

\_\_\_\_\_ **Rapport de recherche** \_\_\_\_\_

**Étude comparative des rapports  
d'enquête sur le suicide et sur  
l'automutilation chez les  
délinquants sous responsabilité  
fédérale au Canada**

This report is also available in English. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.



**Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation  
chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada**

Jenelle Power  
Service correctionnel du Canada

et

Dana L. Riley  
Service correctionnel du Canada

Service correctionnel du Canada

Mai 2010



## **Remerciements**

Nous aimerions remercier Drury Allen et Melissa Perreault de la Direction des enquêtes sur les incidents, qui nous ont donné accès aux dossiers pour cette étude. Nous voulons aussi remercier Colette Cousineau, Terry Power, Patrick Savoie et Amy Usher, qui ont classé les dossiers. Nous voulons également souligner le travail de Andrew Harris, Amy Usher, Brian Grant, Jennie Mae Thompson, Geoff Wilton et Lynn Stewart, qui nous ont fourni une rétroaction nous ayant grandement éclairés pour la révision des ébauches du présent rapport.



## Résumé

La présente étude s'appuie sur les rapports d'enquête nationale concernant les détenus, 80 hommes et six femmes, dont les cas ont été examinés à la suite d'actes d'automutilation (y compris les tentatives de suicide) ou de suicides survenus entre les exercices 2003-2004 et 2007-2008 pendant qu'ils étaient sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (SCC). Ces détenus ont fait l'objet d'enquêtes de la part de la Direction des enquêtes sur les incidents au SCC et se trouvaient dans les établissements du SCC ou dans la collectivité au moment de l'incident.

L'étude se penche sur le cas de 20 détenus qui se sont mutilés et de 66 qui se sont suicidés. Onze des détenus qui se sont mutilés comptaient de multiples incidents d'automutilation rapprochés dans le temps, ce qui a donné lieu à 51 incidents d'automutilation inclus dans l'étude. La proportion de délinquants autochtones était comparable à leur proportion dans l'ensemble de la population carcérale sous responsabilité fédérale. Les détenus qui avaient des comportements autodestructeurs étaient moins susceptibles de purger une peine de longue durée et d'avoir des antécédents de violence que ceux qui se sont suicidés.

La proportion des incidents d'automutilation qui ont lieu dans les régions des Prairies et du Québec était faible par rapport à la proportion de la population sous la responsabilité du SCC dans ces régions, tandis que la proportion des incidents d'automutilation qui ont lieu dans les régions de l'Atlantique et du Pacifique était plus élevée.

L'utilisation de liens était de loin la méthode la plus couramment utilisée par les délinquants qui se sont suicidés. Pour ce qui est des cas d'automutilation, la méthode la plus courante était aussi l'utilisation de liens, suivie par les coupures. Les incidents d'automutilation étaient plus susceptibles de se produire en isolement, tandis que les suicides avaient surtout lieu dans les cellules au sein de la population carcérale générale. Dans la majorité des cas de suicide et d'automutilation, des événements déclencheurs ont pu être décelés après coup. Cependant, ces événements déclencheurs n'étaient souvent pas considérés comme importants à ce moment-là, et il s'agissait d'événements courants au sein de la population carcérale.

La majorité des détenus qui se sont suicidés et de ceux qui se sont mutilés avaient des antécédents de dépression ou de désespoir ainsi que de comportements autodestructeurs. Environ le tiers de ceux qui se sont suicidés avaient des membres de leur famille ou des amis qui s'étaient suicidés. Les détenus qui se sont mutilés étaient considérablement plus susceptibles de souffrir de troubles psychologiques concomitants que ceux qui se sont suicidés.

Les incidents de suicide et d'automutilation étaient plus fréquents les fins de semaine que durant la semaine. Les incidents d'automutilation avaient plus souvent lieu le soir et l'hiver.

Il faut approfondir la recherche sur le suicide et l'automutilation chez les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral. Les projets de recherche entrepris à la Direction de la recherche porteront sur les facteurs environnementaux et psychologiques associés à ces comportements chez les délinquants.





## Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
Liste des annexes .....	vii
Introduction.....	1
Méthode .....	4
Population .....	4
Matériel .....	5
Façon de procéder .....	6
Analyses .....	6
Résultats .....	7
Profil des délinquants.....	7
Variables associées à l’infraction et à la peine .....	8
Distribution des incidents par région .....	10
Caractéristiques des incidents d’automutilation et de suicide en établissement.....	11
Caractéristiques des incidents de suicide dans la collectivité.....	12
Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles .....	13
Indicateurs des risques liés à la santé mentale et au suicide .....	17
Caractéristiques liées au temps .....	19
Analyse .....	22
Conclusions et orientation future .....	27
Bibliographie.....	29
Annexe : Manuel de codage.....	35



## Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Caractéristiques des délinquants qui se sont mutilés ou qui se sont suicidés entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2008</i> .....	8
Tableau 2 <i>Comparaison des variables associées à l'infraction et à la peine entre les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés</i> .....	9
Tableau 3 <i>Lieu des incidents d'automutilation et de suicide par région</i> .....	10
Tableau 4 <i>Lieu des incidents d'automutilation par région</i> .....	11
Tableau 5 <i>Caractéristiques des incidents d'automutilation et de suicide chez les détenus en établissement</i> .....	12
Tableau 6 <i>Caractéristiques des incidents de suicide dans la collectivité</i> .....	13
Tableau 7 <i>Comparaison des indicateurs de santé mentale entre les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés</i> .....	17
Tableau 8 <i>Diagnostics de problèmes de santé mentale dont ont fait l'objet, l'âge adulte, les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés</i> .....	18



## Liste des figures

<i>Figure 1</i> Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles précédant les incidents d'automutilation ou de suicide dans les établissements.....	15
<i>Figure 2</i> Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles précédant les incidents de suicide dans la collectivité .....	16
<i>Figure 3</i> Nombre de troubles psychologiques diagnostiqués chez les délinquants.....	18
<i>Figure 4</i> Répartition des incidents au fil des mois .....	19
<i>Figure 5</i> Répartition des incidents selon les jours de la semaine .....	20
<i>Figure 6</i> Répartition des incidents selon la période du jour .....	21



## Liste des annexes

Annexe : Manuel de codage.....	35
--------------------------------	----





## Introduction

La réduction des cas d'automutilation et de suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale est une priorité du Service correctionnel du Canada (SCC). En établissement, ces cas présentent un risque pour la sécurité des détenus et du personnel, et nécessitent d'importantes ressources pour les gérer et mener des enquêtes. Le fait de travailler auprès de personnes aux comportements autodestructeurs peut affecter la santé mentale des employés (Favazza, 1998). De plus, la santé physique du personnel peut aussi être compromise en raison du comportement violent que peut adopter un détenu souffrant de troubles émotionnels et du risque accru d'être exposé à des infections transmises par le sang (DeHart, Smith et Kaminski, 2009).

Actuellement, la recherche sur les comportements automutilatoires en milieu correctionnel est limitée, et c'est pourquoi nous en savons peu sur leur prévalence, leur nature, les éléments déclencheurs connexes et les motivations des détenus à cet égard (DeHart et coll., 2009). Même si la documentation existante souligne plusieurs facteurs liés au suicide à l'automutilation chez divers groupes de la population, il faut approfondir la recherche sur les détenus sous responsabilité fédérale au Canada qui se mutilent ou qui s'enlèvent la vie. Une connaissance plus approfondie de ces personnes et des circonstances entourant leurs gestes permettrait d'éclairer les politiques et les pratiques pertinentes et contribuerait à réduire le nombre d'incidents dans le milieu correctionnel.

L'automutilation peut être définie comme toute forme de blessure physique ou de défigurement direct qu'un individu s'inflige délibérément et que la société juge *inacceptable*. (Favazza, 1998, 1999; Simeon et Favazza, 2001; Walsh et Rosen, 1988). Les auteurs utilisent aussi de nombreux autres termes pour parler de comportements semblables ou identiques, notamment automutilation non suicidaire, parasuicide et actes autodestructeurs délibérés. L'expression automutilation non suicidaire est souvent utilisée lorsqu'il est question d'un comportement autodestructeur qui n'est pas associé à une tentative de suicide. Il est cependant souvent difficile de déterminer si la personne qui s'est mutilée tentait de se suicider ou non, particulièrement si on enquête sur les événements *a posteriori*. Pour les besoins de la présente étude, tout acte d'automutilation délibérée n'ayant pas entraîné le décès (y compris les

comportements autodestructeurs non suicidaires et les tentatives de suicide) sera considéré comme de l'automutilation non suicidaire (ANS).

Le comportement autodestructeur non suicidaire est un comportement complexe et déconcertant qui peut prendre de nombreuses formes, entre autres, les coupures, les brûlures, les tentatives de strangulation, les coups sur le corps, le fait d'avaler des objets tranchants ou non digestibles, de s'insérer des objets dans le corps et de les retirer et de se frapper la tête contre une surface dure. Des gestes moins courants mais plus extrêmes ont également été signalés, notamment l'énucléation de l'œil, la castration et l'amputation (Favazza, 1998). Les coupures constituent le comportement autodestructeur non suicidaire le plus courant d'après de nombreuses études sur des populations diverses (p. ex., Briere et Gil, 1998; De Leo et Heller, 2004; Favazza et Conterio, 1989; Heney, 1990; Howard League, 1999; Langbehn et Pfohl, 1993; Nixon, Coultier et Aggarwal, 2002; Rodham, Hawton et Evans, 2004; Shea et Shea, 1991). Dans la population générale, environ 4 % des adultes ont déjà eu un comportement autodestructeur non suicidaire à un moment ou à un autre de leur vie (Briere et Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, et Turkheimer, 2003). Les taux de prévalence de ce comportement dans les établissements correctionnels en général vont de 1 % à 5 % (Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotou, et Xenitidis, 2006; Maden, Chamberlain, et Gunn, 2000; Maden, Swinton, et Gunn, 1994; Smith et Kiminski, 2009; Toch, 1975; ministère de la Justice de l'Australie-Occidentale, 2002).

De nombreux motifs ont été proposés pour expliquer le recours à l'automutilation. On y voit, entre autres, un mécanisme d'adaptation, une réaction dissociative, un moyen d'obtenir des récompenses de l'extérieur et un comportement appris (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998). Chez les populations carcérales, il est encore plus difficile de déterminer les motivations à l'origine du comportement puisqu'il y existe un certain nombre de motivations externes qui n'existent pas dans la société, notamment le besoin d'attirer l'attention du personnel et la volonté de sortir d'une cellule. En effet, les gratifications secondaires d'un comportement autodestructeur sont probablement supérieures dans le milieu carcéral que n'importe où ailleurs, à l'exception du milieu militaire (Haycock, 1989). Plusieurs corrélations associées à l'automutilation ont été cernées chez les délinquants, y compris les troubles psychologiques, les antécédents de mauvais traitements, l'impulsivité, la colère et l'agressivité (Fillmore et Dell, 2000, 2005; Hillbrand, Krystal, Sharpe et Foster, 1994; Liebling, Chipchase et Velangi, 1997; Matsumoto et coll., 2005; Roe-Sepowitz, 2007; Salina, Lesondak, Razzano et Weilbaecher, 2007).

À l'échelle mondiale, 16 décès sur 100 000 sont associés au suicide (OMS, 2009a). Au Canada, 11,3 personnes sur 100 000 s'enlèvent la vie; le taux étant plus élevé chez les hommes (20,7 par 100 000) que chez les femmes (3,7 par 100 000) (OMS, 2009b). Au cours des cinq dernières années, 45 détenus se sont suicidés dans les établissements du SCC, ce qui équivaut à une moyenne de neuf suicides par année (SCC, 2009). Afin de mettre les choses en perspective, précisons que le SCC était responsable d'environ 20 000 délinquants qui étaient sous garde durant au moins une journée au cours de l'exercice 2008-2009<sup>1</sup>. Par conséquent, même s'il y a un risque accru de suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale, il s'agit tout de même d'un incident rare (Bonner, 2000; Daigle, 2007; Liebling, 2002). Au Canada, les taux de suicide sont plus élevés chez les Autochtones que dans la population générale; on peut observer un taux allant jusqu'à 135 suicides pour 100 000 habitants dans certaines collectivités inuites (gouvernement du Canada, 2006). Environ 20 % des détenus sous la responsabilité du SCC qui se suicident sont d'origine autochtone, ce qui est comparable à la proportion de délinquants autochtones incarcérés dans un établissement du SCC (SCC, 2009).

La documentation scientifique fait état de plusieurs facteurs de risque liés au suicide et aux tentatives de suicide chez les détenus, notamment les jours suivant immédiatement la mise en liberté, la surpopulation dans les établissements, l'isolement, les peines de longue durée pour infractions avec violence, les troubles psychiatriques et la toxicomanie (Backett, 1987; Bogue et Power, 1995; Dooley, 1990; DuRand, Burtka, Federman, Haycock et Smith, 1995; Hayes, 1993; Liebling, 1993; Magaletta, Patry, Wheat et Bates, 2008; Marcus et Alcabes, 1993; McDonald et Thomson, 1993; Winkler, 1992).

L'objectif du présent rapport est de mieux comprendre la situation des détenus et les circonstances associées aux incidents graves d'automutilation et au suicide. Une description détaillée des circonstances et des motivations liées à ces comportements peut aider à identifier les détenus à risque et aider les gestionnaires correctionnels à élaborer des stratégies d'intervention pour mieux gérer ces incidents et en réduire le nombre. Puisqu'il est clairement indiqué dans la documentation que les comportements sont distincts, notre hypothèse est qu'il existe des différences quant au profil des détenus qui se mutilent et ceux qui se suicident et aux circonstances entourant les incidents.

---

<sup>1</sup> Système intégré de rapports, Service correctionnel du Canada.

## Méthode

### Population

Aux termes de l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous conditions*, c. 20 (1992), si un délinquant décède ou subit des blessures graves pendant qu'il est sous la garde ou la surveillance du SCC, un rapport d'enquête doit être établi. Une blessure grave est définie de la façon suivante dans la Directive du commissaire 568-1, *Consignation et signalement des incidents de sécurité* (SCC, 2008) :

Blessure qui, selon le personnel des Services de santé, peut mettre la vie d'une personne en danger ou qui entraîne un trouble physique permanent, un défigurement important ou la perte prolongée d'un fonctionnement normal.

Les blessures graves peuvent consister, entre autres, en :

- tout saignement intracrânien, avec ou sans fracture du crâne;
- des fractures des membres, du crâne et du torse;
- toute blessure nécessitant une intervention chirurgicale;
- des blessures qui pénètrent la cavité abdominale et/ou thoracique;
- des blessures qui occasionnent une invalidité neurologique et/ou vasculaire permanente;
- des blessures qui réduisent l'habileté du délinquant à effectuer des activités de la vie quotidienne (p. 10).

En cas d'incident, les professionnels de la santé qui traitent directement avec le délinquant (c.-à-d. les fournisseurs de soins de santé en établissement ou ceux qui travaillent auprès des délinquants sous surveillance dans la collectivité) déterminent s'il correspond à cette définition. D'autres incidents n'exigeant pas la tenue d'une enquête peuvent tout de même faire l'objet d'une investigation à la discrétion de la Direction des enquêtes sur les incidents. À titre d'exemple, un cas d'automutilation qui n'est pas reconnu pour causer des blessures graves fait souvent l'objet d'une enquête s'il s'agit d'un comportement répété sur une courte période (c.-à-d. qu'un schème de comportement est établi) ou si la gravité des blessures que s'inflige le détenu est croissante. Tous les décès et donc tous les suicides font l'objet d'une enquête par le SCC. Compte tenu des critères utilisés pour déterminer quels incidents seront examinés plus attentivement, notre échantillon ne comprend pas tous les incidents d'automutilation ayant eu

lieu au SCC. Par conséquent, les résultats de l'étude ne s'appliquent pas à l'ensemble de la population de délinquants du SCC. Ils donnent cependant de l'information sur les délinquants et les circonstances entourant les incidents d'automutilation les plus graves qui ont eu lieu au SCC.

Pour les besoins de l'étude, les rapports sur tous les délinquants qui ont fait l'objet d'une enquête en raison d'un suicide ou d'un incident d'automutilation (y compris les tentatives de suicide) entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2008 ont été examinés. Cela comprend tous les rapports concernant les types d'incidents suivants : suicide, automutilation, décès de cause inconnue, décès par asphyxie, suicide dans la collectivité et tout autre décès pouvant être lié à un incident d'automutilation ou à un suicide.

Les délinquants inclus dans l'étude sont ceux pour lesquels a été établi un rapport d'enquête à la suite d'un incident d'automutilation (y compris les tentatives de suicide) ou d'un suicide. Les cas où il n'était pas certain si le délinquant avait l'intention de se suicider (c.-à-d. qu'il est parfois difficile de déterminer si une surdose est accidentelle ou s'il s'agit véritablement d'un suicide) ont été exclus de l'étude. Dans un cas, l'enquête qui a permis de conclure au suicide a été effectuée par l'Administration régionale (et non par la Direction des enquêtes sur les incidents de l'Administration centrale). Le cas de ce délinquant a été ajouté au groupe visé par l'étude, fournissant ainsi l'ensemble des délinquants décédés par suicide pendant la période examinée. Cependant, l'échantillon ne comprend pas tous les incidents d'automutilation qui se sont produits au cours de cette période, puisque bon nombre d'entre eux ne répondaient pas aux critères énoncés plus haut pour la tenue d'une enquête complète. Ces paramètres ont été utilisés, et 20 rapports d'incidents d'automutilation et 66 rapports de suicide ont été inclus dans la présente analyse.

## **Matériel**

La principale source de données de l'étude était les rapports d'enquête préparés par la Direction des enquêtes sur les incidents au SCC. Ces rapports contiennent des renseignements détaillés sur les incidents faisant l'objet de l'enquête, les événements qui les ont précédés et les délinquants en cause. L'information est recueillie à partir des dossiers des délinquants et de la documentation connexe en plus d'entrevues avec des personnes compétentes, par exemple, le personnel assigné au cas et les membres de la famille du délinquant.

Nous avons aussi recueilli des données du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD), de l'Évaluation initiale des délinquants (EID) et du Centre d'information de la police canadienne (CIPC). Le SGD est une base de données automatisée que le Service correctionnel du Canada utilise pour gérer les renseignements sur les délinquants sous responsabilité fédérale. Les dossiers de cas du SGD contiennent des renseignements démographiques, des antécédents criminels et des rapports de gestion de cas. L'EID contient l'information recueillie au moment de l'arrivée du délinquant dans le système correctionnel fédéral, notamment son niveau de risque, son niveau de besoins et ses antécédents criminels. Les dossiers du CIPC, quant à eux, font état de toutes les accusations au criminel et des condamnations de tous les délinquants au Canada ainsi que les décisions connexes qui les concernent.

### **Façon de procéder**

Les données ont été codées à l'aide d'un manuel de codage en format papier élaboré pour l'étude en fonction des variables d'intérêt déterminées après l'examen de la documentation sur le suicide, l'automutilation et les comportements criminels. Trois codeurs ont mis la dernière main à la collecte de données. Tous les cas qui répondaient aux critères d'inclusion ont été examinés par l'un des codeurs à l'aide du manuel de codage. S'il manquait des renseignements importants, le SGD était alors consulté. Une piste de vérification a été utilisée tout au long de la collecte et de l'analyse des données pour que les décisions prises pour régler les problèmes rencontrés et que les changements apportés au manuel de codage soient bel et bien consignés. Afin d'établir le coefficient d'objectivité, un échantillon aléatoire de cas a été sélectionné et codé par un tiers. Neuf cas (10 % du total) ont été choisis pour un recodage. La corrélation de Spearman entre les codeurs allait de 0,94 à 0,98, ce qui donne une corrélation moyenne globale de 0,96.

### **Analyses**

Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les analyses se limitaient dans une grande mesure aux statistiques descriptives. Cependant, si des comparaisons de groupe adéquates pouvaient être effectuées, des tests du chi carré étaient menés pour déterminer si la différence entre les fréquences observées et les fréquences attendues était significative.

## Résultats

Au total, 117 incidents survenus entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2008 sont inclus dans l'étude. Ces incidents touchent 86 délinquants. Pour ce qui est des délinquants qui se sont mutilés, 11 ont été impliqués dans des incidents répétés (de deux à six incidents) et ont fait l'objet d'une seule enquête, et un délinquant a fait l'objet de deux enquêtes (une enquête sur un seul incident et une autre sur trois incidents). Pour ce qui est des 66 suicides, 20 ont eu lieu lorsque le délinquant était sous surveillance dans la collectivité, et 46 en établissement. Aucun de délinquants n'avait préalablement fait l'objet d'une enquête à la suite d'un incident d'automutilation (c.-à-d. qu'aucun des détenus s'étant mutilés ne s'est suicidé pendant la période visée par l'étude). C'est ce qui explique pourquoi, en ce qui a trait aux profils des délinquants, le groupe de ceux qui se sont suicidés et celui des délinquants qui se sont mutilés sont mutuellement exclusifs.

### Profil des délinquants

Les caractéristiques des délinquants qui ont pratiqué l'automutilation et de ceux qui se sont enlevé la vie figurent au tableau 1. En tout, 20 cas ont été examinés en lien avec des incidents d'automutilation et 66 à la suite d'un suicide. La majorité étaient des hommes non mariés et non autochtones. L'âge moyen était 30,6 ans (*écart type* = 9,2) pour les incidents d'automutilation et 38,8 ans (*écart type* = 11,2) pour les suicides. Cette différence est statistiquement significative :  $t(84) = -2,98, p < 0,01$ .

Les femmes représentent 4,2 % des délinquants sous la responsabilité du SCC, en établissement ou sous surveillance dans la collectivité (SCC, 2010), mais elles comptent pour 15 % des cas d'automutilation visés par l'étude. Par conséquent, les femmes sont peut-être surreprésentées dans le groupe de délinquants qui se sont mutilés, mais l'échantillon est trop petit pour déterminer si la différence est significative. Le pourcentage de délinquants autochtones dans le groupe n'est pas différent de la proportion de délinquants autochtones dans la population générale du SCC, qui est de 20,3 % :  $\chi^2(1, N = 86) = 0,021, p = 0,88$  (SCC, 2010).

Tableau 1

*Caractéristiques des délinquants qui se sont mutilés ou qui se sont suicidés entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2008*

	<i>Automutilation</i> (N = 20) % (n)	<i>Suicide</i> (N = 66) % (n)
<b>Sexe</b>		
Hommes	85 (17)	95,5 (63)
Femmes	15 (3)	4,5 (3)
<b>Appartenance ethnique</b>		
Non autochtone	75 (15)	80,3 (53)
Autochtone	25 (5)	19,7 (13)
<b>État matrimonial</b>		
Célibataire	75 (15)	53 (35)
Marié ou en union de fait	5 (1)	16,6 (11)
Divorcé, séparé ou veuf	20 (4)	30,3 (20)

### **Variables associées à l'infraction et à la peine**

Les facteurs liés aux antécédents criminels et à la peine du délinquant figurent au tableau 2. L'échelle de Cormier-Lang (Quinsey, Harris, Rice et Cormier, 1998) est utilisée pour évaluer l'incident le plus violent déjà commis par un individu contre une autre personne. Environ le tiers des délinquants qui se sont mutilés n'avaient pas fait subir de préjudices à leur victime selon l'échelle de Cormier-Lang, tandis que ceux qui se sont suicidés avaient tendance à obtenir, à l'échelle de Cormier-Lang, un score indiquant une violence accrue (c.-à-d. environ le tiers des délinquants qui se sont suicidés avait causé le décès de leur victime). De manière générale, les délinquants faisant l'objet de l'étude semblent présenter un risque élevé et avoir de grands besoins.



Tableau 2

*Comparaison des variables associées à l'infraction et à la peine entre les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés*

<i>Description</i>	<i>Automutilation</i> ( <i>N</i> = 20) % ( <i>n</i> )	<i>Suicide</i> ( <i>N</i> = 66) % ( <i>n</i> )
L'échelle de Cormier-Lang <sup>a</sup> (niveau de violence contre la victime)		
Aucun préjudice	35 (7)	15,2 (10)
Préjudice léger sans arme	15 (3)	13,6 (9)
Préjudice léger avec une arme	--	9,1 (6)
Victime traitée en clinique et congé	10 (2)	15,2 (10)
Victime traitée dans un hôpital avec séjour d'au moins une nuit	20 (4)	10,6 (7)
Décès de la victime	15 (3)	34,8 (23)
Décès de la victime et mutilation subséquente	5 (1)	--
Crime violent		
Oui	85 (17)	95,5 (63)
Non	15 (3)	4,5 (3)
Durée de la peine		
Moins de cinq ans	60 (12)	34,8 (23)
De 5 à 10 ans	10 (2)	22,7 (15)
De 10 ans et plus	10 (2)	7,6 (5)
À perpétuité ou durée indéterminée	20 (4)	34,8 (23)
Niveau de besoins <sup>b</sup>		
Faible	--	6,1 (4)
Moyen	10 (2)	16,7 (11)
Élevé	85 (17)	59,1 (39)
Niveau de risque		
Faible	15 (3)	7,6 (5)
Moyen	30 (6)	19,7 (13)
Élevé	50 (10)	54,5 (36)

<sup>a</sup>n = 1 cas manquant. <sup>b</sup>n = 13 cas manquants.

### Distribution des incidents par région

Le tableau 3 montre en détail la distribution des délinquants inclus dans l'étude selon les cinq régions opérationnelles du SCC. Cette distribution est présentée à des fins de comparaison avec l'ensemble de la population carcérale du SCC. La proportion des incidents d'automutilation qui ont eu lieu dans les régions des Prairies et du Québec était faible comparativement à la proportion de la population générale du SCC dans ces régions, tandis qu'elle était élevée dans les régions de l'Atlantique et du Pacifique. Toutefois, le nombre de cas par région étant faible, cet écart apparent doit être interprété avec prudence.

Tableau 3

*Lieu des incidents d'automutilation et de suicide par région*

<i>Région</i>	<i>Automutilation</i> ( <i>N</i> = 20) % ( <i>n</i> )	<i>Suicide</i> ( <i>N</i> = 66) % ( <i>n</i> )	<i>Population carcérale</i> <i>du SCC</i> %
Délinquants en cause dans les incidents			
Atlantique	25 (5)	7,6 (5)	9,9
Québec	10 (2)	22,7 (15)	24,5
Ontario	25 (5)	21,2 (14)	27
Prairies	10 (2)	22,7 (15)	24,2
Pacifique	30 (6)	25,8 (17)	14,4

<sup>a</sup>Source : Système intégré de rapports (SIR) du SCC, novembre 2009.

Le tableau 4 présente la proportion d'incidents d'automutilation par région. Les suicides ne sont pas inclus puisque le nombre d'incidents correspond au nombre de détenus (c.-à-d. qu'il n'y a qu'un seul incident par détenu). Comme l'indique le tableau 3, les régions du Québec et des Prairies sont sous-représentées, tandis que les régions de l'Atlantique et du Pacifique sont surreprésentées, par rapport à leur proportion de l'ensemble de la population de délinquants sous responsabilité fédérale dans la région.

Tableau 4

*Lieu des incidents d'automutilation par région*

	<i>Automutilation (N = 51) % (n)</i>	<i>Population carcérale du SCC<sup>a</sup> %</i>
Incidents individuels		
Atlantique	29,4 (15)	9,9
Québec	3,9 (2)	24,5
Ontario	27,5 (14)	27
Prairies	7,8 (4)	24,2
Pacifique	31,4 (16)	14,4

<sup>a</sup>Source : Système intégré de rapports (SIR) du SCC, novembre 2009.

### **Caractéristiques des incidents d'automutilation et de suicide en établissement**

Les caractéristiques des incidents d'automutilation et de suicide sont présentées au tableau 5. L'utilisation de liens était la méthode la plus utilisée dans les cas de suicide et d'automutilation. Le plus souvent, les incidents d'automutilation et de suicide ont eu lieu dans une cellule au sein de la population carcérale générale. Ces cellules sont les endroits où les détenus sont les plus susceptibles d'être seuls et d'être sans surveillance pendant un certain temps, ce qui leur donne l'occasion de se mutiler sans être vus.

Tableau 5

**Caractéristiques des incidents d'automutilation et de suicide chez les détenus en établissement**

<i>Caractéristique</i>	<i>Automutilation (N = 51) % (n)</i>	<i>Suicide (N = 45) % (n)</i>
<b>Méthode utilisée pour l'automutilation ou le suicide<sup>a</sup></b>		
Liens et pendaison	49 (25)	88,9 (40)
Coupures et égratignures	37,3 (19)	6,7 (3)
Surdose	3,9 (2)	4,4 (2)
Le fait de se frapper la tête	11,8 (6)	--
Morsures	5,9 (3)	--
Ingestion d'objets (p. ex., verre ou fil de fer)	5,9 (3)	--
Ouverture des plaies	5,9 (3)	--
Insertion d'objets sous la peau	3,9 (2)	--
<b>Lieu des incidents</b>		
Établissements à sécurité minimale	2 (1)	6,7 (3)
Établissements à sécurité moyenne	9,8 (5)	46,7 (21)
Établissement à sécurité maximale	25,5 (13)	33,3 (15)
Établissements à niveaux de sécurité multiples	58,8 (30)	13,3 (6)
Hôpital local <sup>b</sup>	3,9 (2)	--
<b>Lieu précis des incidents au sein des établissements</b>		
Isolement ou isolement protecteur	45,1 (23)	22,2 (10)
Cellule (pas en isolement)	21,6 (11)	60 (27)
Cellule dans un centre de traitement	19,6 (10)	11,1 (5)
Unité résidentielle (établissement pour délinquantes)	--	2,2 (1)
Autres lieux dans l'établissement	9,8 (5)	4,4 (2)

<sup>a</sup> n = 63 parce que huit incidents comprenaient deux méthodes d'automutilation et deux incidents comprenaient trois méthodes. <sup>b</sup> Deux incidents ont eu lieu dans des hôpitaux locaux où les détenus avaient été transférés pour recevoir d'autres soins médicaux.

**Caractéristiques des incidents de suicide dans la collectivité**

Les caractéristiques des incidents de suicide sont présentées au tableau 6. La moitié des suicides ont été commis à l'aide de liens, et plus de la moitié ont eu lieu dans des résidences privées. Aucun des incidents d'automutilation qui ont eu lieu dans la collectivité n'a fait l'objet d'une enquête.

Tableau 6

*Caractéristiques des incidents de suicide dans la collectivité*

	<i>Suicide</i> (N = 21) % (n)
Méthode de suicide	
Liens et pendaison	52,4 (11)
Surdose	19 (4)
Arme à feu	14,3 (3)
Intoxication au monoxyde de carbone (dans un véhicule)	14,3 (3)
Lieu précis des incidents pour les délinquants sous surveillance	
Résidence privée	57,1 (12)
Motel ou hôtel	19 (4)
À l'extérieur (en public)	19 (4)
Établissement résidentiel communautaire	4,8 (1)

**Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles**

Une analyse des événements déclencheurs ou des facteurs de risque possibles a été effectuée pour les incidents d'automutilation et de suicide survenus en établissement, ainsi que pour les suicides dans la collectivité. Tous les événements déclencheurs ou facteurs de risques possibles considérés comme importants par le comité d'enquête ont été inclus. De plus, d'autres facteurs qui, a-t-on estimé, pouvaient accroître le risque ont été signalés (p. ex., transfèrement vers un autre établissement ou début de la liberté conditionnelle) et ajoutés, même s'ils n'étaient pas identifiés comme tels dans le rapport d'enquête. Il est important de mentionner que ces événements déclencheurs ou facteurs de risque n'étaient souvent pas jugés importants avant qu'ils n'entraînent le suicide ou les actes d'automutilation, et il ne s'agissait pas nécessairement de comportements rares chez les délinquants visés par l'étude. Par conséquent, l'importance réelle ou potentielle de ces événements déclencheurs et facteurs de risque n'est soulignée qu'après coup. Des événements déclencheurs ou des facteurs de risque potentiels ont pu être établis pour 96,1 % (49) des 51 incidents d'automutilation. Pour ce qui est des suicides en établissement, on relève au moins un événement déclencheur ou facteur de risque possible dans 89,1 % (41) des 46 cas. Quant aux suicides survenus dans la collectivité, 95 % (19) des cas présentaient au moins un événement déclencheur.

Les événements déclencheurs possibles des incidents de suicide et d'automutilation sont présentés à la figure 1 pour les délinquants incarcérés et à la figure 2 pour les délinquants sous surveillance dans la collectivité. Les facteurs de risque et les événements déclencheurs cernés pour les délinquants en établissement comprennent : la détérioration de la santé mentale comme en témoignent l'humeur et le comportement, le placement prolongé en isolement, l'augmentation du stress (attribuable à divers facteurs, dont les problèmes interpersonnels, les accusations en instance, les problèmes financiers), le changement de lieu d'incarcération (y compris le transfèrement vers un autre établissement ou vers une autre unité du même établissement ou la réincarcération après une période passée dans la collectivité), la fin d'une relation intime, la toxicomanie, la révocation de la liberté conditionnelle ou le rejet de la demande de libération conditionnelle (y compris la réadmission récente à la suite de nouvelles accusations ou d'un bris de conditions) et le décès d'un être cher. D'autres événements déclencheurs et facteurs ont été identifiés et inscrits dans la catégorie « autres » en raison de leur rareté (p. ex., date anniversaire d'un événement important ou fréquentation d'un autre détenu qui se mutile).

Les facteurs de risque et les événements déclencheurs qui ont été relevés pour les délinquants qui se sont suicidés pendant qu'ils étaient sous surveillance dans la collectivité sont, en grande partie, les mêmes que pour ceux qui se sont suicidés en établissement. Cependant, la mise en liberté récente est un facteur particulier de l'échantillon des délinquants dans la collectivité. De plus, 14,3 % des délinquants qui se sont enlevé la vie dans la collectivité étaient illégalement en liberté, soit de leur établissement ou dans le cadre de leur mise en liberté sous condition (c.-à-d. qu'ils ne se sont pas présentés au bureau de libération conditionnelle comme ils y étaient tenus et que l'on savait pas où ils se trouvaient).

Figure 1

Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles précédant les incidents d'automutilation ou de suicide dans les établissements

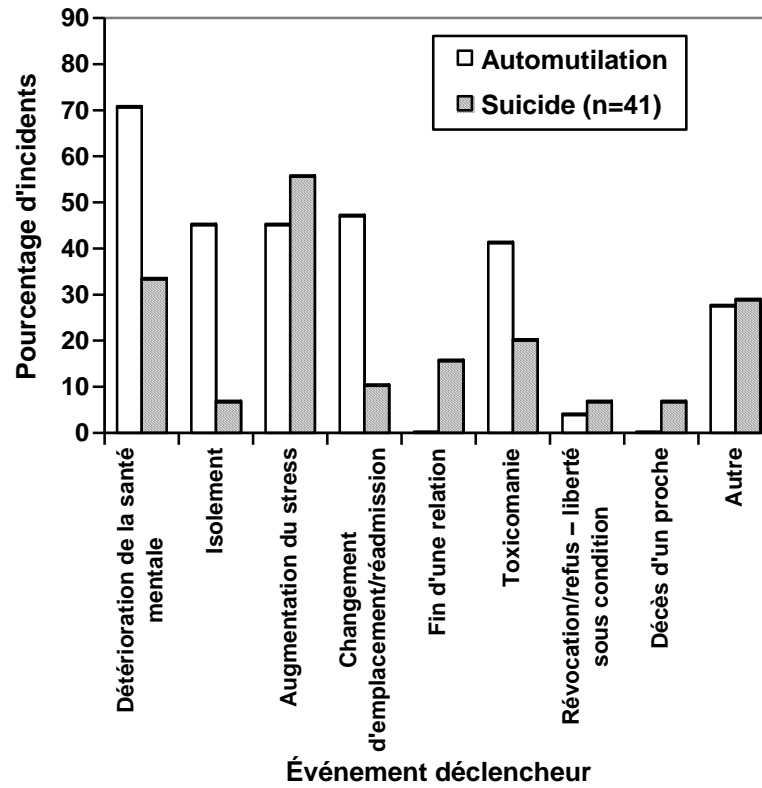
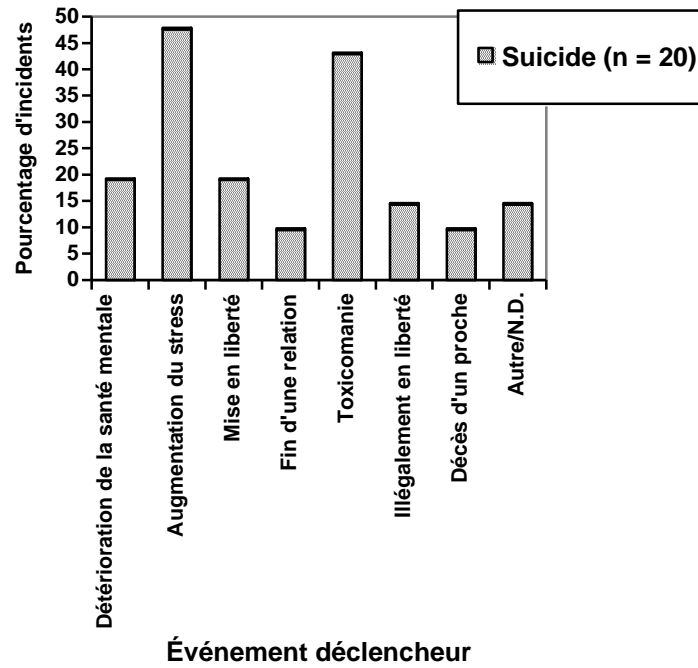


Figure 2

Événements déclencheurs ou facteurs de risque possibles précédant les incidents de suicide dans la collectivité





## Indicateurs des risques liés à la santé mentale et au suicide

Une comparaison des indicateurs de santé mentale entre les détenus qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés est présentée aux tableaux 7 et 8. Cette information provient principalement des rapports d'enquête, qui contiennent souvent des détails sur la famille d'origine, l'état de santé mentale du délinquant et le soutien que lui fournissent ses amis et sa famille. Lorsque ces renseignements ne figuraient pas dans les rapports d'enquête, des documents supplémentaires du SGD, dont des rapports psychologiques, étaient examinés afin d'enrichir les données. Si les rapports ne permettaient pas de déterminer ces variables, celles-ci étaient considérées comme absentes. La plupart des délinquants qui se sont mutilés avaient des antécédents de comportements autodestructeurs (90 %), tandis que ce n'était le cas que pour la moitié de ceux qui se sont suicidés.

Tableau 7

*Comparaison des indicateurs de santé mentale entre les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés*

<i>Description</i>	<i>Automutilation (N = 20) % (n)</i>	<i>Suicide (N = 66) % (n)</i>
Antécédents de comportements autodestructeurs	90 (18)	74,2 (49)
Suicide de membres de la famille ou d'amis	5 (1)	34,8 (23)
Consommation actuelle de drogues	20 (4)	39,4 (26)
Antécédents de dépression ou de désespoir	60 (12)	65,2 (43)
Soutien de la famille ou d'amis à l'extérieur de l'établissement	85 (17)	63,6 (42)

Parmi les cas étudiés, 75 % de ceux qui se sont mutilés et 43,9 % de ceux qui se sont suicidés avaient à leur dossier un diagnostic d'au moins un trouble psychologique, soit dans le rapport d'enquête soit dans le SGD. Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $\chi^2(1, N = 42) = 3,03, p = 0,082$ . Le dossier de quelques délinquants faisait état de plusieurs diagnostics (voir la figure 3). Un pourcentage beaucoup plus important de détenus qui se sont mutilés avaient au moins deux troubles psychologiques par rapport au groupe de ceux qui se sont enlevé la vie :  $\chi^2(1, N = 30) = 4,71, p < 0,05$ . La fréquence de troubles spécifiques est présentée au tableau 8. La catégorie des troubles de l'humeur comprend la dépression majeure, le trouble bipolaire, les épisodes de trouble maniaque et la dysthymie.

Figure 3

Nombre de troubles psychologiques diagnostiqués chez les délinquants

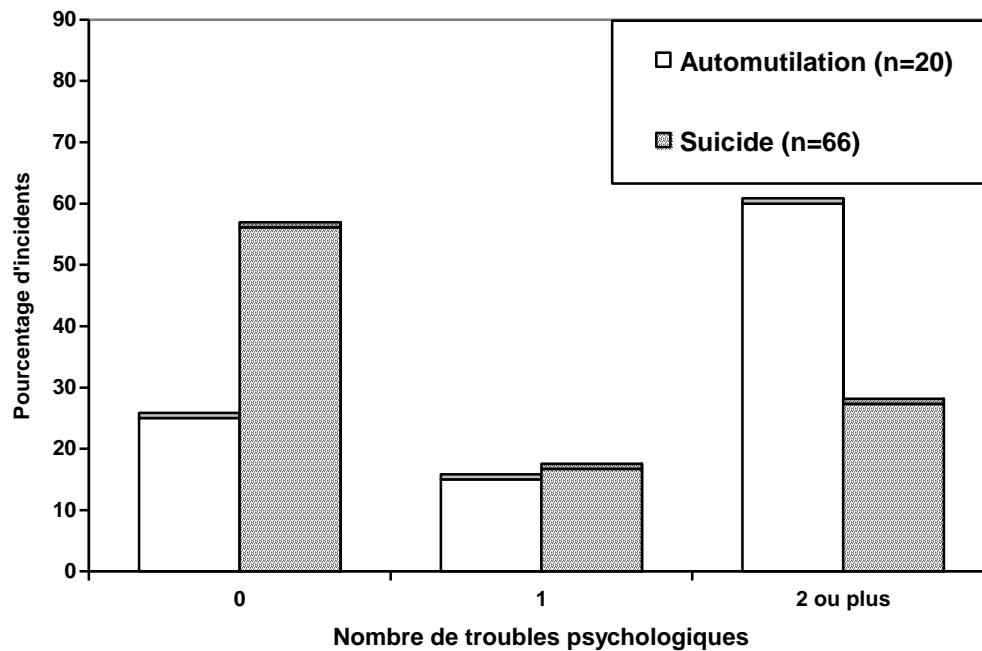


Tableau 8

Diagnostiques de problèmes de santé mentale dont ont fait l'objet, l'âge adulte, les délinquants qui se sont mutilés et ceux qui se sont suicidés

Description	Automutilation	Suicide
	(N = 20) % (n)	(N = 66) % (n)
Diagnostic psychiatrique à l'âge adulte	75 (15)	43,9 (29)
Trouble de la personnalité	55 (11)	63,6 (42)
Trouble d'adaptation	30 (6)	--
Trouble de l'humeur	30 (6)	30 (20)
Troubles anxieux	10 (2)	4,5 (3)
Schizophrénie	5 (1)	6,1 (4)
Trouble psychotique (autre que la schizophrénie)	--	7,6 (5)
Hyperactivité avec déficit de l'attention	--	7,6 (5)
Alcoolisme ou toxicomanie	30 (6)	22,7 (15)

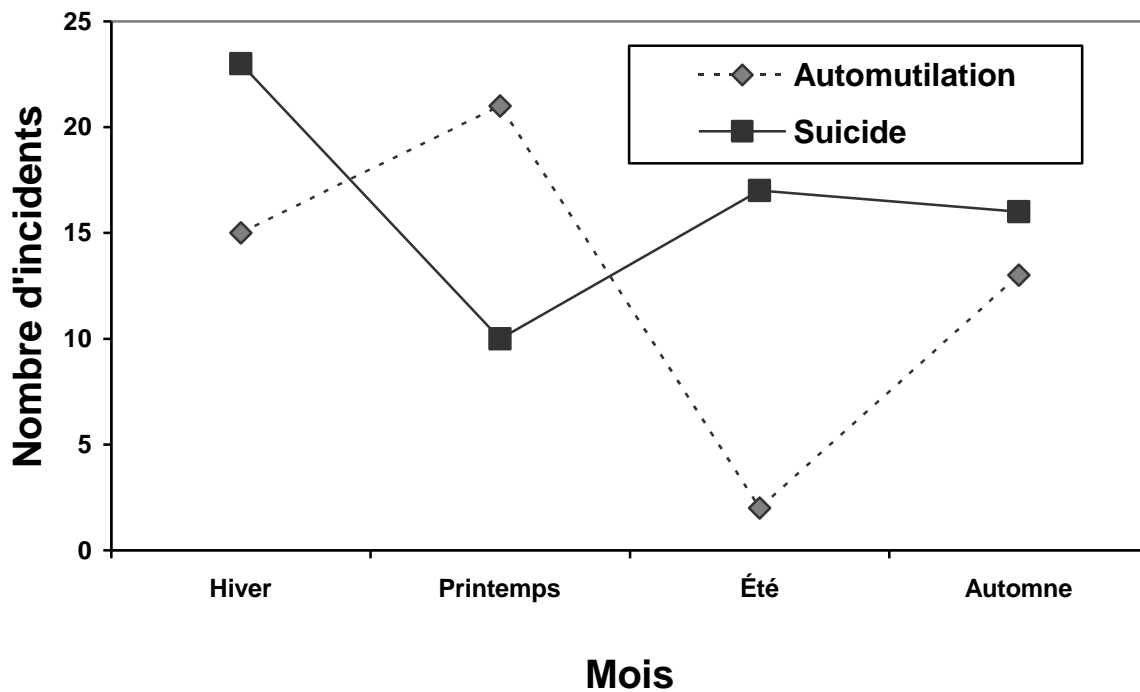
Remarque : Les pourcentages donnent un total supérieur à 100 % puisque certains délinquants ont fait l'objet de plus d'un diagnostic.

### Caractéristiques liées au temps

Les caractéristiques liées au temps (période de la journée, jour de la semaine, mois) des incidents de suicide et d'automutilation sont comparées et analysées pour y repérer des tendances. La distribution des incidents d'automutilation et de suicide au fil des saisons est présentée à la figure 4. Les saisons sont définies de la façon suivante : hiver (de décembre à février), printemps (de mars à mai), été (de juin à août) et automne (de septembre à novembre). Les incidents d'automutilation étaient beaucoup plus fréquents au printemps et moins fréquents en été :  $\chi^2(3, N = 51) = 14,8, p < 0,01$ . Il n'y avait aucune différence saisonnière pour les suicides :  $\chi^2(3, N = 66) = 5,15, p = 0,161$ .

Figure 4

Répartition des incidents au fil des mois

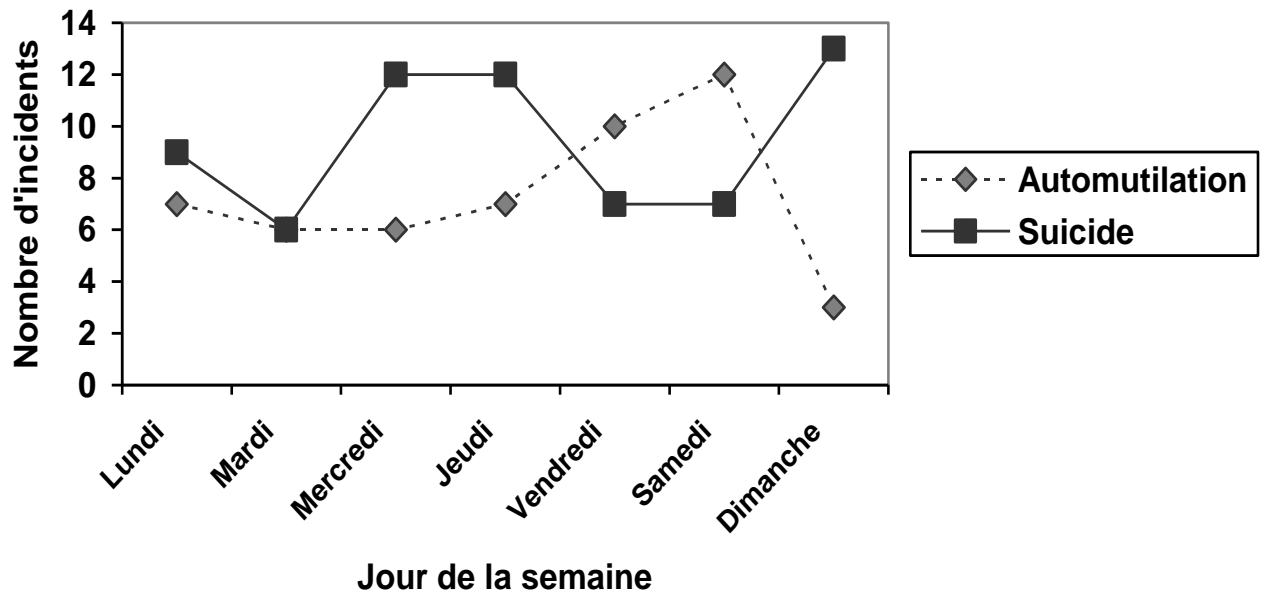


Le nombre d'incidents selon les jours de la semaine est présenté à la figure 5. Les incidents d'automutilation et de suicide étaient beaucoup plus fréquents les fins de semaine (samedi et dimanche) que durant la semaine :  $\chi^2(1, N = 51) = 8,65, p < 0,01$  et  $\chi^2(1, N = 66) =$

10,24,  $p = 0,001$ . L'examen des données donne à penser que le nombre de suicides commis durant la fin de semaine augmente du fait que ces incidents sont plus nombreux le dimanche.

Figure 5

Répartition des incidents selon les jours de la semaine

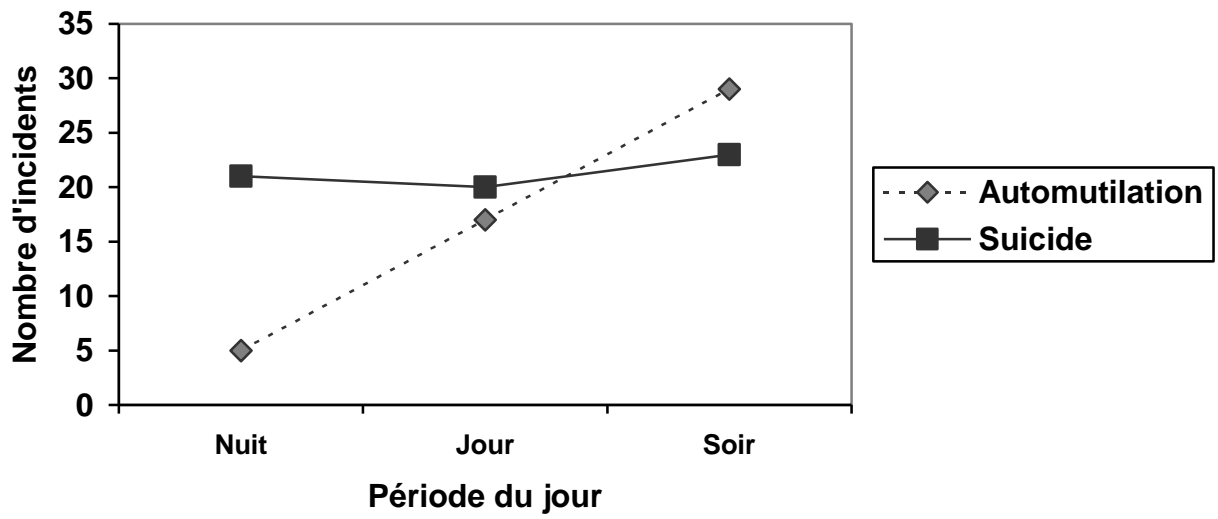


Les périodes du jour où se sont produits les incidents ont été classées en trois catégories : de 23 h à 6 h 59 (nuit), de 7 h à 14 h 59 (jour) et de 15 h à 22 h 59 (soir). Ces données sont représentées à la figure 6.

On a remarqué des différences significatives quant à la fréquence des incidents d'automutilation, selon la période du jour :  $\chi^2(2, N = 51) = 16,94, p < .001$ . Seulement 9,8 % des incidents ont eu lieu la nuit, tandis que 56,9 % d'entre eux ont eu lieu le jour. Aucune tendance particulière n'a été décelée en ce qui concerne la période du jour durant laquelle les suicides ont lieu :  $\chi^2(2, N = 66) = 0,22, p = 0,896$ . Il faut cependant mentionner qu'il y a autant de suicides la nuit que le jour.

Figure 6

Répartition des incidents selon la période du jour



## Analyse

Le présent rapport fournit de l'information sur les incidents graves d'automutilation et sur le suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada survenus en établissement et dans la collectivité entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2008. Au besoin, les analyses ont été réparties selon le type d'incident (automutilation et suicide) et selon qu'ils ont eu lieu en établissement ou dans la collectivité.

La forte prévalence de délinquants non mariés et non autochtones au sein du groupe de délinquants visés par l'étude correspond à ce qui est indiqué dans les recherches sur le suicide (Liebling, 1992; Lloyd, 1990). La prévalence de délinquants autochtones dans ce groupe est comparable à la proportion de délinquants autochtones dans l'ensemble de la population de délinquants (20,3 %; SCC, 2010). Cela semble indiquer que, durant la période visée, il n'y a eu aucun risque accru de suicide ou d'automutilation chez les délinquants autochtones. Cette constatation contredit la recherche fondée sur les rapports de situation (RAPSIT) du SCC, selon laquelle l'incidence du suicide et de l'automutilation est plus élevée chez les délinquants autochtones (Gordon, 2009).

Les délinquants qui se sont suicidés étaient, en moyenne, considérablement plus âgés que ceux qui se sont mutilés. Les constatations relatives au lien entre l'âge et les actes d'automutilation ne sont pas uniformes entre les populations incarcérées (Beto et Claghorn, 1968; SCC, 1981; Franklin, 1988; Jones, 1986; Wilkins et Coid, 1991). On a constaté que, dans la population générale, ce sont les jeunes (adolescents et jeunes adultes) qui sont les plus enclins à se mutiler (De Leo et Heller, 2004; Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005; Livingston, 1997; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker et Kelley, 2007; Nixon, Cloutier et Jansson, 2008; Ross et Heath, 2002; Whitlock, Eckenrode et Silverman, 2006; Zoroglu et coll., 2003). D'après une étude, le suicide en prison est plus courant chez les détenus âgés de 31 à 40 ans (White et Schimmel, 1995), ce qui correspond aux résultats de notre étude. Dans la population générale au Canada, le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées de 35 à 49 ans que chez les 34 ans et moins (Statistique Canada, 2009). Les différences d'âge observées entre les délinquants qui se suicident et ceux qui se mutilent correspondent généralement à ce qui est indiqué dans la documentation.

Notre échantillon de 86 délinquants ne comprenait que six femmes (environ 7 % de l'échantillon alors qu'elles comptent pour 4,2 % des délinquants sous la responsabilité du SCC, en établissement ou dans la collectivité; SCC, 2010). Les femmes sont peut-être surreprésentées dans le groupe des délinquants qui se sont mutilés, mais l'échantillon est trop petit pour qu'on puisse déterminer si cette différence est statistiquement significative. Nous avons constaté, chez les auteurs consultés, des divergences d'opinions quant aux taux de prévalence chez l'un ou l'autre sexe. (Claes, Vandereycken, et Vertommen, 2007; Howard League, 1999; Yates, 2004). Les recherches effectuées précédemment dans la collectivité (auprès de non-délinquants) ont constamment montré que le taux de suicide est plus faible chez les femmes (Statistique Canada, 2009). Gordon (2009) a remarqué qu'une proportion considérablement plus élevée de délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral se sont mutilées, selon les RAPSIT. Cependant, si on les compare aux rapports d'enquête, les RAPSIT traitent des types d'automutilation moins graves, qui sont plus fréquents. Par conséquent, la différence entre les sexes observée lorsque les RAPSIT sont utilisés pour évaluer la prévalence peut être attribuable au fait que les délinquantes se mutilent plus souvent que les délinquants, mais moins gravement. Ces incidents moins graves ne justifient habituellement pas d'enquête, et c'est ce qui explique pourquoi ils ne figuraient pas dans les rapports d'enquête sur lesquels s'est appuyée notre recherche.

Une corrélation entre l'automutilation et les comportements agressifs est observée dans la population générale ainsi que chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques et les délinquants incarcérés (Chowanec, Josephson, Coleman et Davis, 1991; Hillbrand, Krystal, Sharpe et Foster, 1994; Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005; Matsumoto et coll., 2005). Dans notre étude, nous avons utilisé l'échelle de Cormier-Lang (Quinsey et coll., 1998) pour déterminer le niveau d'agressivité. Cette échelle sert à évaluer l'incident le plus violent déjà commis par un individu contre une autre personne. Les résultats que nous avons obtenus indiquent que les délinquants qui se sont suicidés étaient plus susceptibles d'avoir causé un préjudice grave à une personne, voire même la mort, tandis que les délinquants qui se sont mutilés étaient plus nombreux à n'avoir causé « aucun préjudice » à autrui.

Toutes proportions gardées, les détenus qui se sont mutilés étaient plus nombreux à purger une peine de moins de cinq ans, tandis que ceux qui se sont enlevé la vie étaient plus susceptibles de purger une peine d'emprisonnement à perpétuité, bien que la petite taille de l'échantillon ne

permette pas une analyse statistique. Les délinquants qui se sont suicidés étaient plus nombreux à purger une peine de longue durée que ceux qui se sont mutilés. Cela peut être attribuable à des problèmes de santé mentale ou à un sentiment de désespoir et de détresse qui est souvent associé aux peines de longue durée. En outre, plus un délinquant passe du temps en incarcération, plus la période « à risque » se prolonge, ce qui augmente la probabilité d'un comportement autodestructeur.

La proportion d'incidents d'automutilation dans les régions des Prairies et du Québec était faible relativement à la proportion de ces incidents dans la population de délinquants du SCC, tandis que la proportion des incidents d'automutilation qui ont lieu dans les régions de l'Atlantique et du Pacifique était élevée. Il faudrait étudier les tendances sur une période plus longue afin de pouvoir tirer des conclusions solides fondées sur les taux de prévalence dans les régions.

En établissement, l'utilisation de liens était la méthode la plus courante dans les incidents de suicide et d'automutilation (49 % et 88,9 %, respectivement), l'utilisation de liens (c.-à-d. la pendaison) étant la méthode de suicide la plus fréquente chez les délinquants incarcérés (Shaw, Baker, Hunt, Maloney, et Appleby, 2004; Shea et Shea, 1991; Wobeser, Datema, Bechard, et Ford, 2002). Selon de nombreuses études, les coupures sont considérées comme la méthode d'automutilation la plus courante (Briere et Gil, 1998; De Leo et Heller, 2004; Favazza et Conterio, 1989; Heney, 1990; Howard League, 1999; Langbehn et Pfohl, 1993; Nixon et coll., 2002; Rodham et coll., 2004; Shea et Shea, 1991). Même si les coupures peuvent entraîner des blessures très graves, la létalité des liens est généralement plus élevée. Dans notre étude, les coupures venaient au deuxième rang des méthodes d'automutilation, mais elles étaient rarement la méthode utilisée dans les cas de suicide. Il n'est pas rare que l'utilisation de liens ne soit même pas abordée dans les études sur l'automutilation (Briere et Gil, 1998; Heney, 1990; Nixon et coll., 2002), ce qui semble indiquer que ce moyen n'est pas utilisé dans la population ou qu'il est si rare qu'il ne vaut pas la peine de le mentionner. Le taux plus élevé d'utilisation de liens que nous avons constaté dans notre étude peut s'expliquer de plusieurs façons : il est possible que les tentatives de suicide soient plus fréquentes chez les délinquants qui se mutilent; la définition de l'automutilation peut être différente de celle qu'ont utilisée d'autres études; les incidents où il y a eu utilisation de liens font peut-être plus souvent l'objet d'enquêtes que d'autres formes d'automutilation; la faible létalité des coupures n'a peut-être pas justifié la tenue d'une enquête;



ou encore, l'accès aux objets utilisés par les détenus pour se mutiler en établissement est peut-être plus limité (c.-à-d. les objets pouvant servir de liens sont peut-être plus nombreux que ceux qui permettent de se couper, comme les lames de rasoir). Il y a peut-être d'autres raisons pour lesquelles les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada utilisent davantage les liens que d'autres moyens lorsqu'on les compare aux autres populations. De nombreux cas de coupures ne sont ni graves ni mortels et ne justifient donc pas une enquête d'envergure, compte tenu des paramètres d'enquête du SCC.

La plupart des incidents d'automutilation ont eu lieu dans des établissements à niveaux de sécurité multiples, tandis que les suicides étaient plus fréquents dans les établissements à sécurité moyenne. Le fait que tous les établissements fédéraux pour femmes sont à niveaux de sécurité multiples explique cet état de choses. L'automutilation est plus fréquente dans les aires d'isolement que dans les autres secteurs des établissements. Cette proportion accrue d'incidents dans les aires d'isolement est peut-être attribuable à la politique du SCC concernant la gestion de ces incidents par le personnel : les détenus qui présentent un risque imminent d'automutilation sont placés en isolement de manière à ce qu'ils puissent être surveillés, et bon nombre d'incidents d'automutilation auraient pu se transformer en suicides s'ils n'avaient été interrompus par le personnel de l'aire d'isolement.

Rétrospectivement, on constate qu'il y avait au moins un événement déclencheur dans le cas de 95 % des détenus qui se sont mutilés et de 89 % de ceux qui se sont suicidés. Bon nombre de ces événements déclencheurs ou facteurs de risque n'auraient pas été considérés comme importants avant l'incident. C'est souvent après coup que l'importance d'un élément ou la signification d'un comportement est pleinement comprise. Mais certains événements déclencheurs ou facteurs ne semblent importants que s'ils sont mis dans le contexte des autres problèmes ou incidents en jeu (p. ex., certains incidents peuvent sembler insignifiants jusqu'à ce qu'on fasse le lien entre plusieurs incidents). Il est, par exemple, possible qu'un bref commentaire sur la dépression ou le suicide ne semble pas particulièrement important au moment où il est formulé, mais si on le lie à d'autres commentaires semblables ou à des changements de comportement révélés au cours d'une enquête, on se rend alors compte de toute sa portée. Malheureusement, même lorsque de tels commentaires ou gestes sont pris au sérieux, la personne suicidaire peut en minimiser le sens. Bien qu'ils puissent donner de subtils indices, les gens cachent souvent leurs plans. Le fait que ces signes avant-coureurs puissent être constatés

ne veut pas dire que les incidents auraient pu être évités. Ces signes devraient plutôt être considérés comme des facteurs de risque potentiels qui peuvent aider le personnel à identifier les détenus plus susceptibles d'avoir ces comportements.

Parmi les 66 suicides à l'étude, 20 se sont produits alors que les délinquants étaient sous surveillance dans la collectivité. Même si l'incarcération peut être source de stress, ce stress ne diminue pas nécessairement lorsque le détenu est mis en liberté. Les délinquants qui retournent dans la collectivité font face à de nombreux problèmes : ils doivent se trouver un emploi et un logement, rétablir les liens avec les membres de leur famille et, dans bien des cas, faire face à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans un environnement moins contrôlé (Visher, LaVigne et Travis, 2004). La liberté sous condition peut donc être une période stressante durant laquelle le risque de suicide est plus élevé. La pendaison était de loin la méthode de suicide la plus fréquente chez les délinquants dans la collectivité ainsi qu'en établissement.

La majorité de ceux qui se sont mutilés avaient des antécédents de comportements autodestructeurs avant l'incident qui a fait l'objet de l'enquête (90 % du groupe des délinquants qui se sont mutilés et 74,2 % du groupe des délinquants qui se sont suicidés). Il y avait aussi chez les deux groupes une forte prévalence d'antécédents de dépression ou de désespoir (60 % du groupe des délinquants qui se sont mutilés et 65,2 % du groupe des délinquants qui se sont suicidés). Les taux réels liés aux antécédents d'automutilation ou de dépression et/ou de désespoir pourraient être plus élevés encore étant donné que les renseignements sur les antécédents des cas n'ont été tirés que de l'information aux dossiers, et que cette information n'est pas nécessairement complète.

Environ le tiers des délinquants qui se sont enlevé la vie comptent, parmi les membres de leur famille ou leurs amis, des personnes qui se sont également suicidées. Cette constatation correspond à celle d'autres travaux de recherche qui considèrent les antécédents familiaux de suicide ou de comportements autodestructeurs comme un facteur de risque pendant l'incarcération (Liebling, 1992; Lloyd, 1990). Peut-être est-il possible que le fait de savoir qu'une personne est décédée par suicide normalise le comportement et fait du suicide une option viable. On remarque l'importance de ce facteur dans les mesures d'atténuation du risque de suicide qui sont prises lorsque les antécédents familiaux de suicide sont considérés comme un facteur de risque.

Les délinquants qui se mutilent sont considérablement plus susceptibles d'avoir des troubles psychologiques concomitants que ceux qui se suicident. Cette constatation semble indiquer que le groupe de détenus qui se mutilent pourrait avoir des besoins différents et plus importants sur le plan de la santé mentale. Les troubles concomitants peuvent présenter des problèmes particuliers pour les fournisseurs de soins en santé mentale.

Il a été mentionné que les suicides pourraient être plus fréquents durant certaines saisons ou durant certains jours de la semaine (Williams, 1997). Nous avons donc analysé les incidents afin d'y relever des tendances liées au temps (variations selon le mois, la journée ou l'heure). Les incidents d'automutilation étaient plus fréquents, et cela, de façon significative, en hiver et moins fréquents en été, mais la raison de cette tendance nous est inconnue. Le risque de suicide ou d'automutilation augmente les fins de semaine, peut-être parce qu'il y a moins de personnel et moins d'activités (p. ex., les programmes) à ce moment-là (la diminution de la surveillance ou un ennui accru peuvent constituer des facteurs de risque). Les détenus sont plus portés à se mutiler le soir plutôt que la nuit, ce qui est étonnant puisqu'ils ont plus d'intimité la nuit et risquent donc moins d'être repérés. Il est possible que le fait de se mutiler le soir puisse contribuer à accroître la probabilité de gratifications secondaires : ils sont alors davantage susceptibles d'être transportés à l'extérieur pour y recevoir des soins.

### **Conclusions et orientation future**

Il faut de plus amples renseignements sur le suicide et l'automutilation chez les délinquants. La Direction de la recherche du SCC mène actuellement des études nationales sur l'automutilation chez les délinquants et les délinquantes. Ces études fourniront de l'information sur la nature des comportements autodestructeurs et les motivations connexes des délinquants, et permettront d'en savoir plus sur leur état de santé mentale et leurs antécédents personnels et criminels. On élabore actuellement un document qui porte sur les pratiques exemplaires en matière de traitement et de gestion des comportements autodestructeurs en établissement.

Quelques constatations énoncées dans le présent rapport justifient des recherches plus poussées sur le sujet. Il faut notamment se pencher sur les raisons qui expliquent la répartition disproportionnée des incidents de suicide et d'automutilation dans les régions. Cette information aiderait à cerner les facteurs qui expliqueraient ces différences et elle nous aiderait à planifier les ressources pour faire face aux facteurs de risque. De plus, le taux élevé d'utilisation de liens est

préoccupant puisque la létalité potentielle de cette méthode est beaucoup plus forte que celle d'autres moyens comme les coupures. Comme beaucoup d'objets peuvent servir de liens, il est plus difficile pour le personnel de prévenir les suicides par pendaison.

Le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) a récemment été mis en application à l'échelle nationale. Ce système a été conçu pour identifier, dès le début de leur peine, les délinquants qui souffrent de troubles mentaux afin de pouvoir les aiguiller rapidement vers les Services de santé mentale. Une accessibilité accrue aux services de santé mentale dans les établissements et la collectivité aidera peut-être à réduire le nombre de tentatives de suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale.

## Bibliographie

- BACKETT, S.A. « Suicide in Scottish Prisons », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 151 (1987), p. 218-221.
- BETO, D.R. et J.L. CLAGHORN. « Factors associated with self-mutilation within the Texas Department of Corrections », *American Journal of Correction*, vol. 5 (1968), p. 25-27.
- BOGUE, J. et K. POWER. « Suicide in Scottish Prisons, 1976-93 », *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, vol. 6, n° 3, p. 527-540.
- BONNER, R.L. « Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond », *Suicide & Life-threatening behavior*, vol. 30 (2000), p. 370-376.
- BRIERE, J. et E. GIL. « Self-mutilation in clinical and general population sample: prevalence, correlates, and functions », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 68, n° 4 (1998), p. 609-620.
- CHOWANEC, G.D., A.M. JOSEPHSON, C. COLEMAN et H. DAVIS. « Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 2 (1991), p. 202-207.
- CLAES, L., W. VANDEREYCKEN et H. VERTOMMEN. « Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation », *Personality and Individual Differences*, vol. 42 (2007), p. 611-621.
- DAIGLE, M.S. « Mental health and suicide prevention services for Canadian prisoners », *International Journal of Prisoner Health*, vol. 3 (2007), p. 163-167.
- DE LEO, D. et T.S. HELLER. « Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey », *The Medical Journal of Australia*, vol. 181, n° 3 (2004), p. 140-144.
- DEHART, D.D., H.P. SMITH et R.J. KIMINSKI. « Institutional Responses to Self-Injurious Behavior Among Inmates », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 15 (2009), p. 129-141.
- DOOLY, E. « Prison Suicide in England and Wales, 1972-87 », *British Journal of Psychiatry*, vol. 156 (1990), p. 40-45.
- DURAND, C.J., G.J. BURTKAS, E.J. FEDERMAN, J.A. HAYCOCK et J.A. SMITH. « A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 152, n° 7 (1995), p. 1077-1080.

- FAVAZZA, A.R. « Self-mutilation », dans D.G. Jacobs (dir.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, San Francisco (Californie), Jossey-Bass, 1999.
- FAVAZZA, A.R. « The Coming of Age of Self-Mutilation », *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 186, n° 5 (1998), p. 259-268.
- FAVAZZA, A.R. et K. CONTERIO. « Female habitual self-mutilators », *Acat Psychiatrica Scandinavica*, vol. 79 (1989), p. 283-289.
- FILLMORE, C. et C.A. DELL. *Prairie women, violence and self-harm*, Winnipeg, Elizabeth Fry Society of Manitoba, 2000.
- FILLMORE, C.J. et C.A. DELL. *Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent : analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba*, Société Elizabeth Fry du Manitoba, 2005.
- FOTIADOU, M., M. LIVADITIS, I. MANOU, E. KANIOTOU et K. XENITIDIS. « Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 29 (2006), p. 68-73.
- FRANKLIN, R.K. « Deliberate self-harm: Self-injurious behaviour within a correctional mental health population », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 15, n° 2 (1988), p. 210-218.
- GORDON, A. « Self-Harm Incidents in CSC over a Thirty-Month Period », rapport inédit, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2009.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.
- HAYCOCK, J. « Manipulation and Suicide Attempts in Jails and Prisons », *Psychiatric Quarterly*, vol. 60 (1989), p. 85-98.
- HAYES, L.M. « Jail suicide-prevention through written protocol (part 1) », *Crisis*, vol. 14 (1993), p. 11-3.
- HENEY, J. *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston*. Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1990.
- HILLBRAND, M., J.H. KRYSTAL, J.S. SHARPE et H.G. FOSTER. « Clinical Predictors of Self-Mutilation in Hospitalized Forensic Patients », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 182, n° 1 (1994), p. 10-13.

- HOWARD LEAGUE FOR PENAL REFORM. *Scratching the Surface: The Hidden Problem of Self-harm in Prisons*, document d'information, Londres, Howard League for Penal Reform, 1999.
- JONES, A. « Self-Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators and Nonmutilators », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 13, n° 3 (1986), p. 286-296.
- KLONSKY, D.E. « The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence », *Clinical Psychology Review*, vol. 27 (2007), p. 226–239.
- KLONSKY, E.D., T.F. OLTMANN et E. TURKHEIMER. « Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 8 (2003), p. 1501-1508.
- LANGBEHN, D.R. et B. PFOHL. « Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric patients », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 5 (1993), p. 45-51.
- LAYE-GINDHU, A. et K.A. SCHONERT-REICHL. « Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, n° 5 (2005), p. 447-457.
- LIEBLING, A. *Suicides in Prison*, Londres et New York, Routledge, 1992.
- LIEBLING, A. « Suicide in Prisons and the Safer Prisons Agenda », *Probation Journal*, vol. 49 (2002), p. 140-150.
- LIEBLING A. « Suicide in young prisoners: a summary », *Death Studies*, vol. 17 (1993), p. 381–409.
- LIEBLING, H., H. CHIPCHASE et R. VELANGI. « Why do women harm themselves? Surviving special hospitals », *Feminism & Psychology*, vol. 7, n° 3 (1997), p. 427-437.
- LIVINGSTON, M. « A review of the literature on self-injurious behavior amongst prisoners », dans G.J. Towl (dir.), *Suicide and self-injury in prisons: Research directions in the 1990s* (p. 21-35). Leicester (R-U), British Psychological Society for the Division of Criminological and Legal Psychology. 1997.
- LLOYD, M. « Suicide and self-injury in prison. A literature review. Home Office Research Study No. 115 », Londres, HMSO, 1990.
- LLOYD-RICHARDON, E.E., N. PERRINE, L. DIERKER et M.L. Kelley. « Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents », *Psychological Medicine*, vol. 37 (2007), p. 1183–1192.

LOI SUR LE SYSTÈME CORRECTIONNEL ET LA MISE EN LIBERTÉ SOUS CONDITION. C-20, 1992. Consulté le 23 juin 2009, à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/fra/C-44.6/index.html>

MADEN, A., M. SWINTON et J. GUNN. « A criminological and psychiatric survey of women serving a prison sentence », *British Journal of Criminology*, vol. 34, n° 2 (1994), p. 172-191.

MADEN, A., S. CHAMBERLAIN et J. GUNN. « Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: some ethnic factors », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 10 (2000), p. 199-204.

MAGALETTA, P.R., M.W. PATRY, B. WHEAT et J. BATES. « Prison Inmate Characteristics and Suicide Attempt Lethality: An Exploratory Study », *Psychological Services*, vol. 5, n° 4 (2008), p. 351–361.

MARCUS P. et P. ALCABES. « Characteristics of suicides by inmates in an urban jail », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44 (1993), p. 256–261.

MATSUMOTO, T., A. YAMAGUCHI, T. ASAMI, T. OKADA, K. YOSHIKAWA et Y. HIRAYASU. « Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 59 (2005), p. 319-326.

MCDONALD D. et N.J. THOMSON. « Australian deaths in custody, 1980–1989 », *The Medical Journal of Australia*, vol. 159, p. 581–585.

NIXON, M.K., P.F. CLOUTIER et S. AGGARWAL. « Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, n° 11 (2002), p. 1333-1341.

NIXON, M.K., P.F. CLOUTIER et S.M. JANSSON. « Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 3 (2008), p. 306-312.

QUINSEY, V.L., G.T. HARRIS, M.E. RICE et C.A. CORMIER. *Violent Offenders*. Washington (D. C.), American Psychological Association, 1998.

RODHAM, K., K. HAWTON et E. EVANS. « Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, n° 1 (2004), p. 80-87.

ROE-SEPOWITZ, D. « Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 17 (2007), p. 312-321



- ROSS, S. et N.A. HEATH. « Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 31, n° 1 (2002), p. 67-77.
- SALINA, D.D., L.M. LESONDAK, L.A. RAZZANO et A. WEILBAECHER. « Co-Occurring mental disorders among incarcerated women: preliminary findings from an integrated health treatment study », *Mental Health Issues in the Criminal Justice System*, (2007), p. 207-225.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA, 2010. Consulté le 12 février 2010, sur le Système intégré de rapports du Service correctionnel du Canada.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Directive du commissaire 568-1 : Consignation et signalement des incidents de sécurité*, 2008. Consulté le 10 janvier 2009, à l'adresse suivante : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/toccd-fra.shtml>.
- SERVICE CORRECTIONNEL CANADA. *Rapport annuel de 2007-2008 sur les suicides de détenus*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 2009.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Les automutilations et les suicides*. Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 1981.
- SHAW, J., D. BAKER, I.M. HUNT, A. MOLONEY et A. APPLEBY. « Suicide by prisoners: National clinical survey », *British Journal of Psychiatry*, vol. 184 (2004), p. 263-267.
- SHEA, S.J. et M.C. SHEA. « Self-mutilatory behavior in a correctional setting », *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Method and Therapy*, vol. 37, n° 4 (1991), p. 64-67.
- SIMEON, D. et A.R. FAVAZZA. « Self-injurious behaviours: phenomenology and assessment », dans D. Simeon et E. Hollander (dir.), *Self-injurious behaviors: assessment and treatment* (p. 1-28). Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.
- SMITH, H.P. et R.J. KAMINSKI. « Inmate self-injurious behaviours: Distinguishing characteristics within a retrospective study », *Criminal Justice and Behavior*, October, (2009), p. 1-16.
- STATISTIQUE CANADA. *Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge. Gouvernement du Canada* [en ligne], 2009. Consulté à l'adresse suivante : <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/hlth66a-fra.htm>
- SUYEMOTO, K.L. « The functions of self-mutilation », *Clinical Psychology Review*, vol. 18, n° 5 (1998), p. 531-554.
- TOCH, H. *Men in crisis: human breakdowns in prison*, Chicago, Aldine, 1975.
- VISHER, C., N. LAVIGNE et J. TRAVIS. *Returning Home: Understanding the Challenges of Prisoner Reentry*, Urban Institute, Justice Policy Center, 2004.

- WALSH, B.W. et P.M. ROSEN. « Self-Mutilation: Theory Research and Treatment », New York, Guildford Press, 1988.
- WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF JUSTICE. *Report of Performance*, Perth (Australie-Occidentale), 2002.
- WHITE, T.W. et D.J. SCHIMMEL. « Suicide Prevention in Federal Prisons: A Successful Five-Step Program », dans L. Hayes (dir.), *Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention*, Mansfield (Massachusetts), U.S. Department of Justice, 1995.
- WHITLOCK, J., J. ECKENRODE et D. SILVERMAN. « Self-injurious behaviors in a college population », *Pediatrics*, vol. 117, n° 6 (2006), p. 1939-1948.
- WILKINS, J. et J. COID. « Self-mutilation in female remanded prisoners: I. An indicator of severe psychopathology », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 1 (1991), p. 247-267.
- WILLIAMS, M. « The effect of the media », dans *Cry of pain: understanding suicide and self-harm*, St.Ives Plc (Angleterre), Clays Ltd., 1997.
- WINKLER, G.E. « Assessing and Responding to Suicidal Jail Inmates », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, n° 4 (1992), p. 317-326.
- WOBESER, W.L., J. DATEMA, B. BECHARD et P. FORD. « Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999 », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 167 (2009), p. 1109-1113.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Suicide Prevention. World Health Organization* [en ligne], 2009 [OMS, 2009a]. Consulté à l'adresse suivante : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Suicide Rates. World Health Organization* [en ligne], 2009 [OMS, 2009b]. Consulté à l'adresse suivante : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/)
- YATES, T.M. « The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation », *Clinical Psychological Review*, vol. 24 (2004), p. 35-74.
- ZOROGLU, S.S., U. TUZUN, V. SAR, H. TUTKUN, H.A. SAVA, M. OZTURK, et coll. « Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 57 (2003), p. 119-126.

## Annexe : Manuel de codage

99 = Données manquantes (inconnues)

88 = N.D.

Numéro du participant :

---

sujet

Âge :

---

âge

Sexe :

1. Homme
2. Femme

---

sexe

État marital :

1. Célibataire
2. Union de fait
3. Marié
4. Divorcé ou séparé
5. Veuf

---

état marital

Appartenance ethnique :

1. Autochtone
2. Non-Autochtone

---

autochtone

Date de l'incident :

[JJ.MM.AA]

---

DI

Moment de l'incident :

- Mois :

[1 = janvier; 12 = décembre]

- Jour de la semaine :

[1 = dimanche; 7 = samedi]

- Moment de la journée :

---

mois

---

jour

---

heure

Nom de l'établissement :

---

nom ét.

Niveau de sécurité de l'établissement :

1. Minimal
2. Moyen
3. Maximal
4. Niveaux multiples
5. Pavillon de ressourcement
6. Surveillance

---

niv. séc. ét.

Région :

1. Atlantique
2. Québec
3. Ontario
4. Prairies
5. Pacifique

---

région

Date d'admission au SCC pour l'infraction actuelle :

[JJ.MM.AA]

---

Date 1

Date d'évasion (de l'établissement ou en libération conditionnelle) :

[JJ.MM.AA]

---

date évasion

Durée de la peine actuelle (en mois) :

---

durée

Peine à perpétuité :

0. Non

1. Oui

---

perpétuité

L'incident a-t-il eu lieu en établissement?

0. Non

1. Oui

---

lieu ét.

Lieu de l'incident en établissement (lieu) :

1. Isolement

2. Cellule (population générale)

3. Cellule en centre de traitement

4. Résidence privée

5. Motel ou hôtel

6. Hôpital local

7. Établissement résidentiel communautaire

8. Extérieur (en public)

9. Unité résidentielle

10. Autre lieu dans l'établissement : \_\_\_\_\_

---

lieu 01

---

lieu 02

Événement déclencheur (immédiatement avant l'incident) :

1. Fin d'une relation
2. Refus ou révocation de libération conditionnelle
3. Augmentation du stress signalée (p. ex., nouvelles conditions d'emploi déplaisantes)
4. Décès d'un ami ou d'un membre de la famille
5. Signes récents de détérioration de la santé mentale
6. Mise en liberté
7. Toxicomanie
8. Changement d'emplacement dans l'établissement
9. Observation ou isolement
10. VFP refusée
11. Appel rejeté
12. Illégalement en liberté
13. Transfèrement ou réadmission en établissement
14. Fréquentation d'un détenu qui se mutile
15. Autre : \_\_\_\_\_

---

ed01

---

ed02

---

ed03

Échelle Cormier-Lang (selon l'incident le plus violent contre une autre personne commis à l'âge adulte) :

1. Aucun préjudice
2. Préjudice léger
3. Préjudice léger avec une arme
4. Victime traitée en clinique et congé
5. Victime traitée à l'hôpital et séjour d'au moins une nuit
6. Décès de la victime
7. Décès de la victime et mutilation subséquente

---

éCL

Diagnostic psychiatrique à l'âge adulte :

0. Non

---

dps

1. Oui

Dans l'affirmative, quel était le diagnostic?

---

dps 01

1. Trouble bipolaire

2. Trouble dépressif majeur

3. Autre trouble de l'humeur

4. Schizophrénie

5. Autre trouble psychotique

---

dps 02

6. Alcoolisme

7. Toxicomanie

8. Trouble anxieux

9. Trouble d'adaptation

---

dps 03

10. Hyperactivité avec déficit de l'attention

11. Trouble de la personnalité

12. Autre

---

dps 04

Préciser :

---

descpsych

Antécédents de dépression ou de désespoir :

0. Aucun

---

dd

1. Oui

Consommation actuelle de drogues :

0. Non

1. Oui

---

cad

Soutien de la famille et des amis (à l'extérieur de l'établissement en ce moment) :

0. Aucun

1. Oui

---

sFA

Suicide de membres de la famille ou d'amis :

0. Aucun

1. Oui

---

suicideFA

Antécédents de tentatives de suicide ou de comportements autodestructeurs

0. Non

1. Oui

---

d0

Description de l'incident :

1. Automutilation

2. Suicide

---

description

### **CAS DE SUICIDE**

Nombre de mois d'incarcération avant le suicide :

---

mois ét.

Nombre de mois dans la collectivité avant le suicide :

---

mois coll.



Méthode de suicide :

1. Liens ou pendaison
2. Coupures ou égratignures
3. Surdose de drogue
4. Arme à feu
5. Intoxication au monoxyde de carbone
6. Autre

---

méth suic

**CAS D'AUTODESTRUCTION (TENTATIVES DE SUICIDE)**

Nombre de mois d'incarcération avant l'incident :

---

Mois ét. tent

Date de la libération :

[JJ.MM.AA]

---

dl

Nombre de tentatives de suicide auparavant :

---

nbr tent

Type de comportement autodestructeur (CAD) :

1. Se couper
2. Se brûler
3. Utiliser des liens
4. Se faire des égratignures
5. S'arracher les cheveux
6. Se mettre un sac de plastique sur la tête
7. Insérer des objets (perçage)
8. Ingérer des objets dangereux (p. ex., aiguilles, verre; mais *pas* de la drogue)
9. Se frapper la tête
10. Faire une surdose
11. Se mordre
12. Rouvrir des plaies
13. Autre : \_\_\_\_\_

---

CAD 01

---

CAD 02

---

CAD 03

