la fois sexuels et non-sexuels. L'évolution est rapide et atteint un pic vers l'âge de 15 ans. Les victimes sont principalement des pairs, soit des adolescents du même âge. En identifiant des profils d'adolescents auteurs d'agression

sexuelle, cette étude montre que certaines trajectoires de vie permettraient d'avoir une information sur la nature de l'agression sexuelle.

D'autres études permettent d'observer des profils d'AICS. En suivant les activités quotidiennes et dites routinières d'auteurs de violence sexuelle, comme le sport, la vie de famille ou encore les amis, Pedneault et Beauregard (2014) ont déterminé une typologie du style de vie permettant de dégager cinq profils différents : a) *le solitaire inactif* présente peu d'activités sociales, passe le moins de temps auprès de sa famille et a une sphère sociale assez pauvre comparativement aux autres profils ; b) *le voyageur sociable* a une sphère sociale très développée avec beaucoup de relations amicales, il passe du temps avec ses partenaires amoureux et participe à beaucoup d'activités ; c) *le marcheur solitaire*, bien qu'ayant une sphère sociale développée et ayant des activités, est le plus souvent célibataire, sans enfants ; d) *le fêtard* qui présente une sphère professionnelle instable, fréquente les bars et consomme de l'alcool et des drogues ; e) *le casanier familial* est celui qui passe le plus de temps avec ses partenaires et privilégie des activités chez lui plutôt qu'en dehors. Par ces profils, les auteurs se focalisent sur le moment du passage à l'acte, en ouvrant vers une temporalité plus étendue. L'individu ne se résume plus uniquement à l'agression mais devient un être plus complexe évoluant au cours du temps dans différents domaines.

Chapitre IV : L'autopsie psychologique, définitions et applications

Depuis les années 1960, les chercheurs développent une méthode qui tente de s'approcher au plus près de la compréhension d'un passage à l'acte : l'autopsie psychologique (terme défini par Schneidman & Farberow en 1957) (Henry & Greenfield, 2009). Il s'agit d'une analyse rétrospective de la vie de l'individu. Par sa pluridisciplinarité, l'autopsie psychologique permet de reconstituer la trajectoire sociale, médicale, psychologique et relationnelle de la personne, afin de mieux comprendre et de mieux identifier les raisons du passage à l'acte (INSERM, 2008 ; Séguin *et al.*, 2007). Cet outil d'investigation permet d'évaluer les différents facteurs qui ont pu précipiter un passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif (Ebert, 1987).

1. L'application de l'autopsie psychologique dans la problématique suicidaire

a) Cadre général

Généralement, l'autopsie psychologique se traduit par des entretiens auprès d'informants, c'est-à-dire auprès des proches, comme des membres de la famille et des amis, et même auprès de professionnels qui ont été en contact avec la personne suicidée (Ebert, 1987 ; Henry & Greenfield, 2009 ; Séguin *et al.*, 2007). Interroger les personnes *survivantes*² au suicidé pose certaines questions éthiques et pratiques et la méthodologie à appliquer se doit d'être rigoureuse et de s'appliquer dans le respect et la dignité des personnes interrogées.

² « Survivantes » est ici le terme employé dans la littérature, et notamment par le rapport INSERM « Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention » (2008).

Ainsi, les entretiens peuvent être complétés par des outils standardisés et également par une exploitation conjointe du dossier du patient (Fortune *et al.*, 2007 ; INSERM, 2008 ; Séguin *et al.*, 2007). Il est alors important pour les investigateurs de porter attention à leurs propres ressources psychologiques pour faire face aux difficultés et aux souffrances que pourront amener les proches interrogés. La temporalité est une dimension essentielle dans la mise en place d'une autopsie psychologique. Le respect et la dignité non seulement des personnes suicidées mais aussi des personnes proches qui sont interrogées, sont les points primordiaux à respecter. C'est pourquoi il est nécessaire de respecter un laps de temps de 3 mois minimum entre le décès et l'interview, afin de ne pas perturber le travail de deuil des proches (INSERM, 2008 ; Séguin *et al.*, 2007). L'un des objectifs premiers de l'autopsie psychologique dans le cadre de suicide est d'apporter des informations permettant une prévention optimale du suicide, en partie en identifiant des groupes à haut risque (Ebert, 1987). La mise en place de *life charts*, que nous pourrions appeler lignes temporelles en français, fournit une meilleure visibilité sur les relations temporelles entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux tout au long de la vie de la personne (Fortune *et al.*, 2007). Cette construction pose ainsi la question de la comparaison du suicide dans différentes institutions afin de mieux identifier les causes du suicide et d'optimiser les différentes prises en charge mises en place par les services de soins.

b) Les effets bénéfiques de l'autopsie psychologique sur les informants

L'autopsie psychologique constitue une opportunité de s'approcher au plus près de ce qu'a vécu la personne suicidée et ainsi, dans une démarche préventive et thérapeutique, de proposer aux personnes suicidaires, ainsi qu'aux familles de victimes, une aide et un soin adaptés à leurs besoins. L'intervention auprès des proches dans le cadre de l'autopsie

psychologique intervient dans un contexte émotionnel lié à la perte du membre de la famille ou de l'ami. Cela nécessite de prendre des précautions éthiques et méthodologiques mais aussi de prêter attention aux conséquences de l'autopsie psychologique sur les interviewés. Il est alors important de percevoir l'autopsie psychologique comme un levier thérapeutique. En effet, les différents entretiens qui la composent peuvent établir un lien entre la souffrance de la personne interrogée et le soin, permettant justement de répondre à ces difficultés (Henry & Greenfield, 2009 ; INSERM, 2008 ; Séguin *et al.*, 2007). Ainsi, outre les aspects négatifs, qui ne sont pas clairement dus à l'autopsie psychologique mais qui tiendraient plus d'une vulnérabilité préexistante et d'un *barrage* défensif en réaction à la perte d'un proche, il est possible d'observer plusieurs effets bénéfiques sur les personnes interrogées. Henry et Greenfield (2009) en observent certaines : **la recherche de sens par le survivant**, l'autopsie psychologique permet une vision plus élargie du suicide et pourrait réduire ainsi le sentiment de culpabilité ; **la participation par altruisme** avec la sensation de transformer sa souffrance en quelque chose d'utile à la société ; **l'acceptation de la perte comme étant réelle**, c'est-à-dire que les entretiens permettraient à la personne de poursuivre un travail de deuil inachevé ; ou encore **la recherche de soutien** car le suicide, par la stigmatisation dont il fait part, engendre parfois l'isolement de la famille. Dans l'autopsie psychologique, la communication autour du suicide entre les investigateurs et les personnes proches de la personne décédée, permet de rompre certains silences ou non-dits qui peuvent être à l'origine de souffrances chez les personnes survivantes.

c) Des trajectoires pour expliquer le passage à l'acte suicidaire (Séguin *et al.*, 2007 ; Séguin *et al.*, 2014)

Pour amener une compréhension globale du passage à l'acte suicidaire et des interactions entre les différents facteurs de risque en jeu dans le processus suicidaire, Séguin *et al.* (2007) ont cherché dans une première étude à apporter une visibilité sur l'évolution de ces facteurs au cours de la vie. En population générale, les auteurs ont mené une étude basée sur la méthode d'autopsie psychologique en interrogeant des membres de la famille de personnes suicidées. L'objectif était de modéliser le « fardeau d'adversité » par une ligne temporelle. Ce « fardeau » se compose de l'accumulation des facteurs de risque tout au long de la vie. Ainsi deux trajectoires principales ont pu être identifiées : une première trajectoire caractérisée par des événements aversifs qui surviennent très tôt dans la vie de l'individu et associés à des troubles psychiatriques ; et une seconde trajectoire marquée par des expériences aversives plus tardives et par des troubles de l'usage de substance. Le « fardeau d'adversité » observé dans les deux trajectoires se différencie ici par l'accumulation soit précoce soit tardive dans la vie de la personne suicidée.

Dans une seconde étude (Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro & Turecki, 2014) ces deux trajectoires ont été précisées. La première trajectoire peut se subdiviser en deux sous-trajectoires : l'une a pour caractéristiques une continuité temporelle des difficultés débutant dès l'enfance (abus sexuels, violence intrafamiliale, difficultés scolaires) et une forte prévalence de troubles mentaux au moment du passage à l'acte ; l'autre comprend des antécédents d'adversité au plus jeune âge mais également une rupture avec le système familial dysfonctionnel, rupture qui amène une période de stabilité puis une dégradation en rapport avec des difficultés de vie (e.g., professionnelles, financières). La seconde grande trajectoire

de vie, davantage en lien avec des événements de vie moins importants, se divise également en deux sous-trajectoires : l'une où les événements de vie négatifs surviennent plus tardivement et sont influencés, voire causés, par des abus de substances. Le suicide serait ici précédé d'un événement marquant (perte d'un proche, rupture sentimentale), notamment associé à des consommations abusives de substances ou à des troubles de l'humeur. Enfin, l'autre sous-trajectoire de vie concerne les suicides inexplicables : les personnes suicidées ne semblent présenter aucun facteur de risque ni de fardeau d'adversité en fonction des éléments explorés. Une vulnérabilité dissimulée reste la piste privilégiée par les auteurs. Cette étude montre l'importance de l'évolution des facteurs de risque et de la nécessité à rechercher et à approfondir les profils dynamiques de suicidés.

L'autopsie psychologique permet d'avoir un regard global sur la personne et rentre dans une perspective développementale. La modélisation de la trajectoire de vie par cette méthode d'analyse dans la problématique du suicide en prison ainsi que dans la compréhension du passage à l'acte sexuel transgressif, nous apporterait une étude plus approfondie des facteurs et des processus impliqués dans ces deux passages à l'acte, auto-agressif et hétéro-agressif.

Problématique

La psychopathologie développementale est un courant de pensée permettant de tisser des liens entre différents facteurs intra et extras individuels, précocement et tout au long du parcours de vie de l'individu. Les caractéristiques propres d'un individu vont interagir avec l'environnement dans lequel il évolue et se modulent en fonction des événements vécus. Dans cette perspective théorique, nous avons vu que les troubles internalisés, comme les troubles de l'humeur, et les troubles externalisés, tels que des troubles d'abus de substance, peuvent s'inscrire dans des trajectoires développementales permettant de rendre compte des processus sous-jacents de ces troubles.

L'objectif de la thèse est ainsi d'approfondir nos connaissances sur les mécanismes en œuvre dans la mise en acte de comportements externalisés violents auto agressif et hétéro agressif. Nous cherchons à retrouver l'impact d'événements à différentes périodes de vie sur ces troubles externalisés violents, périodes qui devraient se caractériser par l'occurrence ou l'absence de certains facteurs à la fois mentaux, sociaux et environnementaux.

Afin de répondre à notre objectif, nous choisissons d'adapter la méthodologie de l'autopsie psychologique pour la construction de trajectoires de vie tout en l'associant à deux problématiques externalisées sur le plan auto-agressif et hétéro-agressif. Cette méthodologie permettra la modélisation des parcours de vie investigués sur une ligne temporelle (*life chart.*)

Le geste suicidaire en prison est une problématique majeure à laquelle les professionnels intervenant auprès des détenus sont confrontés régulièrement. La littérature a permis de repérer les caractéristiques du détenu suicidaire. Dans une première étude empirique, notre objectif sera de rechercher des profils dynamiques de détenus suicidaires à

partir de l'étude de leur trajectoire de vie. Nous examinerons comment la période de pré-incarcération interagit avec la période de détention actuelle, et comment certains facteurs peuvent prédire un geste suicidaire en milieu carcéral.

Concernant le passage à l'acte sexuel transgressif, depuis plus d'une décennie, les théories développementales se succèdent et amènent plusieurs typologies d'auteurs d'agression sexuelle. Dans la continuité de ces recherches, nous proposerons dans une seconde étude d'étudier des profils d'AICS avec cependant un regard différent sur l'individu en tenant compte de toute sa trajectoire de vie dans une perspective développementale en sortant d'une compréhension basée sur le passage à l'acte sexuel transgressif.

PARTIE EMPIRIQUE

Conception de la recherche

1. Outils d'évaluation

Afin d'étudier les trajectoires de vie permettant de caractériser un profil dynamique des participants, nous développerons plusieurs étapes pour chacun, en suivant la méthodologie préconisée par l'INSERM (2008). Nous avons choisi de nous intéresser au regard porté par différentes personnes entourant le participant détenu et nous avons conduit différents entretiens :

- l'entretien avec au maximum deux membres de la famille : les proches sont les personnes les plus intimes avec le détenu, impliqués socialement et émotionnellement dans la détention de la personne.
- l'entretien avec le psychologue ou le psychiatre référent. Certains éléments ne peuvent être retranscrits dans le dossier du patient. Le ressenti du psychologue ou du psychiatre est nécessaire à une approche globale de la personne.

Dans le but d'établir un profil dynamique de la personne, il est nécessaire de compléter les entretiens auprès des différents informants par l'investigation du dossier « patient », dossier où sont recueillies les données médicales du patient ainsi que les transmissions indispensables durant les différents suivis dont la personne a pu bénéficier.

a) Une grille d'entretien semi-directif

Avec pour objectif de pouvoir se rapprocher au plus près de ce que vit le patient-détenu, nous choisissons de mener des entretiens semi-directifs. Pour ce faire, nous avons construit une grille d'entretien exhaustive (**Annexe 1**), et qui permet d'obtenir un maximum

d'informations sur la vie du patient-détenu, et ce sur différents domaines (**Tableau 2**). Les domaines se rapportent à chacune des catégories suivantes : la santé mentale, la sphère relationnelle et les facteurs carcéraux.

Tableau 2 : Domaines d'investigation de la grille d'entretien semi-directive

Domaines investigués
<i>Anamnèse</i>
<i>Histoire judiciaire</i>
<i>Histoire médicale</i>
<i>Facteurs psychologiques</i>
<i>Facteurs psychiatriques</i>
<i>Evènements de vie traumatiques</i>
<i>Antécédents de dépendance</i>
<i>Relations interpersonnelles</i>
<i>Antécédents suicidaires</i>
<i>Informations sur le geste suicidaire</i>

b) Les outils à disposition

Pour construire notre grille d'entretien, nous avons utilisé différents outils préexistants qui permettent de revenir en globalité sur la vie du participant. Chaque domaine se compose d'items ; pour rédiger certains items nous avons choisi d'utiliser certains instruments d'évaluation préexistants telles que la SCID-II, la MINI et la STAI-Y.

- **Le SCID-II** (*Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II*) (Bouvard *et al.*, 1999 ; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997) : il s'agit d'un entretien structuré utilisé à la fois en recherche et en clinique. Il évalue les troubles de la personnalité définis par l'axe II du DSM-IV : Personnalité Evitante, Dépendante, Obsessive-compulsive, Négativiste, Dépressive, Paranoïaque, Schizotypique, Schizoïde, Histrionique, Narcissique, Borderline, Antisociale. Le choix des réponses aux différents items est en Oui-Non.
- **Le MINI** (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (forme française révisée par Sheehan & Lecrubier, 1998) : cet outil constitue un guide d'entretien utile dans le diagnostic clinique des troubles décrits par l'axe I du DSM-IV tels que la dysthymie, les épisodes hypomaniaques ou encore les états de stress post-traumatique. De même que le SCID-II, la cotation se fait en Oui-Non.
- **Le STAI-Y** (*State-Trait Anxiety Inventory*) (développée par Spielberger, 1980 ; traduit en français par Spielberger, Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993) : il s'agit d'un auto-questionnaire qui cherche à évaluer les symptômes de stress et d'anxiété en tant qu'état (c'est-à-dire en rapport avec une anxiété réactionnelle à l'environnement immédiat) ou en tant que trait de personnalité. Il existe donc deux échelles au STAI-Y : une forme A (état) et une forme B (trait). La cotation se fait à partir d'une échelle

de Lickert en quatre points : Non – Plutôt non – Plutôt oui – Oui. Les scores à chacune des échelles varient de 20 à 80 : plus le score est élevé, plus la personne perçoit de l'anxiété.

Le SCID-II et le MINI sont des outils utilisés lors d'entretiens directifs, ainsi les différents items qui les composent sont adressés à la deuxième personne. Le STAI-Y est un auto-questionnaire, les items sont alors adressés à la première personne. Dans notre étude, nous nous intéressons à la vie du patient-détenu, telle qu'elle est perçue par différents informants. Les différents items que nous aurons utilisés du SCID-II, du MINI et du STAI-Y seront reformulés à la troisième personne. Aussi, nous reprendrons la cotation en Oui-Non du SCID-II et du MINI en laissant une ouverture possible dans les réponses. Nous reprendrons à l'identique la cotation du STAI-Y, en prêtant attention aux différents scores d'items à inverser.

Exemple : Vous inquiétez-vous à propos de choses sans importance ? (Item de la STAI-YB)

⇒ *S'inquiète-t-il à propos de choses sans importance ?*

c) Domaines d'investigation

➤ **Anamnèse**

Cette première partie nous permet de collecter les données sociodémographiques du patient détenu tels que le sexe, le niveau d'étude ou encore le statut marital.

➤ **Histoire judiciaire**

Nous revenons dans cette partie autour des antécédents d'incarcération, du motif de l'incarcération actuelle et le vécu de l'incarcération d'un point de vue judiciaire (permissions, activités, mesure d'isolement, mesure disciplinaire).

➤ **Histoire médicale**

L’histoire médicale concerne les différents suivis dont disposait/dispose le patient-détenu, et les différentes pathologies, somatique ou psychiatrique, dont il pouvait souffrir.

➤ **Facteurs psychologiques**

Plusieurs facteurs sont ici recherchés. Tout d’abord la **phobie sociale**, nous utiliserons le domaine G du MINI en décomposant l’item G1 en deux items distincts (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Décomposition de l’item G1 du MINI en deux items

Item G1	Items décomposés
Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d’être le centre de l’attention ou avez-vous eu peur d’être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous devez prendre la parole devant un groupe de gens ?	A-t-il déjà redouté ou a-t-il déjà été gêné d’être le centre de l’attention ?
	A-t-il déjà eu peur d’être humilié dans certaines situations sociales comme lorsqu’il devait prendre la parole devant un groupe de gens ?

Ensuite, nous évaluons l’**anxiété** du patient-détenu en utilisant le STAI-YB, c’est-à-dire l’échelle Trait du STAI-Y. Nous reprenons les mêmes items en adaptant la personne et le temps des items.

Certains items du SCID-II nous permettent d'évaluer **l'impulsivité**, **l'intolérance à la frustration**, **le rapport à l'autorité** ainsi que **les troubles de l'humeur**. Nous approfondissons ces items par des questions ouvertes (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Exemples de décomposition des items du SCID-II pour le domaine "Facteurs Psychologiques"

Numéro d'item du SCID-II	Personnalité évaluée par la SCID-II	Items du SCID-II	Nouvelle dimension évaluée	Items décomposés
96	Borderline	Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?	Impulsivité	A-t-il souvent fait des choses de manière impulsive ?
				Quel genre de choses ? (Donner des exemples)
				Cela arrivait-il souvent ?
92	Borderline	Avez-vous brusquement changé votre façon de vous considérer et changé vos buts de vie ?	Intolérance à la frustration	A-t-il brusquement changé sa façon de se considérer et changé ses buts de vie ?
				Pouvez-vous me donner des exemples ?
80	Narcissique	Pensez-vous qu'il est inutile de suivre certains règlements ou règles sociales qui ne vous conviennent pas ?	Rapport à l'autorité	Pensait-il qu'il est inutile de suivre certains règlements ou règles sociales qui ne lui convenaient pas ?
				Pouvez-vous me donner quelques exemples ?

Une partie des facteurs psychologiques concernent les **troubles de l'humeur**, nous incluons donc le domaine A du MINI (avec les items A1, A2 et A3) qui investigate un potentiel **épisode dépressif majeur**. Nous adaptons ce domaine du

MINI à notre grille d'entretien en distinguant deux périodes distinctes à l'épisode dépressif majeur : durant l'incarcération et durant les deux semaines précédant l'entretien.

➤ **Facteurs psychiatriques**

Nous exploitons les facteurs psychiatriques en recherchant la présence de certaines idées délirantes présentes dans le discours du patient-détenu. Nous reprenons ici certains items du SCID-II, notamment des dimensions Paranoïaque, Schizotypique et Schizoïde.

➤ **Evènements de vie traumatique**

Afin de percevoir la globalité de la vie de la personne, il est important de connaître les différents épisodes vécus de façon traumatique (accident, maltraitance, deuil, *etc.*) et d'en repérer les effets sur la personne au cours du temps.

➤ **Antécédents de dépendance**

Nous cherchons ici à savoir si le patient-détenu, et/ou une personne de son entourage, a connu des problèmes d'addiction avec l'alcool, les drogues ou tout autre produit, mais également s'il souffrait d'addiction sans produit (par exemple, l'addiction aux jeux).

➤ **Relations interpersonnelles**

Il est important de pouvoir explorer toute la sphère relationnelle du patient-détenu à deux périodes distinctes : avant et durant l'incarcération.

Une première partie des relations interpersonnelles est la façon dont le patient-détenu interagit avec autrui et comment il percevait sa relation à l'autre. Les items repris dans

ce domaine proviennent des dimensions suivantes du SCID-II : Évitante, Dépendante, Négativiste, Schizotypique, Schizoïde, Narcissique et Borderline.

Une seconde partie permet de revenir sur les relations du patient-détenu entretenues avec les parents ou substituts, avec le/la partenaire, avec ses enfants, avec ses amis et avec les pairs, c'est-à-dire les codétenus.

➤ **Antécédents suicidaires**

Il est important de connaître les antécédents de passage à l'acte auto-agressif, leur raison évoquée, leur planification et leur prise en charge.

2. Définition de la population étudiée

Notre méthodologie implique de ne pas interroger les participants détenus. Pour chacun des participants détenus, nous interrogerons au maximum trois participants informants :

- **Informant 1 et 2** : « Proches »,
- **Informant 3** : Psychologue clinicien intervenant en milieu carcéral

a) Critère d'inclusion

- **Pour les participants détenus**
 - ✓ Majeur incarcéré
 - ✓ Assuré social
 - ✓ Ayant été informé et ayant signé le formulaire de consentement
 - ✓ Ayant ou non un suivi psychologique
 - ✓ Ayant ou non des informants « Proches »
- **Pour les participants informants « Proches »** :
 - ✓ Majeur

- ✓ Assuré social
- ✓ Ayant été informé et ayant signé le formulaire de consentement
- ✓ Etre de la famille ou un ami du participant détenu
- **Pour les participants informants psychologues :**
 - ✓ Majeur
 - ✓ Assuré social
 - ✓ Ayant été informé et ayant signé le formulaire de consentement
 - ✓ Ayant assuré ou assurant un suivi avec le patient-détenu

b) Critère de non-inclusion

- **Pour les participants détenus et les participants informants :**
 - ✓ Femme enceinte
 - ✓ Personne en situation d'urgence
 - ✓ Impossibilité de recevoir une information éclairée
 - ✓ Impossibilité de participer à la totalité de l'étude
 - ✓ Diagnostic d'un tableau psychotique dans l'axe I, DSM-IV

Procédure de l'étude

1. Equipes participantes

Les équipes participant à ce projet sont :

- Le laboratoire de recherche SCALab – UMR CNRS 9193, Université de Lille, Villeneuve d'Ascq, représenté par le **Pr Jean-Louis NANDRINO** (Professeur de psychopathologie), **Claire DUCRO** (Maître de conférences) et **Julien ELOIR** (Psychologue clinicien et doctorant).
- L'équipe de l'Unité Sanitaire de Bapaume, Centre Hospitalier d'Arras, représenté par **Julien ELOIR** (Psychologue clinicien et doctorant).

2. Lieux de réalisation de la recherche

Deux lieux sont prévus pour la réalisation de la recherche :

- L'Unité Sanitaire du Centre de Détention de Bapaume
- L'Unité Sanitaire de la Maison d'Arrêt d'Arras

Ces deux services dépendent du Centre Hospitalier d'Arras. Le Centre de Détention de Bapaume et la Maison d'Arras sont tous deux sous la DISP de Lille.

3. Déroulement pratique de la recherche

a) Recrutement

➤ Pour le groupe des participants-détenus :

Le recrutement des participants a suivi un échantillonnage aléatoire avec hasard parmi les dossiers médicaux mis à notre disposition : chaque participant détenu a été choisi au hasard. Il

leur a été demandé leur accord pour que les informants soient interrogés et que l'investigateur ait accès à leurs dossiers.

➤ **Pour les participants informants « Proches »**

Les informants « Proches » ont été contactés dans un premier temps par le participant-détenu afin de les avertir qu'un courrier leur serait adressé concernant la recherche et que l'investigateur se permettrait de les contacter par téléphone.

➤ **Pour les participants informants « Psychologue » :**

Les informants « Psychologue » ont été recrutés au sein des équipes des Unités Sanitaires de chaque établissement pénitentiaire.

b) Déroulement

➤ **Pour les participants détenus :**

La première étape consiste à recevoir chacun des participants détenus lors de 3 entretiens :

1^{er} entretien :

- ✓ Présentation de la recherche aux patients-détenus, en leur précisant la particularité de l'étude de ne pas les interroger eux mais leur entourage,
- ✓ Réponses aux différentes questions du participant par l'investigateur,

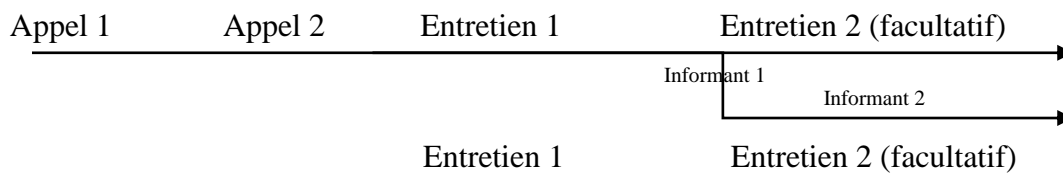
Un 2^{ème} entretien était prévu pour signer la feuille d'information et le formulaire de consentement et d'obtenir les coordonnées des proches acceptants de participer à l'étude (**Annexes 2 et 3**).

Lorsque tous les informants ont été interrogés, un 3^{ème} entretien a été programmé avec le patient-détenu participant afin de debriefer sur les entretiens qui ont été menés, lui faire part

que la recherche le concernant est terminée et s'il le souhaite, les résultats globaux de la recherche lui seront transmis.

Suite à cette première étape, les entretiens avec les participants informants se déroulent ainsi :

➤ **Pour les participants informants 1 et 2 « Proches » :**



○ **Appel 1 :**

- Présentation succincte de la recherche,
- Envoi du courrier/mail (comprenant la lettre d'information et le formulaire de consentement pour les informants « Proches ») (**Annexes 4 et 6**),
- Prise de rendez-vous pour le second appel.

○ **Appel 2 :**

- Réponses aux questions concernant la recherche par l'investigateur,
- Signature du consentement et de la lettre d'information par les deux participants informants,
- Programmation du premier entretien.

○ **Entretien 1 (durée = 1h00 environ) :**

- Investigation des domaines 1 à 10 de la grille d'entretien,
- Débriefing en fin d'entretien,
- Faire le lien avec une structure de soin du secteur d'habitation des informants si nécessaire.

➤ **Pour les participants informants « Psychologue » + investigation du dossier**

Patient :



- **Entretien 1 (durée = 1h00 environ) :**
 - Présentation de la recherche à l'informant et réponse aux questions par l'investigateur.
 - Signature de la lettre d'information et du consentement (**Annexes 5 et 6**).
 - Investigation des domaines 1 à 10 de la grille d'entretien (Anamnèse, Histoire Judiciaire, Histoire Médicale, Facteurs psychologiques, Facteurs psychiatriques, Evènements de vie traumatiques, Antécédents de dépendance, Relations interpersonnelles, Antécédents suicidaires, Informations sur le geste suicidaire)
 - Débriefing

4. Comité de Protection des Personnes

Appliquer cette recherche à une population carcérale ajoute certaines précautions administratives et éthiques du fait du caractère particulièrement vulnérable des détenus (Article 1121-6 du Code de Santé Publique). La recherche a donc été autorisée par le Comité de Protection des Personnes de Lille (N° 2016 A01210 51) (**Annexe 7**).

Using life trajectories analysis to evaluate suicide risk in prison (étude 1)

[Article soumis]

**Julien Eloir^{1,2}, Claire Ducro¹,
and Jean-Louis Nandrino¹**

Abstract

This study used life trajectory analysis of inmates by interviews with informants to study suicidal behaviour in prison. 49 inmates were recruited: 20 with a history of attempted suicide (ISA) and 29 without a history of attempted suicide (INSA). The lifetime of each participant was retraced on a life chart according to four main domains: health, life events, relationships and judiciary domain, organized in two different periods: pre-detention and current detention. Life charts were compared between the two groups of participants and a predictive model of suicide risk in prison was constructed using logistic regression and ROC curve analysis. More depressive experiences were observed in ISA than in INSA before detention, whereas ISA reported more behavioural disorders than INSA during current detention. The predictive model identified three dimensions for differentiating ISA from INSA: mood disorders before detention, behavioural disorders and relationships with nuclear family during detention. Incarceration constitutes a break in the life trajectory and directly affects suicidal behaviour. The different life events can be integrated in a developmental trajectory to optimize prevention and therapeutic models concerning suicide in prison.

Keywords: life trajectory, suicide, prison, prevention, mood disorders, behavioural disorders, family relationships.

¹SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille, France
²Centre Hospitalier d'Arras, France

Corresponding Author:

Julien Eloir, SCALab - UMR CNRS 9193, SCALab, Université de Lille, Rue du Barreau, BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex, France.
Email: julien.eloir@gmail.com

Introduction

Suicide in prison is an important problem in most countries in the world, with a rate between two- and seven-fold higher than that of the general population (David, 1997; Favril, Wittouck, Audenaert & Vander Laenen, 2018; Fazel & al., 2008; Suto & Arnaut, 2010). Several risk factors are involved in the suicidal act in prison: mental health (Favril & al., 2018) and in particular the presence of personality disorders (Björkenstam, Ekselius, Berlin, Gerdin & Björkenstam, 2016); a history of suicide attempts (Castelpietra et al, 2018; Favril & al., 2018; Lohner & Konrad, 2006); mood disorders and mainly the presence of depressive symptoms during incarceration (Daigle & Côté, 2002; Liebling, 1995; Lohner & Konrad, 2006; Suto & Arnaut, 2010).

A second category of variables concerns the relational sphere and relational difficulties (Suto & Arnaut, 2010). Incarceration acts as a break with family and separation from one's family constitutes a major factor of vulnerability (Harvey & Liebling, 2001; Ricordeau, 2003; Suto & Arnaut, 2010; Stoliker, 2018). Moreover, one of the factors of vulnerability specific to incarceration is the lack of interpersonal social relationships. Contact with relatives is subject to strict rules and prisoners may experience difficulties that reinforce the problem of adaptation to prison life (Wichman, Serin & Motiuk, 2000).

A third category that may precipitate the transition to suicide is the conditions specific to the prison environment (van Ginneken, Sutherland & Molleman, 2017). Prisoners may have difficulty adjusting socially. Some variables that directly affect the quality of prisoners' living conditions are the lack of activity and work (Bird, 2008; Liebling, 1995), difficulty in following rules (Suto & Arnaut, 2010), overcrowding (Fruehwald, Frottier, Matschnig, & Eher, 2003), early incarceration (Duthé, Hazard & Kensey, 2014; John Howard Society of

Alberta, 1999; Voulgaris & al., 2018) and the perception of quality of life (Harvey & Liebling, 2001). The reason for incarceration and the length of the sentence are also a risk factor. Thus, conviction for a violent crime such as homicide or sexual assault that leads to a long period of incarceration is a more significant suicide risk factor (Fazel & al., 2008; Fernandez, 2009; Fruehwald & al., 2003; John Howard Society of Alberta, 1999).

Finally, life events pose a risk impacting the life trajectory of the inmate. Events that occurred before the period of detention, such as early adversity and parental physical violence (Séguin, Beauchamp, Robert, Di Mambro & Turecki., 2014), have an impact on the occurrence of psychological and psychiatric disturbances such as depressive symptoms and psychotic disorders (Rajalin, Hirvikoski & Jokinen, 2012; Ribadier, Roustit & Varescon, 2014). Events experienced during childhood increase vulnerability to suicide in prison (John Howard Society of Alberta, 1999; Liebling, 1995). Moreover, according to the explanatory model of suicidal processes (Gunnell & Lewis, 2005), life events occurring during detention are also associated with mental health, with an influence on suicidal ideas and suicide attempts (Smith, Selwyn, Wolford-Clevenger & Mandracchia, 2014; Stoliker, 2018).

In many studies evaluating risk factors in prison, inmates with a high suicide risk are male (Fazel & al., 2008; Batt, Bellivier, Delatte & Spreux-Varoquaux, 2005; John Howard Society of Alberta, 1999), with deliberate self-harm and a history of suicide attempts (Bird, 2008; Fruehwald & al., 2003; Liebling, 1995), relational difficulties with relatives, family members and other inmates (Suto & Arnaut, 2010; van Ginneken et al., 2017) and have been convicted for violent crime such as homicide or rape (Duthé, et al., 2014; Favril & al., 2018).

While it is important to assess risk factors in order to identify prisoners at risk of suicide, a more dynamic profile of the suicidal person in prison is required. Therefore, the

effects of these risk factors according to the specific nature of the prison environment need to be established (Séguin et al., 2014). One way to integrate pre-incarceration events with those of the current situation is to study the life trajectories of incarcerated individuals (Séguin, Di Mambro & Desgranges, 2012).

The life trajectory is the set of factors that intervene in a person's life, making them what they are, their history, their functioning and their future. The study of life trajectories provides visibility of temporal continuity in difficulties that may begin in childhood (sexual abuse, domestic violence, academic difficulties), of the prevalence of mental disorders at the time of suicide, and at the moments when the prisoner experiences a break in his/her life. It is therefore important to observe the evolution of risk factors and to investigate the dynamic profiles of people who attempt suicide. Data concerning the suicidal act can be used to model the factors that intervene during the life of the person who attempts suicide and to identify their importance in the act (Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007).

In a study conducted after the death of people by suicide in the general population, Séguin et al. (2014) identified the « adversity burden », i.e., events in the life trajectory and their impact on the suicidal process. Their methodology makes it possible to obtain different data on the life of the deceased person by interviewing relatives. The two main trajectories observed are initially characterized by the presence of life events such as abuse or a history of sexual abuse, and psychopathological disorders such as depressive episodes related to relational difficulties such as marital conflict and professional difficulties. The onset of these events is then used to differentiate the two trajectories. These events occur either continuously for the first life trajectory or intermittently during the individual's life for the second trajectory.

To our knowledge, only one study has assessed life trajectories in newly incarcerated inmates (Ribadier et al., 2014). It showed a higher rate of child abuse such as mistreatment perpetrated by the mother or parental substance abuse was a factor undermining the new inmate and increasing the likelihood of the occurrence of mood disorders, particularly depressive symptoms at the beginning of the period of detention.

Thus, the aim of this study was to compare the life trajectories of inmates who committed a suicidal act during their incarceration with those of non-suicidal inmates. Based on the constitution of life charts constructed from a survey of relatives, we sought to identify factors that distinguish the two populations according to events experienced before and during detention. Based on the number of total loads of each participant including the different categories of risk factors, we compared the two groups and then specifically assessed the weight of each type of risk factor. We propose a model of the weight of these variables in a predictive model based on bivariate regression of the suicide risk in prison.

Methods

Participants

The sample comprised 49 inmates incarcerated at the Bapaume and Arras prisons (Région des Hauts de France, France). Twenty inmates with suicide attempts (ISA) in detention were compared to 29 inmates with non-suicidal attempts (INSA) in their life before and during the detention.

Judiciary characteristics.

The two groups were similar in terms of judiciary and detention characteristics. Thus, there was no significant difference in the length of sentences being served between the ISA and the INSA groups (respectively $M=8.56$ years, $SD=6.61$; $M=11.96$ years, $SD=4.36$, $U=145$, NS).

Although both groups had a history of incarceration (respectively $f=0.5$; $f=0.14$; $\chi^2=3,494$, NS), the INSA had spent longer in prison ($M=7.38$ years, $SD=3.52$) than the ISA at the moment of recruitment ($M=4.39$ years, $SD=3.67$) ($U=177$, $p=.021$). Finally, the ISA had less contact with relatives outside prison than the INSA (respectively $f=0.75$; $f= 1$; $\chi^2=8,074$, $p=.004$).

Psychiatric history.

There was no significant difference between ISA and INSA in duration of hospitalisation for psychiatric disturbances before detention (respectively $f=0.23$; $f=0.036$; $\chi^2=3,934$, $p=.069$). On the other hand, the ISA were more hospitalized in psychiatry during detention than the INSA (respectively $f=0.67$; $f=0.036$; $\chi^2=21,514$, $p=.000$).

Procedure

Recruitment of participants.

The study was approved by the local French ethical committee (N° 2016 A01210 51). All the participants were informed of the procedures and objectives of the study and were all free to participate. To study the life trajectories of sex offenders, we chose to interview informants (Fortune & al., 2007; Séguin & al., 2007; Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki, 2011). Informants were people close to the inmate such as family members, caregivers or friends. Several steps were necessary for the recruitment. First, a random sample of inmates was recruited from those incarcerated in Bapaume and Arras prisons in the north of France (Region of Hauts de France). A maximum of three informants were interviewed with inmate agreement: two family members or friends (Informants 1 & 2), and the clinical psychologist of the participant in detention (Informant 3). There was an average number of 1.1 informants per inmate in the ISA group. In this group, we interviewed one informant for 90% of the

participants and two informants for 10% of them. In the INSA group, there was an average number of 1.59 informants per inmate. Sixty-two percent of the INSA participants had one informant, 17% had two informants and 21% had three informants.

Semi-structured interviews.

We used a semi-structured interview manual as described in a previous study (see Eloir, Ducro & Nandrino, 2019 for development). Each item was divided into different fields that examined some aspects of the sex offender's life. It included: (a) criminal history; (b) medical history; (c) psychological and psychiatric factors; (d) life events; (e) addiction history; (f) suicidal history and h) relational sphere.

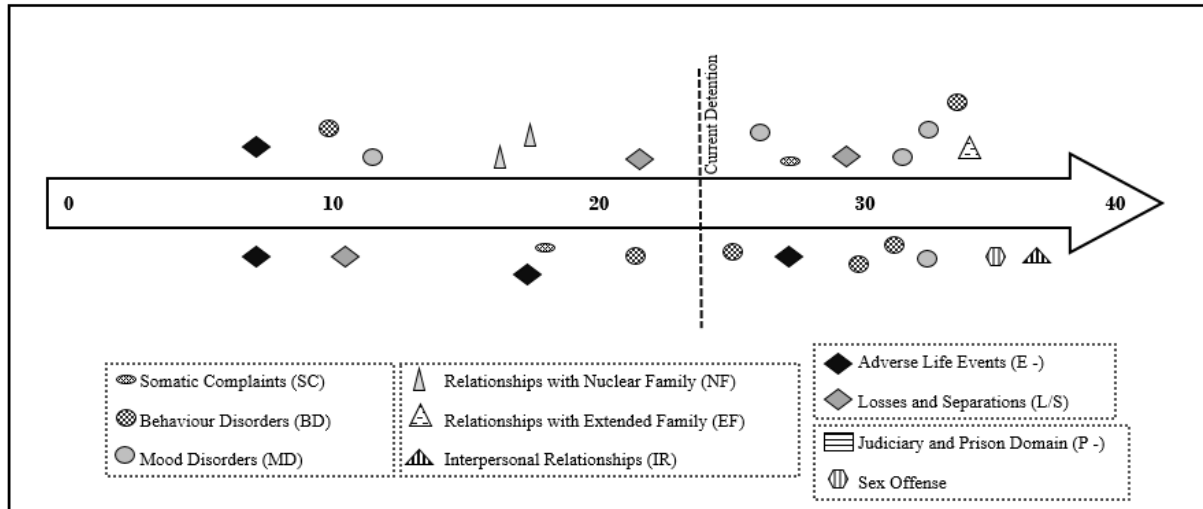
Data analysis

A specific methodology to study life trajectory was applied to process the data (Eloir et al., 2019; Fortune et al., 2007; Séguin et al., 2007; Séguin et al., 2011), which were split in two levels by content analysis (Bardin, 2001). The first level was the transcription of information collected during interviews (the variables) and the second level was the rating of information in 10 categories: (a) somatic complaints, (b) behaviour disorders, (c) mood disorders, (d) relationships with nuclear family, (e) relationships with extended family, (f) interpersonal relationships, (g) judiciary and prison domain, (h) reason for incarceration, (i) adverse life events and (j) losses and separations.

During interviews, each event was dated as accurately as possible by the informants. Then, the categories grouping the events was modelled in a life chart (Figure 1). Two periods appeared in this time line: 1) before the current detention, and 2) during the current detention. The number of occurrences per year of each category was calculated for each of the two periods. This number was compared according to the group, ISA or INSA, and the period,

before or during the current detention. The analysis was a non-parametric comparison (Mann-Whitney U test) complemented by a size effect analysis (Cohen’s d).

Figure 1: Example of life chart



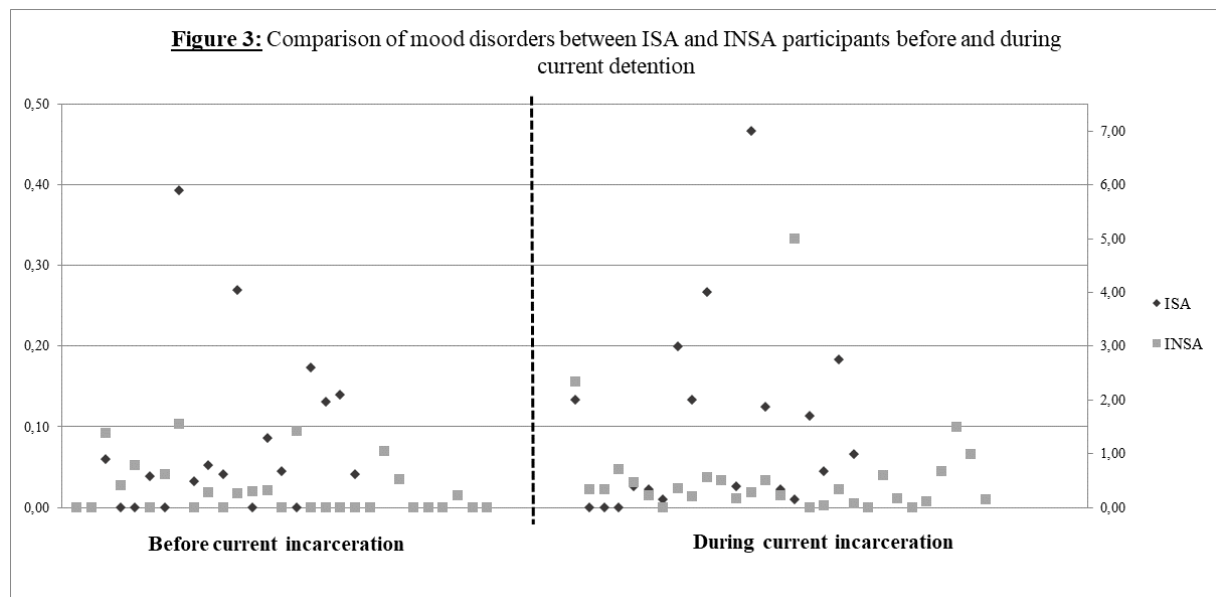
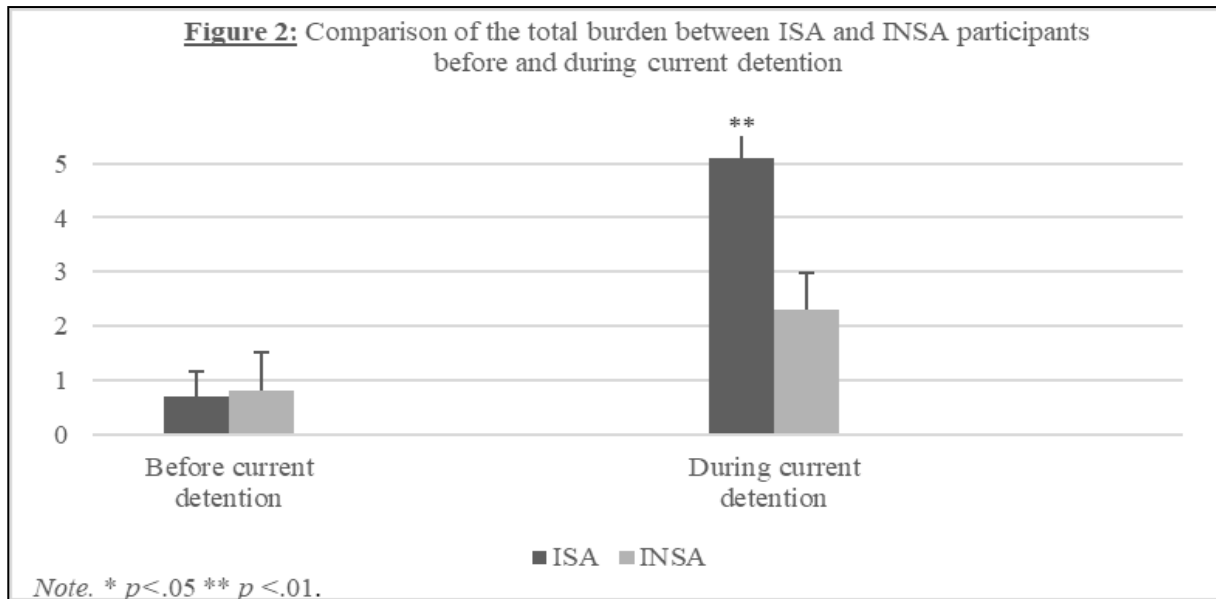
Results

Comparison of means

The total burden was the total number of occurrences of all the events on the life chart (combining all the categories). Before the current detention, there were no differences in the total burden between the ISA and the INSA ($U=292$, $p=.968$). However, during the current detention, the ISA showed a greater total burden than the INSA ($U=434$, $p<.01$) with a large size effect ($d=0.76$) (Figure 2). The ISA presented more events such as mood disorders, behavioural disorders, negative life events, losses and relational difficulties than the INSA during the current detention.

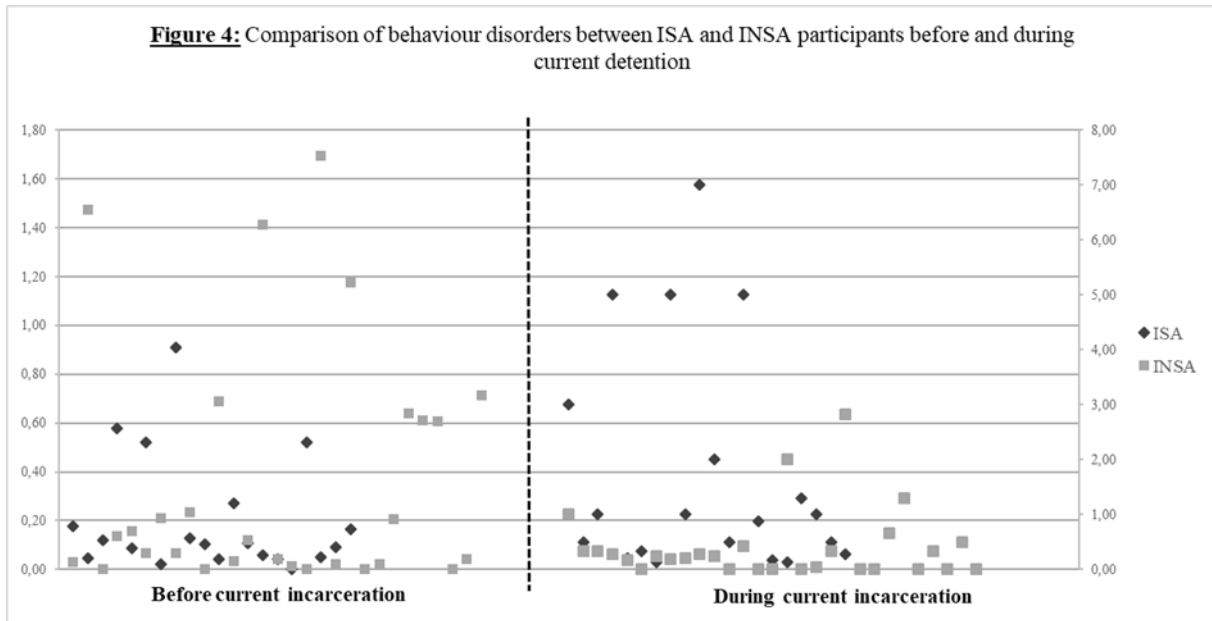
Before the current detention, there were no differences between the ISA and the INSA in behavioural disorders ($U=304$, $p=.775$), the relational domain ($U= 268$, $p=.654$) and in

negative life events ($U=272.5$, $p=.721$). The ISA reported more mood disorders than the INSA ($U=393$, $p<.05$) with a large size effect ($d=0.73$) (Figure 3).



During the current detention, there were differences in behavioural disorders between the ISA and the INSA. The ISA showed more behavioural disorders than the INSA ($U=458$, $p<.01$) with a large size effect ($d=0.91$). There was a statistical trend for more mood disorders in the ISA ($U=378$, $p<.10$), with a medium size effect ($d=0.60$). Finally, there were no

differences between the two groups in the relational domain ($U= 268$, $p=.652$) and in negative life events ($U= 262.5$, $p=.573$).



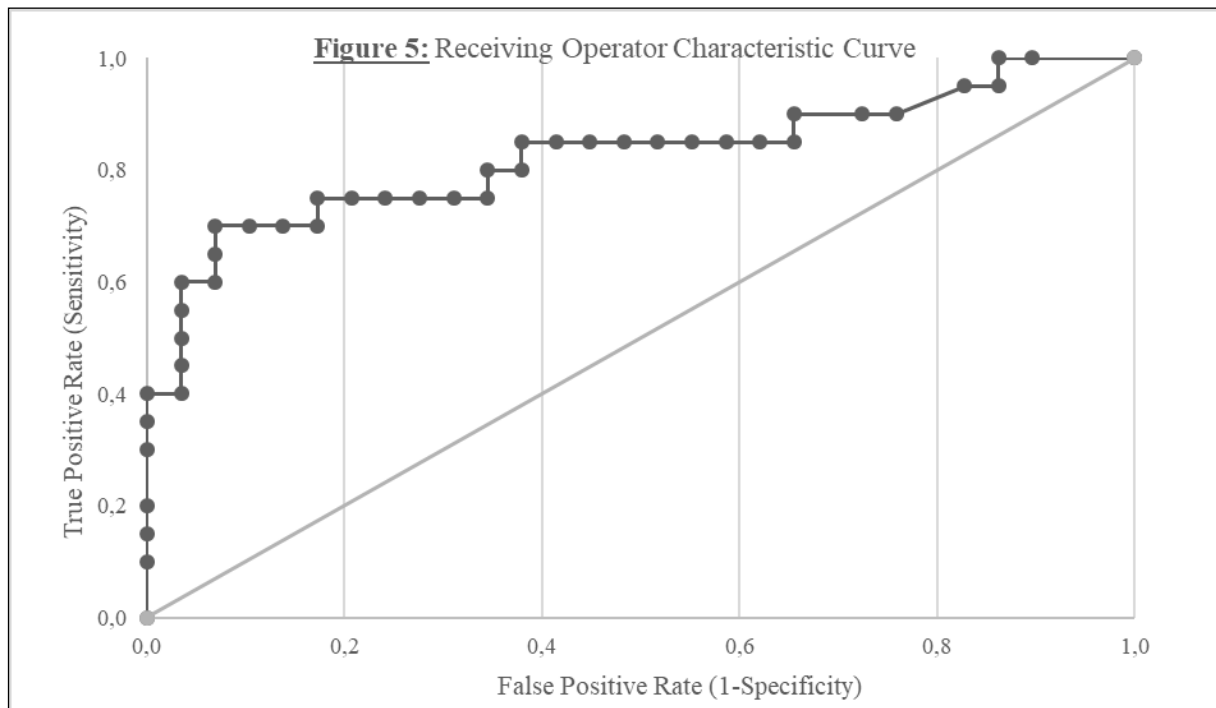
Predictive model

The aim of the second step of our analysis was to search for predictive factors of suicidal acts in inmates. We performed a binomial logistic step-by-step regression by introducing each of our categories in order to observe the weight of each in a predictive model. Three categories allowed us to differentiate the ISA from the INSA: mood disorders before current detention, behavioural disorders during current detention and relationships with nuclear family during current detention (with respectively $\beta_1=18.34$, $\beta_2=0.931$ and $\beta_3=1.38$). This regression model with the three categories explained 35.6% of the variance ($p<.05$).

We also constructed a ROC curve (Receiving Operator Characteristic) to evaluate the explanatory quality of our predictive model (Zou, O'Malley & Mauri, 2007). From the results of the logistic regression and the predictions for the two groups, we created a confusion

matrix comprising the true or false positives and the true or false negatives. In our sample, a positive was an ISA. This matrix allowed us to compute the specificity (true negative rate) and the sensitivity (true positive rate) of our predictive model.

The area under the curve (AUC) of the ROC curve corresponds to the model's validity (Figure 5). The AUC was .826 (IC [.695; .956]), so in almost 83% of cases our predictive model can distinguish an ISA from an INSA.



Discussion

By studying life trajectories, we investigated suicide in detention by comparing a suicidal population to a non-suicidal population. The two populations differed depending on the period observed: before and during incarceration. First, there were differences in terms of mood disorders, especially a history of depressive episodes or the presence of suicidal thoughts during lifetime, and behavioural disorders, including suicide attempts, impulsivity or addictive behaviour disorders. ISA showed more mood disorders than INSA before

incarceration and more behavioural disorders during it. Therefore, ISA are more vulnerable to pre-existing mood disorders that are reinforced during detention with behavioural manifestations. This is in line with the hypothesis that incarceration reveals pre-existing disorders (Saloppé, Hayoit, Marghem & Pham, 2014). The total burden is also different during incarceration. The burden as evaluated by relatives was similar to that perceived by the inmates (Bell et al., 2018). Prison is a violent environment where inmates are no longer able to internalize their emotions, so they externalize them in behavioural terms (John Howard Society of Alberta, 1999). The total burden of events experienced during incarceration is more prevalent among people who attempt suicide and is therefore a significant risk factor for suicide in prison., Owing to an effect of accumulation, suicidal persons are more likely to attempt suicide.

Our findings confirm that the presence of mood disorders, mainly depressive disorders, is one of the most relevant predictors of attempted suicide in custody (Ayhan et al., 2017; Martin, Dorken, Simpson, McKenzie & Colman, 2014). Furthermore, they show that a history of mood disorders predicts suicide risk more than the disorders present during current incarceration. Self-harming behaviours in detention without the intent to die are known to be associated with aggression, impulsivity and substance abuse (Sakelliadis, Papadodima, Sergentanis, Giotakos & Spiliopoulou, 2010). Our predictive model goes one step further by linking behavioural disorders to suicide risk in detention. In addition, the relational sphere plays an important role. Suicide risk in incarcerated fathers has been shown to be related to the emotional burden of separation from one's children (Krüger, Priebe, Fritsch & Mundt, 2017). Negative family events such as parental divorce or family psychiatric history are also considered to be highly prevalent in inmates and to have psychopathological and behavioural consequences as mentioned above (Bowen, Jarrett, Stahl, Forrester & Valmaggia, 2018;

Sergentanis et al., 2014). Our study confirms this finding and shows that relationships with the immediate family are a good predictor of suicide risk in prison. Relational difficulties with parents or siblings during incarceration might be involved in bringing inmates to attempt suicide. Difficulties external to the prison thus contribute to problems within the prison environment.

Perspectives

To further explore the effect of relationships with the immediate family on suicidal inmates, it would be interesting to study a larger sample and to include two additional groups: a group of suicides, i.e. inmates who died by suicide, and to see if there are any differences between suicides, suicide attempts and non-suicides; and a second group comprised of prisoners who were suicidal before incarceration.

A strength of our study is the interviews with a second source of information, i.e. informants. It would be interesting to compare the view of inmates' relatives about their life trajectory with their own. This would involve replicating the study by interviewing inmates directly as the primary source of information.

The findings demonstrate the importance not only of evaluating the effect of the interaction of risk factors in increasing the risk of suicide but also in preventing suicide and managing the risks. Identifying the most important risk factors in prison could lead to developing tools for caregivers and prison officers. Some areas should therefore be given priority, such as a history of depression before incarceration, behavioural, self-aggressive and hetero-aggressive manifestations, and the quality of relationships maintained with relatives during detention. The family itself should also be considered by setting up family therapy, which may already have been offered in the context of resocialization (Rieger, 1973). Another

perspective would be to increase awareness of suicide risk among family and friends who have contact with the prisoner, in order to limit the risk of suicide in prison.

Bibliography

- Ayhan, G., Arnal, R., Basurko, C., About, V. & Pastre A. (2017). Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-10.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*, 10ème éd. Paris: PUF.
- Batt, A., Bellivier, F., Delatte, B. & Odile Spreux-Varoquaux, O. (2005). *Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Bell, C., Ridley, J., Overholser, J., Young, K., Athey, A., Lehmann, J & Kristie, P. (2018). The role of perceived burden and social support in suicide and depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 87-94.
- Bird, S. (2008). Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-years study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 446-449.
- Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B. & Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 29-36
- Bowen, K., Jarrett, M., Stahl, D., Forrester, A. & Valmaggia, L. (2018). The relationship between exposure to adverse life events in childhood and adolescent years and subsequent adult psychopathology in 49,163 adult prisoners: A systematic review. *Personality and Individual Differences*, 131, 74-92.

- Castelpietra, G., Egidi, L., Caneva, M., Gambino, S., Feresin, T., Mariotto, A., Balestrieri, M., De Leo, D. & Marzano, L. (2018). Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from ‘Triveneto’ area, 2010-2016. *International journal of law and psychiatry*, 61, 6-12.
- Daigle, M. & Côté, G. (2002). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- David, A.-M. (1997). *Rapport d'enquête de la Coroner sur la mort de 12 détenus du SCQ*. Québec: Bureau du Coroner en chef.
- Duthé, G., Hazard, A. & Kensey, A. (2014). Suicide des personnes écrouées en France: évolution et facteurs de risque. *Population*, 69(4), 519-549.
- Eloir, J., Ducro, C. & Nandrino J-L. (2019). Determining Sexual Offender Profiles From Life Trajectories. *Sexual Abuse*, [on line] DOI 10.1177/1079063219828782.
- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2019). A 17-year national study of prison suicides in Belgium. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(1), 42-53.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-31.
- Fernandez, F. (2009) Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison. *Bulletin Amades* [On line], 76 | 2009, URL: <http://amades.revues.org/666>
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V. & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100, 199-210.

- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., & Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behavior in jail and prison suicides. *European Psychiatry, 18*, 161-165.
- Gunnell, D. & Lewis, G. (2005). Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *The british journal of psychiatry, 187*, 206-208
- Harvey, J. & Liebling, A. (2001). Suicide et tentatives de suicide en prison: vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie, 34*(2), 57-83.
- John Society of Alberta. (1999). *Prison and jail suicides*.
- Krüger, S., Priebe, S., Fritsch, R. & Mundt, A. (2017). Burden of separation and suicide risk of prisoners with minor children. *International Journal of law and psychiatry, 52*, 55-61.
- Liebling, A. (1995) Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology, 35*(2), 173-187.
- Lonher, 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.
- Martin, M., Dorken, S., Simpson, A., McKenzie, K. & Colman, I. (2014). The predictive validity of the depression hopelessness suicide screening form for self-harm among prisoners. *The journal of forensic psychiatry & psychology, 25*(6), 733-747.
- Rajalin, M., Hirvikoski, T. & Jokinen, J. (2012). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of affective disorders, 148*(1), 92-97.

- Ribadier, A., Roustit, C., & Varescon, I. (2014). Etude de la dépression, des événements de vie, de l'impulsivité et du lieu de contrôle au sein d'une population nouvellement incarcérée. *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 245-351.
- Ricordeau, G. (2003). *La solidarité familiale à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative*. Paris: Institut des Sciences Humaines Appliquées.
- Rieger, W. (1973). A proposal for a trial of family therapy and conjugal visits in prison. *American Journal of orthopsychiatry*, 43(1), 117-122.
- Sakellidis, E., Papadodima, S., Sargentanis, T., Giotakos, O. & Spiliopoulou, C. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners: Prevalence and risk factors. *European Psychiatry*, 25(3), 151-158.
- Saloppé, X., Hayoit, A., Marghem, B. & Pham, T. (2014). Perception of quality of life according to the period of imprisonment. *Acta psychiatrica belgica*, 114(3), 19-30.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., Di Mambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 120-126.
- Séguin, M., Di Mambro, M., & Desgranges, A. (2012). L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37, 2, 95-105.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37, 1575-1583.

- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 863-870.
- Sergentanis, T., Sakellidis, E., Vlachodimitropoulos, D., Goutas, N., Sergentanis, I., Spiliopoulou, C. & Papadodima, S. (2014). Does history of childhood maltreatment make a difference in prison? A hierarchical approach on early family events and personality traits. *Psychiatry Research, 220*(3), 1064-1070.
- Smith, P., Selwyn, C., Wolford-Clevenger, C. & Mandracchia, J. (2014). Psychopathic Personality Traits, Suicide Ideation, and Suicide Attempts in Male Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior, 41*(3), 364-379.
- Stoliker, B. (2018). Attempted suicide: A multilevel examination of inmate characteristics and prison context. *Criminal justice and behaviour, 45*(5), 589-611.
- Suto, I. & Arnaut, G. (2010). Suicide in Prison: A qualitative study. *The Prison Journal, 90*(3), 288-312.
- Van Ginneken, E., Sutherland, A. & Molleman, T. (2017). An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *International journal of law and psychiatry, 50*, 76-82.
- Voulgaris, A., Kose, N., Konrad, N. & Opitz-Welke, A. (2018). Prison Suicide in Comparison to Suicide Events in Forensic Psychiatric Hospitals in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, [on line] DOI:10.3389/fpsy.2018.00398.
- Wichmann, C., Serin, R. & Motiuk, L. (2000). *Predicting Suicide Attempts among Male Offenders in Federal Penitentiaries*. Research Branch: Correctional Service Canada.

Zou, K.H., O'Malley, A.J., Mauri, L. (2007). Receiver-operating characteristic analysis for evaluating diagnostic tests and predictive models. *Circulation*, 115(5), 654–657.

Determining sexual offender profiles from life trajectories (étude 2)

Original Research Article

Determining Sexual Offender Profiles From Life Trajectories

Sexual Abuse

1–22

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI 10.1177/1099629819887

journals.sagepub.com/home/sax

**Julien Eloir^{1,2}, Claire Ducro¹,
and Jean-Louis Nandrino¹**

Abstract

To study qualitatively the development of a heteroaggressive behavior, we applied retrospective analytical method based on categorization of life events. The aim of this study was to establish the life trajectories of sexual offenders through interviews with second sources: the inmate's relatives and psychologists. The life trajectories of incarcerated sexual offenders were retraced to build individual life charts. These life charts grouped individual life events into four main domains: health, life events, the relational sphere, and the judicial and prison sphere. In a sample of 40 inmate participants, four different profiles of sex offenders and therefore life trajectories were identified according to the abovementioned domains: (a) "Early life events and behavior disorders" ($n = 14$), (b) "Abandonment issues" ($n = 4$), (c) "Behavior and socioaffective disorders" ($n = 9$), and (d) "Behavioral hyperadaptation and coldness" ($n = 13$). Expert judges classified the life trajectories with satisfactory interjudge agreement ($k = 0.70$). This research has clinical implications for integrating different life events into developmental trajectories and focusing psychological support for the individual.

Keywords

life trajectories, sexual offender, profiles, informants

¹SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille, France

²Centre Hospitalier d'Arras, France

Corresponding Author:

Julien Eloir, SCALab - UMR CNRS 9193, SCALab, Université de Lille, Rue du Barreau, BP 60149, 59653

Villeneuve d'Ascq Cedex, France.

Email: julien.eloir@gmail.com

Introduction

Many studies have tended to identify the profiles of sexual offenders³ according to the dangerousness or recidivism potential (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015), the types of therapies offered to sexual offenders (Glickman, Lemere & Smith, 2013), the types of mental processes associated with the act and in connection with feelings of loneliness, hostility and sexual fantasies (DiGiorgio-Miller, 2007) or the nature of the transgressive sexual behavior (e.g., Finkelhor’s precondition theory of 1984 about “child sexual abusers”).

Within the context of typologies centered on the type of sexual aggression and the ages of the victims, Knight (1988) suggested a typology of the aggressors based on the degree of fixation (sexual attraction for children and its importance) and the social competence of the criminal. This model was later improved by adding an evaluation of the significance of the link to the child and the level of violence perpetrated in the act (Knight, Carter & Prentky, 1989). In addition to such classifications based on the transgressive sexual behavior, other risk factors for the development of sexual offender profiles have been identified but not integrated into these models.

Most of these studies focused on only some aspects of sexual offenses and did not consider the development of these factors and their role in sexual assault (Grady, Leveson & Bolder, 2017; Ward & Siegert, 2002; Lussier, 2017). Sexual assault could result from

³ Focusing on the person’s life rather than the act raises the question of terminology. The French-speaking community mainly chooses to use the term “Perpetrator of Sexual Offense” (PSO) (AICS in French) (Pham, Ducro, Martin, & Pihet, 2010) instead of terms used in everyday language, such as “rapist,” “attacker,” “pedophile,” which define the person only according to the committed act.

dysfunctional mechanisms at the relational, emotional, sexual and cognitive levels, which could be influenced by other acquired biological, cultural or environmental factors of vulnerability (Ducro & Pham, 2017). Thus, risk factors could continuously accumulate and lead to the act, as suggested by the Integrated Theory of Sex Offending (ITSO) (Ward & Beech, 2006), which provides an overview of the risk factors associated with the act. In this model, the sexual assault would correspond to the culmination of a set of risk factors (genetic, psychological, contextual and experiential) that interact with each other. Certain factors of the ITSO model have been studied separately in different research. The first factor concerns the *mental health* of aggressors and corresponds to psychopathological and psychiatric risk factors. Senon and Manzarena (2008) reported that 1 to 5% of sex offenders exhibit a psychiatric pathology, in particular psychosis and mood disorders. These disorders may be associated with comorbidities such as substance abuse (Morange, Paul, Milan, Perez & Pilard, 2014). In addition, compared with perpetrators of nonsexual assaults, sex offenders exhibit more personality disorders such as schizoid, obsessive-compulsive characteristics and an avoidant personality (Fazel, Hope, Donnell & Jacoby, 2002). Moreover, a negative personal and family history (Morange et al., 2014; O’Toole & Jeglic, 2014) are thought to affect the individual’s development (development of an insecure-anxious attachment, disorders of behavioral or emotional capacities of regulation, disorders of capacities of mentalization) and are factors that contribute to a vulnerability to psychopathological disorders (Schneck, Bowers & Turkson, 2012). Another factor concerns socioaffective and relationship abilities (*relationship and contextual dimension*) and, in particular, impairment in emotional processes. From this perspective, a lack of empathy (Hanson, 2003; Ward & Durrant, 2013) has been identified, not only in determining the emotions of others but also in perceiving nonconsent and the consequences of their own actions on the victim. This lack of empathy implies

relationship difficulties and a feeling of loneliness (Ward, Keenan & Hudson, 2000), which could lead to social isolation.

In addition to these two main risk factors, the aggressive act can be associated with negative events experienced by individuals during different phases of their lives (*adverse events*). For example, Morage et al. (2014) identified additional risk factors in a population of incestuous fathers, such as antecedents of abuse during childhood and previous sexual abuse. A meta-analysis by Jespersen, Lalumière and Seto (2009) showed that child sexual offenders have experienced more sexual abuse during childhood, whereas adult sex offenders have more often been victims of physical abuse. In the same way, Pham and Ducro (2008) evaluated the relationship between the prevalence of previous physical and sexual abuse and the quality of parenting. Sex offenders were differentiated from a control group (nonoffenders) by their history of having experienced more physical abuse and a worse parental relationship (especially more antipathy from the father). Moreover, perpetrators of assaults on children outside the family presented with more antecedents of sexual abuse in comparison with other sex offenders (perpetrators of assaults on children within the family and on adults). Levenson, Willis and Prescott (2016) reported that sexual offenders experience three times more adversity during childhood than a control population. The authors also highlighted other events such as the divorce of parents, verbal abuse or domestic violence in the parental home.

With this type of developmental approach, the ITSO model brings to the fore the limitations of studies that only focus on some aspects of sexual offending at the expense of other risk factors, thus providing only a partial view of the sex offender (Thakker & Ward, 2012). An integrated approach is based on 3 different levels of analysis: the first level concerns the etiology of sexual assault and the evaluation of risk factors; the second level

involves the study of interactions and the mechanisms that are operating inside the sex offender; and finally, the third level allows us to look at the sex offender's evolution across time.

Thus, Cale, Smallbone, Rayment-McHugh and Dowling (2016) have studied life trajectories of Adolescent Sex Offenders (ASOs) and have identified 4 profiles: the Rare Offenders, the Late-Bloomers, the Low-Rate Chronic individuals and the High-Rate Chronic individuals. These profiles can be distinguished according to a) criminal involvement whatever the nature of the crime, b) the onset of offending, and c) the characteristics of sexual deviant behaviors (acting in a group or alone, victimology, *etc.*).

Moreover, the developmental approach allows for the study of the environmental influence on the occurrence of risk factors (Lussier & Cale, 2016) and on the exposure of the sex offender to events in his life (van Den Berg, Bijleveld & Hendricks, 2017). The accumulation of adverse events, such as a history of abuse or violence in the family, would be predictive of deviant sexual behavior (Pullman, Leroux, Motayne & Seto, 2014; Levenson & Socia, 2016). In studying sex offenders, the aim of the developmental approach is to extend the studies to include certain factors, how they interact and how they develop (Lussier, 2017; Lussier & Cale, 2016).

Aims

In this context, we proposed to move from a conceptual model of the sexual offender based on the criminal sexual behavior to a focus on the life trajectory of the individual in different areas of their life and to place the act within a temporal trajectory. Thus, the core of the study consisted of identifying the life trajectories of sex offenders currently in prison. The analysis of life trajectories is a qualitative tool that integrates a temporal dimension into the

evolution of behaviors (Séguin, Di Mambro & Desgranges, 2012; Séguin, Beauchamp, Robert, Di Mambro & Turecki, 2014) and provides better visibility of the temporal relationships between different factors that favor the occurrence of the criminal act (Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007). This method of investigation and data processing has already been applied to other clinical populations, especially with people who have committed suicide (Schneidman & Farberow, 1957). The method attempts to get closer to understanding the act (Henry & Greenfield, 2009). A retrospective analysis of the evolution of a life must be constructed from a behavioral, emotional and even a relational point of view (INSERM, 2008; Séguin et al., 2006). Applying this method to a subgroup of newly imprisoned individuals with depressive disorders, Ribadier, Roustit and Varescon (2014) characterized the prevalence of psychiatric disorders in prison and the preponderance of some life events in this population (previous family history, violence, etc.).

Methods

Participants

Forty incarcerated sex offenders were recruited ($M = 51.92$ years old; $SD = 11.67$); 47.5% of the participants were separated or divorced, 32.5% were married or lived in a couple, 15% were single, and 5% were widowed. A total of 77.5% of the inmate participants had children. Almost all had contact with the outside world and had received counseling during their incarceration. Thirty percent had exhibited previous autoaggressive behaviors (suicide attempt, self-mutilation) during their incarceration, and 22.5% had been hospitalized in a psychiatric unit while in prison.

Regarding their incarceration, half of our participants were offenders against related children ($n=21$), 30% committed sex crimes on unrelated children ($n=12$), and 17.5% were rapists on

adult women (n=7). Thirty percent of our participants had already been incarcerated (n=12): 9 participants had previous incarcerations for the same sex crimes with the same victimology, 1 participant had been incarcerated for the same sex crime with different victimology, and 2 participants had been incarcerated for non-sex crimes. The average length of incarceration was 10.47 years (SD = 3.95) with at least a minimum of 3 years and at most a maximum of 20 years. More than half of the inmate participants had been sentenced to 10 years or less (55%, n = 22). However, the time spent in prison was variable because the French justice system has procedures that allow for a reduction in sentences from the beginning of the detention, special reductions in sentences once a year, and the possibility of requesting an early release under certain conditions. The average time spent in prison was 6.28 years (SD = 2.70).

Procedure

Recruitment of participants. To study the life trajectories of the sex offenders, we followed the methodology of Séguin et al. (2007) and Séguin, Renaud, Lesage, Robert and Turecki (2011) of questioning the informants (i.e., the individuals with a close relationship with the sex offender in different areas of life, such as family members, caregivers, and friends) (Fortune & al., 2007). Our study was approved by the Ethical Committee of Lille (Region of Hauts de France). The recruitment consisted of two steps: first, a random sample of inmates was recruited from those incarcerated for sexual crimes in Bapaume prison in the north of France (Region of Hauts de France). The mainly inmates in Bapaume's prison are incarcerated for sexual offences. They have long sentences and are considered the most rehabilitated in society.

A maximum of three informants were interviewed with inmate agreement: two family members or friends (Informants 1 & 2), and the clinical psychologist of the participant in

detention (Informant 3). The “Relatives and friends” informants were contacted first by the inmate participant and then by the investigator. The “Psychologist” informants were recruited from the prison infirmary. A semistructured interview was carried out with each informant using a manual designed for the study. The interviews with the “Relatives and friends” informants were conducted by phone, and those with the “Psychologist” informants were performed in the medical unit. During the interview, the psychologist used his self-reports, the medical file and the judiciary file. In our sample, there was an average number of 1.38 informants per inmate. We interviewed one informant for 72.5% of our participants, two informants for 17.5% of our participants and three informants for 10% of our participants. For all the participants, we interviewed their psychologist (n=40). For 27.5%, in addition to the psychologist, we interviewed family or close friends (n=11).

Semistructured interviews. Our semistructured interview manual was based on items of the SCID II (Bouvard et al., 1999, translated by Cottraux & Cottraux, 1999), the MINI (French revised version by Sheehan et al., 1998) and the STAI-Y (Spielberger, Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993). We used items from borderline, narcissistic, paranoid, schizotypal, schizoid, dependent and negativistic dimensions of the SCID-II and the A and G domains of the MINI. The different items selected were changed and reformulated in the third person leaving the answers to the items open. For example, the SCID-II item “Have you often done things impulsively?” became “Has he done things impulsively?” and “Does it often happen?” The STAI-Y scoring was retained, paying attention to the different results for items that needed to be reversed.

Each item was divided into different fields that examined some aspects of the sex offender’s life. These included (a) the *criminal history*, with previous incarcerations, the sex

crime committed for the current detention and the experience of incarceration from a judiciary point of view (permissions, activities, isolation measures, disciplinary measures, *etc.*); (b) the *medical history*, the presence of any somatic pathologies the patient suffered such as diabetes, heart problems or cancer; (c) several *psychological and psychiatric factors* such as social phobias, anxiety, impulsivity, frustration intolerance, depressive symptomatology, delirious ideas and hallucinations; (d) the *life events* (accidents, abuse, bereavement, *etc.*); (e) the antecedents of dependence (*addiction history*), with or without substances, and (d) previous autoaggressive behaviors, more precisely *suicidal history*.

Finally, the inmate participant's relational sphere was explored during two distinct periods: before and during their incarceration. The first part of the relationships enabled an evaluation of the inmate participant's relational functioning with others, while the second part investigated the relationships with his parents or substitutes, his partner, his children, his friends and his peers (fellow prisoners).

Data analysis

Our results need several steps described here.

Categorization into thematic trees

First, a content analysis was performed that provided a categorization of the interview content referring to the described methodology by Bardin (2001). This categorization is “a classification operation of constitutive elements of a set by differentiation then by [analogies]” (Bardin, 2001, p.152). Two levels were distinguished: the first level is composed of raw data obtained during the semistructured interviews with the informants and thus allows for the identification of *variables* (e.g., changing relationships with partners, death of a father, alcohol consumption, depressive mood, physical abuse, *etc.*).

The second level groups the variables into 10 *categories* as developed by Fortune et al. (2007) and Séguin et al. (2007, 2011). Our categories “gather a [variables] group under a generic title [...] done because of common characteristics of these [variables]” (Bardin, 2001, p.152). These include (a) *somatic complaints* (sleep disorders, physical injuries, etc.), (b) *behavior disorders* (substance abuse, frustration intolerance, etc.), (c) *mood disorders* (depressive symptomatology, anxiety, etc.), (d) *relationships with family* (conflictual relationship with father, absence of relationships with siblings, etc.), (e) *relationships with extended family* (changing relationships with partner, few contacts with children, etc.), (f) *interpersonal relationships* using the sex offender’s relational dynamics (social isolation, few close relations, etc.), (g) *judiciary and prison domain* (trial, threats in detention, etc.), (h) *reason of incarceration*, (i) *adverse life events* (physical abuse, sexual abuse, etc.), and (j) *losses and separations* (divorce, death of a close relation, etc.).

In this way, four thematic trees were created (**Figure 1**).

Data modeling in life charts

We chose to describe the sex offender’s life using a modeling approach with a temporal line on which the categories listing the collected elements or events appeared (Fortune et al., 2007). In the interviews, we asked the informants to date their answers when possible. Thus, to build temporal lines, all the collected and categorized data were placed according to the temporality of the events. In this way, two distinct periods were uncovered: 1) “Childhood-Adolescence-Early adulthood” (0-20 years old), and 2) “Adulthood before incarceration” (from 20 years old to the beginning of the current incarceration).

Characterization by frequency of occurrences

To better specify the main dimensions, the frequencies of each abovementioned category were integrated.

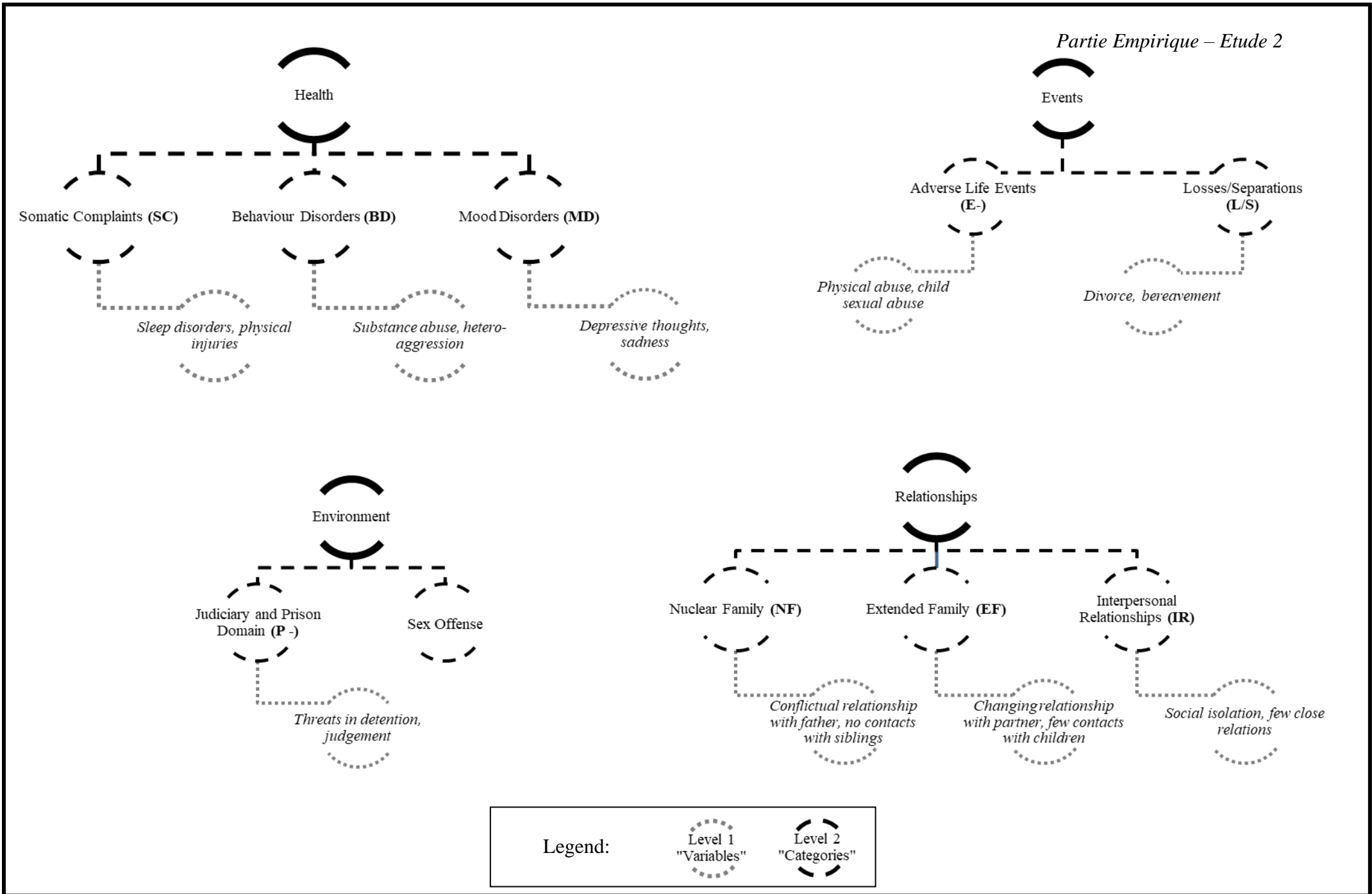


Figure 1. Data categorisation into thematic trees

The frequency levels depended on two main criteria: the number of occurrences of the event and its length. Thus, for an occurrence ≤ 1 , the frequency was low; for occurrences of 2 or 3, the frequency was moderate; and for occurrences > 3 , the frequency was high. For example, if the person suffered physical abuse from his parents, several sexual abuse incidents from a family member, and was the victim of a road accident, these data were found in the category “Adverse life events,” the number of occurrences would be > 3 , and the frequency would be high.

When a collected fact continued over time, the frequency was high. For example, if “relational difficulties with his mother from childhood to adulthood” was present in the category “Relationships with nuclear family”, the frequency level would be high.

Interrater agreement

First, three judges classified all the life charts, grouping them into four different profiles using a method of consultation between judges (Encrenaz et al., 2015; Fortune et al., 2007; Séguin et al., 2007). This classification was then tested by six new independent judges (psychologists and researchers) who classified the life charts blindly according to predefined characteristics. The 40 life charts were categorized into four profiles by six independent judges. The agreement between the six judges was determined with a Fleiss Kappa. According to the interpretation table (Landis & Koch, 1977), our interjudge agreement was satisfactory ($k = 0.70$). The overall agreement mean was $P = 0.79$.

Although most of the categorizations tended towards unanimity among the 6 judges, four life charts stood out in two different ways. First, for two life trajectories, the judges did not choose a dominant profile, but rather divided them into three different profiles. For the two other life trajectories, a specific profile could not be distinguished because the 2 profiles

were equal. The final decision was referred back to the first three judges who studied the particulars of the trajectories and attributed a profile to each one.

The “Early life events and behavior disorders” and “Behavioral hyperadaptation and coldness” profiles each applied to 1/3 of our participants and were the most common profiles in our sample (n=14 and n=13, respectively). The “Behavior and socioaffective disorders” profile represented less than one-quarter of our sample (n=9). The least assigned profile, and thus the least common in our sample, was the “Abandonment issues” profile (n=4).

Results

Classification of profiles

To enable an optimal understanding of the sexual behavior, we focused on the first two periods highlighted by the modeling in life charts, i.e., “Childhood-Adolescence-Beginning of adulthood” (0-20 years old) and “Adulthood before incarceration” (from 20 years old to the beginning of the current incarceration). The data from the period “Adulthood during incarceration” are not used in this paper.

Four sexual offender profiles differed in the appearance of each category of variables and their frequency (**Table 1**).

“Early life events and behavior disorders” profile (Figure 2). The “Early life events and behavior disorders” profile was one of the two most common profiles in our sample. This profile revealed the presence of negative events (sexual abuse, physical abuse, witness of conflict/violence between the parents) throughout the sexual offender’s life (moderate to high frequency) and that they occurred early in the person’s life, before 10 years old. The behavioral sphere was predominant: the “behavior disorders” category was found at a high frequency (e.g., heteroaggression, substance abuse, pedophilic urges) and took hold

over time. On the other hand, the sexual offender presented few or no “mood disorders” (low frequency). There were many incarcerations with the first one taking place at the beginning of adulthood. Relational difficulties with the nuclear and extended family were also found (moderate frequency).

Table 1: Classification of profiles according to the life trajectory and frequency level of the categories of variables

<u>Early life events and behavior disorders</u>	<u>Abandonment issues</u>	<u>Behavior and socioaffective disorders</u>	<u>Behavioral hyperadaptation and coldness</u>
Lifelong Negative Events (Moderate to high frequency)	Series of Losses/Separations and Negative Events (Moderate to high frequency)	Lifelong Negative Events and Losses/Separations (Moderate to high frequency)	Few or no Negative Events and late Losses/Separations (Low frequency)
Few or no Mood Disorders (Low frequency)	Associated Mood Disorders (Moderate to high frequency)	Lifelong Mood Disorders (High frequency)	Few or no Mood Disorders (Low frequency)
Dominant Behavior Disorders (High frequency)	Few or no Behavior Disorders apart from current criminal sexual behavior (Low frequency)	Lifelong Behavior Disorders (High frequency)	Behavior Disorders occurring in adulthood (Moderate frequency)
Relationship problems with Nuclear Family and Extended Family (Moderate frequency)	Relationship problems (High frequency)	Relationship problems with Extended Family (Moderate frequency)	Interpersonal Relationship problems (High frequency)

“Abandonment issues” profile (Figure 3). This was the least common of our profiles. The sex offenders found in this profile experienced a succession of losses and negative events throughout their life, such as parent substance abuse, fostering, or violence in the nuclear family (moderate to high frequency). Mood disorders were also associated with these events (depressive symptomatology, anxiety, suicidal ideas) (moderate to high

frequency). Apart from the transgressive sexual behavior, there were few or no behavior disorders in this profile (low frequency). However, there were relational difficulties with the nuclear family, the extended family and interpersonal relationships (high frequency). The first incarceration took place after the age of 40 and soon after the criminal behavior.

“Behavior and socioaffective disorders” profile (Figure 4). In this profile, there were constant losses, separations and other negative events (physical abuse, sexual abuse, etc.) in the person’s life (moderate to high frequency). There were also mood disorders such as suicidal ideas, major depressive phases or anxiety (moderate to high frequency) and behavior disorders (suicide attempt, substance abuse, aggressiveness, etc.) (high frequency). Interpersonal difficulties were mainly found between the extended family (partners and children) (moderate frequency). The incarceration took place at different times of the individual’s life and soon after the act.

“Behavioral hyperadaptation and coldness” profile (Figure 5). The inmate participants presented few or no negative events (low frequency) or mood disorders (low frequency). Losses and separations appeared later in life, and behavior disorders occurred during adulthood (moderate frequency). The main characteristic of this profile was difficulties in interpersonal functioning (high frequency).

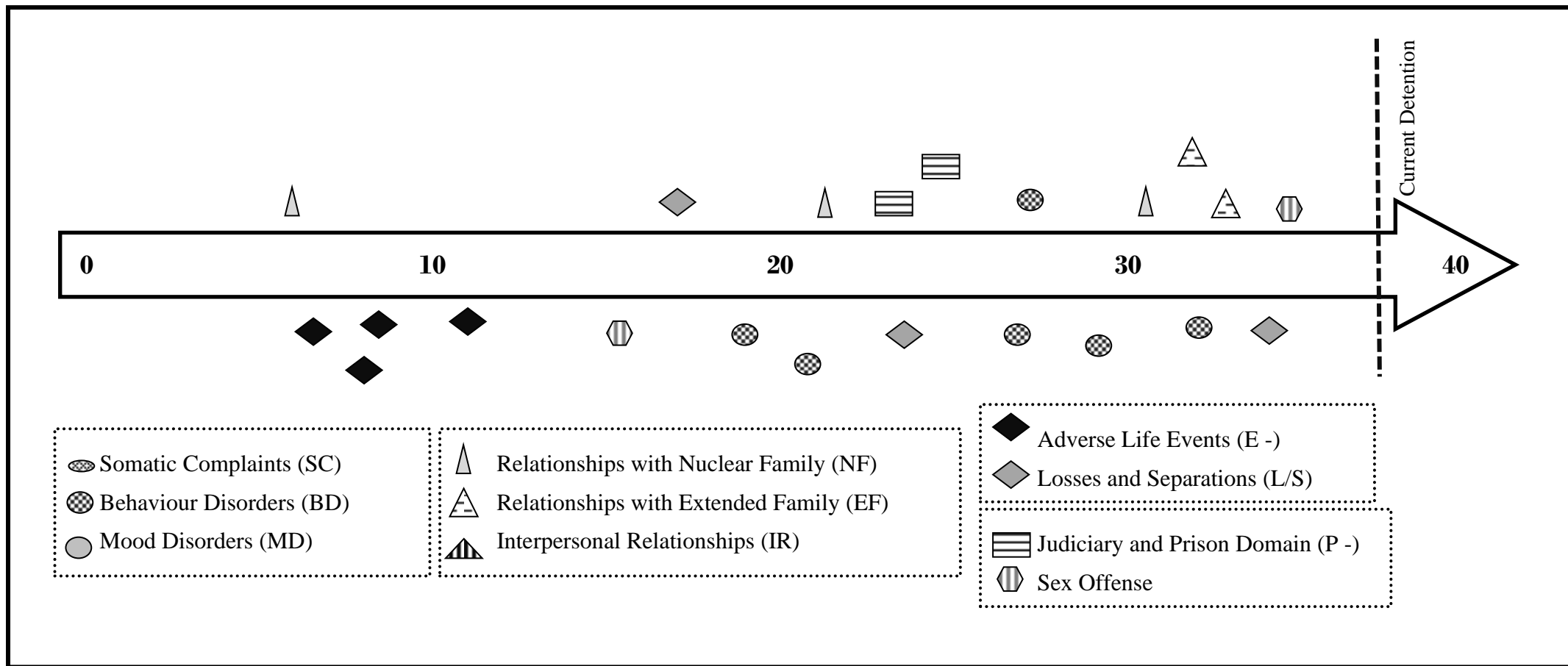


Figure 2. Example of “Early life events and behaviour disorders” profile

Note. The elements appearing throughout life are positioned horizontally on this timeline, indistinctly above or below the line.

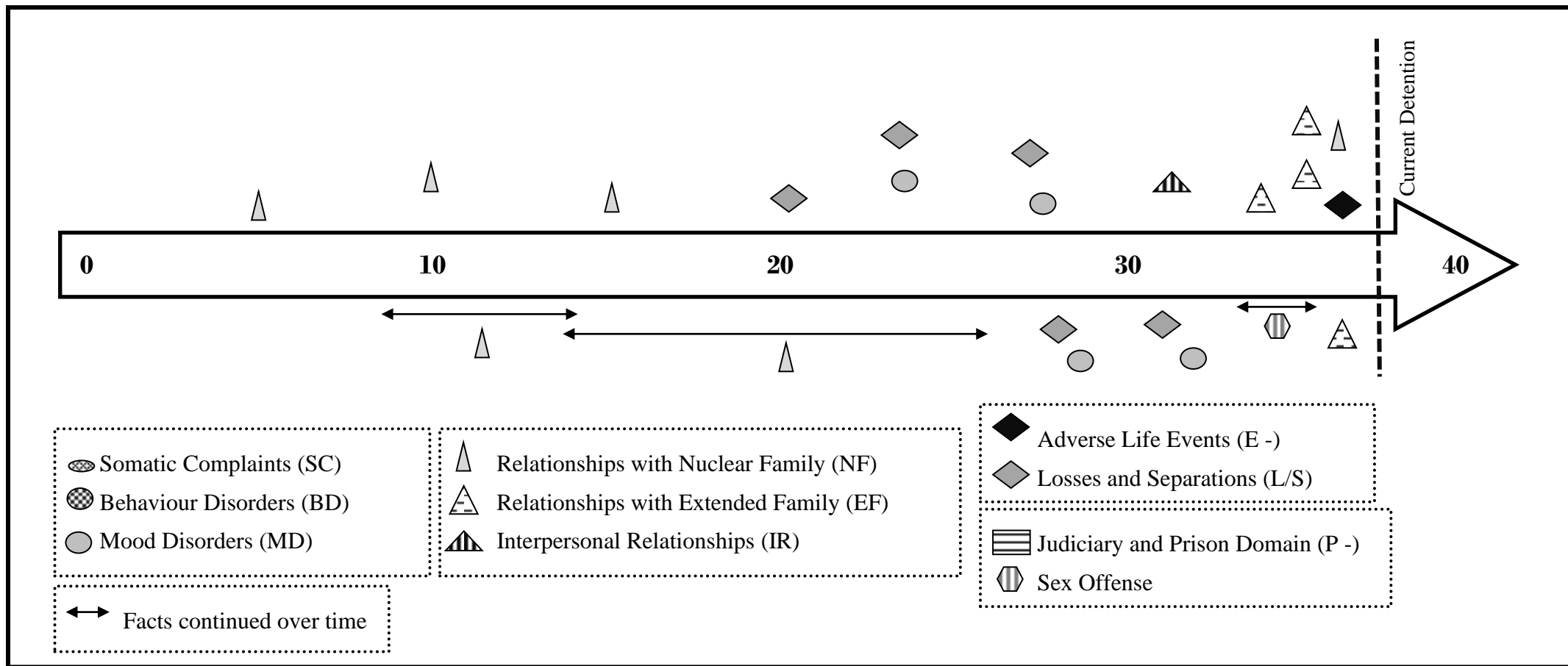


Figure 3. Example of “Abandonment issues” profile

Note. The elements appearing throughout life are positioned horizontally on this timeline, indistinctly above or below the line.

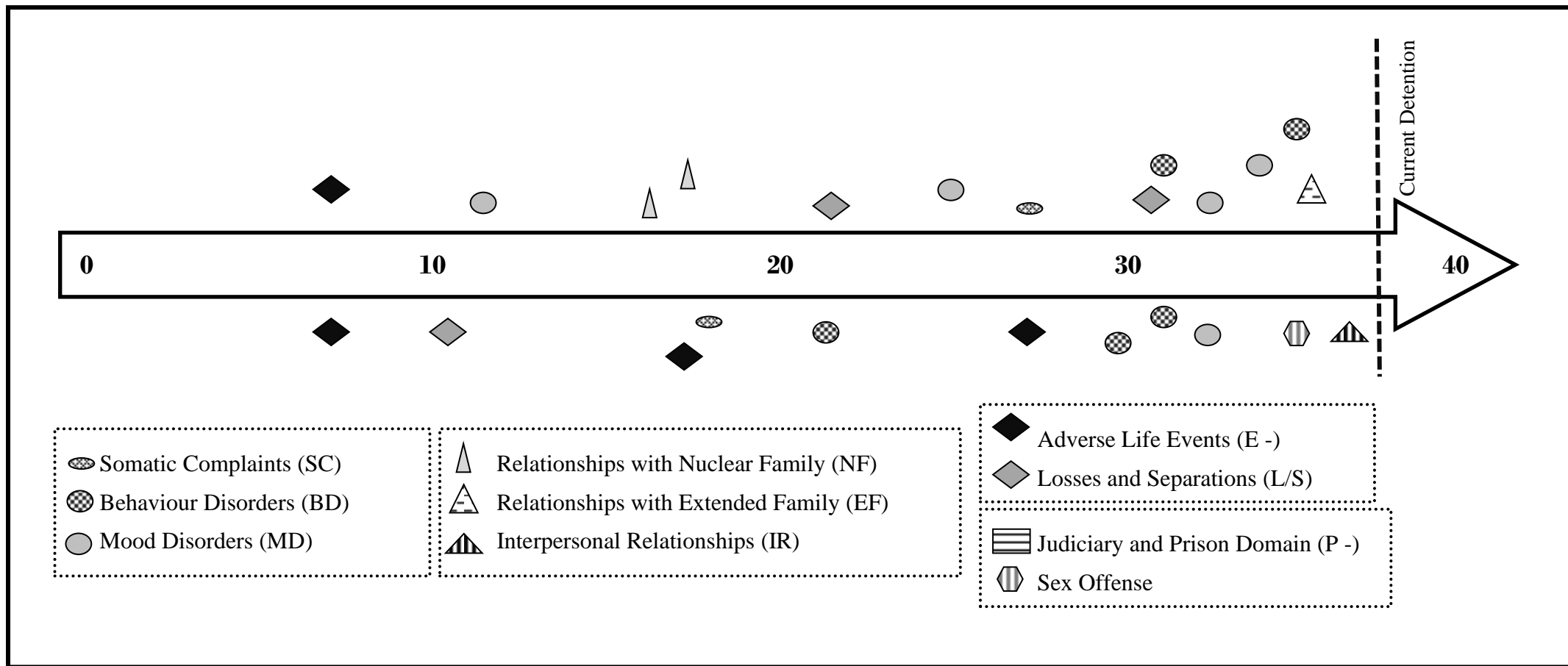


Figure 4. Example of “Behaviour and socio-affective disorders” profile

Note. The elements appearing throughout life are positioned horizontally on this timeline, indistinctly above or below the line.

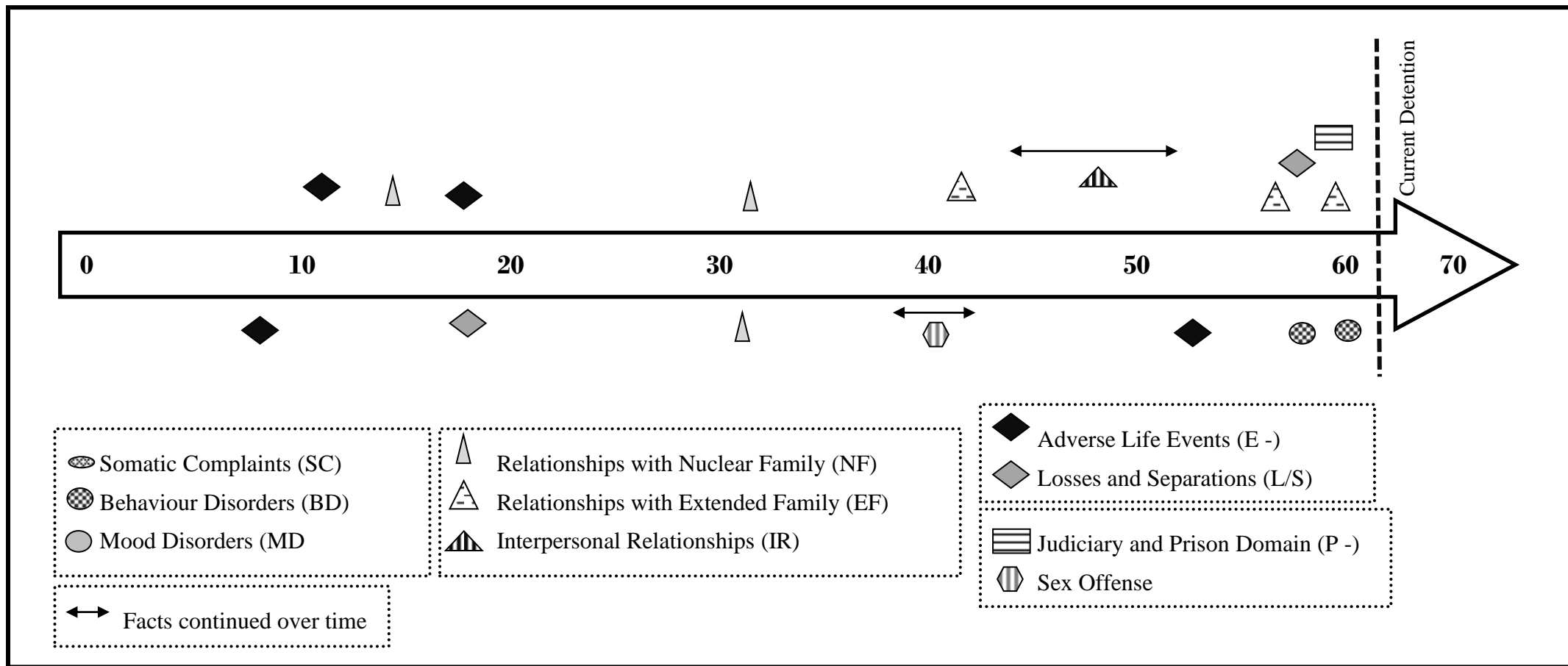


Figure 5. Example of “Behavioural hyper-adaptation and coldness” profile

Note. The elements appearing throughout life are positioned horizontally on this timeline, indistinctly above or below the line.

Victimology

Different types of aggressive behaviors were observed in each profile of our sample (against related children, against unrelated children and against adult women) (**Table 2**).

Table 2: Repartition of victimology in each profile

	<i>“Early life events and behavior disorders” profile</i>	<i>“Abandonment issues” profile</i>	<i>“Behavior and socioaffective disorders” profile</i>	<i>“Behavioral hyperadaptation and coldness” profile</i>
<i>Offenders against related children</i>	50% (n=7)	25% (n=1)	67% (n=6)	54% (n=7)
<i>Offenders against unrelated children</i>	29% (n=4)	50% (n=2)	11% (n=1)	38% (n=5)
<i>Offenders against women</i>	21% (n=3)	25% (n=1)	22% (n=2)	8% (n=1)

Discussion

Our study is part of the school of developmental criminology theories designed to understand the emergence of transgressive sexual behaviors (Lussier, Leclerc, Cale & Proulx, 2007). Unlike other research, the profiles were not defined according to the characteristics of the crime (age of the victim, intra- or extrafamilial) (Cale & al., 2016; McCuish, Luissier and Corrado, 2016) but were based on the overall life trajectory of the sexual offender. Our profiles were defined according to other factors such as mood disorders, relationships and adverse events observed throughout the offender’s life. The profiles that we identified are partially in agreement with the literature in that adverse life events were found in every sexual offender profile (Jespersen & al., 2009). The prevalence of mood disorders (anxiety, depression, negative emotions, etc.) (Gillespie, Mitchell, Fisher & Beech, 2012; Leue, Borchard & Hoyer, 2004; Stinson, Becker & Tromp, 2004) and behavior disorders

(impulsiveness, substance abuse, etc.) (Baltieri & De Andrade, 2008) have all been classically observed in sexual offenders, and, although our data confirmed these results, the frequency of their occurrence varied according to the profile drawn from the life trajectory.

Profiles

The “Early life events and behavior disorders” profile confirms that the individuals with violent behaviors (sexual or not) seem to have experienced more negative life events during childhood (Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013). The relationships within the family domain (with parents, siblings, partners or children) appear to have been conflictual, which could imply dysfunctional family patterns (such as violent transactions). This profile can be especially associated with a transgenerational transmission of violence, either physical, psychological or sexual (Bartlett, Kotake, Fauth & Easterbrooks, 2017). The characteristics of this profile may be compared to the ASO profile observed by Cale et al. (2016): the Late-Bloomers, the Low-Rate Chronic individuals and the High-Rate Chronic individuals. Similar to the “Early life events and behavior disorders” profiles, these ASO profiles present with a history of criminal behavior (sexual and nonsexual) of earlier onset (middle or beginning of adolescence). They also appear jointly with the first incarceration in the early part of adulthood (from 20 years old).

In the second profile “Abandonment issues,” our observations are in agreement with the study by McMackin, Leisen, Cusack, LaFratta and Litwin (2002), which found a high exposure rate to negative events in juvenile sex offenders, especially during childhood and adolescence. We use the term “abandonment issues” to imply that the interpersonal difficulties are linked with the absence of family relationships (nuclear or extended family) and the feeling of loneliness and rejection (Tewksbury & Connor, 2012; van Den Berg,

Beijersbergen, Nieuwebeerta & Dirkzwager, 2017). The transgressive act seems to be one of the only behavioral expressions in this profile. We assume that the act functions as a mechanism developed in response to emotional distress, breaking the isolation and reducing internal tensions. The transgressive sexual behavior would then act as a mechanism of noninternalized emotional regulation to maintain a homeostatic state (Burk & Burkhart, 2003). In this case, the incarceration occurs between 30 and 40 years of age and soon after the crimes. This profile is underrepresented in the sex offenders population in the place where the inclusions took place. In addition, the profile is close to the “Behavior and socioaffective disorders” profile that deals with relationship difficulties and mood disorders. This profile needs to be further investigated with a larger sample.

In the third profile, “Behavior and socioaffective disorders,” the sexual offender seems to lack composure and exhibits internal tensions that cannot be contained and are expressed at every level: affective, behavioral and relational (Jeglic, Spada & Calkins Mercado, 2013; Ward, McCormack & Hudson, 1997). The criminal sexual behavior occurs at different periods and soon leads to incarceration. In this profile, the difficulties occurring in each domain go in the direction of an empathic disorder, more precisely a dysfunction of emotion discrimination. This leads to relational difficulties, that is maintain stable relations and create new connections. An empathic disorder can also be observed through aggressive behaviours (Ward & Durrant, 2013) and mood disorders such as depressive symptoms and anxiety (Gery, Miljkovitch, Berthoz and Soussignan, 2009).

Lastly, sexual offenders with a “Behavioral hyperadaptation and coldness” profile seem to be socially, emotionally and psychologically adapted: they have a family, and affective and behavioral problems are not apparent. Losses and separations occur late and are

observed in the life charts during a period close to the criminal behavior. In fact, behavioral disorders, such as suicide attempts or substance abuse, as well as difficulties at the relational level (e.g., social isolation, troubled relationship with partner) are observed during the last part of the life of these individuals. The “Behavioral hyperadaptation and coldness” profile is characterized by few negative events and psychological troubles and by a criminal evolution that is slower than that in other profiles. In this way, the profile is comparable to the Rare Offenders observed in ASO (Cale & al., 2016). However, the absence of elements before the period of “separations” in our life charts for the “Behavioral hyperadaptation and coldness” profile does not seem to imply the absence of negative events experienced by the sexual offender, but rather represents the individual’s hyperadaptation and affective coldness when faced with negative stimuli. Thus, the “separation” period would bring about the crystallization of internalized difficulties and lead to the transgressive sexual act. Together with the “Early life events and behavior disorders” profile, it is the most common profile in our sample.

Unlike the “Early life events and behavior disorders” profile, the three other profiles seem to apply only to sex offenders without a history of criminal acts. The individuals in the “Early life events and behavior disorders” profile are the only ones who have been confronted with the judicial system for other acts. Moreover, the temporality of the profiles is not similar. The life trajectory of the “Early life events and behavior disorders” profile primarily differs from the “Abandonment issues” and the “Behavior and socioaffective disorders” profiles by the presence of behavior disorders and the absence of mood disorders. The violent behaviors can be considered a way to outsource the internal tensions and are used very early in the development of the individuals. For the offenders with “Abandonment issues” and the “Behavior and socioaffective disorders” profiles, they may have more of an ability to

internalize and mentalize, which could explain the later onset of deviant sexual behaviors. Finally, the hyperadaptation of “Behavioral hyperadaptation and coldness” could act as a “protective factor” sustaining the sexual predator until the act.

Three different kinds of aggressive behaviors have been observed in our sample: against related children, unrelated children and adult women. We found these three sorts of aggressive behaviors in each of our profiles, which could mean that the life trajectory does not correspond to only one type of aggressive behavior. This finding differs from victim-based typologies and beckons us to deepen our knowledge of the sex offender’s life course and our understanding of the mechanism of sexual assault (McCuish & Lussier, 2017; Thakker & Ward, 2012; Ward & Beech, 2006).

Our results demonstrate that the study of sex offenders through life trajectories questions the evolution of risk factors and their interactions over time. These methods also highlight the contribution of relational, familial and environmental dimensions in the development of such aggressive behaviors.

Limitations

Although these results provide a qualitative characterization of life trajectories, the study has some limitations. For example, even though our procedure focuses on the close relationships in the sex offender’s life and investigates the close informants before detention and the informant psychologist in prison, the different data were collected from a secondary source and not from the inmate participant, which can limit their quality and accuracy. Moreover, although the inmate’s psychologist (Informant 3) was interviewed for each inmate participant, it was difficult to interview the sex offender’s family and friends. Three main reasons limited the numbers of Informants 1 & 2 (“Relatives and friends”): 1) the inmate

participant did not want the investigator to question relatives, 2) the relatives did not want to be interviewed, and 3) the inmate participant was isolated and had no contact with people outside the prison. Furthermore, the number of informants was not homogeneous in our sample, which constitutes both a limit to our study and a variable that should be addressed in future research. It would be interesting to supplement our data by including information provided by the inmate participant to optimize the collected data. A study comparing life trajectories compiled by informants with those constructed directly by sexual offenders would help to understand the type of life reconstruction performed. Moreover, it will be useful to specify the profiles by studying the role of other factors such as ethnicity, social economic status, psychopathy or antisocial behaviors (Netland & Miner, 2012; McCuish, Lussier and Corrado, 2015; Krstic, Neumann, Roy, Robertson, Knight & Hare 2017). Lastly, because our study included only male inmates, it will be important to verify if the observed profiles are similar for female sexual offenders.

Clinical perspectives

Despite these limitations, this study of sexual offender life trajectories highlights different profiles that will help to orient the psychotherapies offered to these patients. Whether it be cognitive-behavioral psychotherapies (Keeling & Rose, 2006) or medical interventions (Thibaut, 2011), the main objective of such therapies for sexual offenders is the reduction of recidivism risk, which involves an evaluation of the risk and a focus on the deviant behavior. In contrast, our study suggests widening the perspective of clinicians to promote a global perception of the individual by studying his life trajectory. Moreover, focusing on the person by using the life chart as a therapeutic tool will enable clinicians and patients to apply other models such as, for example, the Good Lives Model. This model leads

the sex offender to live according to his needs, his values and his experiences (Harkins, Flak, Beech and Woodhams, 2012; Willis & Ward, 2011). The life chart builds a link between the different life events and their social or psychological consequences, at both the affective and the behavioral level. In psychotherapy, the development of mentalization abilities, in particular the possibility of identifying one's own emotional or social difficulties, and the individual trajectory through which the individual has passed guide the therapeutic work to be carried out. A better understanding of oneself and how one has come to commit the criminal act provides the avenue through which work on recidivism can be accomplished. In addition, the psychologist could work with the sex offender not only to identify risk factors of recidivism but also the protection factors needed to maintain a “good life.” With the awareness of some life events (sometimes normalized), such as intrafamilial violence or bereavement, sexual offenders could connect their life events and engage mentalization processes.

References

- Baltieri, D., & De Andrade, A. (2008). Drug consumption among sexual offenders against females. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(1), 62-80.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu, 10ème éd.* Paris: PUF.
- Bartlett, J., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse and Neglect*, 63, 84-94.

- Bouvard, M., Fontaine-Buffer, M., Cungi, C., Adeleine, P., Chapoutier, C., Durafour, E., Bouchard, C., & Cottraux, J. (1999). Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité. *L'Encéphale*, 25, 416-421.
- Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2015). Comparaison de deux mesures d'évaluation du risque de récidive des délinquants sexuels. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 292-304.
- Burk, L., & Burkhart, B. (2003). Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance: developmental experience and the motivation for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 487-511.
- Cale, J., Smallbone, S., Rayment-McHugh, S. & Dowling, C. (2016). Offense trajectories, the unfolding of sexual and non-sexual criminal activity, and sex-offense characteristics of adolescent sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 28(8), 791-812.
- DiGiorgio-Miller, J. (2007). Emotional variables and deviant sexual fantasies in adolescent sex offenders. *The Journal of Psychiatry and Law*, 35(2), 109-124.
- Ducro, C., & Pham, T. H. (2017). Les théories qui expliquent l'agression sexuelle des enfants. In Cortoni, F., & Pham, T. H. (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (1st ed., p. 33-52). Belgium: Editions Mardaga.
- Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B, Galera, C., Pujos, S., Michel G., & Lagarde, E. (2015). Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 20-25.

- Fazel, S., Hope, S., Donnell, I. O., & Jacoby, R. (2002). Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine, 32*, 219-226.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: The Free Press.
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 100*, 199-210.
- Gery, I., Miljkovitch, R., Berthoz, S. & Soussignan, R. (2009). Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders and normal controls. *Psychiatry Research, 165*, 252-262.
- Gillespie, S., Mitchell, I., Fisher, D., & Beech, A. (2012). Treating disturbed emotional regulation in sexual offenders: the potential applications of mindful self-regulation and controlled breathing techniques. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 333-343.
- Glickman, N., Lemere, S., & Smith, C. (2013). Engaging deaf persons with language and learning challenges and sexual offending behaviors in sex offender-oriented mental health treatment. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association [JADARA], 48*(2), 168-221.
- Grady, M., Levenson, J., & Bolder, T. (2017). Linking adverse childhood effects and attachment: a theory of etiology for sexual offending. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(4), 433-444.
- Hanson, R. K. (2003). Empathy deficits of sexual offenders: a conceptual model. *Journal of Sexual Aggression, 9*(1), 13-23.

- Harkins, L., Flak, V., Beech, A. & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a Good Lives Model approach. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 24(6), 519-543.
- Henry, M., & Greenfield, B. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies. *Crisis*, 30(1), 20-24.
- INSERM (2008). *Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: Les Editions INSERM.
- Jeglic, E., Spada, A., & Calkins Mercado, C. (2013). An examination of suicide attempts among incarcerated sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 25(1), 21-40.
- Jespersen, A., Lalumière, M., & Seto, M. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 33(3), 179-192.
- Keeling, J., & Rose, J. (2006). The adaptation of a cognitive-behavioural treatment program for special needs sexual offenders. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, 110-116.
- Knight, R. (1988). A taxonomic analysis of child molesters. In Prentky, R., & Quinsey, V. (Eds.), *Human sexual aggression: current perspectives* (Vol. 528, p. 2-20). New York: The New York Academy of Sciences.
- Knight, R., Carter, D., & Prentky, R. (1989). A system for the classification of child molesters: Reliability and application. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 3-23.

- Krstic, S., Neumann, C., Roy, S., Robertson, C., Knight, R. & Hare, R. (2017). Using latent variable- and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 9(3), 207-2016.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leue, A., Borchard, B., & Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19(3), 123-130.
- Levenson, J. & Socia, K. (2016). Adverse childhood experiences and arrest patterns un a sample of sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(10), 1883-1911.
- Levenson, J., Willis, G., & Prescott, D. (2016). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: implications for trauma informed care. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 28(4), 340-359.
- Lussier, P. (2017). Juvenile sex offending through a developmental life course criminology perspective: an agenda for policy and research. *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 29(1), 51-80.
- Lussier, P. & Cale, J. (2016). Understanding the origins and the development of rape and sexual aggression against women : four generations of rape and theorizing. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 66-81.
- Lussier, P., Leclerc, B., Cale, J., & Proulx, J. (2007). Developmental pathways of deviance in sexual aggressors. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1441-1462.

- McCuish, E., & Lussier, P. (2017). Unfinished stories: From juvenile sex offenders to juvenile sex offending through a developmental life course perspective. *Aggression and Violent Behavior, 37*(71), 71-82.
- McCuish, E., Lussier, P. & Corrado, R. (2015). Examining antisocial behavioral antecedents of juvenile sexual offenders and juvenile non-sexual offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment, 27*(4), 414-438.
- McCuish, E., Lussier, P. & Corrado, R. (2016). Criminal careers of juvenile sex and nonsex offenders : evidence from a prospective longitudinal study. *Youth violence and juvenile justice, 14*(3), 199-224.
- McMackin, R., Leisen, M., Cusack, J., LaFratta, J., & Litwin, P. (2002). The relationship of trauma exposure to sex offending behavior among male juvenile offenders. *Journal of Child Sexual Abuse, 11*(2), 25-40.
- Moroge, S., Paul, F., Milan, C., Perez, S., & Pilard, M. (2014). Eclairages historiques, épidémiologiques et psychopathologiques concernant l'inceste: entre crime et pathologie? *Annales Médico-Psychologiques, 172*, 437-442.
- Netland, J. & Miner, M. (2012). Psychopathy traits and parental dysfunction in sexual offending and general delinquent adolescent males. *Journal of sexual aggression, 18*(1), 4-22.
- O'Toole, M., & Jeglic, E. (2014). The relationship between childhood family environment and adult sexual offending in a sample of sexual offenders. *Psi Chi Journal of Psychological Research, 19*(4), 173-182.

- Pham, T. H., & Ducro, C. (2008). Childhood adversity among adult sex offenders using a retrospective questionnaire. *Annales Médico-Psychologiques*, *166*, 580-584.
- Pham, T. H., Ducro, C., Martin, M., & Pihet, B. (2010). Project for the ongoing evaluation of the offence characteristics, diagnostic aspects, social environment and treatment of sex offenders by specialized healthcare teams in the Walloon region of Belgium. *Annales Médico-Psychologiques*, *168*, 458-461.
- Pullman, L., Leroux, E., Motayne, G. & Seto, M. (2014). Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse and Neglect*, *38*, 1249-1258.
- Reavis, J., Looman, J., Franco, K., & Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: How long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, *17*(2), 44-48.
- Ribadier, A., Roustit, C., & Varescon, I. (2014). Etude de la dépression, des événements de vie, de l'impulsivité et du lieu de contrôle au sein d'une population nouvellement incarcérée. *Annales Médico-Psychologiques*, *172*, 245-351.
- Schneck, M., Bowers, T., & Turkson, M. (2012). Sex-role orientation and attachment styles of sex offenders. *Psychological Reports*, *110*(2), 624-638.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., Di Mambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, *205*, 120-126.
- Séguin, M., Di Mambro, M., & Desgranges, A. (2012). L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec*, *37*, 2, 95-105.

- 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, 51*(9), 581-586.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine, 37*, 1575-1583.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 863-870.
- Senon, J.-L., & Manzanera, C. (2008). Psychiatrie et justice: de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ Pénal, 4*, 176-180.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 22-33.
- Shneidman, E., & Farberow, N. (1957). *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill.
- Spielberger, C., Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y). Paris : Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Stinson, J., Becker, J., & Tromp, S. (2005). A preliminary study on findings of psychopathy and affective disorders in adult sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 637-649.

- Tewksbury, R. & Connor, D.P. (2012). Incarcerated sex offenders' perceptions of family relationships: previous experiences and future expectations. *Western Criminology Review, 13*, 25-35.
- Thakker, J., & Ward, T. (2012). An integrated theory of sexual reoffending. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*(2), 236-248.
- Thibaud, F. (2011). Pharmacological treatment of sex offenders. *Sexologies, 20*, 166-168.
- van Den Berg, C., Beijersbergen, K., Nieuwbeerta, P. & Dirkzwager, A. (2017). Sex Offenders in prison: Are they socially isolated? *Sexual Abuse: A journal of research and treatment, 1-18*.
- van Den Berg, C., Bijleveld, C. & Hendriks, J. (2017). The juvenile sex offender: criminal careers and life events. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment, 29*(1), 81-101.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 44-63.
- Ward, T., & Durrant, R. (2013). Altruism, Empathy and Sex Offender Treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 8*(3-4), 66-71.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: a developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior, 5*(1), 42-62.
- Ward, T., McCormack, J. & Hudson, S. (1997). Sexual Offenders' perceptions of their intimate relationships. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment, 9*(1), 57-74.

Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, 8(4), 319-351.

Willis, G. & Ward, T. (2011). Striving for a good life: the good lives model applied to released child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 17(3), 290-303.

DISCUSSION GENERALE

Analyse des études empiriques

1. Etude 1 "Using life trajectories analysis to evaluate suicide risk in prison"

a) Suicidants VS Non-suicidants

Nous avons cherché par l'étude des trajectoires de vie à étudier le geste suicidaire en détention en comparant une population de suicidants à une population de non-suicidants. Nos résultats révèlent des différences entre ces deux populations et ce selon la période observée : avant et pendant l'incarcération. Certaines dimensions se distinguent et en particulier la présence de troubles de l'humeur (comprenant les antécédents d'épisodes dépressifs ou encore la présence d'idées suicidaires au cours de leur histoire), et de troubles du comportement (regroupant les tentatives de suicide, l'impulsivité ou encore les troubles des conduites addictives). Les suicidants montrent davantage de troubles de l'humeur que les non-suicidants avant l'incarcération et plus de troubles du comportement pendant l'incarcération. Si ces résultats confortent le constat que les troubles de l'humeur, comme le syndrome dépressif ou les troubles anxieux, constituent de forts prédicteurs du risque suicidaire en général (Rihmer, 2007), ils précisent également le rôle de certaines comorbidités, et plus précisément celui des troubles du comportement. Certaines études ont ainsi montré l'interaction entre le geste suicidaire, les troubles de l'humeur et les troubles du comportement. Chez des jeunes adultes âgés entre 18 et 35 ans issus de la population générale, les abus de substance (drogue ou alcool) se retrouvent corrélés avec certaines comorbidités psychiatriques et notamment les troubles anxieux et les antécédents de tentative de suicide (Wiener *et al.*, 2018). En milieu carcéral, la prévalence de troubles du comportement est élevée, notamment sur les

dépendances aux substances (Sarotar, Stuhec, Brunec, & Svab, 2018) et les comportements agressifs (Arbach-Lucioni, Martinez-Garcia & Andres-Pueyo, 2012). L'enfermement et la privation de libertés pourraient être à l'origine de la violence subie et mise en acte par les détenus (Randol & Campbell, 2017).

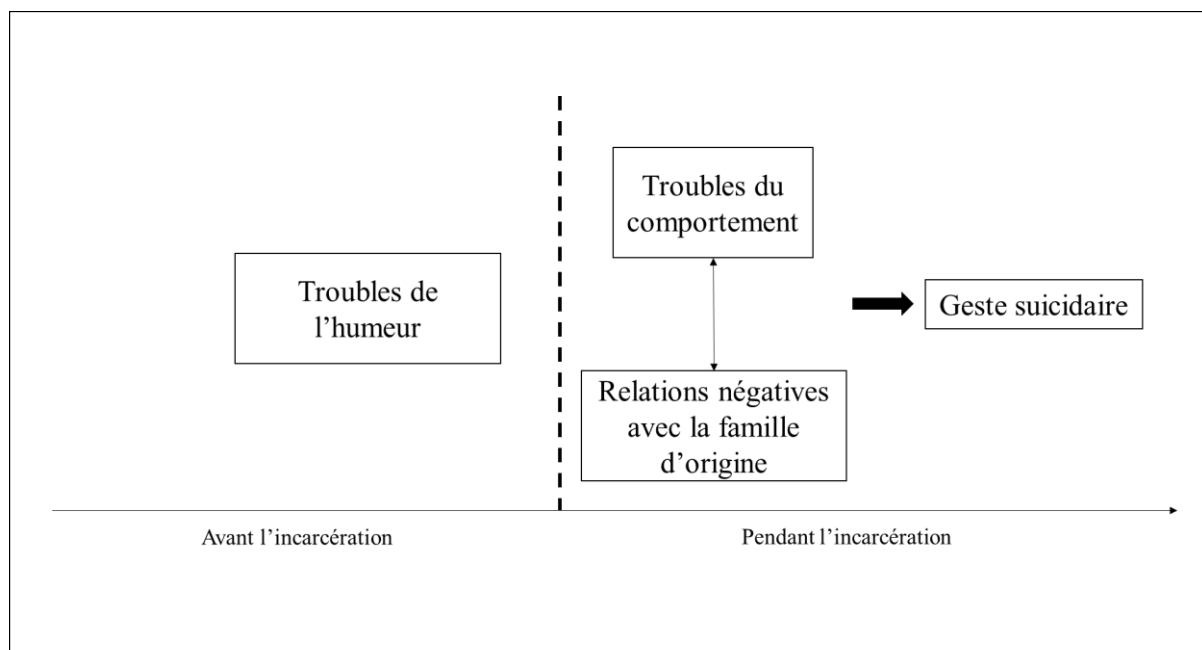
Ces résultats soulignent que les suicidants présentent une vulnérabilité au niveau des troubles de l'humeur, préexistante à l'incarcération actuelle qui vient se renforcer pendant la détention avec des manifestations comportementales. Cette observation va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle l'incarcération vient révéler des troubles préexistants (Saloppé *et al.*, 2014). Cela expliquerait également que la charge totale d'événements aversifs vécus est également différente durant l'incarcération. Cette charge, ici perçue par les proches, peut s'apparenter à la charge (*burden* en anglais) perçue par la personne et impliquée dans le risque suicidaire (Bell *et al.*, 2018). La charge totale d'événements vécus durant l'incarcération est davantage présente chez les suicidants et constitue ainsi un facteur de risque important du suicide en prison. L'exposition répétée à des événements de vie négatifs augmente le risque de geste suicidaire. De précédentes études ont montré que l'adversité précoce (« *Childhood Adversity* »), se référant à des deuils, des ruptures ou des épisodes de maltraitance vécus durant l'enfance, vient moduler les trajectoires développementales à l'adolescence et accroît le risque de passage à l'acte hétéro-agressif violent à l'adolescence et le risque suicidaire à l'âge adulte (Björkenstam, Hjern, Björkenstam & Kosidou, 2018 ; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017). Les résultats à l'étude 1 viennent préciser l'importance de l'environnement dans lequel sont vécus et gérés les événements de vie négatifs. Le suicidant en prison, par un effet d'accumulation d'événements vécus durant son incarcération, sera ainsi plus susceptible de commettre une tentative de suicide.

Si nos résultats ont permis d'identifier des différences entre détenus suicidants et détenus non-suicidants, nous avons pu approfondir nos connaissances sur le suicide en prison en explorant l'interaction entre les différentes sphères de facteurs de risque.

b) Des prédicteurs au geste suicidaire en prison

L'étude 1 a permis de construire un modèle prédictif du geste suicidaire. Ce modèle combine trois facteurs différents : les troubles de l'humeur avant l'incarcération, les troubles du comportement pendant l'incarcération et des relations négatives avec la famille d'origine pendant l'incarcération (**Figure 12**).

Figure 12 : Modélisation du modèle prédictif du geste suicidaire en milieu carcéral



i. L'interaction entre troubles de l'humeur et troubles du comportement

L'étude 1 réaffirme que la présence de troubles de l'humeur, comprenant essentiellement les troubles dépressifs, constitue l'un des prédicteurs les plus pertinents dans l'évaluation du risque suicidaire en détention (Ayhan *et al.*, 2017 ; Martin, Dorken, Simpson, McKenzie & Colman, 2014). Le modèle prédictif de notre étude précise également que les

antécédents de troubles de l'humeur prédisent davantage le risque suicidaire que les troubles présents durant l'incarcération actuelle. Aussi, en détention, les comportements d'automutilations sans intention de mourir, sont associés à de l'agressivité, de l'impulsivité et des abus de substances (Sakelliadis, Papadodima, Sergentanis, Giotakos & Spiliopoulou, 2010). Ce modèle prédictif vient compléter ce constat en reliant les troubles du comportement au risque suicidaire en détention.

Le geste suicidaire en milieu carcéral pourrait ainsi s'inscrire dans le modèle dynamique développé par Vandervoorde et Le Borgne (2014) où le passage à l'acte s'inscrit dans l'accumulation de difficultés et de troubles psychologiques exprimés par des troubles du comportement. La prison constitue un environnement violent où le détenu ne sera plus en mesure d'internaliser ses émotions mais devra les externaliser, et les exprimer sur le plan comportemental (John Howard Society of Alberta, 1999). Elle devient ainsi un point de rupture modifiant la trajectoire développementale de l'individu.

ii. La sphère relationnelle comme facteur de risque

La sphère relationnelle, et plus précisément familiale, vient compléter notre modèle prédictif du geste suicidaire en détention. Chez des pères incarcérés, il a été montré que le risque suicidaire était relié à la charge émotionnelle engendrée par la rupture avec les enfants (Krüger, Priebe, Fritsch & Mundt, 2017). Il est également considéré que les événements négatifs vécus dans la famille, comme le divorce des parents ou des antécédents psychiatriques dans la famille, ont une forte prévalence dans la population carcérale et ont des retentissements psychopathologiques et comportementaux tels que cités précédemment (Bowen, Jarrett, Stahl, Forrester & Valmaggia, 2018 ; Sergentanis *et al.*, 2014). Notre étude précise ce constat et montre que les relations avec la famille d'origine fournissent également

une meilleure prédiction du risque suicidaire en prison. Ces difficultés relationnelles avec les parents ou la fratrie pendant l’incarcération seraient impliquées dans le passage à l’acte suicidaire. Chez l’adolescent, il a été montré que la perception du système familial, comprenant la communication avec les parents, est liée au syndrome dépressif et aux pensées suicidaires (Martin, Rotaries, Pearce & Allison, 1995 ; Stivers, 1988). La qualité des relations familiales et le niveau de confiance accordée au système familial sont négativement corrélés à la présence d’idées suicidaires (Mallet, 2004). Nos résultats s’inscrivent également dans la continuité de la théorie interpersonnelle du suicide et l’importance des relations familiales (Joiner, 2005) et réaffirment l’implication de la qualité des relations entretenues par le détenu avec les proches dans le suicide en prison (Liebling, 1992). Les relations avec la famille d’origine constituent ainsi un facteur de risque important à prendre en compte dans la prise en charge et la prévention du suicide, qu’il s’agisse du geste suicidaire en milieu général aussi bien qu’en milieu carcéral.

L’incarcération peut ainsi constituer une source de rupture avec la famille. Si de nombreux moyens sont mis en place pour maintenir le contact (e.g., correspondance, appel téléphonique, parloirs), il arrive que le détenu perde le lien avec ses proches. L’incarcération en elle-même peut être à l’origine de cette perte, et notamment lorsqu’elle est cachée dans un souci de protection. Les enfants sont les premiers à qui l’emprisonnement est caché, même s’il arrive également que les parents ne soient pas au courant (Ricordeau, 2003).

Un rapport de l’INSEE (2002) fournit les caractéristiques des familles de détenus hommes. Les unions pré-carcérales sont très nombreuses (70% des détenus) et l’âge de mise en concubinage est relativement plus jeune que dans la population générale (22.3 ans soit deux ans plus jeune). Paradoxalement, si un grand nombre de détenus est en couple, 60%

rapportent l'absence de leur conjoint. Les premiers temps de l'incarcération marquent ce clivage : 1 couple sur 10 rompt durant le premier mois. La séparation avec le conjoint est liée à la durée de la peine : 80% des détenus emprisonnés depuis cinq ans n'ont pas de partenaire. Si la population carcérale présente une précocité des unions, la plupart des détenus montrent une instabilité dans leurs relations. En effet, les détenus sont trois fois plus nombreux que dans la population générale à avoir connu au minimum deux unions au cours de leur vie. De plus, l'INSEE rapporte que près de 52 000 enfants mineurs sont séparés à l'incarcération de leur père. Lorsque l'incarcération est cachée aux proches, et notamment aux enfants, il paraît alors difficile de pouvoir établir des liens familiaux stables et solides permettant à la fois le bon développement de l'enfant et aussi une adaptation optimale de la personne à la prison. Ces données montrent une réelle fragilisation des liens familiaux déjà précaires et de réelles difficultés pour le détenu à maintenir des relations stables.

iii. Conclusion

Notre modèle prédictif vient compléter les études menées sur le suicide en prison qui permettent d'appréhender les facteurs de risque au geste suicidaire (Fazel *et al.*, 2008 ; Fruehwald *et al.*, 2003 ; Liebling, 1995 ; Suto & Arnaut, 2010). Nous proposons ici un modèle dynamique tenant compte à la fois des facteurs présents durant l'incarcération et des éléments préexistants à la prison. Nos résultats montrent que les difficultés externes à la prison viennent ainsi se cumuler aux problématiques internes au monde carcéral et cette accumulation devient alors prédictive du geste suicidaire.

2. Etude 2 “Determining sexual offender profiles from life trajectories”

a) La création de profils dynamiques d’AICS

Cette seconde étude a été menée auprès d’un échantillon d’auteurs de violence sexuelle. Pour permettre une compréhension optimale du passage à l’acte sexuel transgressif, nous nous sommes centrés sur les deux premières périodes mises en évidence par la modélisation en life charts, à savoir la période « Enfance-Adolescence – Début de l’âge adulte » (0-20ans) et la période « Adulte avant l’incarcération » (à partir de 20ans jusqu’à l’âge d’entrée dans la détention actuelle). Par l’étude de leur trajectoire de vie avant l’incarcération, nous avons créé des profils se différenciant par la présence des domaines principaux de facteurs de risque, à savoir la santé mentale, la sphère relationnelle et les événements de vie. La fréquence d’apparition de ces domaines varie selon chaque profil.

Profil 1 « Evénements de vie et troubles du comportement précoces ». Ce premier profil regroupe les individus par la présence d’événements de vie négatifs présents dès le plus jeune âge, parfois dès l’âge de 5 ans telles que la maltraitance physique, les antécédents de dépendance chez l’un des parents ou encore le placement en foyer. Ces événements de vie renvoient principalement au système familial et à la présence de difficultés relationnelles au sein de la famille. Ce profil est aussi associé à l’apparition également précoce et à la fréquence élevée de troubles du comportement externalisés comme l’impulsivité, les comportements hétéro-agressifs ou les consommations de drogues. Il est à noter l’absence rapportée de troubles de l’humeur ou de tous troubles internalisés dans ce profil. De par l’expression comportementale fréquente et violente, les AICS se retrouvent très vite confrontés aux limites imposées dans la société et de ce fait rapidement liés au système judiciaire et carcéral. Il n’est pas rare d’observer des AICS du profil « Evénements de vie et

trouble du comportements précoces » incarcérés dès l'adolescence. Ici, ces profils d'AICS présentent des antécédents d'incarcération et la carrière criminelle n'est pas exclusive au passage à l'acte sexuel transgressif.

L'exposition précoce à des événements de vie aversifs est étroitement corrélée aux comportements violents (Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013). Le développement de l'enfant dans un système relationnel défaillant et potentiellement violent, n'aboutirait pas à une gestion émotionnelle (et notamment de la frustration) par des processus adaptés de régulation. Cela laisse penser à un défaut de contenance, où la mise en acte violente prime sur la mentalisation de l'émotion. Ce profil va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle l'hétéro-agressivité intervient comme un moyen d'expression que possède l'individu face à des difficultés jusque-là internalisées (Sheidow *et al.*, 2008).

Les événements précoces font principalement référence à de la violence intrafamiliale. Se pose alors la question de la répétition et de la transmission intergénérationnelle de la violence, c'est-à-dire entre générations directes (Ancelin Schützenberger, 2004). La littérature montre que vivre des situations violentes au sein de la famille impacte l'individu et augmente le risque d'entretenir des relations conflictuelles et violentes avec autrui durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (Haselschwerdt, Savasuk-Luxton et Hlavaty, 2019). La violence s'exprime sur bien des niveaux, à la fois psychologique, verbale, physique et sexuel. Le passage à l'acte sexuel transgressif viendrait alors s'inscrire, pour l'individu auteur, dans une banalisation de la violence qui peut être considérée comme un vecteur d'expression émotionnelle. La violence devient la norme et le processus par lequel l'auteur se procure un apaisement des tensions internalisées.

Profil 2 « Problématique abandonnique ». Le second profil “Problématique abandonnique” met en avant une fréquence importante de troubles de l’humeur réactionnels à des événements négatifs et plus précisément des épisodes de pertes et de ruptures, comme des décès ou des séparations amoureuses. Ces problématiques peuvent apparaître dès l’enfance et se poursuivre tout au long du parcours de vie. Durant l’enfance et les premiers temps de développement de la vie, ces événements de rupture voire d’abandon dans le système familial viennent fragiliser psychiquement et socialement l’individu et amener des carences affectives (Pitzner, McGarry-Longe & Drummond, 2000). De ces dernières découlerait une problématique abandonnique pouvant se caractériser cliniquement par la recherche perpétuelle d’un Autre idéalisé, mise en échec et se manifestant par certains troubles internalisés tels que des états dépressifs (Lemay, 1995). La sphère relationnelle est marquée par des relations fluctuantes et souvent négatives avec la famille, qu’il s’agisse de la famille d’origine ou la famille avec le partenaire. Le fonctionnement relationnel semble perturbé avec un sentiment de solitude marqué et un sentiment de rejet de la part d’autrui (Tewksbury & Connor, 2012 ; van Den Berg, Beijersbergen, Nieuwebeerta & Dirkzwager, 2018). À travers ces perturbations relationnelles, le passage à l’acte survient dans une confusion entre le langage affectif apporté par la victime et le « langage » sexuel perçu par l’auteur (Ducatteeuw, 2018 ; Ferenczi, 2004).

Les AICS classés dans ce profil se distinguent également par l’absence de troubles du comportement, en dehors du passage à l’acte sexuel transgressif. Ce dernier est à mettre en lien avec l’instabilité relationnelle évoquée ci-dessus et la recherche d’un Autre répondant aux besoins de l’individu. Dans ce profil, l’incarcération survient entre 30 et 40 ans et rapidement après le passage à l’acte. Avec les mécanismes décrits ci-dessus, cela laisse penser à un effet d’accumulation de pertes et de ruptures mêlée à des difficultés internalisées. Effet par lequel l’acte transgressif va agir comme un mécanisme de régulation émotionnelle non-internalisé

face à une détresse affective et relationnelle et répondant ainsi à un besoin de retrouver un certain état psychique homéostatique.

Profil 3 “Troubles du comportement et troubles socio-affectifs”. Les AICS du troisième profil, « Troubles du comportement et troubles socioaffectifs » sont caractérisés par la présence d'événements de vie négatifs et de pertes et ruptures tout au long de la vie. De la même façon, à la fois les troubles de l'humeur et les troubles du comportement sont présents et ce à fréquence élevée. Ici, les difficultés relationnelles se situent essentiellement autour de la famille avec le partenaire, c'est-à-dire le conjoint ou la conjointe et les enfants. Les difficultés relationnelles de ce profil ne permettent pas à l'AICS de créer et d'assurer des relations stables.

Les états de tensions internes ressentis par l'individu s'expriment ici sur chaque plan : affectif, comportemental et relationnel (Jeglic, Spada & Calkins Mercado, 2013 ; Ward, McCormack & Hudson, 1997). Ces états de tension peuvent se manifester par des états émotionnels négatifs, comme la colère, le rejet ou le sentiment de solitude, et par des troubles du comportement et notamment des comportements sexuels déviants (Garos, Bleckley, Beggan & Frizzell, 2004 ; McKibben *et al.*, 1994). Il peut également s'observer une confusion entre les émotions de l'individu et celles de la victime. Cela va dans le sens de l'hypothèse d'un déficit empathique et plus précisément un déficit dans la discrimination émotionnelle observé dans le développement de comportements violents et de troubles de l'humeur (Gery *et al.*, 2009 ; Ward & Durrant, 2013).

Profil 4 “Hyperadaptation comportementale et froideur affective”. Le dernier profil retrouvé dans notre étude est intitulé “Hyperadaptation comportementale et froideur affective”. Les AICS retrouvés ici ne semblent pas présenter de difficultés sur le plan émotionnel et comportemental. Ce sont des hommes pour la plupart mariés, avec des enfants, adaptés au niveau social, psychologique et émotionnel. Nous observons des âges plus élevés que dans les autres profils, et l’incarcération survient tardivement après le passage à l’acte sexuel transgressif. Il n’est pas rare d’avoir ici des AICS incarcérés à plus de 65 ans pour des faits remontant à une vingtaine d’années. Tout au long du parcours de vie, il n’est pas rapporté de troubles de l’humeur ou de troubles du comportement. Ce profil est ainsi caractérisé par la faible occurrence rapportée d’événements de vie négatifs et de troubles psychopathologiques, et également par une évolution criminelle plus lente en comparaison aux autres profils. Nous pouvons ainsi le rapprocher des “Rare Offenders” observés dans l’étude de profils d’adolescents AICS de *Cale et al. (2016)*, profil dans lequel le passage à l’acte semble isolé et où l’AICS ne se diversifie pas dans sa carrière criminelle. Dans notre étude, les éléments négatifs que nous repérons comme des abus de substances ou des difficultés sur le plan interpersonnel semblent survenir durant la dernière partie de vie de ces individus, c’est-à-dire quelques temps avant l’incarcération actuelle. Ces événements se situent dans une période que nous qualifions de point de rupture et qui fait suite au passage à l’acte sexuel transgressif. Toutefois, l’absence d’éléments rapportés avant ce point de rupture ne voudrait pas signifier l’absence d’événements négatifs vécus par l’AICS mais pourrait représenter une forme d’hyper-adaptation comportementale et la froideur affective associée correspondrait à des mécanismes d’ajustement face à ce type d’événements. Dans la littérature, il est montré que les comportements violents sont parfois à l’opposé du fonctionnement dit normal de l’enfant, et viennent en réponse à des stimuli négatifs générés par l’environnement (e.g., de la

maltraitance au sein de la famille) (Michel, 2007). De la même façon que le passage à l'acte sexuel transgressif vient modifier la trajectoire classique de l'AICS, nous pouvons supposer que la période identifiée comme point de rupture vient signifier la cristallisation de difficultés jusque-là internalisées et transformées en passage à l'acte sexuel violent.

L'hyper-adaptation comportementale et la froideur affective viennent tous deux interroger la perception de l'acte transgressif. Chez les AICS rencontrés et chez les proches interrogés, le passage à l'acte sexuel a été soit caché pendant plusieurs années, soit pour certains intégré dans la normalité familiale. L'acte peut être ainsi dénué de tout sens *sexuel*, dans la mesure où il est rationalisé et perçu comme un comportement *banal*. La normalisation et la banalisation agissent comme mécanismes d'adaptation, qui permettent, par l'absence d'affects, la survie psychique de l'individu qui passe à l'acte en évitant l'effondrement émotionnel (Favre, 2014).

b) La place de l'acte dans les profils d'AICS

Il est également important de discuter la victimologie présente dans notre étude. Trois victimologies différentes sont représentées ici : l'agression sexuelle envers un mineur en intrafamilial, envers un mineur en extrafamilial et envers une femme adulte. Ces trois types de passage à l'acte sont présents dans chacun des 4 profils que nous avons décrits précédemment. Cela laisse entendre que la trajectoire de vie ne semble pas déterminer une victimologie spécifique et montre les limites des typologies basées sur le type d'agression sexuelle et sur les catégories de victimes. Les profils que nous avons retrouvés ici démontrent l'importance de tenir compte de la trajectoire de vie de l'AICS et des différents éléments et événements que l'individu est amené à traverser pour approfondir nos connaissances sur les mécanismes sous-tendant l'agression sexuelle (McCuish & Lussier, 2017 ; Thakker & Ward, 2012 ; Ward &

Beech, 2006). Ces composantes organisent et modulent les événements et sont impliquées dans la construction identitaire. Ils conduisent la personne vers un certain développement de troubles et de difficultés en lien avec le passage à l'acte sexuel transgressif.

La trajectoire développementale des AICS est ponctuée d'événements de vie aversifs, de troubles de l'humeur et/ou de difficultés comportementales qui peuvent induire un défaut de mentalisation. Cette capacité permet de se comprendre soi-même à travers l'autre, et de percevoir et interpréter les états mentaux et les comportements d'autrui. Un déficit de la mentalisation peut venir inhiber la perception des émotions chez l'autre avec comme conséquence des difficultés relationnelles, des troubles identitaires, c'est-à-dire des difficultés à attribuer à soi ou à autrui ses émotions, et des comportements impulsifs (Berthelot, Ensink & Normandin, 2013).

La décharge motrice et la violence exprimée par l'acte identifient bien une externalisation de ces difficultés sur un versant hétéro-agressif. L'aspect sexuel prend une place différente dans chacun des profils. Dans le profil 1 « Événements de vie et troubles du comportement précoces », l'acte sexuel transgressif vient s'accumuler à une violence comportementale déjà exprimée sur le plan physique, verbale et/ou psychologique. Chez les « Abandonniques » (Profil 2), le sexuel se confond avec la recherche d'affection émotionnelle éprouvée par les AICS au moment du passage à l'acte. Le profil 3 « Troubles du comportement et troubles socio-affectifs » montre une certaine dispersion de la violence pouvant s'exprimer de façon auto-agressive et hétéro-agressive (physique et sexuelle). Enfin, pour le profil 4 « Hyper-adaptation comportementale et froideur affective », le passage à l'acte est normalisé et rationalisé et peut ainsi sembler dépourvu de ses aspects « *sexuels* ».

3. Synthèse : de l'auto-agressivité à l'hétéro-agressivité

Les recherches proposées ici montrent que les troubles internalisés, du type troubles de l'humeur, sont également impliqués dans l'apparition de troubles externalisés, aussi bien dans le cas du suicide avec des épisodes dépressifs par exemple présents avant l'incarcération, que dans le passage à l'acte sexuel transgressif avec nos profils d'AICS, et notamment le profil « Abandonniques ».

Aussi, les deux études réalisées portaient à la fois sur des troubles externalisés auto-agressifs, à savoir le geste suicidaire en prison, et hétéro-agressif, le passage à l'acte sexuel transgressif. L'analyse des trajectoires de vie montre que les troubles externalisés peuvent se manifester sur les deux plans. Certains des détenus participants AICS présentaient des antécédents de gestes suicidaires, en détention et hors détention. Les différentes variables que nous avons investiguées, le modèle prédictif du geste suicidaire retrouvé ainsi que les profils d'AICS observés montrent que le passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif survient à un moment particulier de la vie de l'individu. Le versant sur lequel va s'exprimer l'acte dépend de ce moment et du développement d'une interaction multifactorielle, tant sur des caractéristiques intra-individuelles que sociales ou environnementales.

Le passage de l'auto-agressif à l'hétéro-agressif ou inversement, n'est pas figé mais correspond à l'hypothèse explicitée par la psychopathologie développementale selon laquelle la trajectoire de vie d'un individu peut se modifier selon les expériences vécues et réorganiser les réponses adaptatives de la personne (ici sur le plan comportemental violent tourné sur soi ou vers les autres) (Rutter, 1996).

4. Perspectives scientifiques

a) Vers un regard global et dynamique de l'individu incarcéré

La particularité de la méthodologie employée réside dans l'investigation du parcours de vie auprès des membres de la famille, des amis et des psychologues référents des participants détenus. Le parcours de vie retracé à partir d'informations obtenues par des sources secondaires fournit une photographie subjective donnée par les informants. Dans le cas des proches interrogés, la perception qu'ils peuvent transmettre aux investigateurs peut être sujette à un biais de désirabilité sociale dans le sens où l'image qu'il renvoie de leur fils, de leur mari ou de leur père incarcéré se veut davantage positive, s'affrontant avec une image négative renvoyée par le système carcéral et judiciaire. Cela va finalement dans le sens de nos résultats dans l'étude 2 portant sur le profil d'AICS, où les proches vont amener une vision plus large de l'individu incarcéré et le sortir d'une représentation limitée à son crime.

Aussi, pour tous les participants-détenus, il a été difficile de recruter des informants proches. Le nombre d'informants n'a donc pas pu être homogène dans l'échantillon. Trois raisons principales ont limité le nombre d'informants proches par participants-détenus :

- 1) Le participant-détenu ne souhaitait pas impliquer les proches dans la recherche. Il s'agissait ici de « protéger » les membres de la famille ou les amis d'une réalité carcérale à laquelle ils n'appartenaient pas. Le sentiment de solitude en milieu carcéral n'est pas uniquement dû à l'absence de contact avec l'extérieur mais parfois dû au fait de faire face seul aux difficultés éprouvées dans cet environnement hostile et violent. Cela renvoie à la qualité et l'investissement dans la relation davantage qu'à la quantité de contacts (Suto & Arnaut, 2010).

- 2) Les proches proposés par le participant-détenu n'ont pas souhaité répondre aux questions, après avoir été contacté par les investigateurs. L'incarcération impacte les proches du détenu et peut être source de détresse émotionnelle, et nous pouvons alors parler d'« *expérience carcérale élargie* » (Touraut, 2013).
- 3) Le participant-détenu était isolé socialement et n'avait aucun proche à l'extérieur de la prison. En France, un détenu sur cinq n'a aucun contact avec sa famille proche et 26% des détenus en Centre de Détention, et donc incarcérés depuis plus de deux ans, ont au moins une visite par semaine de personnes proches (Désesquelles & Kensey, 2006).

Comme décrit précédemment, la particularité de notre recherche réside dans la méthodologie et principalement dans le fait d'interroger des informants. Pour pouvoir compléter les informations obtenues par une source secondaire, il paraît pertinent de reproduire nos deux études en allant vers une première source d'informations, c'est-à-dire en interrogeant les détenus eux-mêmes. Une étude comprenant les *life charts* construites à partir des participants eux-mêmes et celles construites à partir des informants amènerait ainsi une vision encore plus précise du parcours de vie et du développement du fonctionnement psychique et social de l'individu.

Par ailleurs, la méthodologie employée dans notre recherche est centrée sur les difficultés perçues par les informants. Pour obtenir un regard davantage global et dynamique et dans la continuité des études menées en psychopathologie développementale, il est également important de repérer et évaluer les facteurs de protection. Ces derniers peuvent être les relations familiales soutenantes, un développement sécure de l'attachement, les événements de vie perçus positivement ou encore les caractéristiques propres à l'individu lui

permettant de faire face et de s'adapter aux éléments auxquels il est confronté (Guédénéy & Dugravier, 2006).

b) Le geste suicidaire en prison

Notre première étude a permis de mettre en évidence certaines différences entre les individus suicidants, c'est-à-dire présentant au moins une tentative de suicide en détention, et les non-suicidants, c'est-à-dire sans antécédents. Ces différences se perçoivent à la fois sur la période de pré-incarcération et pendant la période d'incarcération. Les résultats vont dans le sens d'un profil propre aux suicidants. Il a également été montré des différences dans les caractéristiques propres aux suicidants et celles des suicidés (Daigle, 2004). Il paraît ainsi pertinent de poursuivre cette étude avec un troisième groupe de détenus : des individus décédés par suicide durant leur incarcération. Nous pourrions nous attendre à des résultats similaires à ceux de l'étude de Daigle (2004) avec un profil de suicidés davantage corrélé au profil des non-suicidants. Une telle poursuite de l'étude sur le geste suicidaire en prison amènerait un meilleur repérage du développement de troubles externalisés auto-agressifs, létaux ou non.

De plus, les résultats de l'étude 1 montrent l'aspect prédictif de la sphère relationnelle. Il serait intéressant de compléter nos entretiens en évaluant la qualité des relations entretenues avec les proches en utilisant par exemple l'Echelle de Provisions Sociales qui est un outil permettant de mesurer le support social perçu par l'individu (Cutrona & Russel, 1987). Aussi, dans le modèle interpersonnel du suicide, la dimension relationnelle et familiale et la communication entre l'enfant et ses parents sont impliqués dans le suicide (Joiner, 2005). La CECA-Q3 permettrait d'approfondir les éléments propres au système familial en investiguant

les niveaux de négligence et d'antipathie parentales (Bifulco, Bermazzani, Moran & Jacobs, 2005, Pham & Ducro, 2008).

c) Le passage à l'acte sexuel transgressif

Dans notre seconde étude portant sur le passage à l'acte sexuel transgressif, et suivant les caractéristiques de notre quatrième profil « Hyper-adaptation comportementale et froideur affective », nous avons émis l'hypothèse d'une banalisation ou d'une normalisation de certains événements ou de certaines difficultés. En collectant des données à la fois auprès du détenu et auprès d'informants proches, il serait possible de construire deux *life charts* différentes. Ainsi, une comparaison entre les deux types de *life charts* pourrait également mettre en évidence ces différences dans la perception de certains troubles ou dans le vécu de certains événements.

Certaines études ont montré à la fois des similitudes et des différences entre population de délinquants sexuels et population de délinquants non-sexuels (Ducro & Pham, 2017a ; van Wijk *et al.*, 2006). Pour pouvoir approfondir les connaissances théoriques et empiriques sur le développement de troubles externalisés hétéro-agressifs, l'étude sur les AICS pourrait être reproduite auprès d'une population détenue non-AICS. Il s'agirait ici de confronter les différents profils susceptibles d'être observés dans ces deux populations.

Certains facteurs fréquemment évalués dans d'autres études seraient à ajouter dans les entretiens comme l'ethnicité, le statut économique social ou encore le niveau de psychopathie (Netland & Miner, 2012 ; McCuish, Lussier & Corrado, 2015 ; Krstic, Neumann, Roy, Robertson, Knight & Hare, 2017).

Enfin, les violences sexuelles perpétrées par des femmes sont des événements statistiquement rares mais qui nécessitent d'être approfondis. S'il existe différentes typologies

décrites dans la littérature et centrées sur la victimologie (Hines & Finkelhor, 2007 ; Mathews, Matthews & Speltz, 1989 ; Vandiver & Kercher, 2004), il semble pertinent d'étendre l'échantillon actuel à une population d'AICS féminines afin de comparer les trajectoires de vie qui seraient observés à celles retrouvées chez les AICS masculins dans la présente étude.

Implications et perspectives cliniques

1. Etre psy' en prison

Être psychologue clinicien en prison n'est régi par aucune loi. La prison est un lieu où peut exercer n'importe quel psychologue clinicien. Ce dernier est alors soumis aux mêmes droits et devoirs que prévoit la loi n°85.772 du 25 juillet 1985 régissant le métier de psychologue clinicien. Ainsi, le psychologue clinicien intervenant en Unité Sanitaire Médico-Psychologique⁴ est rattaché à la fonction publique hospitalière et il est donc dépendant du Centre Hospitalier qui l'emploie. Toutefois, si le psychologue est lié au Ministère de la Santé de par sa fonction, il est tout de même soumis aux lois qui régissent l'établissement pénitentiaire, c'est-à-dire leur environnement professionnel.

a) La demande

Le travail du psychologue clinicien en prison et donc en milieu fermé, est semblable à celui en milieu ouvert comme en Centre Médico-Psychologique par exemple. Les problématiques rencontrées sont variées allant des troubles de l'humeur aux difficultés relationnelles, en passant par des abus de substances. Mais pour chaque patient, et quel que soit le milieu dans lequel le psychologue clinicien est amené à exercer, la première rencontre débute par une demande. En prison, la demande peut être utilitaire, et fortement empreinte des règles du monde judiciaire. L'article 721-1 du Code de Procédure Pénale annonce qu'« *une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment [...] en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive* ». Ainsi, avoir un suivi psychologique peut permettre chaque

⁴ USMP : unités de consultations ambulatoires médicales, paramédicales et spécialisées

année de voir sa peine réduite. Une des difficultés d'exercer en milieu carcéral est d'être instrumentalisé par le patient-détenu et par la justice et de se situer dans un entre-deux. Mais cette première « *demande* » n'est pas figée, et peut évoluer en faisant émerger de réelles difficultés que le patient souhaite partager avec son thérapeute (Barber, Stratt, Halperin & Conolly, 2001). Comme le dit Paul Hivert : « *La demande du [patient] est ici plus complexe qu'en milieu ouvert. Se faire soigner en prison c'est pouvoir tirer des avantages immédiats. Il est nécessaire, dans un premier temps, d'épurer la demande, pour la débarrasser de tous les aspects utilitaires contingents de la situation carcérale* » (Hivert, 1980, cité par Descarpentries & Fani, 2013). Autrement dit, il paraît indispensable pour le psychologue clinicien exerçant en milieu carcéral de dépasser cette instrumentalisation en travaillant avec le patient autour de cette demande et ainsi développer une alliance thérapeutique.

b) Un suivi centré sur le patient

Une des problématiques les plus abordées en milieu carcéral concerne la question des faits pour lesquels le patient-détenu est incarcéré. L'objectif du psychologue clinicien est d'accompagner le patient dans ses réflexions et ses remises en question, autour ou non du passage à l'acte criminel. Ainsi, « *autant il n'est pas question de dénier l'acte délictueux, pas même de le méconnaître, autant il serait anti-thérapeutique (et pourtant parfois si tentant) de le mettre en exergue à toute relation* » (Benqué, 1995, p.675). Il s'agit alors d'une juste distance à avoir vis-à-vis de l'acte qui a amené le patient en prison. Opter pour un regard global sur la personne, en la prenant dans son entièreté et en amenant une compréhension des mécanismes impliqués dans le passage à l'acte, permet d'optimiser la prise en charge en l'adaptant à la personne et non au passage à l'acte.

2. La « life chart » : un outil clinique centré sur la personne

En psychopathologie développementale, il n'y a pas d'intervention spécifique. Il est nécessaire de pouvoir s'adapter à l'individu en s'appuyant sur sa trajectoire de vie et ainsi sur son interaction à l'environnement et sur son mode relationnel. La mise en mots de certains non-dits, la prise de conscience d'événements répétés, de violence normalisée ou banalisée va pouvoir agir comme révélateur pour le patient.

L'utilisation de la *life chart* c'est-à-dire la modélisation du parcours de vie d'un patient, en psychothérapie peut être envisagée à la fois dans la prise en charge du suicide en milieu carcéral et dans l'accompagnement des AICS.

a) La prise en charge du risque suicidaire en milieu carcéral

Le suicide est donc une préoccupation majeure à la fois pour les politiques et les praticiens intervenant en milieu carcéral. Les psychologues pratiquant en prison, au sein des Unités Sanitaires Médico-Psychologiques, des Services Médico-Psychologiques Régionaux⁵ ou encore des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées⁶, se doivent d'être capables de repérer les patients présentant un haut risque suicidaire et de prévenir les potentielles tentatives de suicide. Le travail du psychologue clinicien ne porte alors plus seulement sur un versant thérapeutique auprès de patients en crise suicidaire mais aussi sur un aspect préventif. Les chiffres rapportés précédemment sur le suicide en prison montrent qu'il est important de mettre en place une prévention adaptée et efficace auprès des détenus, et également auprès de tous les professionnels qui sont en contact avec les personnes sous écrous (e.g.,

⁵ SMPR : services d'hospitalisation de jour à visée psychiatrique

⁶ UHSA : services d'hospitalisation à visée psychiatrique, avec ou sans consentement

Administration Pénitentiaire, équipe médicale, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, surveillants). Il est nécessaire, pour que la prévention soit efficace, de connaître et de se sensibiliser à chaque dimension de la crise suicidaire et à toutes les influences, tant environnementales que personnelles, qui font rentrer une personne incarcérée dans une période de crise suicidaire. Le suicide doit être perçu comme un événement dynamique en lien avec des facteurs interagissant entre eux.

Les intervenants des établissements pénitentiaires peuvent éprouver des difficultés à dépister et repérer le risque suicidaire en milieu carcéral (Daigle & Côté, 2002). La prévention et la sensibilisation sont des axes à prioriser dans la prise en charge du suicide (Terra, 2003). L'OMS (repris par le rapport Albrand, 2009) précise la nécessité de mettre en place des programmes de prévention efficaces dans les prisons. Ces programmes consistent en l'élaboration de profils de patients suicidaires et de formations pour tous les intervenants en milieu pénitentiaire, comme la grille d'évaluation du risque suicidaire dès l'entrée en détention ou la sensibilisation de codétenus dits « *de soutien* » à la symptomatologie suicidaire. Une évaluation systématique et une surveillance quasi-constante du risque suicidaire sont des procédures nécessaires pour rendre les programmes de prévention efficaces.

Ainsi, en France comme dans un grand nombre de pays d'Europe, des procédures ont été mises en place pour faire face au suicide en prison (*Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évaluation*, 2010). Par exemple, en Espagne, a été créé le Programme de Prévention des Suicides (PPS) (élaboration du programme entre 1997 et 2005), véritable transdisciplinarité qui favorise les interactions et collaborations entre personnels soignants, psychologues et administration pénitentiaire. L'aspect novateur de ce programme

est la sensibilisation autour du risque suicidaire auprès de tous les intervenants en milieu carcéral : les personnels des différents services, les collaborateurs (comme les entreprises privées), les bénévoles mais également auprès des familles des détenus présentant un risque suicidaire. La mise en place du PPS a permis de repérer des situations à risque telles que l'isolement d'un détenu ou encore l'absence d'activités au sein de la détention. Ceci dans le but de procéder à des adaptations de la vie carcérale pour le détenu suicidaire (e.g., aménagement des horaires, levées des mesures disciplinaires).

En France, le suicide carcéral est préoccupant et les politiques cherchent à mettre en place des programmes de prévention et d'intervention pour répondre à cette problématique. La politique actuelle sur le suicide dans les prisons françaises favorise l'échange tant pluridisciplinaire que transdisciplinaire (*Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évaluation*, 2010). Il s'agit d'une collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice. Les réunions Prévention Suicide ont été créées dans le but de favoriser les échanges entre les différents services intervenant dans la prison et permettre ainsi un point de vue global sur le patient/détenu. Des dispositifs particuliers ont été mis en place dans le cas où le détenu est placé en surveillance accrue (e.g., cellule de protection d'urgence). Les différentes mesures des politiques françaises en matière de suicide carcéral nécessitent cependant une réflexion quant à l'efficacité et à l'impact qu'elles peuvent avoir sur le détenu suicidaire (exemple avec le pyjama en papier imposé lorsque qu'un patient est sous surveillance). Pour améliorer les programmes de prévention, il est nécessaire de pouvoir cibler la population la plus à risque chez les détenus, et il est donc important de repérer les caractéristiques propres au détenu suicidaire.

Ainsi, différents événements et différentes périodes durant l’incarcération peuvent agir comme déclencheurs d’un geste suicidaire tels que la période « Arrivants », c’est-à-dire les premiers temps dans un nouvel établissement pénitentiaire, le fait d’apprendre de mauvaises nouvelles à l’extérieur ou encore le refus d’aménagement de peine. La prévention du suicide est essentiellement centrée sur la période actuelle et nos résultats de l’étude 1 montrent l’importance de prendre en compte tous les éléments qui surviennent tout au long du parcours de vie du détenu. Certains événements vécus dans le présent du détenu peuvent entrer en résonance avec des antécédents vécus avant la détention et faire resurgir certains troubles internalisés, comme des troubles de l’humeur, et des troubles externalisés, comme des comportements d’automutilations.

La trajectoire de vie permet une approche de la personne en plusieurs étapes et de tenir compte de chaque processus sous-jacent à la crise suicidaire. Dans la prise en charge du risque suicidaire en prison, il est donc important d’opter pour une perspective dynamique pour évaluer et repérer à la fois les facteurs de risque et de protection. En retraçant le parcours du patient-détenu, nous pouvons avoir un regard sur le développement de la souffrance et sur les ressources à mobiliser pour faire face à la crise (Terra, 2003).

L’analyse du parcours de vie de la personne et la modélisation par la *life chart* vont alors s’articuler dans une prise en charge dynamique de la crise suicidaire par étapes (Séguin, 2001 ; Shéa, 2008 ; Vandervoorde, 2013) :

- 1) **La création d’un lien de confiance**, c’est-à-dire que le psychologue clinicien va ici offrir un cadre au patient-détenu suffisamment sécurisé pour permettre le développement d’une alliance thérapeutique.
- 2) **L’évaluation de la symptomatologie** de la crise actuelle.

- 3) **La compréhension et l'écoute** du patient-détenu.
- 4) **La gestion des émotions** où le psychologue clinicien va favoriser l'expression des émotions par la mise en mots de la douleur psychique.
- 5) **La sortie de l'isolement social** dans lequel peut se retrouver le patient-détenu.
- 6) **La formulation de la crise** où les mots seront posés et expliqués au patient-détenu.
- 7) **La réduction de la fixation attentionnelle sur le suicide** comme étant l'unique solution. Le psychologue va, avec le patient-détenu, repérer les solutions déjà essayées et échouées et les ressources que possède la personne.
- 8) **La proposition d'un plan d'action**, c'est-à-dire amener le patient-détenu à se projeter sur du court et moyen terme.
- 9) **La protection du patient-détenu** par la mise en place de stratégies anti-suicidaires immédiates et pluridisciplinaires, et adaptées à l'environnement carcéral comme la surveillance accrue, les dispositifs d'urgence voire l'hospitalisation.
- 10) **La formulation de la prochaine étape** et déterminer avec le patient-détenu les prochaines interventions.

b) La prise en charge des AICS

En France, le soin aux AICS en milieu carcéral est l'objet d'un partenariat entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice. Le protocole Santé-Justice de 2012 relatif à la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires convient d'apporter une prise en charge adaptée à cette population et dans des établissements de référence. Ainsi, il existe certaines prisons où la population pénale se constitue majoritairement d'AICS. Le soin devrait donc s'adapter au crime.

Différents modèles amènent une telle vision comme le modèle de l'autorégulation cité précédemment (*Self-Regulation Model*) (Hudson, Ward & Cormack, 1999 ; Ward & Hudson, 1998). Ce modèle se base sur quatre schémas permettant de travailler sur le fonctionnement comportemental du patient-détenu. L'analyse de la trajectoire de vie permettrait de repérer les situations à risque vécues par le patient-détenu et de travailler sur l'apprentissage de nouvelles stratégies pour pallier aux déficits de régulation comportementale. Il serait alors pertinent de compléter la prise en charge sur un axe psycho-éducatif avec des outils médiatisés comme le « Qu'en-dit-on ? », développé en 2003. Cet outil permettrait de travailler autour des représentations du patient-détenu et de son parcours de vie, du ressenti émotionnel que cela provoque et du partage à autrui.

Le Good Lives Model (GLM) est également un modèle de prise en charge thérapeutique pouvant être complété par l'étude des trajectoires développementales des AICS (Ward & Gannon, 2006 ; Ward & Marshall, 2004 ; Ward & Stewart, 2003). Il postule que le passage à l'acte sexuel transgressif est une tentative inadaptée pour rechercher certains « biens » humains. Le GLM met l'accent sur l'interaction dynamique de plusieurs facteurs internes et externes à l'individu comme déterminant une vie « bonne ». Nous retrouvons parmi ces facteurs la sphère sociale avec les relations intimes et l'appartenance à un groupe, la sphère environnementale, avec la vie professionnelle, ou encore la sphère de la santé mentale avec l'anxiété et la gestion émotionnelle. Cette conception développementale peut être renforcée par l'utilisation de la *life chart* comme outil médiateur dans la construction/reconstruction du patient-détenu. Ce modèle prend en compte les capacités d'adaptation de l'individu, ses croyances et ses représentations pour arriver à construire un Soi cohérent et correspondant aux besoins et envies du patient-détenu. Le GLM permet une

vision où rien ne semble figé et où le patient peut continuer d'évoluer (Barnao, Ward & Robertson 2016 ; Willis & Ward 2011).

Nous proposons ici de compléter la prise en charge par l'étude du parcours de vie et plus précisément par la modélisation de la trajectoire développementale de l'individu en *life chart*. Le repérage de certains événements de vie potentiellement traumatiques permettrait d'intégrer le travail thérapeutique dans une perspective centrée sur la gestion des traumatismes (Levenson, 2016).

Toutefois, notre recherche nous a montré l'importance de tenir compte du parcours de vie entière et d'opter pour un regard plus large que centré sur le passage à l'acte sexuel transgressif. Aussi, la prise en charge thérapeutique et sanitaire des AICS se doit de suivre les mêmes principes éthiques de toute prise en charge, c'est-à-dire en tenant compte de la personne, de ses besoins, de ses ressources et de son fonctionnement émotionnel et social (Ward & Salmon 2010). Au vu des résultats de notre étude sur les profils d'AICS, il semble donc indispensable de proposer une prise en charge globale et adaptée à la personne et non au crime.

Conclusion

La psychopathologie développementale amène un regard global sur la personne et sur l'apparition et le maintien de certains troubles. L'étude des trajectoires de vie nous a permis de rendre compte du parcours développemental d'individus incarcérés. Nous avons choisi de nous centrer sur deux problématiques importantes du monde carcéral. Ces deux troubles externalisés se manifestent sur deux plans différents : l'un auto-agressif, le geste suicidaire en prison, et le second hétéro-agressif, le passage à l'acte sexuel transgressif.

Tout d'abord, le suicide, phénomène multifactoriel, est amené à toucher un grand nombre de personnes détenues. Si la littérature a permis de repérer et lister les facteurs de risque au geste suicidaire en prison, nous avons cherché à repérer une interaction dynamique et temporelle entre différentes sphères de facteurs. Ainsi, nous avons pu dégager un modèle prédictif faisant interagir trois dimensions principales : les troubles de l'humeur, présents avant l'incarcération et les troubles du comportement et les relations avec la famille d'origine pendant l'incarcération. L'analyse des trajectoires de vie nous permet de se dégager du moment figé que peut constituer la détention et de percevoir le parcours dans son entièreté afin de mieux appréhender les mécanismes multifactoriels du geste suicidaire en prison.

Dans un second temps, notre deuxième étude nous a permis d'identifier plusieurs profils d'AICS, se différenciant par l'apparition et la fréquence de certaines dimensions tout au long du parcours pré-carcéral des individus. Les troubles du comportement, les troubles de l'humeur, les événements de vie et les relations interpersonnelles, selon la période d'apparition, dégagent des trajectoires développementales centrées sur la personne et non sur le crime. Ainsi, la victimologie ne permet pas ici de distinguer les profils d'AICS, ce qui

confirme la nécessité de percevoir la personne dans une entièreté, en optant pour un regard décentré du passage à l'acte sexuel transgressif.

Nos résultats nous ont permis de discuter des enjeux à la fois théoriques et cliniques, avec la poursuite de l'étude de ces trajectoires pour, dans un premier temps, améliorer et optimiser la prévention et la prise en charge du suicide en prison, en tenant compte des programmes préexistant et en y incluant la trajectoire de vie comme outil thérapeutique et préventif. Dans un second temps, les résultats à notre deuxième étude démontrent l'importance de se centrer sur la personne présentant un type de trouble dans la prise en charge thérapeutique d'un patient plutôt que résumer l'individu à son trouble.

Bibliographie

- Aebi, M., Tiago, M. et Burkhardt, C. (2016). *SPACE I – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2015*. Strasbourg: Council of Europe.
- Albrand, L. (2009). *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Repéré sur le site du Ministère de la Justice : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rap_albrand_2009.pdf.
- American Psychiatric Association. (1983). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III (3e éd.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ancelin Schützenberger, A. (2004). Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 33(2), 35-54.
- Arbach-Lucioni, K., Martinez-Garcia, M. et Andres-Pueyo, A. (2012). Risk factors for violent behavior in prison inmates a cross-cultural contribution. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1219-1239.
- Ayhan, G., Arnal, R., Basurko, C., About, V. et Pastre A. (2017). Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-10.
- Bagge, C., Glenn, C. et Lee, H (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 359-368.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement*. Paris : PUF.

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltieri, D. et De Andrade, A. (2008). Drug consumption among sexual offenders against females. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(1), 62-80.
- Barber, J., Stratt, R., Halperin, G. et Conolly, M. (2001). Supportive techniques: are they found in different therapies? *The journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 165-172.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*, 10ème éd. Paris: PUF.
- Barnao, M., Ward, T. et Robertson, P. (2016). The Good Lives Model: A new paradigm for forensic mental health. *Psychiatry, Psychology, & Law*, 23, 288-301.
- Bartlett, J., Kotake, C., Fauth, R. et Easterbrooks, A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse and Neglect*, 63, 84-94.
- Batt, A., Bellivier, F., Delatte, B. & Spreux-Varoquaux, O. (2005). *Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Bay-Smadja, M. et Rahioui, H. (2015). La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement : de Klerman à Bowlby. *Annales Médico-psychologiques*, 173(6), 547-552.
- Bell, C., Ridley, J., Overholser, J., Young, K., Athey, A., Lehmann, J et Kristie, P. (2018). The role of perceived burden and social support in suicide and depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 87-94.

- Benqué, C. (1995). La psychiatrie en milieu pénitentiaire à l'heure des choix. *L'information psychiatrique*, 71(7), 675-676.
- Bernert, R., Kim, J., Iwata, N. et Perlis, M. (2015). Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 554-569.
- Berthelot, N., Ensink, K. et Normandin, L. Echecs de mentalization du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(2), 9-15.
- Bierut, L. (2011). Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence. *Neuron*, 69, 618-627.
- Bifulco, A., Bermazzani, O., Moran P. et Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): validation in a community series. *The British Journal of Psychiatry*, 44(4), 563-581.
- Bifulco, A., Moran, P., Baines, R., Bunn, A. et Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258.
- Bird, S. (2008). Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-years study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 446-449.
- Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B. et Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 29-36.
- Björkenstam, E., Hjern, A., Björkenstam, C. et Kosidou, K. (2018). Association of cumulative childhood adversity and adolescent violent offending with suicide in early adulthood. *JAMA psychiatry*, 75(2), 185-193.

- Björkenstam, C., Kosidou, K. et Björkenstam, E. (2017). Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*, 357, j1334.
- Bjorklund, D. et Pellegrini, A. (2000). Child development and evolutionary psychology. *Child Development*, 71, 1687-1708.
- Blokland, A et van Os, R. (2010). Life Span Offending Trajectories of Convicted Dutch Women. *International Criminal Justice Review*, 20(2), 169-187.
- Bosma, H. (2006). An introduction to developmental psychology. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35(2), 251-268.
- Bourgoin, N. (1994). *Le suicide en prison*. Paris : L'Harmattan.
- Bouvard, M., Fontaine-Buffer, M., Cungi, C., Adeleine, P., Chapoutier, C., Durafour, E., Bouchard, C. et Cottraux, J. (1999). Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité : le SCID II. *L'Encéphale*, 25, 416-421.
- Bowen, K., Jarrett, M., Stahl, D., Forrester, A. et Valmaggia, L. (2018). The relationship between exposure to adverse life events in childhood and adolescent years and subsequent adult psychopathology in 49,163 adult prisoners: A systematic review. *Personality and Individual Differences*, 131, 74-92.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Separation (vol. II)*. New York: Guilford Press.
- Brouillette-Alarie, S. et Hanson, R. K. (2015). Comparaison de deux mesures d'évaluation du risque de récidive des délinquants sexuels. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 292-304.

- Brown, S. et Forth, A. (1997). Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(5), 848-857.
- Burk, L., et Burkhart, B. (2003). Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance: developmental experience and the motivation for sexual offending. *Agression and Violent Behavior*, 8, 487-511.
- Cailleau, V., Thirioux, B., Méry, B., Senon, J-L. et Jaafari, N. (2016). Impairments of empathic process in sexual offenders. *Presse médicale*, 45(12), 1075-1083.
- Cale, J., Smallbone, S., Rayment-McHugh, S. et Dowling, C. (2016). Offense trajectories, the unfolding of sexual and non-sexual criminal activity, and sex-offense characteristics of adolescent sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 28(8), 791-812.
- Camus, V., Dubois-Carmagnat, F., Péru, N., Suzanne, I. et Fillatre, M. (2008). De quelques questions éthiques posées par l'intentionnalité et les conduites suicidaires. *Revue d'éthique et de théologie moral*, 248, 59-78.
- Caria, A. et Quemada, N. (1995). L'OMS développe un nouvel instrument d'évaluation de la QDV : le WHOQOL. *Information Psychiatrique*, 3, 261-266.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Castelpietra, G., Egidi, L., Caneva, M., Gambino, S., Feresin, T., Mariotto, A., Balestrieri, M., De Leo, D. & Marzano, L. (2018). Suicide and suicides attempts in Italian prison

- epidemiological findings from 'Triveneto' area, 2010-2016. *International journal of law and psychiatry*, 61, 6-12.
- Cawthorpe, D., Mariott, B., Paget, J., Moulai, I. et Cheung, S. (2018). Relationship between adverse childhood experience survey items and psychiatric disorders. *The Permanente Journal*, 22(4), 1-5.
- Chang, X., Jiang, X., Mkandarwire, T. et Shen, M. (2019). Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. *PLoS ONE*, 14(2), 1-11.
- Chaplin, T., Niehaus, C. et Gonçalves, S. (2018). Stress reactivity and the developmental psychopathology of adolescent substance use. *Neurobiology of Stress*, 9, 133-139.
- Chapman, P., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V. et Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Chassin, L., Collins, R., Ritter, J. et Shirley, M. (2001). Vulnerability to substance disorders across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 165-172). New York : Guilford.
- Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels* (1st edition). Paris : Masson.
- Cohen-Salmon, C., Côté, S., Fournier, P., Gasquet, I., Guedeney, A., Hamon, M., ... Wohl, M. (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B. et Imbernon, E. (2010). Suicide et activité professionnelle en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 58(2), 139-150.

- Cutrona, C. et Russel, D. (1987) The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Daigle, M. (2004). MMPI Inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 833-842.
- Daigle, M. et Côté, G. (2002). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Darwin, C. (1871). *La filiation de l'homme et la sélection liée au sexe*. Paris, France : Reinwald & Cie.
- David, A.-M. (1997). *Rapport d'enquête de la Coroner sur la mort de 12 détenus du SCQ*. Québec: Bureau du Coroner en chef.
- Descarpentries, F. et Fani, A. (2013). *Les psychothérapies en prison*. Paris : L'Harmattan.
- Désesquelles, A. et Kensey, A. (2006). Les détenus et leur famille : des liens presque toujours maintenus mais parfois très distendus. *Données sociales, La société française*, 1, 59-67.
- DiGiorgio-Miller, J. (2007). Emotional variables and deviant sexual fantasies in adolescent sex offenders. *The Journal of Psychiatry and Law*, 35(2), 109-124.
- Ducatteeuw, G. (2018). De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(7), 29-47.
- Ducro, C., et Pham, T. H. (2017a). Les théories qui expliquent l'agression sexuelle des enfants. Dans F. Cortoni, & T. Pham (Dir), *Traité de l'agression sexuelle* (1st ed., p. 33-52). Belgium: Editions Mardaga.

- Ducro, C., et Pham, T.H. (2017b). Les expériences d'adversité chez les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 259-261.
- Ducro, C., Pham, T.H., Saloppé, X., Chudzik, L. et Réveillère, C. (2012). Evaluation du risque de récurrence d'agresseurs sexuels français : Statique-99 et SORAG. *Annales Médico-Psychologiques*, 170(2), 106-108.
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide : Étude de sociologie*. Paris : Félix Alcan.
- Duthé, G., Hazard, A. et Kensey, A. (2014). Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population*, 69(4), 519-549.
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A. et Pan Ke Shon, J-L. (2009). Suicide en prison : la France compare à ses voisins européens. *Population & Sociétés*, 462, 1-4.
- Ebert, B. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(1), 52-56.
- Eloir, J., Ducro, C. & Nandrino J-L. (2019). Determining Sexual Offender Profiles From Life Trajectories. *Sexual Abuse*, [on line] DOI 10.1177/1079063219828782.
- Encrenaz, G., Miras, A, Contrand, B, Galera, C., Pujos, S., Michel G., & Lagarde, E. (2015). Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 20-25.
- Farrington, D. (2006). Family Background and Psychopathy. In C. Patrick, *Handbook of psychopathy* (p. 229-250). New York, US: The Guilford Press.
- Favre, C. (2014). *Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique*. (Thèse de doctorat, Université Paris Descartes). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01195998/>

- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., et Vander Laenen, F. (2019). A 17-year national study of prison suicides in Belgium. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(1), 42-53.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. et Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-31.
- Fazel, S., Hope, S., Donnell, I. O., et Jacoby, R. (2002). Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine*, 32, 219-226.
- Felitti, V. (2019). Health Appraisal and the Adverse Childhood Experiences Study: National Implications for Health Care, Cost, and Utilization. *Permanente Journal*, 23(1), 54-61.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. et Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Felizzi, M. (2015). Family or caregiver instability, parental attachment, and the relationship to juvenile sex offending. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(6), 641-658.
- Ferenczi, S. (2004). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris : Payot.
- Fernandez, F. (2009) Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison. *Bulletin Amades* [On line], 76 | 2009, URL: <http://amades.revues.org/666>
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: The Free Press.

- Finkelhor, D. et Lewis, I. (1988). An epidemiologic approach to the study of child molestation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528(1), 64-78.
- First, M. (2014). DSM-5 and Paraphilic Disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42, 191-201.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., et Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Forrest, L. et Smith, A. (2017). Comparisons of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide Constructs Among Individuals Without Suicidality, Ideators, Planners, and Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 629-640.
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V. et Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100, 199-210.
- Fouilhoux, N. (2006). Troubles bipolaires et suicide. *L'Encéphale*, 32(2), 6-9.
- Freud, S. (1915). *Pulsions et destins de pulsions*. Editions In Press : Paris.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., et Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behavior in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, 161-165.
- Garos, S., Bleckley, M., Beggan, J. et Frizzell, J. (2004). Intrapsychic Conflict and Deviant Sexual Behavior in Sex Offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(1-2), 23-40.
- Garré, J- B. (2008). *Evaluation et conduite à tenir devant un patient suicidant*. Repéré à <http://senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie>.

- Gery, I., Miljkovitch, R., Berthoz, S. et Soussignan, R. (2009). Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders and normal controls. *Psychiatry Research, 165*, 252-262.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, AM., Calati, R., Möller, H., Rujescu, D. et Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatry research, 43*(16), 1262-1271.
- Gillespie, S., Mitchell, I., Fisher, D., et Beech, A. (2012). Treating disturbed emotional regulation in sexual offenders: the potential applications of mindful self-regulation and controlled breathing techniques. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 333-343.
- Glickman, N., Lemere, S. et Smith, C. (2013). Engaging deaf persons with language and learning challenges and sexual offending behaviors in sex offender-oriented mental health treatment. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association [JADARA], 48*(2), 168-221.
- Grady, M., Levenson, J., & Bolder, T. (2017). Linking adverse childhood effects and attachment: a theory of etiology for sexual offending. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(4), 433-444.
- Grossmann, K. et Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris, *Attachment across the life cycle* (p. 93-114). London/New York: Tavistock/Routledge.
- Groth, A. et Birnbaum, H. (1978). Adult sexual orientation and attraction to underage persons. *Archives of sexual behavior, 7*(3), 175-181.

- Guedeney, A. et Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 227-278.
- Gunnell, D. & Lewis, G. (2005). Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *The british journal of psychiatry*, 187, 206-208
- Hammen, C. et Garber, J. (2001). Vulnerability to depression across the lifespan. Dans J. Ingram et J Price (dir.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (p. 258-267). New-York: Guilford.
- Hanson, R. (2003). Empathy deficits of sexual offenders: a conceptual model. *Journal of Sexual Aggression*, 9(1), 13-23.
- Harf, A., Taïeb, O. et Moro, M. (2007). Externalizing behaviour problems of internationally adopted adolescents: a review. *Encéphale*, 33(3-1), 270-276.
- Harkins, L., Flak, V., Beech, A. et Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a Good Lives Model approach. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 24(6), 519-543.
- Harvey, J. et Liebling, A. (2001). Suicide et tentatives de suicide en prison : vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie*, 34(2), 57-83.
- Haselschwerdt, M., Savasuk-Luxton, R. et Hlavaty, K. (2019). A Methodological Review and Critique of the "Intergenerational Transmission of Violence" Literature. *Trauma, violence & abuse*, 20(2), 168-182.
- Hathaway, S., et McKinley, J. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.

- Hatkevich, C., Penner, F. et Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*, 271, 230-238.
- Haute Autorité de Santé. (2000). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Repéré à <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>.
- Henry, M., et Greenfield, B. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies. *Crisis*, 30(1), 20-24.
- Hines, D. et Finkelhor, D. (2007). Statutory sex crime relationships between juveniles and adults: A review of social scientific research. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 300-314.
- Hock, E. et Schirtzinger, M. (1992). Maternal Separation Anxiety: Its Developmental Course and Relation to Maternal Mental Health. *Child Development*, 63, 93-102.
- Houle, J., Mishara, B.L., et Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ? *Santé mentale au Québec*, 30(2), 61-84.
- Hudson, S., Ward, T. et Cormack, J. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 779-798.
- INSEE (2002). *L'histoire familiale des hommes détenus*. (Publication n°59). Repéré sur le site de l'INSEE : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/15814/1/synth_59.pdf
- INSERM (2008). *Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: Les Editions INSERM.
- Jacoby, J. et Kozie-Peak, B. (1997). The benefits of social support mentally ill offenders : Prison-to-community transitions. *Behavioral Sciences & the Law*, 15, 483-501.

- Jeglic, E., Spada, A., et Calkins Mercado, C. (2013). An examination of suicide attempts among incarcerated sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 25(1), 21-40.
- Jespersen, A., Lalumière, M., et Seto, M. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 33(3), 179-192.
- John Society of Alberta. (1999). *Prison and jail suicides*. Repéré à https://johnhoward.ab.ca/wp-content/uploads/docs/PrisonandJailSuicide_1999.pdf
- Johnsen, B., Granheim, P.R. et Helgesen, J. (2011). Exceptional prison conditions and the quality of prison life: Prison size and prison culture in Norwegian closed prisons. *European journal of criminology*, 8(6), 515-529.
- Johnson, J., First, M., Cohen, P., Skodol, A., Kasen, S. et Brook, J. (2005). Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1926-1932.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, US: Harvard University Press.
- Keel, P. et Schwartz, M. (2001). Vulnerability to eating disorders across the lifespan. Dans J. Ingram et J Price (dir.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (p. 447-452). New-York: Guilford.
- Keeling, J. et Rose, J. (2006). The adaptation of a cognitive-behavioural treatment program for special needs sexual offenders. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, 110-116.

- Kim, J. et Cichetti, D. (2006). Longitudinal Trajectories of Self-System Processes and Depressive Symptoms Among Maltreated and Nonmaltreated Children. *Child Development*, 77(3), 624-639.
- Knight, R. (1988). A taxonomic analysis of child molesters. In Prentky, R., et Quinsey, V. (Eds.), *Human sexual aggression: current perspectives* (Vol. 528, p. 2-20). New York: The New York Academy of Sciences.
- Knight, R., Carter, D., et Prentky, R. (1989). A system for the classification of child molesters: Reliability and application. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 3-23.
- Knight, R. et Prentky, R. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W.Marshall, D. Laws & H. Barbaree, *Handbook of Sexual Assault* (p. 23-52). Boston, EU: Springer.
- Kraanen, F. et Emmelkamp, P. (2011). Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: A review. *Clinical psychology review*, 31(3), 478-489.
- Krstic, S., Neumann, C., Roy, S., Robertson, C., Knight, R. et Hare, R. (2017). Using latent variable- and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 9(3), 207-216.
- Krüger, S., Priebe, S., Fritsch, R. et Mundt, A. (2017). Burden of separation and suicide risk of prisoners with minor children. *International Journal of law and psychiatry*, 52, 55-61.
- LaFleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec, Québec : Presses Universitaires de Laval.

- Lalumière, M., Harris, G. et Rice, M. (2001). Psychopathy and developmental instability. *Evolution and human behavior*, 22(2), 75-92.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leitenberg, H. et Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469-496.
- Lemay, M. (1995). *Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales*. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_25/25-12-lemay.pdf
- Leue, A., Borchard, B., & Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19(3), 123-130.
- Levenson, J. (2016). Adverse childhood experiences and subsequent substance abuse in a sample of sexual offenders: Implications for treatment and prevention. *Victims and Offenders*, 11(2),199-224.
- Levenson, J. et Socia, K. (2016). Adverse childhood experiences and arrest patterns in a sample of sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(10), 1883-1911.
- Levenson, J., Willis, G. et Prescott, D. (2016). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: implications for trauma informed care. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 28(4), 340-359.
- Levine, M. et Smolak, L. (1990). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: the example of early adolescence. In J. Crowther, S. Hobfoll, M

- Stephens & D. Tennenbaum, *The Etiology of Bulimia Nervosa* (p. 59-75). Abingdon-on-Thames, UK: Taylor & Francis.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. Londres: Routledge.
- Liebling, A. (1995) Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35(2), 173-187.
- Liu, RT., Jager-Hyman, S., Wagner, C., Alloy, L. et Gibb, B. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child abuse and neglect*, 36(4), 323-332.
- Lonher, J. et 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.
- Loo, R. (2003). A Meta-Analysis of Police Suicide Rates: Findings and Issues. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 313-325.
- Lussier, P. (2017). Juvenile sex offending through a developmental life course criminology perspective: an agenda for policy and research. *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 29(1), 51-80.
- Lussier, P. et Cale, J. (2016). Understanding the origins and the development of rape and sexual aggression against women: four generations of rape and theorizing. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 66-81.
- Lussier, P., Leclerc, B., Cale, J. et Proulx, J. (2007). Developmental pathways of deviance in sexual aggressors. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1441-1462.

- Mallet, P. (2004). L'idéation suicidaire à l'adolescence : quelles relations avec la perception du milieu familial et les modes de faire face ? *Adolescence*, 33(2), 315-336.
- Marsa, F., O'Reilly G., Carr, A., Murphy, P., O'Sullivan, M., Cotter, A. et Hevey, D. (2004). Attachment Styles and Psychological Profiles of Child Sex Offenders in Ireland. *Journal of Interpersonnal Violence*, 19(2), 228-251.
- Marshall, W., Serran, G. et Cortoni, F. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse*, 12(1), 17-26.
- Martin, M., Dorken, S., Simpson, A., McKenzie, K. et Colman, I. (2014). The predictive validity of the depression hopelessness suicide screening form for self-harm among prisoners. *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 25(6), 733-747.
- Martin, G., Rotaries, P., Pearce, C., et Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 336-344.
- Mathews, R., Matthews, J. et Speltz, K. (1989). *Female sexual offenders*. New-York, EU: Safer Society Press.
- McCuish, E., et Lussier, P. (2017). Unfinished stories: From juvenile sex offenders to juvenile sex offending through a developmental life course perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 37(71), 71-82.
- McCuish, E., Lussier, P. et Corrado, R. (2015). Examining antisocial behavioral antecedents of juvenile sexual offenders and juvenile non-sexual offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 27(4), 414-438.

- McCuish, E., Lussier, P. & Corrado, R. (2016). Criminal careers of juvenile sex and nonsex offenders: evidence from a prospective longitudinal study. *Youth violence and juvenile justice, 14*(3), 199-224.
- McKibben, A., Proulx, J. et Lusignan, R. (1994). Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy, 32*(5), 571-575.
- McMackin, R., Leisen, M., Cusack, J., LaFratta, J. et Litwin, P. (2002). The relationship of trauma exposure to sex offending behavior among male juvenile offenders. *Journal of Child Sexual Abuse, 11*(2), 25-40.
- McNally, R. et Reese, H. (2009). Information-processing approaches to understanding anxiety disorders. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 136-152.
- Melis, L. (2004). *Évaluation de la version française du « Suicide Probability Scale »*. Tournai : Centre de Recherche en Défense Sociale.
- Michel, G. (2007). Clinical practice and research on child violent behavior: interest of integrative psychopathology. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence, 55*(8), 489-494.
- Miller E., McCullough C. et Johnson, J. (2012). The Association of Family Risk Factors with Suicidality Among Adolescent Primary Care Patients. *Journal of family violence, 27*, 523-529.
- Milner, A., Spittal, M., Pirkis, J. et LaMontagne, A. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of psychiatry, 203*(6), 409-416.

- Ministère de la Justice. (2010). *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation*. Repéré à http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Travaux_et_Documents_78.pdf
- Ministère de la Justice et Ministère de la Santé. (2012). *Protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires*. Repéré à http://psysnepap.free.fr/wp-content/uploads/protocole_sante_justice-aics_2012.pdf
- Monteith, L., Bahraini, N. et Menefee, D. (2017). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and fearlessness about death: Associations with suicidal ideation among female veterans exposed to military sexual trauma. *Journal of clinical psychology*, 73(12), 1655-1669.
- Moroge, S., Paul, F., Milan, C., Perez, S., et Pilard, M. (2014). Eclairages historiques, épidémiologiques et psychopathologiques concernant l'inceste : entre crime et pathologie ? *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 437-442.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. et Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983-993.
- Mullen, S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *The mental health clinician*, 8(6), 275-283.
- Nandrino, J.L. (2017). Les addictions et troubles des conduites alimentaires. Dans R. Miljkovitch, F. Morange-Majoux, E. Sander, *Traité de Psychologie du développement* (p. 347-354). Paris, France : Elsevier Masson.

- Netland, J. et Miner, M. (2012). Psychopathy traits and parental dysfunction in sexual offending and general delinquent adolescent males. *Journal of sexual aggression*, 18(1), 4-22.
- Nicolas, C., Séguin, M., DiMambro, M. et Desrumaux, P. (2016). Difficultés professionnelles et suicide : étude comparative de parcours de vie. *Annales Médico-psychologiques*, 174(7), 544-550.
- Nigg, J. (2016). Where do epigenetics and developmental origins take the field of developmental psychopathology? *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 405-419.
- O'Connor, R. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298.
- O'Connor, R. et Kirtley, O. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- O'Neill, L. et Murray, E. (2016). Perceived Parenting Styles Fail to Mediate Between Anxiety and Attachment Styles in Adult Siblings of Individuals with Developmental Disabilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 3144-3154.
- O'Toole, M., et Jeglic, E. (2014). The relationship between childhood family environment and adult sexual offending in a sample of sexual offenders. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 19(4), 173-182.
- Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. (2013). *La criminalité en France*. Paris : INHESJ/ONDRP.

- Olver, M. et Wong, S. (2006). Psychopathy, sexual deviance, and recidivism among sex offenders. *Sexual Abuse, 18*(1), 65-82.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial*. Reperé à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1.
- Owens, D., Horrocks, J. et House A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of psychiatry, 181*, 193-199.
- Palmer, B., Pankratz, V. et Bostwick, J. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry, 62*(3), 247-253.
- Pedneault, A. et Beauregard, E. (2014). Routine activities and time use: a latent profile approach to sexual offenders' lifestyles. *Sexual Abuse, 26*(1), 34-57.
- Perret, P. et Faure, S. (2006). Les fondements de la psychopathologie développementale. *Enfance, 58*(4), 317-333.
- Pham, T. et Ducro, C. (2008). Childhood adversity among adult sex offenders using a retrospective questionnaire. *Annales Médico-Psychologiques, 166*, 580-584.
- Pham, T., Ducro, C., Martin, M. et Pihet, B. (2010). Project for the ongoing evaluation of the offence characteristics, diagnostic aspects, social environment and treatment of sex offenders by specialized healthcare teams in the Walloon region of Belgium. *Annales Médico-Psychologiques, 168*, 458-461.
- Pitzner, J., McGarry-Long, J. et Drummond, P. (2000). A history of abuse and negative life events in patients with a sexually transmitted disease and in a community sample. *Child abuse & neglect, 24*(5), 715-731.

- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Hervé, H., Birt, A., et Boer, D. P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 216-233.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R. et Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *The lancet*, 368, 119-122.
- Pullman, L., Leroux, E., Motayne, G. et Seto, M. (2014). Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse and Neglect*, 38, 1249-1258.
- Quignard, J-M. (2014). Mourir en prison? *Vie sociale et traitements*, 124, 50-53.
- Rajalin, M., Hirvikoski, T. et Jokinen, J. (2012). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of affective disorders*, 148(1), 92-97.
- Ramoz, N., et Gorwood, P. (2015). Les addictions sous l'angle de la génétique. *Médecine/sciences*, 31(4), 432-438.
- Randol, B. M., & Campbell, C. M. (2017). Macro-correlates of inmate violence: The importance of programming in prison order. *The Prison Journal*, 97(4), 451-474.
- Reavis, J., Looman, J., Franco, K. et Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: How long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, 17(2), 44-48.
- Ribadier, A., Roustit, C. et Varescon, I. (2014). Etude de la dépression, des événements de vie, de l'impulsivité et du lieu de contrôle au sein d'une population nouvellement incarcérée. *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 245-351.

- Ricordeau, G. (2003). *La solidarité familiale à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative*. Paris : Institut des Sciences Humaines Appliquées.
- Rieger, W. (1973). A proposal for a trial of family therapy and conjugal visits in prison. *American Journal of orthopsychiatry*, 43(1), 117-122.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current opinion in psychiatry*, 20(1), 17-22.
- Rogers, M. et Joiner, T. (2018). Suicide-Specific Rumination Relates to lifetime suicide attempts above and beyond a variety of other suicide risk factors. *Journal of Psychiatry Research*, 98, 78-86.
- Rouleau J.L. et Barsetti, I. (2017). Les paraphilies et les infractions sans contact. Dans F. Cortoni, & T. Pham (Dir), *Traité de l'agression sexuelle* (1st ed., p. 53-70). Belgium: Editions Mardaga.
- Rousset, I., et Vacheron, M.-N. (2007). Le suicide dans l'institution. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(8), 545-555.
- Runeson, B., Beskow, J. et Waern, M. (1996). The Suicidal Process in Suicides among Young People. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.
- Rutter, M. (1996). Requests for reprints should be sent to Transitions and Turning Points in Developmental Psychopathology: As applied to the Age Span between Childhood and Mid-adulthood. *International journal of behavioral development*, 19(3), 603-626.
- Sachs-Ericsson, N., Corsentino, E., Rushing, N. et Sheffler, J. (2013). Early childhood abuse and late-life suicidal ideation. *Aging and Mental Health*, 17(4), 489-494.

- Sachs-Ericsson, N., Rushing, N., Stanley, I. et Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging and Mental Health*, 20(2), 139-165.
- Sakelliadis, E., Papadodima, S., Sergeranis, T., Giotakos, O. et Spiliopoulou, C. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners: Prevalence and risk factors. *European Psychiatry*, 25(3), 151-158.
- Saloppé, X., Hayoit, A., Marghem, B. et Pham, T. (2014). Perception of quality of life according to the period of imprisonment. *Acta psychiatrica belgica*, 114(3), 19-30.
- Sarotar, B. N., Stuhec, M., Brunec, S. et Svab, V. (2018). Characteristics of patients with mental disorders in a Slovene prison: A retrospective observational naturalistic study. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4), 187-191.
- Schmidt, U. et Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
- Schneck, M., Bowers, T., et Turkson, M. (2012). Sex-role orientation and attachment styles of sex offenders. *Psychological Reports*, 110(2), 624-638.
- Séguin, M. (2000, octobre). *Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ?* Communication à la Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Repéré à https://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf.

- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., Di Mambro, M. et Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 120-126.
- Séguin, M., Di Mambro, M., & Desgranges, A. (2012). L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37, 2, 95-105.
- Séguin, M., LeBlanc, L. et Brunet, A. (2006). Crise et trauma : proposition d'une typologie et interventions différenciées. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(4), 1-7.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G. et 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*, 51(9), 581-586.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., et Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37, 1575-1583.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., et Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 863-870.
- Seidnitz, L., Conwell, Y., Duberstein, P., Cox, C. et Denning, D. (2001). Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 123-131.
- Senon, J.-L., et Manzanera, C. (2008). Psychiatrie et justice: de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ Pénal*, 4, 176-180.

- Sergentanis, T., Sakellidis, E., Vlachodimitropoulos, D., Goutas, N., Sergentanis, I., Spiliopoulou, C. et Papadodima, S. (2014). Does history of childhood maltreatment make a difference in prison? A hierarchical approach on early family events and personality traits. *Psychiatry Research*, 220(3), 1064-1070.
- Seto, M. et Barbaree, H. (1995). The role of alcohol in sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 545-566.
- Shea, S. (2008). *Evaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir*. Elsevier Masson.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., et Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sheidow, A., Strachan, M., Minden, J., Henry, D., Tolan, P. et Gorman-Smith, D. (2008). The relation of antisocial behavior patterns and changes in internalizing symptoms for a sample of inner-city youth: Comorbidity within a developmental framework. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(7), 821-829.
- Shneidman, E., & Farberow, N. (1957). *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill.
- Siganos, F. (2008). *L'action culturelle en prison. Pour une redéfinition du sens de la peine*. Paris, France : l'Harmattan.
- Smith, P., Selwyn, C., Wolford-Clevenger, C. et Mandracchia, J. (2014). Psychopathic Personality Traits, Suicide Ideation, and Suicide Attempts in Male Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 364-379.

- Sorrentino, R., Brown, A., Berard, B. et Peretti, K. (2018). Sex Offenders: General Information and Treatment. *Psychiatric Annals*, 48(2), 120-128.
- Spielberger, C. (1980). *The test anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press Inc.
- Spielberger, C., Bruchon-Schweitzer, M. et Paulhan, I. (1993). Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y). Paris : Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Sroufe, L. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4-2), 1215-1224.
- Sroufe, L. et Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stinson, J., Becker, J. et Tromp, S. (2005). A preliminary study on findings of psychopathy and affective disorders in adult sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 637-649.
- Stivers, C. (1988). Parent-adolescent communication and its relationship to adolescent depression and suicide proneness. *Adolescence*, 23(90), 291-295.
- Stoliker, B. (2018). Attempted suicide: A multilevel examination of inmate characteristics and prison context. *Criminal justice and behaviour*, 45(5), 589-611.
- Suppes, T., Leverich, G., Keck, P., Nolen, W., Denicoff K., Altshuler, L., ... Post, R. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 45-59.

- Suto, I. et Arnaut, G. (2010). Suicide in Prison: A qualitative study. *The Prison Journal*, 90(3), 288-312.
- Taborda-Simões, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*, 479(5), 521-534.
- Terra, J. L. (2003). *Prévention du suicide des personnes détenues*. Repéré sur le site du Ministère de la Justice : <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/la-prevention-du-suicide-des-personnes-detenu-es-11924.html>
- Tewksbury, R. et Connor, D.P. (2012). Incarcerated sex offenders' perceptions of family relationships: previous experiences and future expectations. *Western Criminology Review*, 13, 25-35.
- Thakker, J., et Ward, T. (2012). An integrated theory of sexual reoffending. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(2), 236-248.
- Thibaud, F. (2011). Pharmacological treatment of sex offenders. *Sexologies*, 20, 166-168.
- Toth, S. et Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47(2), 95-104.
- Touraut, C. (2013). Aux frontières des prisons : les familles de détenus. *Cultures & Conflits*, 90, 77-94.
- Treasure, J. et Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1(1), 13.

- van Den Berg, C., Beijersbergen, K., Nieuwbeerta, P. et Dirkzwager, A. (2018). Sex offenders in prison: Are they socially isolated?. *Sexual Abuse*, 30(7), 828-845.
- van Den Berg, C., Bijleveld, C. et Hendriks, J. (2017). The juvenile sex offender: criminal careers and life events. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 29(1), 81-101.
- Van Ginneken, E., Sutherland, A. & Molleman, T. (2017). An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *International journal of law and psychiatry*, 50, 76-82.
- van Wijk, A., Vermeiren, R., Loeber, R., Hart-Kerkhoffs, L., Doreleijers, T. et Bullens, R. (2006). Juvenile Sex Offenders Compared to Non-Sex Offenders. *Trauma, Violence & Abuse*, 7(4), 227-243.
- Vandervoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris : Dunod.
- Vandervoorde, J. et Le Borgne, P. (2014). Prise en charge des patients en situation de crise suicidaire : le protocole GERE. *Annales médico-psychologiques*, 172(10), 851-857.
- Vandiver, D. et Kercher, G. (2004). Offender and victim characteristics of registered female sexual offenders in Texas: A proposed typology of female sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 121-137.
- Varker, T., Devilly, G., Ward, T. et Beech, A. (2008). Empathy and adolescent sexual offenders: A review of the literature. *Aggression and Violent behavior*, 13(4), 251-260.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, England: Praeger Publishers.

- Veiel, H., Brill, G., Hafner, H. et Welz, R. (1988). The social supports of suicide attempters: The different roles of family and friends, *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 839-861.
- Verma, D., Srivastava, M., Singh, S., Bhatia, T. et Deshpande, S. (2016). Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 178(1), 12-16.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical psychology review*, 23, 277-318.
- Voulgaris, A., Kose, N., Konrad, N. & Opitz-Welke, A. (2018). Prison Suicide in Comparison to Suicide Events in Forensic Psychiatric Hospitals in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, [on line] DOI:10.3389/fpsy.2018.00398.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and violent behavior*, 5(5), 491-507.
- Ward, T., et Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T. et Durrant, R. (2013). Altruism, Empathy and Sex Offender Treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 66-71.
- Ward, T. et Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and violent behavior*, 11(1), 77-94.
- Ward, T. et Hudson, S. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(6), 700-725.

- Ward, T. et Hudson, S. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*, 79-101.
- Ward, T., Keenan, T. et Hudson, S. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: a developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 42-62.
- Ward, T. et Marshall, W. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 153-169.
- Ward, T., McCormack, J. et Hudson, S. (1997). Sexual offenders' perceptions of their intimate relationships. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(1), 57-74.
- Ward, S. et Salmon, K. (2010). The ethics of care and treatment of sex offenders. *Annals of sex research*, 23(3), 397-413.
- Ward, T. et Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, 8(4), 319-351.
- Ward, T. et Stewart, C. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353.
- Wenar, C. et Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology. From infancy through adolescence*. New-York: McGraw-Hill.
- Westefeld, J., Casper, D., Galligan, P. et Yeates, K. (2014). Suicide and Older Adults: Risk Factors and Recommendations. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 491-508.
- Wichmann, C., Serin, R. et Motiuk, L. (2000). *Predicting Suicide Attempts among Male Offenders in Federal Penitentiaries*. Research Branch: Correctional Service Canada.

- Wiener, C., Moreira, F., Zago, A., Souza, L., Branco, J., de Oliveira, J., ... Oses, J. (2018). Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: A population-based study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 1-5.
- Willis, G. et Ward, T. (2011). Striving for a good life: The good lives model applied to released child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 17(3), 290-303.
- Yates, P. et Kingston, D. (2006). The self-regulation model of sexual offending: The relationship between offence pathways and static and dynamic sexual offence risk. *Sexual Abuse*, 18(3), 259-270.
- Yen, S., Pagano, M., Shea, T., Grilo, C., Gunderson, J., Skodol, A., ... Zanarini, M. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 99-105.
- Zeng, R., Cohen, L., Tanis, T., Qizilbash, A., Lopatyuk, Y., Yaseen, Z. et Galynker, I. (2015). Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*, 226(1), 361-367.
- Zou, K.H., O'Malley, A.J., Mauri, L. (2007). Receiver-operating characteristic analysis for evaluating diagnostic tests and predictive models. *Circulation*, 115(5), 654-657.

Liste des figures

Figure 1 : Modèle conceptuel de réactivité au stress dans le développement d'un abus substance (Chaplin, Niehaus & Gonçalves, 2018).

Figure 2 : Modèle développemental général des problématiques alimentaires, pathologiques et non pathologiques (Levine & Smolak, 1990).

Figure 3 : Processus suicidaire selon le modèle de Séguin (2001).

Figure 4 : Modèle « Integrated Motivational-Volitional » (IMV) du comportement suicidaire (O'Connor, 2011 ; O'Connor & Kirtley, 2018).

Figure 5 : Schéma explicatif de la crise psychosociale (LaFleur & Séguin, 2008).

Figure 6 : Schéma explicatif de la crise psychopathologique (LaFleur & Séguin, 2008).

Figure 7 : Schéma explicatif de la crise psychotraumatique (LaFleur & Séguin, 2008).

Figure 8 : Modèle développemental des expériences négatives de l'enfance et conduites suicidaires (Sachs-Ericsson et al., 2016).

Figure 9 : Evolution des réponses émotionnelles négatives et de la perception de la qualité de vie selon la phase d'incarcération.

Figure 10 : Représentation temporelle du passage à l'acte sexuel transgressif.

Figure 11 : Modèle ITSO (Ward & Beech, 2006).

Figure 12 : Modélisation du modèle prédictif du geste suicidaire en milieu carcéral.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif

Annexe 2 : Lettre d'informations à destination des participants-détenus

Annexe 3 : Formulaire de consentement à destination des participants-détenus

Annexe 4 : Lettre d'informations à destination des informants « Proches »

Annexe 5 : Lettre d'informations à destination des informants « Psychologues »

Annexe 6 : Formulaire de consentement à destination des informants « Proches » et
« Psychologues »

Annexe 7 : Compte-rendu de délibération du Comité de Protection des Personnes Nord Ouest

IV

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif

	Code :	Informant n°..
	Anamnèse	
1	Sexe	
2	Profession avant l'incarcération	
3	Statut marital	
4	A-t-il des enfants ?	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <p>Enfant 1 : _____</p> <p>Enfant 2 : _____</p> <p>Enfant 3 : _____</p> <p>Enfant 4 : _____</p> <hr/>

5	Combien sont à sa charge ?	<hr/>
6	Certains de ses enfants sont-ils placés ?	<hr/>
Histoire Judiciaire		
7	Motif de l'incarcération :	
8	Début de peine :	Fin de peine :
9	Le patient-détenu est-il permissionnable?	OUI – NON
9a	Si OUI, a-il obtenu des persmissions ?	OUI – NON

9b	Quel retour a-t-il fait de sa/ses permission(s) ?	
10	Le patient-détenu est-il conditionnable ?	OUI – NON
10a	Si OUI, a-t-il fait une demande de conditionnelle ?	OUI – NON
10b	Cela a-t-il été accepté ?	OUI – NON
10c	En cas de refus : comment l'a-t-il vécu ? (quel retour avez-vous eu ?)	
11	A-t-il fait une demande d'aménagement de peine ?	OUI – NON
11a	Cela a-t-il été accepté ?	OUI – NON

11b	<p>En cas de refus : comment l'a-t-il vécu ? (quel retour avez-vous eu ?)</p>	
12	<p>Est-il impliqué dans un projet de réinsertion ?</p>	OUI – NON
12a	<p>Quel est son projet de fin de peine ? (logement/travail/famille)</p>	
13	<p>Le patient-détenu a-t-il fait l'objet de mesures disciplinaires ?</p>	OUI – NON

13a	<p>Si OUI, <i>combien de fois ? pour quel motif ?</i></p> <p><i>pour quelle durée ?</i></p>	
13b	Y-a-t-il eu une levée de la mesure disciplinaire ?	OUI – NON
13c	Si OUI, pourquoi ?	
14	Le patient-détenu a-t-il fait l'objet de mesure d'isolement ?	OUI – NON
14a	<p>Si OUI, <i>combien de fois ? pour quel motif ? pour quelle durée ?</i></p>	
14b	Y-a-t-il eu une levée de la mesure d'isolement ?	OUI – NON

14c	Si OUI, pourquoi ?	
15	A-t-il des contacts avec l'extérieur ?	OUI – NON
16	Y-a-t-il eu des antécédents de comportements hétéroagressifs :	OUI – NON
16a	<i>envers les codétenus ?</i>	OUI – NON
16b	<i>Quels comportements ?</i>	
16c	<i>envers l'AP ?</i>	OUI – NON
16d	<i>Quels comportements ?</i>	

16e	<i>envers le SPIP ?</i>	OUI – NON
16f	<i>Quels comportements ?</i>	
16g	<i>envers les personnels de l'UCSA/SMPR ?</i>	OUI – NON
16h	<i>Quels comportements ?</i>	
16i	<i>envers d'autres personnes ?</i>	OUI – NON
16j	Si OUI, <i>Envers qui ?</i>	
16k	<i>Quels comportements ?</i>	

17	Y-a-t-il eu des antécédents de passage à l'acte auto-agressif (par exemple grève de la faim) ?	OUI – NON
17a	Si OUI, lesquels ?	
17b	<i>Pour quelles raisons ?</i>	
18	Y-a-t-il eu des signalements?	OUI – NON

18a	Si OUI, <i>pourquoi ?</i>	
Histoire Médicale		
19	A-t-il un suivi psychiatrique ?	OUI – NON
19a	<i>Etait-ce à sa demande ?</i>	OUI – NON
19b	<i>Durée du suivi</i>	_____

19c	<i>Y-a-t-il eu un arrêt dans le suivi ?</i>	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
20	A-t-il un suivi avec un psychologue ?	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p>
20a	<i>Etait-ce à sa demande ?</i>	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p>
20b	<i>Durée du suivi</i>	<hr/>
20c	<i>Y-a-t-il eu un arrêt dans le suivi ?</i>	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <hr/>

		<hr/> <hr/>
21	A-t-il un traitement psychiatrique ?	OUI – NON <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
22	A-t-il un autre traitement ?	OUI – NON <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

23	Souffre-t-il d'une maladie somatique ?	OUI – NON <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
24	Souffre-t-il d'une pathologie mentale ?	OUI – NON <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<u>Avant l'incarcération :</u>	
25	A-t-il été hospitalisé en milieu général ?	OUI – NON

25a	Si OUI, quand ? <i>Pour quelles raisons ?</i> <i>Combien de temps ?</i>	
25b	<i>Comment cela a-t-il été vécu ?</i>	
26	A-t-il été hospitalisé en milieu psychiatrique ?	OUI – NON

26a	<p>Si OUI, quand ?</p> <p><i>Pour quelles raisons ?</i></p> <p><i>Combien de temps ?</i></p>	
26b	<p><i>Comment cela a-t-il été vécu ?</i></p>	
	<p><u>Durant l'incarcération :</u></p>	
27	<p>A-t-il été hospitalisé en milieu général ?</p>	<p>OUI – NON</p>

27a	<p>Si OUI, quand ?</p> <p><i>Pour quelles raisons ?</i></p> <p><i>Combien de temps ?</i></p>	
27b	<p><i>Comment cela a-t-il été vécu ?</i></p>	
28	<p>A-t-il été hospitalisé en milieu psychiatrique ?</p>	<p>OUI – NON</p>
28a	<p>Si OUI, quand ?</p> <p><i>Pour quelles raisons ?</i></p> <p><i>Combien de temps ?</i></p>	

28b	<i>Comment cela a-t-il été vécu ?</i>	
Facteurs psychologiques		
29	A-t-il déjà redouté ou a-t-il déjà été gêné d'être le centre de l'attention ?	OUI – NON
30	A-t-il déjà eu peur d'être humilié dans certaines situations sociales comme lorsqu'il devait prendre la parole devant un	OUI – NON
30a	<i>Pouvez-vous donner un ou des exemples de situations ?</i>	

	<u>Au quotidien :</u>	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
31	Se sent-il de bonne humeur ? Etait-il aimable ?	1	2	3	4
32	Se sent-il nerveux ?	1	2	3	4
33	Semble-t-il vouloir être aussi heureux que les autres semblent l'être ?	1	2	3	4
34	Est-il content de lui ?	1	2	3	4
35	Exprime-t-il un sentiment d'échec ?	1	2	3	4
36	Se sent-il reposé ?	1	2	3	4

37	A-t-il tout son sang-froid ?	1	2	3	4
38	A-t-il l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point qu'il ne pouvait plus les surmonter ?	1	2	3	4
39	S'inquiète-t-il à propos de choses sans importance ?	1	2	3	4
40	Est-il heureux ?	1	2	3	4
41	A-t-il des pensées qui le perturbent ?	1	2	3	4
42	Manque-t-il de confiance en lui ?	1	2	3	4

43	Se sent-il sans inquiétude, en sécurité, en sûreté ?	1	2	3	4
44	Prend-il facilement des décisions ?	1	2	3	4
45	Se sent-il incompetent, pas à la hauteur ?	1	2	3	4
46	Est-il satisfait ?	1	2	3	4
47	A-t-il des idées sans importance qui trottent dans sa tête qui le dérangent ?	1	2	3	4
48	Prend-il les déceptions tellement à cœur qu'il les oublie difficilement ?	1	2	3	4
49	Est-il une personne posée, solide, stable ?	1	2	3	4

50	Devient-il tendu et agité quand il réfléchissait à ses soucis ?	1	2	3	4
51	A-t-il souvent fait des choses de manière impulsive ?	OUI – NON			
51a	<i>Quel genre de choses ?</i>				
51b	<i>Cela arrivait-il souvent ?</i>				
52	A-t-il brusquement changé sa façon de se considérer et changé ses buts de vie ?	OUI – NON			

52a	<i>Pouvez-vous me donner des exemples ?</i>	
53	A-t-il de nombreux et brusques changements d'humeur ?	OUI – NON
53a	<i>Pouvez-vous m'en dire plus ?</i>	
54	Ses humeurs changent-elles rapidement?	OUI – NON

55	A-t-il souvent des accès de colère ou se met-il tellement en colère qu'il en perd le contrôle de lui même ?	OUI – NON
55a	<i>Pouvez-vous m'en dire plus ?</i>	
56	Frappe-t-il les gens ou jette-t-il des objets lorsqu'il se met en colère ?	OUI – NON
56a	<i>Pouvez-vous m'en dire plus ?</i>	

56b	<i>Cela arrive-t-il souvent ?</i>	
57	Est-ce que même de petites choses peuvent le mettre très en colère ?	OUI – NON
57a	<i>Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</i>	
57b	<i>Quand cela arrive-t-il ?</i>	

57c	<i>Cela arrive-t-il souvent ?</i>	
58	Pense-t-il qu'il est inutile de suivre certains règlements ou règles sociales qui ne lui convient pas ?	OUI – NON
58a	<i>Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</i>	
59	Lui a-t-on déjà dit qu'il était têtu ou rigide ?	OUI – NON
60	Est-il souvent de mauvaise humeur et susceptible de se disputer ?	OUI – NON
61	A-t-il habituellement le sentiment d'être malheureux ou que la vie n'était pas gaie ?	OUI – NON

62	A-t-il une mauvaise opinion de lui-même, pensant qu'au fond il n'était pas à la	OUI – NON
63	Dit-il souvent du mal de lui-même ?	OUI – NON
64	Se sent-il coupable des choses qu'il ait pu faire ?	OUI – NON
64a	<i>De quoi se sent-il coupable ?</i>	
<u>Pendant l'incarcération :</u>		
65	Y-a-t-il eu une période où il était particulièrement triste, cafardeux, déprimé ?	OUI – NON
66	Y-a-t-il eu une période où il a exprimé le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt pour les choses qui lui plaisaient	OUI – NON

67	Y-a-t-il eu une période où son appétit avait notablement changé ?	OUI – NON
68	Y-a-t-il eu une période où il avait des problèmes de sommeil ?	OUI – NON
68a	<i>Si OUI, précisez quelles difficultés ?</i>	
69	Y-a-t-il eu une période où il se sentait fatigué, sans énergie ?	OUI – NON
70	Y-a-t-il eu une période où il se sentait coupable ou sans valeur ?	OUI – NON
71	Y-a-t-il eu une période où il avait du mal à se concentrer ou à prendre des décisions ?	OUI – NON

72	Y-a-t-il eu une période où il avait eu à plusieurs reprises des idées noires ou a-t-il pensé à se faire du mal ?	OUI – NON
	<u>Au cours des deux dernières semaines :</u>	
73	Etait-il particulièrement triste, cafardeux, déprimé ?	OUI – NON
74	A-t-il exprimé le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt	OUI – NON
75	Son appétit a-t-il notablement changé ?	OUI – NON
76	A-t-il eu des problèmes de sommeil ?	OUI – NON

76a	<i>Si OUI, précisez quelles difficultés ?</i>	
77	Se sentait-il fatigué, sans énergie ?	OUI – NON
78	Se sentait-il coupable ou sans valeur ?	OUI – NON
79	Avait-il du mal à se concentrer ou à prendre des décisions ?	OUI – NON
80	A-t-il eu à plusieurs reprises des idées noires ou a-t-il pensé à se faire du mal ?	OUI – NON
Facteurs psychiatriques		
81	A-t-il déjà eu l'impression que quelqu'un l'espionnait, complotait contre lui, ou bien encore que l'on essayait de lui faire du mal ?	OUI – NON

82	<p>A-t-il déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre ses pensées ou qu'il pouvait lire ou entendre les pensées des autres ?</p>	OUI – NON
83	<p>A-t-il déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à lui introduisait dans sa tête des pensées étranges qui n'étaient pas les siennes ? A-t-il déjà eu l'impression d'être possédé ?</p>	OUI – NON
84	<p>A-t-il déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à lui à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes qu'il ne connaissait pas personnellement s'intéressaient particulièrement à lui ?</p>	OUI – NON

85	A-t-il déjà eu des idées que ses proches considéraient comme étrange ou hors de la réalité ?	OUI – NON
86	Lui est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre comme des voix ?	OUI – NON
Evènements de vie traumatiques		
87	A-t-il vécu, ou été le témoin, ou eu à faire face à un évènement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes, ou lui-même ou d'autres personnes ont été menacées de morts ou grièvement blessées ?	
	<u>Avant l'incarcération :</u>	

88	Savez-vous s'il a vécu un deuil ?	OUI – NON
88a	<i>Si OUI, qui ?</i>	
88b	<i>Quand ?</i>	
88c	<i>Cela a-t-il nécessité un suivi psychologique/psychiatrique ?</i>	
	<u>Durant l'incarcération :</u>	
89	Savez-vous s'il a vécu un deuil ?	OUI – NON
89a	<i>Si OUI, qui ?</i>	

89b	<i>Quand ?</i>	
89c	<i>Cela a-t-il nécessité un suivi psychologique/psychiatrique ?</i>	
90	A-t-il été maltraité durant l'enfance ?	OUI – NON
90a	<i>Si OUI, s'agissait-il de violence physique ?</i>	
90b	<i>De violence verbale ?</i>	
90c	<i>De violence sexuelle ?</i>	

90d	<i>Cela a-t-il fait l'objet d'une plainte ?</i>	
90e	<i>Cela a-t-il nécessité un suivi psychologique/psychiatrique ?</i>	
91	Y a-t-il des moments dans l'année où il semblait plus nerveux, plus tendu, ou plus triste ?	
Antécédents de Dépendance		
92	Y avait-il des personnes dans la famille qui ont ou avaient des problèmes d'alcool ?	OUI – NON
93	La ou les personnes ont-elles été soignées pour cela ?	OUI – NON
94	A-t-il lui aussi des problèmes d'alcool ?	OUI – NON

95	A-t-il été suivi pour cela avant l'incarcération ?	OUI – NON
96	A-t-il été suivi pour cela pendant l'incarcération ?	OUI – NON
97	<p>Y a-t-il des personnes dans la famille qui consomment ou ont consommé des substances illicites ?</p> <p>Si OUI, avec quel(s) produit(s) ?</p>	OUI – NON
98	La ou les personnes ont-elles été soignées pour cela ?	OUI – NON
99	A-t-il lui aussi des problèmes d'abus de substance ?	OUI – NON

	Si OUI, avec quel(s) produit(s) ?	
100	A-t-il été suivi pour cela avant l'incarcération ?	OUI – NON
101	A-t-il été suivi pour cela pendant l'incarcération ?	OUI – NON
102	A-t-il d'autres dépendances ? (par ex : jeux vidéos)	OUI – NON
Relations Interpersonnelles		
103	Comment pourriez-vous le décrire en tant que personne ?	

104	Qui sont les personnes importantes dans sa vie ? (<i>Famille et amis</i>)	
105	Fait-il des choses que vous ou d'autres personnes trouvaient dérangeantes ?	
106	Est-il réservé même avec des personnes dont il est proche ?	
106 a	<i>Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</i>	
107	A-t-il peur que l'on se moque de lui ?	

108	Crain-t-il souvent d'être critiqué ou rejeté dans certaines situations sociales ?	
109	Pourriez-vous me donner quelques exemples de situations dans lesquelles il a exprimé ses craintes ?	
110	Passe-t-il beaucoup de temps à s'inquiéter à ce sujet ?	

111	A-t-il besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré par les autres avant de pouvoir prendre des décisions de la vie quotidienne ?	
111 a	<i>Pouvez-vous me donner des exemples de décisions pour lesquelles il cherchait avoir un conseil ou cherchait à être rassuré ?</i>	
112	A-t-il besoin que d'autres personnes assument à sa place les responsabilités dans des domaines importants de sa vie ?	

113	Se sent-il habituellement mal à l'aise lorsqu'il était seul ?	
114	A-t-il souvent le sentiment que les autres ne le comprenaient pas ou n'appréciaient pas ce qu'il faisait à sa juste valeur ?	
115	Y a-t-il très peu de personnes dont il se sentait vraiment proche en dehors de la famille directe ?	

116	De quelles personnes se sent-il proche ?	
117	Se sent-il souvent tendu lorsqu'il est avec d'autres personnes ?	
118	Cela est-il important pour lui d'avoir des relations intimes avec les autres ?	

119	Préfère-t-il, presque toujours, faire les choses seul plutôt qu'avec d'autres personnes ?	
120	Est-il totalement indifférent à ce que les autres pensent de lui ?	
121	Les autres lui ont-ils déjà reproché de ne pas faire attention à leurs sentiments ?	

121 a	<i>Savez-vous qui lui aurait déjà reproché cela ?</i>	
121 b	<i>Pour quelles raisons ?</i>	
122	Est-ce que ses relations avec les personnes qu'il aime vraiment ont connu beaucoup de haut et de bas ?	

122 a	<i>Savez-vous avec qui ?</i>	
122 b	<i>Quelle était la nature de leur relation ?</i>	
	<u>Investigation autour de la famille d'origine :</u>	
123	Ses parents sont-ils :	Toujours ensemble – Séparés/Divorcés – Non connus
124	Par qui a-t-il été élevé ?	

125	<p><i>Avec son père ou substitut :</i></p> <p>Est-il :</p>	<p>Vivant – Décédé – Non connu</p>
126	<p>Quelles étaient les relations avant l’incarcération ?</p>	
127	<p>Quelles sont les relations durant l’incarcération ?</p>	
128	<p>Ont-ils des contacts ?</p> <p><i>Au téléphone ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Par courrier ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p>	<p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/>

	<p><i>Au parloir ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p>	<p>OUI – NON</p> <hr/>
129	<p><i>Avec sa mère ou substitut :</i></p> <p>Est-elle :</p>	<p>Vivante – Décédée – Non connue</p>
130	<p>Quelles étaient les relations avant l'incarcération ?</p>	
131	<p>Quelles sont les relations durant l'incarcération ?</p>	

132	<p>Ont-ils des contacts ?</p> <p><i>Au téléphone ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Par courrier ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Au parler ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p>	<p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/>
133	<p>Avec ses frères et sœurs :</p> <p>A-t-il des frères et sœurs ?</p> <p>Si OUI, combien ?</p> <p>Quelle est sa place dans la fratrie ?</p>	<p>OUI – NON</p> <hr/> <hr/> <hr/>

134	Quelles étaient les relations avant l'incarcération ?	
135	Quelles sont les relations durant l'incarcération ?	
136	Ont-ils des contacts ? <i>Au téléphone ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i> <i>Par courrier ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i> <i>Au parloir ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i>	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/>

	<u>Investigation de la famille avec le/la partenaire :</u>	
137	Depuis combien de temps est-il marié/en couple ?	
138	A-t-il déjà été marié auparavant ?	OUI – NON
139	<i>Avec sa femme/son mari</i> Quelles étaient les relations avant l'incarcération ?	
140	Quelles sont les relations durant l'incarcération ?	

141	<p>Ont-ils des contacts ?</p> <p><i>Au téléphone ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Par courrier ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Au parloir ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p>	<p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/>	
142	<p><i>Avec ses enfants :</i></p> <p>Quelles étaient les relations avant l’incarcération ?</p>		

143	Quelles sont les relations durant l'incarcération ?		
144	Ont-ils des contacts ? <i>Au téléphone ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i> <i>Par courrier ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i> <i>Au parloir ?</i> <i>A quelle fréquence ?</i>	<p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OUI – NON</p> <hr/>	
	<u>Autres relations :</u>		

145	A-t-il des amis ?	
146	Quelles étaient les relations avant l'incarcération ?	
147	Quelles sont les relations durant l'incarcération ?	

<p>148</p>	<p>Ont-ils des contacts ?</p> <p><i>Au téléphone ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Par courrier ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p> <p><i>Au parloir ?</i></p> <p><i>A quelle fréquence ?</i></p>	<p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/> <p>OUI – NON</p> <hr/>
<p>149</p>	<p><i>Avec ses codétenus :</i></p> <p>Quelles sont les relations durant l’incarcération ?</p>	
<p>150</p>	<p>A-t-il déjà fait l’objet de menaces, de pressions en détention ?</p>	

Antécédents suicidaires		
151	A-t-il déjà commis une/des TS ?	OUI – NON
152	Si OUI, combien ? <i>Quand ?</i> <i>Comment ?</i>	
153	A-t-il déjà exprimé des idées suicidaires ?	OUI – NON

153 a	<p>Si OUI, quand ?</p> <p><i>A qui ?</i></p> <p><i>Avait-il été reçu par l'équipe médicale ?</i></p>	
154	<p>A-t-il déjà exprimé des menaces de mort ?</p>	OUI – NON
154 a	<p>Si OUI, quand ?</p> <p><i>A qui ?</i></p> <p><i>Comment ?</i></p> <p><i>Avait-il été reçu par l'équipe médicale ?</i></p>	
<p>Informations sur le geste suicidaire</p>		

155	A-t-il exprimé des idées suicidaires ?	OUI – NON
156	A-t-il exprimé des menaces de mort ?	OUI – NON
157	A-t-il exprimé une planification du geste suicidaire ?	OUI – NON
158	A-t-il été reçu par l'UCSA/SMPR ?	OUI – NON

159	A quel moment de la peine le suicide a-t-il eu lieu ?	
160	A quel moment de la journée le suicide a-t-il eu lieu ?	

Annexe 2 : Lettre d'informations pour les participants-détenus



**Lettre d'Information pour les participants à la recherche intitulée
« Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique » (SCAP)**

Promoteur

Université Charles de Gaulle/ Lille 3

Investigateurs coordonateur et scientifique

Madame Claire DUCRO (Maître de Conférences)

Monsieur Jean-Louis NANDRINO (Professeur)

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à notre étude intitulée « SCAP ». Nous vous apportons par cette présente lettre une présentation de la recherche, qui tente de répondre aux différentes questions que vous pourriez vous poser et aux différentes informations que vous demanderiez.

1. Quelle est cette recherche ?

Il s'agit d'un partenariat entre le laboratoire SCALab de l'Université Lille 3 et l'U.S. (Unité Sanitaire) du Centre de Détention de Bapaume, attachée au Centre Hospitalier d'Arras. Cette recherche porte sur la question du suicide en prison. Il paraît important de pouvoir approfondir nos connaissances sur le suicide en prison, mais également sur le vécu de la détention par le patient-détenu. Nous vous proposons de participer à cette recherche sur le suicide en prison afin de nous rapprocher au plus près de ce que vous et vos proches êtes en train de vivre. Les objectifs sont à la fois préventifs et thérapeutiques, et visent à développer auprès des patients-détenus, ainsi que de leurs familles, une aide et un soin adaptés leurs besoins.

2. Comment se déroule-t-elle ?

La particularité de cette recherche réside dans le fait que vous ne serez pas interrogé.

Avec votre autorisation, nous aurons accès aux dossiers médical et pénal et nous allons interroger les personnes vous accompagnant durant votre incarcération. C'est-à-dire que nous mènerons quatre entretiens, chacun d'une durée moyenne d'1h auprès de votre psychologue référent, de votre C.P.I.P. référent, ainsi qu'auprès de deux de vos proches (famille ou amis). Durant ces entretiens, nous allons leur poser des questions sur ce que vous avez vécu et vivez actuellement. Nous, nous reverrons une fois que tous les entretiens seront terminés afin de débriefier.

3. Y-a-t-il des bénéfices ?

Vous ne tirerez pas de bénéfices personnels en participant à cette recherche. Cependant, votre participation va nous aider à élargir notre vision du suicide en prison.

4. Y-a-t-il des risques ?

Il n'y a priori pas de risques liés au protocole. Cependant, les différents entretiens peuvent provoquer un certain inconfort psychologique. Dans ce cas-là, n'hésitez pas à l'évoquer avec l'investigateur. Un lien avec votre médecin traitant ou avec toute autre structure de soin pourra être effectué à votre demande et si vous le souhaitez.

5. Quelles sont les conditions de participation ?

Pour que nous puissions vous interroger, vous devez être majeur et affilié à un régime obligatoire d'Assurance Maladie ou ayant droit d'un assuré social.

Pour les femmes, vous ne devez pas être enceinte pour pouvoir participer à cette recherche.

6. Quels sont mes droits en tant que participant à cette recherche ?

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous rétracter et revenir sur votre décision à tout moment, sans avoir à nous en donner la raison.

Dans un souci de stricte confidentialité, les données recueillies seront anonymes. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du professionnel qui vous a proposé de participer à cette recherche.

À votre demande, nous pourrions vous transmettre les résultats globaux de la recherche par courrier ou par mail lorsqu'elle sera terminée.

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette recherche.

Contacts

Monsieur Julien ELOIR, psychologue clinicien à l'US du Centre de Détention de Bapaume / Doctorant au sein du laboratoire SCALab, Université de Lille 3.

Laboratoire SCALab
Université Charles-de-Gaulle Lille III
Domaine Universitaire du Pont de Bois
BP 149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex

Mail : jxxxxxxx@gmail.com

Merci de signer cette Lettre d'information (fournie en trois exemplaires) afin d'attester si vous l'avez lu et comprise. En cas d'accord pour participer à cette recherche, merci de vous rapporter au document suivant intitulé « Formulaire de consentement ».

<i>Investigateur</i>	<i>Participant</i>
<i>Date :</i>	<i>Date :</i>

Annexe 3 : Formulaire de consentement pour les participants-détenus



Formulaire de Consentement libre et éclairé pour les participants à la recherche intitulée « Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique» (SCAP)

Promoteur

Université Charles de Gaulle/ Lille 3

Investigateurs coordonateur et scientifique

Madame Claire DUCRO (Maître de Conférences)

Monsieur Jean-Louis NANDRINO (Professeur)

Je, soussigné(e) _____,
certifie donner mon accord pour participer à la recherche intitulée « Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique ».

J'accepte volontairement et librement de participer à cette étude et je comprends que :

- Ma participation n'est pas obligatoire,
- Ma participation autorise l'accès à mes dossiers (médical et pénal),
- Ma participation autorise à ce que les personnes 1 et 2 citées ci-dessous soient contactées pour la recherche,
- Il n'y a pas d'avantage directs ou de bénéfices découlant de ma participation,
- Ma participation contribue à l'avancement des connaissances scientifiques sur le suicide carcéral,
- Il n'y a pas, a priori, de risques liés au protocole,
- Pour participer à cette recherche, je dois être majeur et assuré social,
- Je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela ne me porte préjudice,
- Si je le souhaite, je peux être mis au courant des résultats globaux de la recherche.

Personne 1 à contacter pour la recherche :

Personne 2 à contacter pour la recherche :

Investigateur

Fait à _____

Participant

Fait à _____

Annexe 4 : Lettre d'informations pour les informants « Proches »



**Lettre d'Information pour les participants à la recherche intitulée
« Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique » (SCAP)**

Promoteur

Université Charles de Gaulle/ Lille 3

Investigateurs coordonateur et scientifique

Madame Claire DUCRO (Maître de Conférences)

Monsieur Jean-Louis NANDRINO (Professeur)

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à notre étude intitulée « SCAP ». Nous vous apportons par cette présente lettre une présentation de la recherche, qui tente de répondre aux différentes questions que vous pourriez vous poser et aux différentes informations que vous demanderiez.

1. Quelle est cette recherche ?

Il s'agit d'un partenariat entre le laboratoire SCALab de l'Université Lille 3 et l'U.S. (Unité Sanitaire) du Centre de Détention de Bapaume, attachée au Centre Hospitalier d'Arras. Cette recherche porte sur la question du suicide en prison. Il paraît important de pouvoir approfondir nos connaissances sur le suicide en prison, mais également sur le vécu de la détention par le patient-détenu. Nous vous proposons de participer à cette recherche afin de nous rapprocher au plus près de ce que vous et votre proche incarcéré avez vécu. Les objectifs sont à la fois préventifs et thérapeutiques, et visent à développer auprès des patients-détenus, ainsi que de leurs familles, une aide et un soin adaptés leurs besoins.

2. Comment se déroule-t-elle ?

Nous allons programmer un entretien (d'une durée moyenne d'1h). Cet entretien se fera par téléphone. Nous allons revenir ensemble sur différents domaines de la vie de votre proche. À la fin de l'entretien, nous débrièferons, c'est-à-dire que s'il y a des thèmes qui ont été difficiles à aborder, n'hésitez pas à en parler.

3. Y-a-t-il des bénéfices ?

Vous ne tirerez pas de bénéfices personnels en participant à cette recherche. Cependant, votre participation va nous aider à élargir notre vision du suicide en prison.

4. Y-a-t-il des risques ?

Il n'y a priori pas de risques liés au protocole. Cependant, les différents entretiens peuvent provoquer un certain inconfort psychologique. Dans ce cas-là, n'hésitez pas à l'évoquer avec l'investigateur. Un lien avec votre médecin traitant ou avec toute autre structure de soin pourra être effectué à votre demande et si vous le souhaitez.

5. Quelles sont les conditions de participation ?

Pour que nous puissions vous interroger, vous devez être majeur et affilié à un régime obligatoire d'Assurance Maladie ou ayant droit d'un assuré social.

Pour les femmes, vous ne devez pas être enceinte pour pouvoir participer à cette recherche.

6. Quels sont mes droits en tant que participant à cette recherche ?

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous rétracter et revenir sur votre décision à tout moment, sans avoir à nous en donner la raison.

Dans un souci de stricte confidentialité, les données recueillies seront anonymes. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du professionnel qui vous a proposé de participer à cette recherche.

À votre demande, nous pourrions vous transmettre les résultats globaux de la recherche par courrier ou par mail lorsqu'elle sera terminée.

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette recherche.

Contacts

Monsieur Julien ELOIR, psychologue clinicien à l'US du Centre de Détention de Bapaume / Doctorant au sein du laboratoire SCALab, Université de Lille 3.

Laboratoire SCALab

Université Charles-de-Gaulle Lille III
Domaine Universitaire du Pont de Bois
BP 149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex

Mail : jxxxxxxx@gmail.com

Téléphone : 06.xx.xx.xx.xx

Merci de signer cette Lettre d'information (fournie en trois exemplaires) afin d'attester si vous l'avez lu et comprise. En cas d'accord pour participer à cette recherche, merci de vous rapporter au document suivant intitulé « Formulaire de consentement ».

Investigateur

Date :

Participant

Date :

Annexe 5 : Lettre d'informations pour les informants Psychologues



**Lettre d'Information pour les participants à la recherche intitulée
« Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique » (SCAP)**

Promoteur

Université Charles de Gaulle/ Lille 3

Investigateurs coordonateur et scientifique

Madame Claire DUCRO (Maître de Conférences)

Monsieur Jean-Louis NANDRINO (Professeur)

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à notre étude intitulée « SCAP ». Nous vous apportons par cette présente lettre une présentation de la recherche, qui tente de répondre aux différentes questions que vous pourriez vous poser et aux différentes informations que vous demanderiez.

1. Quelle est cette recherche ?

Il s'agit d'un partenariat entre le laboratoire SCALab de l'Université Lille 3 et l'U.S. (Unité Sanitaire) du Centre de Détention de Bapaume, attachée au Centre Hospitalier d'Arras. Cette recherche porte sur la question du suicide en prison. Il paraît important de pouvoir approfondir nos connaissances sur le suicide en prison, mais également sur le vécu de la détention par le patient-détenu. Nous vous proposons de participer à cette étude en tant que professionnel de santé accompagnant ou ayant accompagné le patient-détenu. Nous cherchons à nous approcher au plus proche de ce qu'a vécu le patient-détenu. Les objectifs sont à la fois préventifs et thérapeutiques, et visent à développer auprès des patients-détenus, ainsi que de leurs familles, une aide et un soin adaptés leurs besoins.

2. Comment se déroule-t-elle ?

Nous allons programmer un entretien (d'une durée moyenne d'1h). Durant cet entretien, nous allons revenir ensemble sur différents domaines de la vie du patient-détenu, comme par exemple son histoire judiciaire, ses évènements de vie ou encore ses relations interpersonnelles. Un temps de débriefing sera accordé en fin d'entretien.

3. Y-a-t-il des bénéfices ?

Vous ne tirerez pas de bénéfices personnels en participant à cette recherche. Cependant, votre participation va nous aider à élargir notre vision du suicide en prison.

4. Y-a-t-il des risques ?

Il n'y a priori pas de risques liés au protocole. Cependant, les différents entretiens peuvent provoquer un certain inconfort psychologique. Dans ce cas-là, n'hésitez pas à l'évoquer avec l'investigateur. Un lien avec votre médecin traitant ou avec toute autre structure de soin pourra être effectué à votre demande et si vous le souhaitez.

5. Quelles sont les conditions de participation ?

Pour que nous puissions vous interroger, vous devez être majeur et affilié à un régime obligatoire d'Assurance Maladie ou ayant droit d'un assuré social.

Pour les femmes, vous ne devez pas être enceinte pour pouvoir participer à cette recherche.

6. Quels sont mes droits en tant que participant à cette recherche ?

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous rétracter et revenir sur votre décision à tout moment, sans avoir à nous en donner la raison.

Dans un souci de stricte confidentialité, les données recueillies seront anonymes. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du professionnel qui vous a proposé de participer à cette recherche.

À votre demande, nous pourrions vous transmettre les résultats globaux de la recherche par courrier ou par mail lorsqu'elle sera terminée.

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette recherche.

Contacts

Monsieur Julien ELOIR, psychologue clinicien à l'US du Centre de Détention de Bapaume / Doctorant au sein du laboratoire SCALab, Université de Lille 3.

Laboratoire SCALab
Université Charles-de-Gaulle Lille III
Domaine Universitaire du Pont de Bois
BP 149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex

Mail : jxxxxxxxx@gmail.com

Merci de signer cette Lettre d'information (fournie en trois exemplaires) afin d'attester si vous l'avez lu et comprise. En cas d'accord pour participer à cette recherche, merci de vous rapporter au document suivant intitulé « Formulaire de consentement ».

Investigateur

Date :

Participant

Date :

Annexe 6 : *Formulaire de Consentement pour les informants*



Formulaire de Consentement libre et éclairé pour les participants à la recherche intitulée « Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique» (SCAP)

Promoteur

Université Charles de Gaulle/ Lille 3

Investigateurs coordonateur et scientifique

Madame Claire DUCRO (Maître de Conférences)

Monsieur Jean-Louis NANDRINO (Professeur)

Je, soussigné(e) _____,
certifie donner mon accord pour participer à la recherche intitulée « Suicide Carcéral et Autopsie Psychologique ».

J'accepte volontairement et librement de participer à cette étude et je comprends que :

- Ma participation n'est pas obligatoire,
- Il n'y pas d'avantage directs ou de bénéfices découlant de ma participation,
- Ma participation contribue à l'avancement des connaissances scientifiques sur le suicide carcéral,
- Il n'y a pas, a priori, de risques liés au protocole,
- Pour participer à cette recherche, je dois être majeur et assuré social,
- Je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela ne me porte préjudice,
- Si je le souhaite, je peux être mis au courant des résultats globaux de la recherche.

Investigateur

Fait à _____

Participant

Fait à _____

*Annexe 7 : Compte-rendu de délibération du Comité de Protection des
Personnes Nord Ouest IV*

Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV

Président : F. VASSEUR
Vice-Président : S. DUHEM
Secrétaire Général : Y. VENDEL

Lille, le 28 avril 2017

Membres titulaires :

R. BEUSCART
S. COSTA
A. De BOUVET
X. LABBEE
R. MATIS
P. ODOU
G. MARCHAL
J.L. CHARDRON
N. MESSAADI
S. BONTEMPS
L. WILLIATTE-PELLETERI

Mr le Professeur NANDRINO
Université de Lille
SCALab UMR CNRS 9193
BP 60 149
59653 VILLENEUVE D'ASCQ
Cedex

Membres suppléants :

M. DE MEDEIROS
M. FOULARD
P. MACIAG
C. THERY
F. DANICOURT-BARRIER
T. DANEL
M-C. DALLE
G. BOLET
L. DELASSUS
F. ASKEVIS - LEHERPEUX
A-F. GERME
S. SION

**COMPTE RENDU DE DELIBERATION : REPONSES AUX REMARQUES
AVIS FAVORABLE**

Référence à rappeler dans toute correspondance : CPP 16/45
N° enregistrement: 2016 A01210 51
Intitulé du projet : « Suicide carcéral et autopsie psychologique »
Promoteur : Université de Lille III
Investigateur: Pr NANDRINO
Référence des documents étudiés:
Courrier du Pr Nandrino daté du 30/03/2017
Courriel du Pr Nandrino du 06/04/2017
**Lettre d'information pour les patients-détenus Suicidants et Contrôles
version 2 du 27/03/2017**
**Lettre d'information pour les participants-informants « proches » du groupe
Suicidants et Contrôles version 2 du 27/03/2017**
**Lettre d'information pour les participants-informants « proches » du groupe
« Suicidés » version 2 du 27/03/2017**
**Lettre d'information pour les participants-informants Psychologues et CPIP
version 2 du 27/03/2017**

Date de la réunion : jeudi 27 avril 2017

Membres présents :

Mme ASKEVIS-LEHERPEUX - Représentant des Psychologues
Mr DANEL- Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche biomédicale
Mr DUHEM – Représentant des Psychologues
Mr FOULARD – Représentant en matière d’Ethique
Mme DELASSUS - Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche Biomédicale
Mr VASSEUR – Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche Biomédicale-
biostatistique
Mme BOLET - Représentant en matière juridique

Secrétariat :

Marie Noëlle Raux
Bâtiment ex USNB
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE
CS70001
59037 LILLE Cedex

Cher Confrère,

Le Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV, lors de sa réunion du jeudi 27 avril 2017, dans le cadre de la procédure allégée article R1123-23 du code de santé publique a pris connaissance des documents concernant l'étude citée en référence.

Je vous rappelle que le Comité de Protection des Personnes avait donné un avis favorable sous réserve lors de sa séance du mardi 07 février 2017.

Le Comité demandait une lettre d'information spécifique destinée aux proches des suicidés. Le Comité demandait également que soient ajoutés dans les notes d'information le nom et le numéro de la personne à contacter en cas de questions.

L'ensemble de ces demandes a été satisfait.

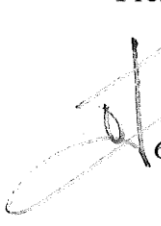
Le CPP Nord Ouest IV donne un avis favorable définitif à la menée de cette étude.

Cette étude est conforme aux articles L1121-1 et L1123-7 du code de la santé publique définissant les conditions de validité de la recherche.

Cet avis a été rendu sans que les membres éventuellement concernés par l'étude aient pris part au vote.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, à l'expression de mes meilleures salutations.

Docteur Francis VASSEUR
Président du CPP Nord Ouest IV


CPP Nord Ouest IV
Le Président
Bâtiment ex USN B (RDC)
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE - CS 70001
59037 LILLE CEDEX