_____ Rapport de recherche _____

Étude qualitative de
l'automutilation dans
les centres de traitement

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 qualitative de l'automutilation dans les centres de traitement

Jenelle Power

et

Janelle Beaudette

Service correctionnel du Canada

Mai 2013

Remerciements

Nous souhaitons remercier Colette Cousineau, Geoff Wilton, Amanda Nolan, Christine Levesque et Amelia Usher pour l'aide qu'ils nous ont apportée en interviewant les délinquants, ainsi que Lynn Stewart et Brian Grant pour leurs commentaires sur les versions antérieures du présent rapport. Nous tenons également à remercier les nombreux employés sur le terrain qui nous ont apporté leur concours pendant la période que nous avons passé à interviewer les participants dans les établissements. Enfin, nous remercions tous les participants qui ont accepté de nous faire part de leurs expériences.

Résumé

Mots clés : délinquants de sexe masculin; automutilation; suicide; santé mentale.

L'automutilation non suicidaire (ANS) peut être définie comme la destruction délibérée de tissus corporels, sans intention suicidaire et pour des motifs inacceptables pour la société. Elle englobe des comportements comme les coupures, l'utilisation de liens (strangulation), les brûlures, les coups sur le corps et le fait d'avaler des objets coupants ou non digestibles, de s'insérer des objets dans le corps et de les retirer, et de se frapper la tête contre une surface rigide. L'ANS représente un enjeu particulièrement difficile dans les établissements correctionnels et entraîne d'importants coûts humains et financiers. Pour traiter et prévenir plus efficacement l'ANS chez les délinquants, il faut mieux comprendre les origines et la nature de ce comportement. La présente étude a ainsi pour objet d'analyser les motivations, les événements, les émotions et les comportements de remplacement associés à l'ANS tels qu'ils ont été décrits par des délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale hébergés dans des centres de traitement médicolégaux. Quarante-et-un délinquants purgeant une peine de ressort fédéral ont participé à des entrevues semi-dirigées qui ont été conçues pour évaluer leurs antécédents d'ANS. Les participants ont été recrutés dans un centre de traitement de chacune des cinq régions du Service correctionnel du Canada (SCC).

Environ les deux tiers des participants ont dit avoir eu recours à l'ANS pour se libérer d'émotions négatives. Le motif le plus souvent cité pour expliquer les épisodes d'ANS était l'adaptation, et le deuxième la volonté de se faire mal plutôt qu'aux autres (environ 20 % des participants). Parmi les participants qui s'étaient mutilés pour la première fois dans un établissement du SCC (20 %), l'adaptation et les troubles psychologiques étaient les motivations les plus courantes.

Les émotions le plus souvent ressenties par les participants avant leurs épisodes d'ANS étaient la colère ou la frustration (environ 40 % de l'échantillon), suivies de la dépression ou la tristesse (20 % de l'échantillon). L'émotion la plus souvent ressentie après les épisodes d'ANS était le soulagement, suivi du regret. Trente-deux pour cent des participants affirment s'être mutilés après avoir vécu un conflit interpersonnel.

Près de 42 % des participants rapportent avoir tenté d'exprimer leurs émotions pour prévenir les épisodes d'automutilation. Pour la majorité d'entre eux, le fait de pouvoir s'exprimer a été le facteur le plus déterminant dans leur décision de continuer ou non de s'automutiler. Environ 29 % des hommes ont dit qu'ils pratiquaient des activités pour se distraire et éviter ainsi de se mutiler.

D'après nos recherches, les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale (comme les délinquants et les délinquantes des centres de traitement) semblent avoir un profil de motivations et de causes à l'origine de l'ANS différent de celui des échantillons ayant moins de problèmes de santé mentale. Nos résultats indiquent que l'expérience de l'incarcération joue un rôle plus important dans le comportement d'ANS chez les délinquants en établissement que chez les

délinquantes et les délinquants dans les centres de traitement. Selon la recherche, les plans d'évaluation et de traitement de l'ANS chez les délinquants devraient tenir compte du moment où le comportement a commencé et des motivations à l'origine de celui-ci. Il faudrait offrir aux délinquants des interventions qui les aident, d'une part, à reconnaître les situations et les événements qui les exposent au risque de se mutiler, et, d'autre part, leur enseignent des stratégies d'adaptation de rechange pour diminuer leur recours à l'ANS.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Table des matières v
Liste des tableaux vi
Liste des figures vi
Liste des annexes vi
Introduction 1
Méthode 5
Participants 5
Procédure/Approche analytique 7
Mesures/matériel 8
Résultats 9
Motivations à l'origine de l'ANS 9
Émotions ressenties avant les épisodes d'ANS 14
Émotions ressenties après les épisodes d'ANS 18
Événements déclencheurs 21
Techniques d'adaptation : solutions de rechange à l'ANS 23
Analyse 28
Résumé et limites 31
Conclusions et orientations futures 32
Bibliographie 33
Annexe 37

Liste des tableaux

Tableau 1 *Profil démographique et criminel des participants et du groupe témoin* 6

Liste des figures

Figure 1. Pourcentage des participants qui ont validé chacun des motifs à l'origine de l'ANS. ... 9
Figure 2. Motivations des délinquants qui se sont mutilés pour la première fois dans un établissement du SCC. 14
Figure 3. Émotions ressenties immédiatement avant les épisodes d'ANS..... 16
Figure 4. Émotions ressenties immédiatement après les épisodes d'ANS. 19
Figure 5. Événements déclencheurs d'un épisode d'ANS. 21
Figure 6. Méthodes d'adaptation et solutions de rechange à l'ANS. 24

Liste des annexes

Annexe.....38

Introduction

L'automutilation peut être définie comme toute forme de blessure corporelle ou de défigurement qu'une personne s'inflige délibérément et qui *n'est pas* considérée acceptable par la société (Favazza, 1998, 1999; Simeon et Favazza, 2001; Walsh et Rosen, 1988). Le manque de cohérence dans la façon de déterminer ce qui constitue de l'automutilation et le terme à employer pour désigner ce comportement est un problème de longue date qui complique l'établissement de comparaisons entre les études (Nock, 2010). Divers termes ont été utilisés par les chercheurs et les auteurs, dont les suivants : parasuicide, comportement suicidaire, autoagression, autodestruction, automutilation, suicide simulé, entailles délicates des poignets, acte autodestructeur délibéré, comportement automutilatoire, automutilation non suicidaire et blessures auto-infligées. Dans le présent document, on utilisera le terme « automutilation non suicidaire » (ANS) pour désigner l'automutilation sans intention suicidaire. Les incidents d'automutilation dans lesquels il y a une intention suicidaire seront appelés « tentatives de suicide ». L'intention suicidaire est souvent difficile à déterminer, et il arrive souvent qu'on n'en tienne pas compte dans la recherche (Claes et Vandereycken, 2007). On utilisera donc le terme « automutilation » lorsque l'intention suicidaire n'est pas connue ou n'est pas claire.

L'ANS représente un enjeu particulièrement difficile dans les établissements correctionnels et entraîne d'importants coûts humains et financiers (Dehart, Smith et Kaminski, 2009). Des coûts humains considérables sont associés à l'ANS : séquelles physiques subies par les délinquants qui se livrent à ces comportements et décès non intentionnel possible de ces derniers; répercussions négatives sur les délinquants qui sont témoins de ces actes ou sont gardés dans un environnement inutilement restrictif pendant que le personnel réagit à l'incident; et risque d'épuisement professionnel et de traumatisme vicariant chez les employés qui interviennent auprès de ces délinquants. Les coûts financiers peuvent aussi être exorbitants si l'on considère les dépenses d'ordre médical (p. ex. premiers soins, antibiotiques, chirurgies), la décontamination, le temps consacré par le personnel à remplir les documents nécessaires, le transport, la surveillance en milieu hospitalier et le matériel en établissement destiné aux délinquants susceptibles de se mutiler. Une étude sur les délinquants réalisée en Caroline du Sud a révélé que les délinquants qui se livraient à des actes d'ANS mobilisaient beaucoup plus de ressources en santé mentale, particulièrement en raison du recours aux services de santé mentale

et des mesures restrictives mises en place par les établissements, que les délinquants qui n'avaient pas ce type de comportement (Smith et Kaminski, 2010).

L'automutilation est particulièrement perturbatrice dans les centres de traitement médicolégaux, car la dépendance accrue envers le personnel, de même que les stratégies d'adaptation non adéquates, peut nuire aux progrès entourant le traitement (Gallagher et Sheldon, 2010). Les délinquants qui se mutilent sont plus susceptibles d'être responsables d'un plus grand nombre d'incidents disciplinaires en établissement (Smith et Kaminiski, 2010), lesquels nécessitent des interventions qui exigent du temps de la part du personnel. Par conséquent, il faut consacrer plus de ressources et offrir davantage de soutien aux délinquants qui se mutilent et aux membres du personnel qui s'occupent d'eux. La recherche dans ce domaine peut aider les services correctionnels à déterminer les ressources requises pour planifier efficacement les interventions.

Motivations à l'origine de l'ANS

Klonsky (2007) a examiné la recherche empirique portant sur les fonctions ou les motivations de l'ANS. Après avoir examiné dix-huit études, il a conclu que le modèle le mieux appuyé était le modèle de régulation de l'affect, selon lequel l'ANS viserait à réduire l'excitation ou les émotions négatives. Klonsky a également trouvé de nombreuses données à l'appui du modèle de l'autopunition, qui présente l'ANS comme un moyen d'exprimer sa colère envers soi-même ou de se déprécier. Il a conclu que les preuves étaient plutôt modestes pour appuyer plusieurs autres modèles, comme les modèles liés à l'anti dissociation (atténuation de sentiments de dépersonnalisation), à l'influence interpersonnelle (recherche d'aide ou d'autres gratifications), à l'anti suicide (évitement ou substitution des impulsions suicidaires), à la recherche de sensations (obtention d'une excitation) et aux fonctions de limites interpersonnelles (affirmation de l'autonomie personnelle; Klonsky, 2007). Parmi les dix-huit études examinées, quatre étaient fondées sur des échantillons issus du milieu médicolégal, dont deux composés exclusivement de délinquantes (Coid, 1993; Wilkins et Coid, 1991), et une était fondée sur des échantillons de délinquants adolescents, dont 28 % étaient de sexe féminin (Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz et Spirito, 2003). Dans l'unique étude portant sur des délinquants adultes de sexe masculin, on a comparé les réactions psychophysiologiques de délinquants de sexe masculin qui se mutilaient, de délinquants de sexe masculin qui ne se mutilaient pas et d'étudiants

universitaires de premier cycle de sexe masculin ne qui ne se mutilaient pas à des images représentant des événements neutres, des blessures accidentelles et des agressions (Haines, Williams, Brain et Wilson, 1995). En se fondant sur les réactions différentes des délinquants qui se mutilaient, les auteurs ont conclu que l'ANS contribuait à diminuer la tension (régulation de l'affect).

Dans le cadre d'une étude plus récente, Gallagher et Sheldon (2010) ont examiné les motivations à l'origine de l'ANS chez des délinquants dangereux et atteints d'un trouble grave de la personnalité qui étaient hospitalisés dans un centre médicolégal. Même s'il s'agissait de données d'archives, les auteurs ont conclu que le modèle de régulation de l'affect était le modèle le mieux étayé. Ils ont également trouvé des données à l'appui de deux autres motivations, soit l'expression de l'agressivité (p. ex. les délinquants qui sont dans un environnement restrictif peuvent se mutiler lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de blesser la cible réelle de leur agressivité) et la vengeance (p. ex. le comportement d'automutilation vise à faire souffrir d'autres personnes). Dans le cadre d'un examen plus approfondi des motivations à l'origine de l'ANS, Klonsky (2009) a mené des entrevues semi-dirigées auprès de trente-neuf jeunes adultes ayant des antécédents d'ANS (n = 9 hommes). Il a trouvé une preuve additionnelle à l'appui du modèle de régulation de l'affect dans le fait que la majorité des participants ont dit que la fonction première de leur comportement était l'amélioration de leur état affectif, et que les autres fonctions (p. ex. l'autopunition) étaient d'ordre secondaire.

Power et Usher (2010) ont réalisé une étude sur les fonctions de l'ANS chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral au Canada, à l'aide d'entrevues semi-dirigées (n = 56). Ils ont conclu que le modèle le mieux appuyé était celui de la régulation de l'affect, le motif le plus souvent cité pour expliquer les épisodes d'ANS étant le besoin de se libérer d'émotions négatives. Les émotions le plus souvent ressenties par les délinquantes avant les épisodes d'ANS étaient la colère ou la frustration, tandis que l'émotion le plus souvent ressentie après les épisodes d'ANS était le soulagement. Ces constatations ont été confirmées au moyen d'un échantillon de 104 délinquants purgeant une peine de ressort fédéral au Canada (Power, Beaudette et Usher, sous presse). Des différences ont toutefois été notées entre les sexes quant au rôle joué par l'incarcération dans le comportement d'ANS. Parmi les femmes, 9 % (n = 5) ont dit s'être mutilées en réaction à leur incarcération, tandis que parmi les hommes, 41 % (n = 43) ont dit s'être mutilés pour des motifs utilitaires au sein de l'établissement, ce qui donne à penser

que les facteurs liés à l'incarcération jouent un rôle plus important dans l'automutilation chez les hommes que chez les femmes.

De nombreuses études ont démontré un lien entre l'ANS et les troubles de santé mentale. Des liens ont été établis entre l'ANS et le trouble dépressif majeur, la consommation d'alcool et de drogues, le trouble panique, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la personnalité limite chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada (Power, Usher et Beaudette, sous presse). En présumant que les hommes dans les centres de traitement sont plus susceptibles d'être atteints de graves problèmes de santé mentale, il est important de déterminer si les motivations, les émotions et les événements à l'origine de leurs épisodes d'ANS diffèrent de ceux des autres délinquants. Les résultats du présent rapport reposent sur une méthode similaire à celle qui avait été utilisée pour les études sur les femmes (Power et Usher, 2010) et sur les hommes en établissement (Power, Beaudette et Usher, sous presse).

Étant donné que les centres de traitement (où se trouvent de nombreux délinquants atteints de graves problèmes de santé mentale qui sont sous la garde du SCC) ont été exclus des études précédentes (Power et Usher, sous presse; Power, Usher et Beaudette, sous presse), les délinquants ayant de graves troubles mentaux sont sous-représentés dans ces échantillons. La présente étude visait à améliorer notre compréhension actuelle de l'ANS chez les hommes grâce à l'examen d'un échantillon de délinquants de sexe masculin se trouvant dans des centres de traitement du SCC. Ce faisant, nous avons cherché à analyser les motivations à l'origine de l'ANS, les émotions associées à ce comportement, et l'évolution de ce comportement pendant la vie des délinquants, en particulier par rapport à leur incarcération.

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés dans des centres régionaux de traitement (hôpitaux psychiatriques) de chacune des cinq régions du SCC. Les participants éventuels ont été ciblés principalement en fonction des preuves d'ANS figurant à leur dossier (pour plus d'information, voir Power et Beaudette, sous presse). En tout, 41 délinquants ayant des antécédents d'ANS ont participé à l'étude. L'âge moyen des participants était de 38 ans (écart-type = 10,61) tandis que celui des membres du groupe témoin était un peu plus élevé, soit de 44 ans (écart type = 13,25). Le tableau 1 présente des renseignements démographiques supplémentaires sur les deux groupes. Comparativement à la population de délinquants dans les centres de traitement, les participants à l'étude étaient moins susceptibles d'être mariés ou de vivre en union de fait, et plus susceptibles d'être classés au niveau de sécurité maximale. Même si environ 5 % de la population fait partie de la catégorie ethnique « autre » (c'est-à-dire que les délinquants ne s'identifient pas comme Autochtones, Noirs ou Blancs), l'étude ne comprend aucun participant appartenant à cette catégorie.

Tableau 1

Profil démographique et criminel des participants et du groupe témoin

	Échantillon de l'étude sur l'ANS (n = 41)	Groupe témoin[1] (n = 447)
Origine ethnique		
Autochtone	34,2 (13)	26,8 (120)
Noir	2,6 (1)	4,7 (21)
Blanc	63,2 (24)	62,4 (279)
Autre	--	5,4 (24)
État matrimonial		
Marié ou conjoint de fait	12,2 (5)	23,3 (104)
Célibataire, divorcé, séparé ou veuf	87,8 (36)	76,6 (341)
Niveau de sécurité		
Maximale	36,8 (14)	17,0 (76)
Moyenne	63,2 (24)	74,9 (335)
Minimale	2,6 (1)	6,3 (28)
Principale infraction à l'origine de l'incarcération		
Homicide et homicide involontaire coupable	31,7 (13)	34,2 (153)
Vol qualifié	9,8 (4)	11,6 (52)
Infractions en matière de drogue	--	1,1 (5)
Voies de fait	14,6 (6)	12,1 (54)
Infractions sexuelles	19,5 (8)	18,6 (83)
Autres infractions avec violence	2,4 (1)	2,5 (11)
Autres infractions sans violence	22,0 (9)	20,1 (90)

Tableau 1 (suite)

Profil démographique et criminel des participants et du groupe témoin

	Échantillon de l'étude sur l'ANS (n = 41)	Groupe témoin[1] (n = 447)
Niveau de risque lié aux antécédents criminels[b]		
Faible	2,5 (1)	5,6 (25)
Moyen	27,5 (11)	17,2 (77)
Élevé	70,0 (28)	76,5 (342)
Niveau de besoins liés aux facteurs criminogènes[d]		
Faible	--	1,8 (8)
Moyen	12,8 (5)	17,7 (79)
Élevé	87,2 (34)	79,9 (357)
Durée de la peine		
Moins de cinq ans	31,6 (12)	28,0 (125)
Plus de cinq ans	28,9 (12)	25,1 (112)
À perpétuité	42,1 (16)	47,0 (210)

Nota : ANS = Automutilation non suicidaire. [1]Service correctionnel du Canada (2011). Données brutes non publiées sur des délinquants sous responsabilité fédérale hébergés dans des centres de traitement de décembre 2010 à mars 2011. Données extraites le 28 décembre 2011 du Système de gestion des délinquant(e)s du Service correctionnel du Canada.
[a]*n* = données manquantes pour 4 délinquants. [b]*n* = données manquantes pour 2 délinquants. [c]*n* = données manquantes pour 8 délinquants. [d]*n* = données manquantes pour 1 délinquant.

Procédure/Approche analytique

Le protocole de recherche comprenait une entrevue clinique visant à évaluer les troubles psychologiques, une série de questionnaires, de même qu'une entrevue semi-dirigée explorant à fond les tentatives de suicide et les épisodes d'automutilation non suicidaire (ANS). Seuls les résultats de l'entrevue semi-dirigée sont analysés ici. Pour les résultats des autres mesures utilisées dans le protocole, voir l'étude de Power et coll. (sous presse).

Les entrevues avec les participants ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique dans les cas où les participants ont donné leur consentement; sinon, des notes par écrit ont été prises. Un seul délinquant (2,4 % des entrevues) a demandé que ses réponses ne soient

pas enregistrées. Le rapport ne comprend aucune citation tirée d'une entrevue non enregistrée. Au total, 43 entrevues ont été transcrites textuellement par une entreprise de transcription professionnelle. À la suite d'une consultation entre les auteurs, deux entrevues (2 % des hommes) ont été exclues de l'étude du fait que les participants présentaient des signes de désorganisation de la pensée et des problèmes de santé mentale qui empêchaient d'analyser complètement les entrevues.

Toutes les entrevues transcrites ont été analysées au moyen de NVIVO 7, un progiciel d'analyse de données qualitatives qui aide à gérer et à organiser le type de renseignements provenant d'une entrevue personnelle semi-dirigée. Les entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Le protocole de l'entrevue semi-dirigée (voir l'annexe A) et le cadre de codification, provenant d'une étude parallèle sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale (Power et coll., sous presse), ont été utilisés pour élaborer le cadre de codification. Le protocole de l'entrevue semi-dirigée élaboré par l'auteure principale est fondé sur des résultats issus de recherches antérieures sur l'ANS et la théorie relative à l'ANS, ainsi que sur les questions de recherche sur lesquelles portait l'étude. Pendant le processus de codification, des changements ont été apportés au cadre de codification (regroupement de catégories, création de nouvelles catégories, etc.) en fonction de l'information obtenue lors des entrevues. Lorsque des changements étaient apportés, les entrevues déjà codées étaient codées de nouveau afin de correspondre à la plus récente version du cadre de codification. Toutes les entrevues ont été codées par la deuxième auteure. Le cadre de codification se composait de catégories qui pouvaient servir : 1) de thèmes qualitatifs, qui sont présentés ci-dessous accompagnés de citations pour les illustrer; 2) de catégories quantitatives, qui sont présentées comme la fréquence de validation de la catégorie par les répondants afin d'indiquer la généralisabilité de chaque thème au groupe de participants (Creswell et Plano Clark, 2007; Maxwell, 2010).

Mesures/matériel

Un questionnaire d'entrevue semi-dirigée a été utilisé pour l'étude; il contenait les sections suivantes : 1) antécédents de santé mentale; 2) antécédents de mauvais traitements; 3) tentatives de suicide et ANS. Chacune des sections comprenait des questions qui devaient être posées à tous les participants ainsi qu'une liste de questions incitatives pour chaque question (voir l'annexe A).

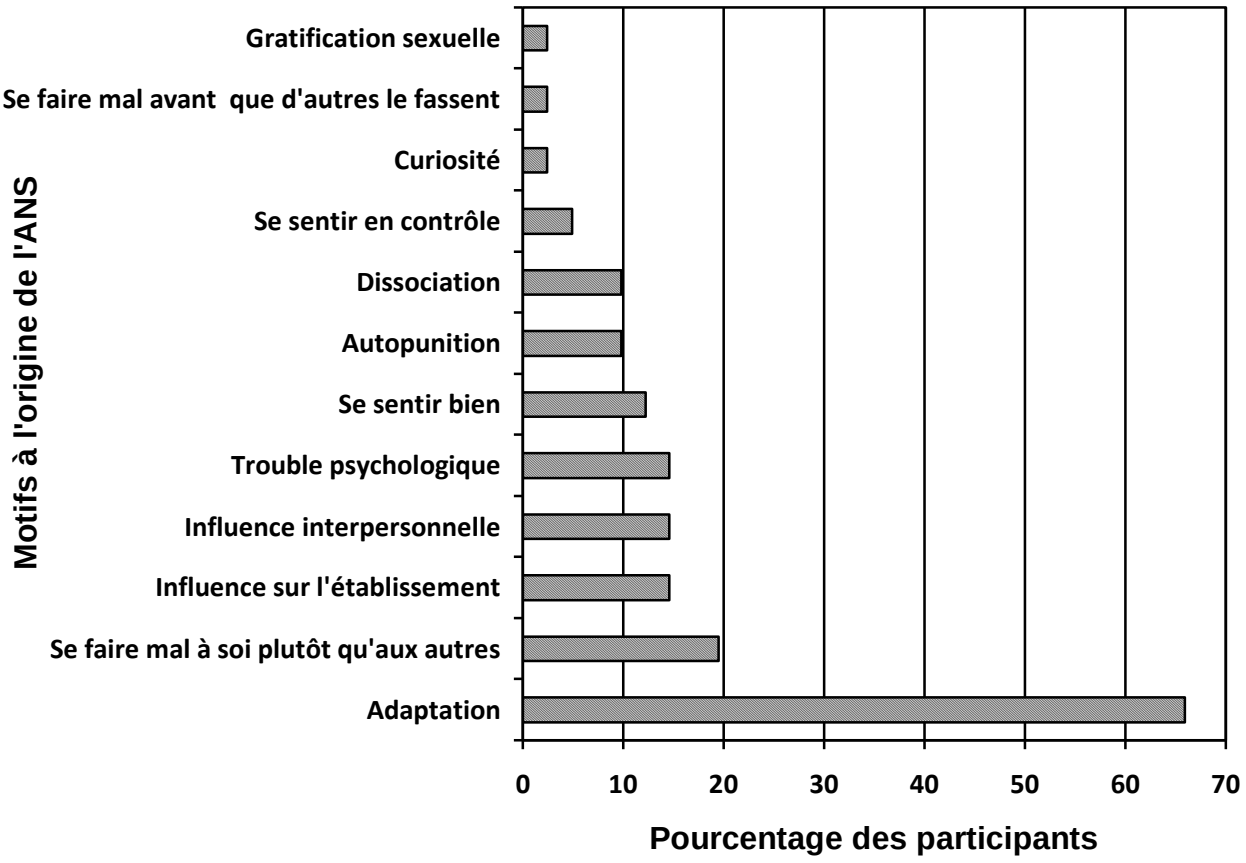
Résultats

Les thèmes dégagés des réponses des participants sont présentés ci-dessous, accompagnés d'une description de chaque thème et, dans plusieurs cas, de citations les illustrant. De plus, on indique le nombre de délinquants qui ont validé chacun des thèmes.

Motivations à l'origine de l'ANS

On a examiné les motifs à l'origine de l'ANS. Les participants ont indiqué pourquoi ils s'étaient mutilés et quelle fonction l'ANS avait eue dans leur vie. Au total, 13 catégories de raisons ont été fournies par les 41 hommes qui ont dit se livrer à des actes d'ANS. Vingt-et-un hommes ont donné un motif pour expliquer leurs épisodes d'automutilation, huit hommes ont donné deux motifs et dix hommes ont donné trois motifs ou plus.

Figure 1. Pourcentage des participants qui ont validé chacun des motifs à l'origine de l'ANS



Adaptation. Près des deux tiers des participants (n = 27) ont dit s'être mutilés pour se

libérer d'émotions fortes ou négatives. Les participants ont expliqué que l'ANS les aidait à modérer leur humeur et à améliorer leur affect négatif.

> P007 : J'essayais simplement de gérer mes émotions, mais je n'étais pas vraiment capable de le faire à ce moment-là.

> P008 : Mais c'était un mécanisme d'adaptation au stress et à la colère, et à toutes sortes de problèmes que j'avais à ce moment-là.

> P024 : Je me mutilais pour diminuer ma douleur psychologique. Chaque fois que je le faisais, c'était pour me sentir mieux sur le plan psychologique. Ma douleur psychologique se transformait en douleur physique[1].

Se faire mal à soi plutôt qu'aux autres. Environ 20 % des participants (*n* = 8) ont dit s'être mutilés pour éviter de faire mal aux autres. Ils croyaient qu'en dirigeant leurs sentiments négatifs contre eux-mêmes, ils pourraient se soustraire aux sanctions ou aux conséquences négatives auxquelles ils s'exposeraient s'ils faisaient du mal à d'autres personnes dans l'établissement. Certains participants ont justifié leur comportement en disant qu'aucune autre personne n'était touchée par leur comportement d'ANS, et que c'était par conséquent un bon moyen de se libérer de leurs émotions.

> P008 : Je ne supportais plus d'être placé en isolement. Et j'avais besoin de me défouler. Je m'en prenais aux gardiens et j'étais fatigué de faire ça. J'en avais déjà envoyé quelques-uns, euh, à l'hôpital. Je ne voulais pas allonger ma peine, alors j'ai décidé de m'en prendre à moi-même.

> P027 : Je m'en prends toujours à moi-même au lieu de blesser quelqu'un d'autre. Je me fais du mal à moi, comme ça j'ai le sentiment de ne rien faire de mal, vous voyez ? Je ne fais du mal qu'à moi-même, et à personne d'autre, donc c'est correct.

Influence sur l'établissement. Quinze pour cent des hommes (*n* = 6) ont dit s'être mutilés à des fins utilitaires, pour obtenir une gratification souhaitée ou influencer un résultat (p. ex. se faire transférer à une autre unité ou un autre établissement ou obtenir le droit de faire un appel téléphonique). Les délinquants avaient recours à l'ANS, ou menaçaient d'y avoir recours, pour exercer une influence interpersonnelle au sein de l'établissement.

---

[1] Retraduit en français.

P018 : Heu, l'an dernier dans l'établissement, je retirais des morceaux de verre des fenêtres et je me faisais de petits tatouages sur les mains au lieu de m'en faire partout, comme dans le passé. Parfois, je me tailladais le bras simplement pour obtenir un répit [dans un centre médicolégal]. Je cherchais surtout à attirer l'attention… lorsque je n'obtenais pas ce que je voulais, la plupart du temps. Bref, si je n'obtenais pas ce que je voulais, je me faisais saigner.

P040 : Ouais, je me tailladais le bras, mais ce n'était pas pour me faire du mal. Euh, c'était pour que mon avocat m'appelle... ou pour que je puisse l'appeler. Et après, j'avais du tabac.

Influence interpersonnelle. Quinze pour cent des participants (n = 6) ont dit s'être mutilés pour exercer une influence interpersonnelle. Contrairement à l'influence sur l'établissement, cette catégorie ne vise pas directement à influencer l'environnement carcéral. L'influence interpersonnelle a plutôt pour objet de produire un résultat, d'obtenir une gratification ou d'atteindre un but n'ayant pas de lien direct avec le milieu carcéral. Les résultats souhaités par les délinquants qui se livrent à l'ANS pendant leur incarcération peuvent consister par exemple à exercer une influence sur un partenaire ou un membre de la famille dans la collectivité.

P005 : Eh bien, il y a une fille qui m'attirait depuis longtemps. Je vais vous dire la vérité. Je ne vais pas mentir. Elle avait, je dirais qu'elle a maintenant près de 18 ans. Je dirais que pendant trois ans, j'ai tout essayé pour m'approcher d'elle. Mais à l'époque, elle n'avait que 14 ans. Je savais que ce n'était pas bien, mais bon. Je la désirais et c'est tout. Alors un jour, j'étais... je ne sais pas, je me promenais et je me suis mis en rogne à propos de quelque chose. C'était en hiver. Je revenais chez moi avec quelques bières. Et quand je suis arrivé devant l'endroit où elle habitait, j'ai fait en sorte qu'elle me remarque. C'est là que j'ai cassé les bouteilles de bière avec ma main.

P021 : J'ai fait plusieurs tentatives au fil des ans, mais ce dont je me souviens, c'est que j'essayais surtout d'attirer l'attention sur moi.

Trouble psychologique. Quinze pour cent des participants (n = 6) ont dit s'être mutilés en raison d'un trouble psychologique. Les troubles psychotiques ont été le plus souvent cités comme étant la *cause* de l'ANS, mais un participant a dit s'être mutilé pour faire cesser ses pensées obsessives causées par son trouble obsessionnel-compulsif.

P086 : Non, je l'ai fait pour les détenus... j'entendais des voix. Ces voix me disaient, euh, de le faire pour éviter de me faire battre.

> P003 : La moitié du temps, je cherche à changer les pensées que j'ai dans la tête. Je veux faire cesser mes pensées obsessives. Je veux arrêter d'être obsédé par quelque chose. Je sais que ce n'est pas normal de penser ainsi, je sais que je ne suis pas dans la zone, je suis perdu, je suis conscient de ce qui m'arrive, et je sais que mes pensées ne sont pas normales, que ce n'est pas normal de vouloir faire ça, mais je suis incapable de ne pas y penser[2].

Se sentir bien. Douze pour cent des participants (*n* = 5) ont dit que l'automutilation leur avait procuré un sentiment agréable. Cette motivation diffère de l'adaptation, car un aspect physique s'ajoute au sentiment de soulagement émotif. La sensation est souvent décrite comme étant de l'euphorie.

> P011 : Parfois, c'était parce que je me sentais en colère, et une fois, c'était pour m'envoyer en l'air, et, euh, parfois c'était juste pour, ouais. Moi et mes copines, nous faisions ça, je pense, parce que ça nous rendait euphoriques et nous étions en quelque sorte, nous faisions des choses merdiques comme ça. Ça altère dans une certaine mesure votre conscience, donc si vous êtes submergé par, euh, beaucoup d'émotions ou de pensées, ou si votre esprit est pris dans un engrenage que vous êtes incapable d'arrêter, et que ça vous rend dingue, si vous faites quelque chose comme ça, ça vous distrait, vous voyez, et ça vide votre esprit. Et puis ça envoie des endorphines dans votre système.

> P054 : C'est en quelque sorte excitant de ressentir la douleur. Je suis vraiment accro à la douleur. Parce que j'aime la douleur.

Dissociation. Dix pour cent des participants (*n* = 4) ont dit s'être mutilés pour ressentir de la douleur et se sentir réel. Ces hommes ont décrit une existence ou un sentiment mécanique, comme s'ils étaient dans un rêve, et ont dit que le fait de se mutiler leur donnait la preuve qu'ils étaient bien et bel vivants.

> P004 : Je le prenais et je m'assoyais, puis je faisais ça vraiment, vraiment lentement pour que je puisse aussi sentir la douleur, parce que parfois, je ne sais pas, je me sentais comme une coquille. Et j'avais besoin de me sentir vivant.

> P007 : Je ne savais pas quoi faire de moi. C'était comme si j'avais besoin de sentir, de reprendre mes esprits en quelque sorte, ou de revenir à moi. C'est la meilleure façon dont je peux l'expliquer. Pour me réveiller de ça, mais aussi pour me ramener à la réalité et pouvoir me dire, bon, tu es revenu, tu es ici maintenant.

---

[2] Retraduit en français.

Autopunition. Dix pour cent des participants (*n* = 4) ont dit s'être mutilés pour pratiquer une forme d'autopunition. Pour ces participants, l'automutilation était un moyen de diminuer leurs sentiments de culpabilité et de remords.

> P010 : Et puis, euh, ça pourrait même être à cause de l'intimidation, ou bien, vous savez, parce que je veux qu'une personne soit mon amie, mais elle ne m'aime pas pour une raison quelconque. Ou je veux sortir avec cette fille, mais elle ne m'aime pas. Et donc, je me demande si j'ai fait quelque chose de mal. Je pouvais donc me faire du mal pour une raison comme ça. Je me disais, c'est clair que je ne suis pas assez bon, donc ce n'est pas grave si je me blesse.

> P048 : Je ne dirais pas intentionnellement. Je ne dirais, je ne dirais pas ça... je n'étais pas masochiste. Je ne cherchais pas à me faire du mal intentionnellement, mais lorsque j'avais fait assez de mal aux autres... lorsque j'avais dérobé à des gens leurs chèques de voyage ou détourné leur voiture, ou commis une introduction par effraction et même volé des photos personnelles, je jugeais que je méritais d'être physiquement puni et je me faisais ça. Et pour des crimes pour lesquels même moi je ne serais pas condamné.

Se sentir en contrôle. Cinq pour cent des hommes (*n* = 2) ont dit s'être mutilés pour avoir le sentiment de maîtriser un aspect de leur vie. Un participant a dit qu'il se mutilait avant de subir les sévices de son père, afin de développer une tolérance à la douleur et de maîtriser ses émotions. D'autres participants se sentaient incapables de maîtriser leur douleur émotionnelle et se contentaient donc de maîtriser leur douleur physique.

> P043 : Nous attendions, et nous essayions de nous faire du mal, comme ça lorsqu'il rentrait à la maison et nous battait, nous ne pleurions pas. De cette façon, il ne nous battait pas plus fort, vous voyez. Parce que si nous pleurions, il nous battait plus fort. Parce qu'il faut être un homme ou une souris; donc nous nous assoyions et nous nous faisions du mal, et nous faisions des choses comme ça. Vous savez, comme nous arracher les cheveux. Mais ma mère nous coupait les cheveux très très courts, donc nous étions obligés de nous gratter, nous pincer, nous étirer, euh, et nous mordre et tout ça, et faire tout notre possible pour ne pas ressentir de douleur quand il rentrerait à la maison.

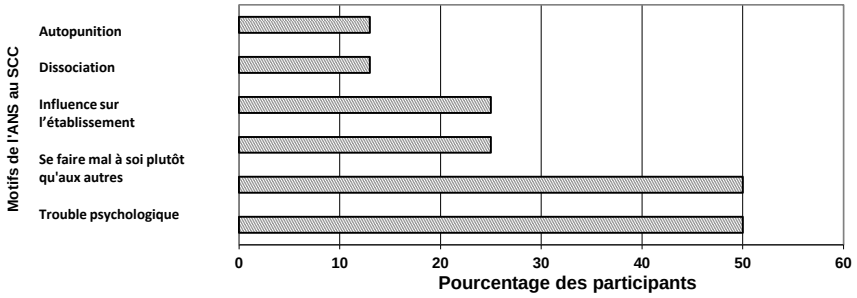
> P037 : Euh, je faisais un genre de gaz poivré; je mettais 50 piments dans un petit gobelet où ils s'imbibaient d'eau, puis je versais ça sur ma plaie ouverte et je frottais. Oh, ça faisait mal comme l'enfer. Oui, parce que c'était une douleur que je contrôlais.

Autres facteurs de motivation. Chacune des motivations suivantes a été citée par 2 % des participants (*n* = 1) : curiosité, se faire mal avant que d'autres le fassent, gratification sexuelle et motif inconnu. Un homme se livrait à des actes d'ANS par curiosité, pour en

connaître les effets. Un autre participant s'était mutilé uniquement à des fins de gratification sexuelle, et toujours avec une partenaire féminine consentante. Un participant a été incapable d'expliquer pourquoi il se mutilait.

ANS commencée dans les établissements correctionnels. Environ 20 % des participants (*n* = 8) ont dit s'être mutilés pour la première fois lorsqu'ils étaient incarcérés dans un établissement du SCC. Les motivations de ces délinquants ont été examinées séparément et sont illustrées à la figure 2. Les troubles de l'adaptation et les troubles psychologiques sont les motivations les plus courantes chez la moitié de ces délinquants (*n* = 4). L'influence sur l'établissement et la volonté de se faire mal à soi plutôt qu'aux autres sont les deuxièmes motivations les plus courantes (25 %; *n* = 2). La dissociation et l'autopunition ont chacune été citées par un participant.

Figure 2. Motivations des délinquants qui se sont mutilés pour la première fois dans un établissement du SCC

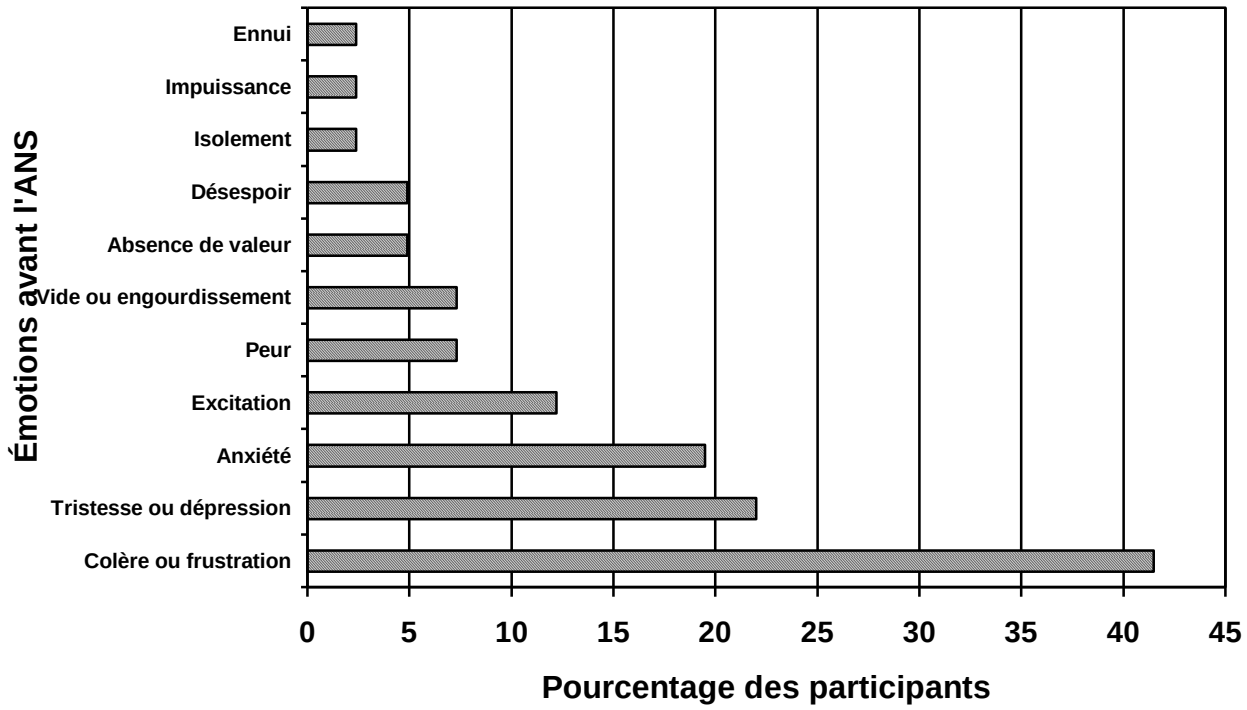


Émotions ressenties avant les épisodes d'ANS

Les participants ont été invités à se remémorer des incidents d'automutilation et à décrire comment ils s'étaient sentis immédiatement avant de se mutiler. Soixante pour cent ont dit avoir ressenti une ou plusieurs émotions avant de se mutiler. Comme pour les réponses données dans la section portant sur les motivations à l'origine de l'ANS, 16 participants ont dit avoir ressenti deux émotions ou plus avant de se mutiler. Neuf délinquants (22,0 %) ne se rappelaient pas comment ils s'étaient sentis avant de se mutiler. Les résultats démontrent que les émotions ressenties avant les épisodes d'ANS sont complexes et, dans certains cas, contradictoires.

Lors de l'établissement des catégories, les émotions similaires ont été regroupées, mais ont été conservées en groupes distincts. L'analyse a permis de dégager onze thèmes, qui étaient tous négatifs sauf un. Douze pour cent des participants (n = 5) ont dit qu'ils s'étaient sentis excités avant l'épisode d'ANS et ont exprimé des sentiments positifs sur celui-ci. Toutes les autres catégories d'émotions étaient de nature négative. La figure 3 illustre le pourcentage de participants qui ont validé chacune des catégories.

Figure 3. Émotions ressenties immédiatement avant les épisodes d'ANS



Colère ou frustration. Ces deux émotions sont celles qui ont été mentionnées le plus souvent et elles ont été décrites comme ayant été ressenties en même temps; elles ont donc été regroupées aux fins de l'analyse. Près de 41,5 % des délinquants (n = 17) ont dit qu'ils avaient ressenti de la colère et de la frustration avant de se mutiler. En règle générale, l'automutilation était un moyen de composer avec ces émotions.

> P010 : Ouais. C'est, heu, je vais être sincère, je pense qu'au début c'était de la colère, mais maintenant, je me sens dépassé, c'est simplement que, je ne dois plus faire ça. Je me sens surtout contrarié maintenant.
>
> P015 : Non, c'est surtout parce que je ressens de la colère et de la frustration, vous comprenez ?

Tristesse ou dépression. Ces émotions ont été ressenties par 22,0 % des délinquants (n = 9). Plusieurs ont dit qu'ils s'étaient sentis déprimés en raison de leur situation (p. ex. parce qu'ils étaient incarcérés et incapables de soutenir financièrement leur famille dans la collectivité) et qu'ils s'étaient mutilés pour obtenir un certain soulagement.

P015 : Simplement, euh, déprimé et, euh, anxieux et je, euh, traversais une période tumultueuse, sans aucun moyen de m'en sortir, vous comprenez ? Je ne me sentais pas, euh, heureux. J'avais souvent des hauts et des bas, vous savez, dans ma vie, des épisodes dépressifs et des choses comme ça. C'était à cause de problèmes qui s'accumulaient, vous comprenez ?

P014 : Je pensais que tout ça n'en valait pas la peine, que je ne m'en sortirais jamais, j'étais déprimé, je me défonçais, je manquais de drogue, c'était un cercle vicieux et je me débattais contre tout ça.

Anxiété. Dix-neuf pour cent des participants (n = 8) ont dit s'être sentis anxieux avant de se mutiler. Plusieurs ont dit avoir eu des émotions qui s'étaient intensifiées au fil du temps jusqu'à devenir intolérables. L'automutilation les aidait à diminuer leur anxiété et à retrouver le calme.

P035 : Simplement beaucoup d'anxiété et de désespoir, je pensais que je ne serais pas capable d'améliorer les choses, hum, le stress, des trucs comme ça. C'est juste que je suis vraiment dans un état agité quand je le fais, vous comprenez ?

P036 : Euh, lorsque je suis incapable de la joindre, je commence à me demander, vous savez, lorsque ça fait deux jours que je suis incapable de la joindre, si quelque chose s'est passé ou si elle est à l'hôpital, ou s'il lui est arrivé un malheur. Je, euh, je deviens vraiment stressé et je finis par me taillader encore plus.

Excitation. Douze pour cent des participants (n = 5) ont dit s'être sentis excités immédiatement avant de se mutiler. L'excitation était habituellement liée au fait qu'ils s'attendaient à ce que l'automutilation atténue leurs émotions négatives.

P012 : Ouais. J'étais, comment je dirais, excité. Je me sentais bien, je me sentais heureux.

P091 : Euh, excité, excité, vous savez, je veux dire, je me disais, je vais le faire [se mutiler], je le fais, je le fais tout de suite... Twing… Et voilà, oui… je pouvais commencer.

Peur. Environ 7 % des participants (n = 3) ont dit avoir ressenti de la peur avant de se mutiler. Les participants faisant partie de ce groupe se livraient à ce comportement pour obtenir une gratification et ne s'étaient jamais, ou presque jamais, mutilés dans le passé.

P009 : Vraiment, euh, effrayé et anxieux.

P088 : Je n'avais pas envie de le faire. J'avais peur... Ça piquait un peu.

Vide ou engourdissement. Comme dans le cas de la catégorie précédente, 7 % des délinquants (n = 3) ont dit s'être sentis vides et engourdis avant de se mutiler. Ces participants se mutilaient pour se sentir vivants et pour ressentir des émotions et des sensations, même si cela se traduisait souvent par un affect négatif ou de la douleur.

> P008 : Et je l'ai saisi et je me suis assis puis je l'ai fait vraiment, vraiment lentement pour que je puisse sentir aussi la douleur, parce que parfois je, je ne sais pas, je me sentais comme une coquille. Et j'avais besoin de me sentir vivant.

P038 : Oui, parce que... je me sentais vide la plupart du temps...

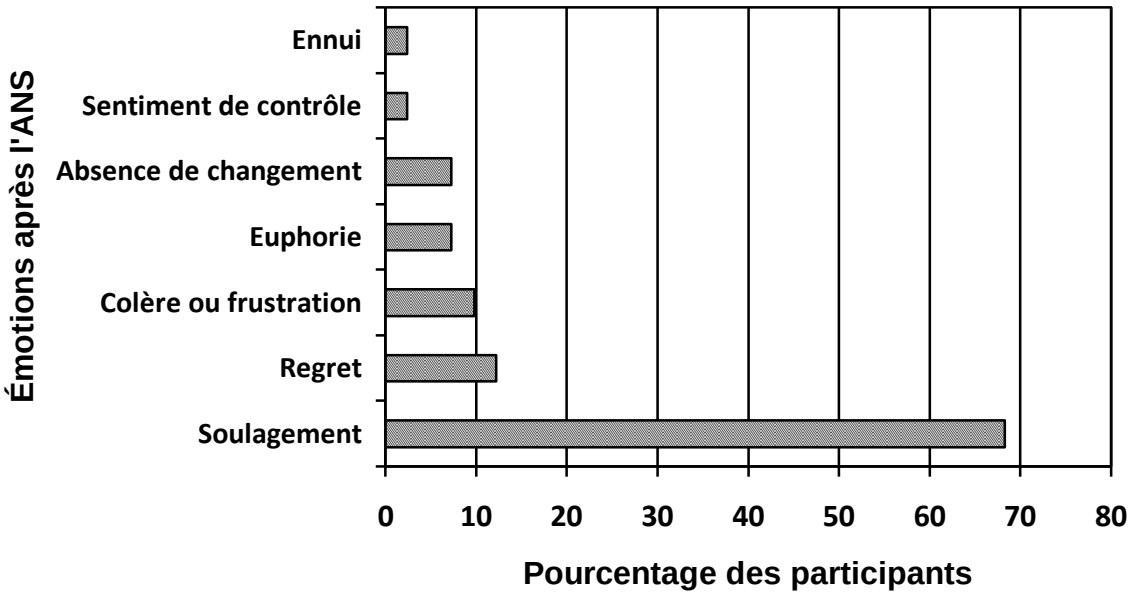
Autres émotions. Deux participants (12 %) ont dit s'être sentis dévalorisés et désespérés. Une personne a dit avoir ressenti chacune des émotions suivantes avant de se mutiler : isolement, impuissance et ennui. Bien que ressenties moins fréquemment, ces émotions permettent de brosser un tableau complet des expériences émotionnelles des délinquants qui se mutilent.

Émotions ressenties après les épisodes d'ANS

Les participants ont aussi été invités à décrire ce qu'ils avaient ressenti immédiatement après s'être mutilés. Les sentiments le plus souvent cités sont le soulagement et le mieux-être. Dans ces cas, l'ANS visait à améliorer l'humeur. Contrairement aux résultats précédents, les participants ont fait état d'émotions négatives aussi souvent que d'émotions positives. Certains parmi eux ont regretté leur décision de se mutiler, tandis que d'autres ont ressenti de la colère et de la frustration immédiatement après l'épisode. Neuf thèmes ont été dégagés de l'analyse.

Vingt-six participants ont dit avoir ressenti une émotion après s'être mutilés, tandis que 12 participants ont dit en avoir ressenti deux, et quatre participants ont dit en avoir ressenti trois ou plus; cinq participants ne se souvenaient pas de ce qu'ils avaient ressenti après s'être mutilés. Le pourcentage des délinquants qui ont ressenti chacune des émotions est présenté à la figure 4.

Figure 4. Émotions ressenties immédiatement après les épisodes d'ANS



Soulagement. L'émotion le plus souvent mentionnée est le soulagement; presque la moitié des participants (n = 20) disent l'avoir ressentie. Cette émotion a été généralement décrite comme un relâchement de la tension ou de la pression, et les participants ont dit qu'ils s'étaient sentis mieux, ou bien, par la suite. Ils rapportent qu'ils s'étaient mutilés pour améliorer leur humeur et se libérer d'émotions négatives. Ces deux émotions ont souvent été décrites ensemble et ont donc été regroupées dans la même catégorie. Cette conclusion était prévisible puisqu'un nombre élevé de participants ont dit avoir ressenti des émotions négatives intenses avant de se mutiler, et que plusieurs ont dit qu'ils se mutilaient pour se libérer de ces émotions.

> P009 : Euh, au début c'était un peu comme un soulagement. Un relâchement, un relâchement total de la tension, du stress et tout.

> P038 : Je me sentais bien, soulagé. Ouais, vous savez, j'éliminais la pointe de l'iceberg, puis après, j'avais un peu d'espace pour reconstruire à nouveau.

Regret. Comme dans le cas de la colère et de la frustration, 12,2 % des délinquants (n = 5) ont regretté leur décision de se mutiler. Des sentiments de culpabilité ont aussi été associés à cette catégorie. La plupart des participants qui ont dit avoir ressenti cette émotion regrettaient de s'être mutilés à cause des cicatrices permanentes qu'ils en gardaient.

P036 : Eh bien, après je me sentais toujours mal et je souhaitais ne pas l'avoir fait…

P061 : Je me sentais stupide [soupirs].

P084 : Stupide. Pendant que je le faisais et un peu par la suite, puis quand j'y ai vraiment réfléchi, je me suis senti stupide.

Colère ou frustration. À l'instar des émotions ressenties avant les épisodes d'ANS, la colère et la frustration ont été décrites comme ayant été ressenties en même temps. Dix pour cent des participants (*n* = 4) ont dit avoir ressenti de la colère et de la frustration après s'être mutilés et ne pas avoir obtenu le sentiment de soulagement qu'ils recherchaient.

P016 : Je... je me sentais quand même un peu en colère, ça ne m'apportait pas vraiment grand-chose, vous savez.

P025 : Je demeurais en colère parce que ça ne marchait pas comme je le voulais[3].

Euphorie. Sept pour cent des participants (*n* = 3) ont dit s'être sentis euphoriques ou avoir eu la sensation d'être « high » immédiatement après s'être mutilés. Chez certains, cette sensation créait une dépendance qui les poussait à continuer.

P038 : Quand vous, vous revenez, vous entendez tout. Vous ne voyez rien. On dirait presque une zone de distorsion, une troisième dimension. Je ne sais pas comment l'expliquer, mais vous êtes là. C'est presque comme une expérience extracorporelle. C'est ce que j'aimais. Vous n'êtes pas, vous savez, vous êtes entre un état de conscience et d'inconscience. C'était ça qui m'attirait. Donc je, euh... l'aspect physique est... mais maintenant, j'obtiens le même effet avec l'exercice... la poussée d'adrénaline… j'en ai besoin pour…

P044 : Ouais, ça relâche en quelque sorte des endorphines dans votre cerveau.

Absence de changement. Chez 7 % des délinquants (*n* = 3), l'épisode d'ANS n'a eu aucun effet sur leur état émotif et ils ne se sont pas sentis différemment après s'être mutilés.

P033 : Ça ne changeait rien, rien. Ça ne changeait pas [comment je me sentais][4].

---

[3] Retraduit en français.

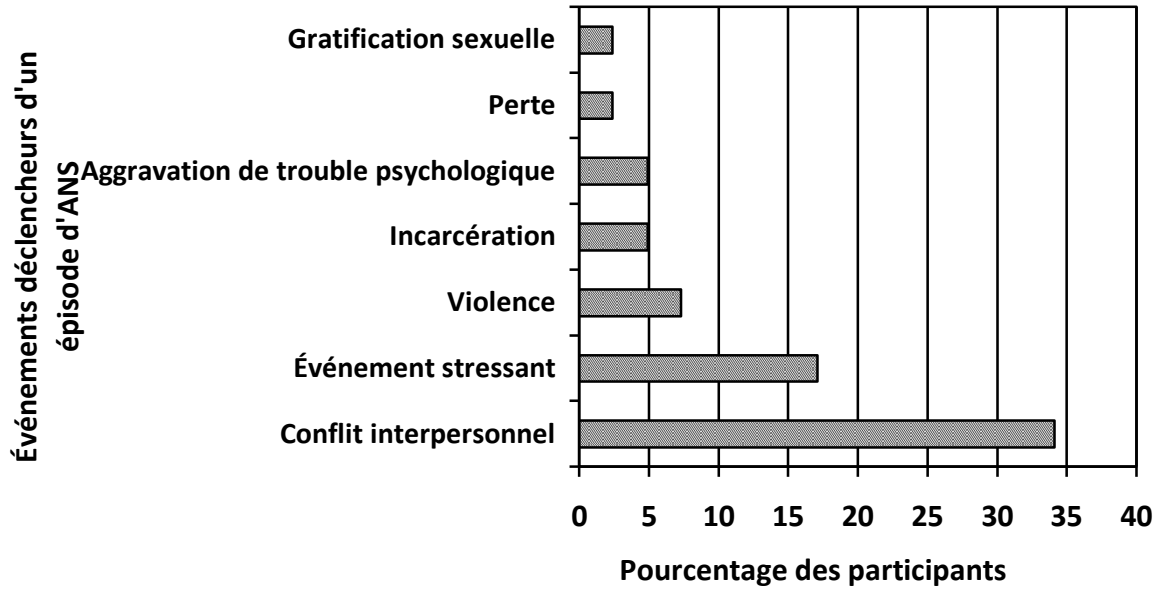
[4] Retraduit en français.

Autres émotions. Un participant a dit avoir ressenti de l'ennui après l'épisode d'ANS, et un autre a dit avoir ressenti un sentiment de contrôle. Encore une fois, même si ces émotions n'ont pas été souvent mentionnées, elles contribuent à brosser un tableau complet de l'ANS chez les délinquants.

Événements déclencheurs

Les participants ont été invités à décrire l'événement qui avait précédé l'épisode d'ANS; 30 délinquants ont raconté l'incident tandis que 11 n'ont pas révélé ce qui s'était passé ou ont été incapables de s'en souvenir. Les catégories ont été établies d'après les réponses des délinquants au sujet de l'événement qui s'était produit le plus souvent avant leurs épisodes d'ANS; par conséquent, chaque délinquant ne pouvait valider qu'une seule catégorie. Sept thèmes ont été dégagés de l'analyse. Tous les événements mentionnés, sauf un, étaient de nature négative. Un participant a dit qu'il se mutilait uniquement lorsqu'il avait des relations sexuelles avec une partenaire féminine consentante, à des fins de gratification sexuelle, ce qu'il considérait comme un événement positif. Le pourcentage des participants correspondant à chacun des événements est indiqué à la figure 5.

Figure 5. Événements déclencheurs d'un épisode d'ANS



Conflits interpersonnels. Trente-quatre pour cent des participants (*n* = 14) ont dit avoir eu un conflit interpersonnel avant leur épisode d'ANS. Le conflit s'était produit avec des membres du personnel, d'autres délinquants, des amis ou des membres de la famille dans la collectivité; l'événement a été chargé d'émotion et a suscité de fortes émotions négatives.

> P055 : Ah, vous savez, je ne me suis plus vraiment fait de mal après la première fois, lorsque j'avais 14 ans, jusqu'à environ... je l'ai fait à 18 ans. Lorsque j'avais 18 ans et que je vivais avec la mère de ma fille, avant même qu'elle soit enceinte, elle est rentrée à la maison ivre alors que je m'occupais seul des six enfants de sa sœur. Elle devait aller chercher quelques joints et revenir tout de suite. Elle a fini par aller boire avec des membres du gang Native Syndicate, qui étaient mes pires ennemis. Elle est finalement rentrée à la maison six heures plus tard. J'ai crié « tu veux me faire du mal, c'est ça ? », puis j'ai saisi un rasoir à lame, je l'ai cassé, et je me suis fait une entaille ici, où vous voyez tout ce tissu cicatriciel en haut de mon biceps gauche.

Événements stressants. Environ 17 % des délinquants (*n* = 7) ont dit avoir vécu un événement très stressant avant de se mutiler. Les événements ont été décrits de manière vague, mais il ressort clairement des entrevues que les participants n'avaient pas été capables d'y faire face. Pour certains participants, l'événement était de nature assez grave (se faire dire, par exemple, qu'un être cher était malade). D'autres délinquants ont indiqué que la combinaison de plusieurs problèmes légers, comme la perte d'un bien personnel ou l'impossibilité de faire un appel téléphonique, avait provoqué chez eux un niveau élevé de stress. Ce stress les avait poussés à se mutiler pour obtenir un soulagement.

> P024 : Oui, c'est différent d'un jour à l'autre, c'est, je ne me mutile pas pour une seule raison... c'est pour des raisons générales, quand je vis une situation à laquelle je suis incapable de faire face, je me sens impuissant...[5]

> P038 : Non, parce que je refoulais tous mes sentiments, donc n'importe quel problème faisait sauter le bouchon et empirait les choses. Je faisais ça de façon sporadique. J'étais, euh, vous savez, j'étais incapable de faire face à un problème. Un problème en déclenchait plusieurs autres, et ça me rendait fou.

Violence. Près de 7 % des délinquants (*n* = 3) ont dit avoir été victimes ou témoins de mauvais traitements avant de se mutiler. Un délinquant s'était senti impuissant lorsqu'il avait vu un autre délinquant se faire maltraiter par un groupe de délinquants, et il s'était par la suite mutilé. Les deux autres participants avaient été victimes de violence à répétition et se mutilaient

[5] Retraduit en français.

pour ressentir un sentiment de libération et se sentir en contrôle d'un aspect de leur vie.

> P010 : Je pense que j'en avais simplement marre d'être maltraité. Donc, j'en ai eu assez. Je pense que c'était juste ma façon de, euh, euh, je ne sais vraiment pas. Lorsque j'y pense, je sais que je voulais me soulager de quelque chose, mais je ne sais pas quoi. C'était de la colère ou quelque chose comme ça. C'était peut-être ma façon de me débarrasser d'une partie de ma colère, je m'en prenais à moi-même.

Incarcération. Près de 5 % des participants (*n* = 2) ont dit que leur incarcération était l'événement qui avait déclenché l'ANS. Avant de se mutiler, les deux hommes s'étaient mal comportés dans l'établissement et avaient été placés en isolement.

> P048 : En général, j'étais en isolement. Oh, c'était surtout la prison. Je voulais juste trouver un moyen de sortir de prison.

> P052 : [Hurle] J'ai craqué! Quand ils m'ont mis cette camisole de force, j'ai pleuré et j'ai pleurniché et j'ai gémi et j'ai crié et, et, j'ai hurlé et j'ai lancé des jurons, et finalement, après quelques heures, ils me l'ont enlevée. Puis un cochon a glissé une lame sous ma, sous ma porte. Alors, je me suis immédiatement tailladé et j'ai... la première chose que j'ai faite... devant la fenêtre, j'ai dessiné Helter Skelter, et croyez-moi, je, je, je, je, je, j'en ai fait une œuvre d'art.

Aggravation du trouble psychologique. Chez 5 % des participants (*n* = 2), l'événement déclencheur de l'épisode d'ANS était l'aggravation de leur trouble psychologique. Les deux participants ont dit qu'ils souffraient de schizophrénie et avaient eu des hallucinations auditives et des idées délirantes avant de se mutiler.

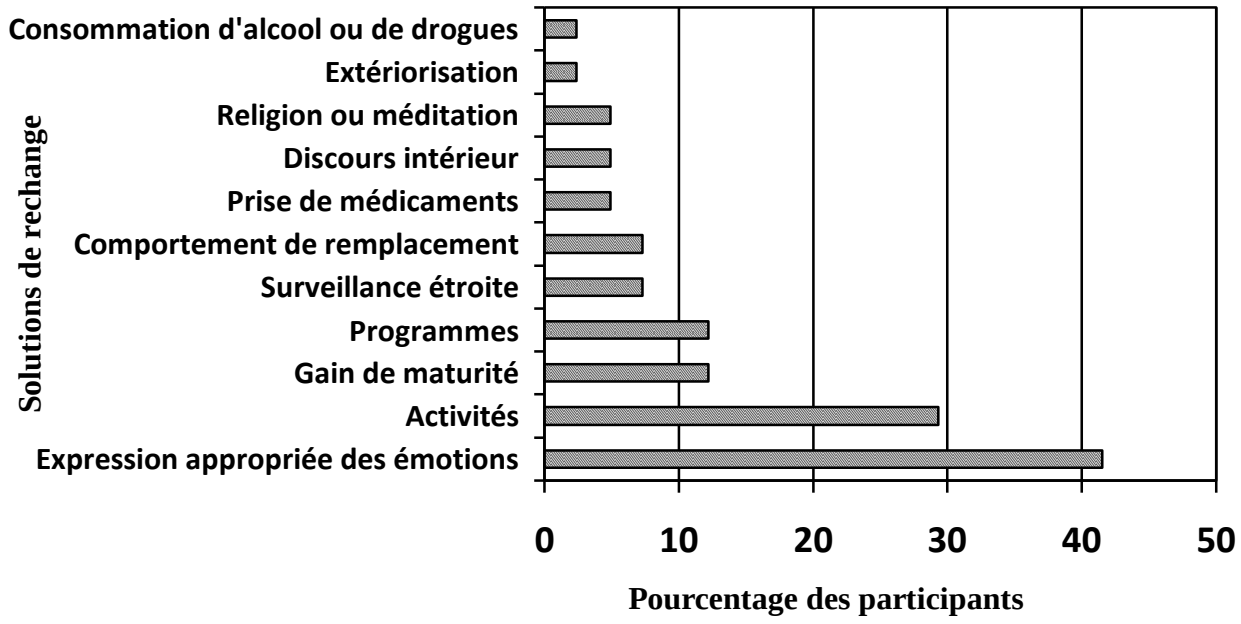
Autres événements. Un participant a dit s'être mutilé à des fins de gratification sexuelle, et un autre a dit que l'événement qui avait déclenché l'épisode d'ANS était le décès de sa mère.

Techniques d'adaptation : solutions de rechange à l'ANS

On a demandé aux participants de décrire leurs techniques d'adaptation ou leurs solutions de rechange à l'ANS. Les délinquants qui ne se mutilaient plus se sont souvenus des techniques qu'ils avaient utilisées pour cesser de se mutiler, et certains participants qui se mutilaient toujours au moment de l'étude ont décrit les techniques qu'ils essayaient d'adopter pour diminuer la fréquence de leurs épisodes d'ANS. La technique le plus souvent citée est la capacité d'exprimer ses émotions de façon appropriée et de trouver un exutoire lorsque les émotions deviennent envahissantes.

Vingt-quatre délinquants ont nommé une solution de rechange à l'ANS, 12 en ont nommé deux, quatre en ont nommé trois et deux en ont nommé quatre ou plus. Quatorze participants n'ont pas indiqué quelles étaient les techniques d'adaptation de rechange qu'ils utilisaient ou avaient déjà utilisées. Certains de ces participants ont simplement dit qu'ils avaient cessé de se mutiler et ne savaient pas pourquoi ni comment ils avaient réussi à le faire. Le pourcentage des délinquants qui ont utilisé chacune des techniques est présenté à la figure 6.

Figure 6. Méthodes d'adaptation et solutions de rechange à l'ANS



Expression appropriée des émotions. Près de 42 % des participants (*n* = 17) ont dit essayer d'exprimer leurs émotions pour éviter d'avoir recours à l'ANS. Pour la plupart, c'est ce facteur qui a le plus contribué à l'arrêt ou non de l'automutilation. Dans les cas où ils pouvaient s'exprimer d'une manière mieux adaptée, la plupart des délinquants ont dit qu'ils étaient capables de se libérer des émotions accumulées et de se calmer sans se blesser. Cette catégorie comprenait le fait de parler avec un ami ou un conseiller professionnel, d'écrire dans un journal, de composer des chansons ou de dessiner.

> P008 : Et, si je me sens, je ne sais pas, si je me sens isolé ou seul, je vais parler à un de mes amis dans la rangée. Oh, la raison pour laquelle j'ai cessé c'est qu'au lieu de refouler

> les choses, je me tourne toujours, comme je l'ai dit, je me tourne toujours vers les autres maintenant.

> P030 : J'ai fait un pacte avec mon psychologue, mon aide-enseignant et ma nouvelle infirmière; chaque fois que j'ai des idées noires ou des idées suicidaires, je le leur dis. Parce que j'ai une voix, et je la respecte[6].

> P055 : Vous savez, ou j'écris des poèmes, j'exprime mes émotions au moyen de la poésie.

Pratique d'activités. Environ 29 % des délinquants (*n* = 12) ont affirmé qu'ils pratiquaient des activités pour se distraire et éviter de se mutiler. Dans plusieurs entrevues, les participants ont dit que la douleur qu'ils ressentaient après s'être mutilés avait un effet d'accoutumance. Ce constat valait particulièrement pour ceux qui se sentaient euphoriques immédiatement après s'être mutilés. Pour plusieurs, l'exercice était une distraction efficace qui leur offrait un moyen socialement acceptable de satisfaire leur besoin de ressentir de la douleur. Pour d'autres, le simple fait d'avoir une activité à pratiquer quand ils ressentaient le besoin de se mutiler s'est révélé précieux.

> P045 : Eh bien, je vais simplement regarder la télévision et écouter de la musique.

> P081 : Oh, beaucoup moins, parce que je fais du vélo longue distance. Donc, je fais des séances d'entraînement sur vélo.

Gain de maturité. Douze pour cent des participants (*n* = 5) ont dit qu'ils ne se mutilaient plus parce qu'ils avaient acquis de la maturité. Ces participants avaient généralement commencé à se mutiler à un jeune âge et y avaient renoncé en vieillissant.

> P039 : Ma vie a changé, c'est comme si je n'étais plus la même personne. Je ne suis plus le petit enfant crédule que j'étais. Vous savez, beaucoup de choses ont changé pour moi.

> P044 : Et de savoir que je peux parler à quelqu'un si ça devient vraiment trop difficile. Avant, je ne voulais pas parler aux gens. Je pense que mon plus grand problème, c'était que je n'avais pas envie de parler ou que je parlais trop sans vouloir écouter. Maintenant, j'écoute ce que les gens ont à me dire et j'essaie d'en tenir compte. Donc, je pense, je pense que ça vient avec l'âge.

Participation à des programmes. Douze pour cent des participants (*n* = 5) ont dit que la

---

[6] Retraduit en français.

participation à des programmes était un moyen efficace de faire face à l'ANS. La participation à un type quelconque de thérapie a aidé ces participants à diminuer la fréquence de leurs épisodes d'ANS.

> P011 : Lorsque je vivais ça, au début, quand j'allais vraiment mal, euh, il [le médecin] m'a fait suivre une thérapie cognitivo-comportementale. J'avais quand même des hauts et des bas, mais [il] m'a fait une excellente réflexion; il m'a dit, alors que j'avais eu un écart et que j'avais défoncé un mur, ou que je m'étais retrouvé encore une fois avec des points de suture sur la main, il m'a dit, ouais, tu as foiré, mais tu sais quoi, tu n'as plus ça, des hauts et des bas, tu as plutôt de petits cahots sur ton chemin. Et il avait raison.

Surveillance étroite (aucune possibilité de se mutiler). Chez 7 % des participants (*n* = 3), la solution de rechange à l'ANS était une surveillance étroite dans un centre de traitement. Ces participants estimaient qu'ils n'avaient pas la possibilité de se mutiler en raison de niveau élevé d'interaction avec le personnel. Ils jugeaient de plus que leurs besoins émotifs étaient satisfaits et qu'ils pouvaient ainsi faire face à des émotions intenses sans avoir recours à l'ANS.

> P043 : Si vous vous mutilez, ils vont vous surveiller beaucoup plus étroitement. Ils seront toujours aux aguets... Ça m'a plutôt aidé, ouais.

> P036 : C'est un peu, euh, un peu plus surveillé ici. C'est un peu plus difficile d'obtenir une lame de rasoir ou quelque chose comme ça. En fait, c'est presque impossible.

Comportement de remplacement. Chez 7 % des participants (*n* = 3), la solution de rechange à l'automutilation consistait à obtenir les mêmes effets que l'ANS, mais de façon moins nuisible. De telles méthodes visent à infliger de la douleur ou des blessures, mais elles diminuent les risques de blessures graves ou de décès.

> P004 : Eh bien, ils vous enseignent des trucs pour que ce soit moins grave... comme écrire, ou frapper son matelas, vous savez, soulever un matelas et le frapper... ouais, ça aide, ce n'est pas parfait, mais ça aide[7].

> P016 : Ou parfois, si, si j'ai un élastique, je prends... clac... l'élastique. [Fait claquer un élastique sur sa peau]

Autres solutions de rechange. Environ 5 % des participants (*n* = 2) ont dit avoir cessé

[7] Retraduit en français.

de se mutiler grâce à la prise de médicaments. Ils ont dit que les médicaments pouvaient stabiliser leur humeur et qu'ils étaient ainsi mieux capables de contrôler leurs comportements et d'éviter de se mutiler lorsqu'ils ressentaient de la détresse. Quatre autres solutions de rechange à l'ANS étaient utilisées par 2 % à 5 % des participants (un ou deux participants ont validé chacune des catégories). Même si ces quatre thèmes ont été mentionnés moins souvent, ils représentent des moyens d'adaptation valables et ont été décrits de façon détaillée dans des rapports de recherche antérieurs. Il s'agit des catégories suivantes : le discours intérieur positif, la religion ou la méditation, les comportements d'extériorisation (passages à l'acte), et la consommation d'alcool et de drogues.

Analyse

En règle générale, l'ANS chez les délinquants dans les centres de traitement s'apparente davantage à l'ANS chez les délinquantes qu'à l'ANS chez les délinquants en établissement. Les résultats portent à croire que l'incarcération a une influence plus importante sur les hommes en établissement, puisqu'un plus grand nombre de participants faisant partie de ce groupe ont commencé à se mutiler pendant leur incarcération pour des motifs associés à celle-ci (à la suite d'un placement en isolement, par exemple). Il semblerait que les personnes ayant des problèmes de santé mentale graves aient un profil de motivations et de causes à l'origine de l'ANS différent de celui des populations ayant moins de problèmes de santé mentale.

Pour la majorité des participants, l'ANS était un moyen de se libérer des émotions négatives. Le recours à l'ANS en tant que stratégie d'adaptation renvoie à une théorie appelée « modèle de régulation de l'affect », qui décrit l'ANS comme un moyen d'atténuer les affects négatifs ou le déclenchement d'émotions aversives (Favazza, 1992; Gratz, 2003; Linehan, 1993). Dans le cadre d'un examen de la littérature empirique, Klonsky (2007) a constaté que la régulation de l'affect était le motif qui recevait le plus d'appui. Le modèle de régulation de l'affect est appuyé par plusieurs échantillons, y compris des échantillons non cliniques (Favazza et Conterio, 1989; Laye-Ginhu et Schonert-Reichl, 2005), des échantillons de patients externes (Briere et Gill, 1998; Brown et coll., 2002.), des échantillons de patients hospitalisés (Kumar, Pepe et Steer, 2004; Nock et Prinstein, 2004; Shearer, 1994) et des échantillons issus du milieu médicolégal (Coid, 1993; Haines et coll., 1995; Wilkins et Coid, 1991). Cette conclusion est conforme à des recherches antérieures portant sur les délinquantes et les délinquants incarcérés dans les établissements du SCC (Power, Beaudette et Usher, sous presse; Power et Usher, 2010).

Quatorze pour cent des participants ont dit avoir recours à l'ANS pour exercer une influence sur l'établissement (p. ex. pour obtenir un transfèrement ou des médicaments). Une étude réalisée antérieurement avait révélé que cette motivation était beaucoup plus répandue chez les hommes en établissement; en effet, 41 % des hommes dans le groupe à l'étude ont dit se mutiler dans un but précis dans l'établissement (Power, Beaudette et Usher, sous presse). On a également examiné les motivations à l'origine du comportement chez les délinquants ayant commencé à se mutiler pendant leur incarcération. Quarante pour cent des délinquants en établissement se sont mutilés pour la première fois pendant leur incarcération; cette proportion

est nettement plus élevée que chez les délinquants des centres de traitement (18 %) et les délinquantes (7 %). À l'instar d'autres études portant sur les délinquants en établissement, la motivation la plus fréquente chez ce groupe, dans notre étude, était de se libérer d'émotions négatives. Toutefois, dans une étude antérieure portant sur les délinquants en établissement, l'influence sur l'établissement était la motivation la plus fréquente à l'origine des épisodes d'ANS chez les délinquants ayant commencé à se mutiler pendant leur incarcération. Des recherches antérieures indiquent que les hommes peuvent se mutiler dans le but d'exercer une influence sur l'environnement correctionnel (Jeglic, Vanderhoff et Donovick, 2005; Lanes, 2009; Lohner et Konrad, 2006). Les délinquants peuvent recourir à l'ANS pour obtenir certaines gratifications, par exemple pour être changés de place, être placés en isolement préventif ou éviter des conflits avec les autres délinquants et les membres du personnel.

Quatorze pour cent des participants ont dit s'être mutilés pour des raisons d'influence interpersonnelle. L'influence sur l'établissement et l'influence interpersonnelle comprennent toutes deux le recours à l'ANS pour des motifs utilitaires. Dans la présente étude, ces deux types d'influence ont été dégroupés, car le recours à l'ANS pour des raisons liées à l'établissement représente une motivation différente sur le plan qualitatif de celle de l'influence interpersonnelle, qui vise par exemple à influencer le comportement d'un partenaire intime. Certaines études reposant sur divers échantillons confirment le recours à l'ANS pour un certain type de motifs utilitaires, mais ces motifs ne sont pas les plus courants ni les mieux appuyés dans ces études. Par exemple, Brown et coll. (2002) ont conclu que l'automutilation à des fins d'influence interpersonnelle présentait certaines des données les plus probantes – 61 % des femmes atteintes du trouble de la personnalité limite qui se mutilaient ont cité des raisons liées à l'influence interpersonnelle. Cependant, presque toutes les femmes (96 %) ont dit que l'automutilation était un moyen d'obtenir un soulagement émotif. D'autres recherches ont produit des résultats similaires, bien que plus faibles, à l'appui de cette motivation (Briere et Gil, 1998; Herpertz, 1995; Shearer, 1994). Ainsi, bien que le recours à l'ANS pour des motifs utilitaires soit bien étayé, cette motivation n'est pas très courante.

Les conflits interpersonnels sont un événement déclencheur de l'ANS plus fréquent chez les délinquantes et les délinquants dans les centres de traitement que chez les délinquants en établissement (Power et coll., sous presse; Power et Usher, 2010). En outre, les motifs liés à l'incarcération, comme le placement en isolement, sont des motifs plus importants chez les

délinquants en établissement que chez les délinquantes et les délinquants dans les centres de traitement. En règle générale, il semble que l'incarcération ait une influence beaucoup plus grande sur l'ANS chez les hommes en établissement que chez les femmes et les hommes dans les centres de traitement. Ensemble, ces études suggèrent que les délinquants ayant de graves problèmes de santé mentale ont un profil de motivations et de causes à l'origine de l'ANS qui est différent de celui des populations ayant moins de problèmes de santé mentale.

Quatorze pour cent des participants (six hommes) ont dit s'être mutilés en raison d'un trouble psychologique; cette constatation n'apparaît pas dans les études antérieures réalisées auprès des délinquants canadiens sous responsabilité fédérale. Étant donné que les hommes dans les centres de traitement ont des problèmes de santé mentale plus graves que ceux en établissement, il s'ensuit que la nature de l'ANS chez les délinquants de sexe masculin est influencée par leur état de santé mentale.

Dans le cadre de la présente étude, les émotions le plus souvent ressenties avant les épisodes d'ANS étaient la colère ou la frustration, suivis de la tristesse ou la dépression et de l'anxiété. Ces résultats sont remarquablement similaires dans les trois études portant sur les délinquants sous responsabilité fédérale (délinquants de sexe féminin, délinquants de sexe masculin en établissement et délinquants de sexe masculin dans les centres de traitement; Power, Beaudette et Usher, sous presse; Power et Usher, 2010). Les hommes étaient plus susceptibles d'avoir ressenti une émotion positive (p. ex. excitation) en lien avec l'ANS que les femmes. Dans les trois études, l'émotion le plus souvent ressentie après les épisodes d'ANS était le soulagement. Briere et Gil (1998) ont également constaté, à partir d'un échantillon de 98 personnes ayant des antécédents d'ANS dans la collectivité, que la colère était l'émotion le plus souvent ressentie avant les épisodes d'ANS et que le soulagement était l'émotion le plus souvent ressentie après ces épisodes. D'autres études ont également démontré que les personnes qui se mutilent ressentent un soulagement ou une diminution de certaines émotions négatives, comme la colère ou l'anxiété, immédiatement après l'épisode d'automutilation (Coid, 1993; Laye-Gindu et Schonert-Reichl, 2005). Le fait que des émotions négatives comme la colère soient ressenties avant l'acte d'ANS, et qu'un soulagement ou des émotions moins négatives sont ressenties après l'acte d'ANS, appuie davantage le modèle de régulation de l'affect.

Dans toutes les populations étudiées, la méthode de rechange à l'ANS la plus utilisée était l'expression appropriée des émotions (Power et coll., sous presse; Power et Usher, 2010).

Cette constatation corrobore le recours à l'ANS en tant que méthode de régulation des émotions. En outre, d'autres comportements adoptés par les participants pour réduire l'ANS au moyen de compétences acquises dans les programmes, comme la pratique d'activités pour se distraire, ainsi que le recours à certains comportements de remplacement particuliers, donnent à penser que de meilleures solutions de rechange à l'ANS pourraient être enseignées aux personnes qui se mutilent. À l'heure actuelle, la méthode la plus employée pour traiter l'ANS est la thérapie comportementale dialectique (TCD) élaborée expressément pour traiter les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite; dans les cas d'ANS, une attention particulière est accordée à l'automutilation (Linehan, 1993). La thérapie consiste en partie à enseigner des compétences favorisant la tolérance à la détresse et la régulation des émotions, qui peuvent être utilisées en réponse à la détresse émotionnelle. Ces compétences pourraient aider les délinquants qui, lorsqu'ils ressentent des émotions négatives, se mutilent à cause d'un dérèglement affectif et d'un manque d'habiletés d'adaptation. La TCD nécessite toutefois beaucoup de ressources et ne convient pas à tous les délinquants qui se livrent à des actes d'ANS (p. ex. certaines personnes qui se mutilent, mais qui n'ont pas un trouble de la personnalité limite peuvent ne pas être de bonnes candidates pour ce type d'intervention). De nombreux programmes correctionnels enseignent des stratégies d'adaptation qui visent à remplacer les stratégies inadaptées. À titre d'exemple, tous les programmes correctionnels du SCC reconnus à l'échelle nationale enseignent aux délinquants à reconnaître les situations dans lesquelles ils sont susceptibles d'avoir recours à des stratégies d'adaptation autodestructrices ou antisociales, et à remplacer ces stratégies par des techniques d'adaptation saines et prosociales. Même si les programmes correctionnels actuels n'enseignent pas de stratégies d'adaptation de rechange à l'ANS, le modèle utilisé dans le cadre des programmes pourrait être adapté à cette fin.

Résumé et limites

Notre étude constitue un examen qualitatif approfondi de l'ANS chez les hommes purgeant une peine de ressort fédéral qui se trouvent dans des centres de traitement au Canada. Les entrevues semi-dirigées qualitatives permettent de recueillir des renseignements personnels détaillés, mais il est toujours possible que les sujets donnent des réponses socialement souhaitables (p. ex. ils peuvent ne pas être totalement ouverts et sincères avec le chercheur, car ils s'inquiètent de la manière dont ils seront perçus ou jugés). Lorsque de nombreux

renseignements de nature délicate sont obtenus aux entrevues, on peut en déduire que les intervieweurs ont établi un bon rapport avec les participants, ce qui rend ces derniers plus susceptibles de se confier et d'être enclins à participer à l'entrevue (Stiples, 1993). Il existe également une possibilité de partialité dans l'échantillonnage. Les participants à l'étude étaient peut-être plus susceptibles de demander de l'aide ou de partager leurs expériences. Malgré cette limite, la participation était entièrement volontaire. Toutefois, des efforts ont été faits pour réduire au minimum la partialité de l'échantillonnage en utilisant une liste aléatoire de participants potentiels.

Conclusions et orientations futures

La recherche semble indiquer que les raisons pour lesquelles les personnes se mutilent sont diversifiées. De ce fait, l'évaluation et le traitement de l'ANS devraient tenir compte du moment où le comportement a commencé et de la fonction que remplit le comportement chez chaque personne. Il faut disposer de méthodes autres que la TCD pour traiter l'automutilation chez les délinquants, car ces derniers n'ont pas tous un trouble de la personnalité limite, ce qui rend la TCD inappropriée dans leur cas. De plus, la TCD demande beaucoup de ressources; les interventions nécessitant moins de ressources peuvent être appropriées pour certaines personnes, en particulier celles qui ne présentent pas d'autres symptômes du trouble de la personnalité limite. Il faudrait, dans des recherches futures, examiner des méthodes d'évaluation permettant de repérer les délinquants qui sont de bons candidats pour l'apprentissage de solutions de rechange à l'ANS (p. ex. les délinquants qui disent se mutiler pour se libérer de leurs émotions négatives), ainsi que les interventions qui pourraient enseigner des stratégies d'adaptation de rechange en vue de réduire le recours à l'ANS et de déterminer les situations et les événements qui provoquent ce comportement. Les évaluations devraient comprendre les causes et les motivations à l'origine de l'ANS et tenir compte des facteurs internes (p. ex. composer avec des émotions, communication) et externes (p. ex. milieu, gratifications). Bon nombre des principes généraux des programmes correctionnels actuels pourraient être appliqués dans l'élaboration de ces interventions. Ces interventions devraient être conçues expressément pour l'ANS, et non pour le trouble de la personnalité limite.

Bibliographie

Briere, J. et Gil, E. (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions, *American Journal of Orthopsychiatry, 68*(4), 609-620.

Brown, M. Z., K. A. Comtois et Linhan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder , *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1) , 198-202.

Claes, L. et Vandereycken, W. (2007).. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation , *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 137-144.

Coid, J. W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? , *British Journal of Psychiatry, 162*, 641-650.

Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Thousand Oaks : CA, Sage Publications.

DeHart, D. D., H. P. Smith et Kaminsky, R. J. (2009). Institutional responses to self-injurious behaviour among inmates , *Journal of Correctional Health Care, 15*(2), 129-141.

Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation , *Psychiatric Annals, 22*(2), 60-63.

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation , *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(5), 259-268.

Favazza, A. R. (1999). "Self-mutilation" , dans D. G. Jacobs (éd.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, San Francisco :CA, Jossey-Bass, 125-145.

Favazza, A. R. et Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators , *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(3), 283-289.

Gallagher, J. et Sheldon, K. (2010). Assessing the functions of self-harm behaviours for dangerous and severely personality disordered males in a high secure hospital , *The British Journal of Forensic Practice, 12*(1) ,22-32.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review , *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205.

Haines, J., C. L. Williams, K. L. Brain et Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation , *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3) , 471-489.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers , *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(1) , 57-68.

Jeglic, E. L., H. A. Vanderhoff et Donovick, P. J. (2005). The function of self-harm behavior in a forensic population , *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *49*(2), 131-142.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence , *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226-239.

Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation , *Psychiatry Research*, *166*(2-3) , 260-268.

Kumar, G., D. Pepe et Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves , *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(12), 830-836.

Lanes, E. (2009). Identification of risk factors for self-injurious behaviour in male prisoners , *Journal of Forensic Science*, *54*(3), 692-698.

Laye-Ginhu, A. et Schonert-Reichl, K. A. (2005). Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm , *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(5), 447-457.

Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève (Suisse). Médecine et Hygiène.

Lohner, 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* (5) , 370-385.

Maxwell, J. A. (2010). Using numbers in qualitative research , *Qualitative Inquiry*, *16*(6), 475-482.

Nock, M. K. (2010). Self-Injury , *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*(1) , 339-363.

Nock, M. K. et Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior , *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5) , 885-890.

Penn, J. V., C. L. Esposito, L. E. Schaeffer, G. K. Fritz et Spirito, A. (2003). Suicide attempts and self-mutilative behaviour in a juvenile correctional facility , *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(7), 762-769.

Power, J. et Brown, S. L. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel Canada.

Power, J. et Riley, D. L. (2010). *Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2010). *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011). *Analyse descriptive de l'automutilation non suicidaire chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011). *Comportements d'automutilation chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral : étude de données d'archives*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquants sous responsabilité fédérale*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Beaudette, J. (sous presse). *Self-injurious behaviour in treatment centres: Correlates, trajectories, and descriptive analysis*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel Canada.

Power, J., J. Beaudette et Usher, A. (sous presse). *Étude qualitative du comportement automutilatoire des délinquants de sexe masculin*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Power, J., A. Usher et Beaudette, J. (sous presse). *Self-Injurious behaviour in male offenders:A multi-method investigation*, Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with border line personality disorder , *Journal of Nervous and Mental Disease*, *182*(9), 524-526.

Simeon, D. et Favazza, A. R. (2001). "Self-injurious behaviours: phenomenology and assessment ", dans D. Simeon et E. Hollander (éds), *Self-injurious behaviour: assessment and treatment*, Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, Inc., 1-28.

Smith, H. P. et Kaminski, R. J. (2010). Inmate self-injurious behaviours: Distinguishing characteristics within a retrospective study , *Criminal Justice and Behaviour*, *37* (1), 81-96.

Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research , *Clinical Psychology Review*, *13*(6), 593-618.

Walsh, B. W. et Rosen, P. M (1998). *Self-Mutilation: Theory Research and Treatment*, New York. Guildford Press,.

Wilkins, J. et Coid, J. (1991). Self-mutilation in female remanded prisoners: I. An indicator of severe psychopathology , *Criminal Behaviour and Mental Health*, *1*(3), 247-267.

Annexe

PROTOCOLE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de ce qui s'est passé dans votre vie avant votre admission à l'établissement et à propos de certains événements survenus depuis que vous êtes arrivé ici. À la fin de l'entrevue, je vous poserai des questions sur l'automutilation et les tentatives de suicide.

Section A – Santé mentale

Je vais vous poser quelques questions au sujet de votre santé mentale.

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un thérapeute ou un médecin pour des problèmes de santé mentale ?

Quand ?

Dans quelles circonstances ? (Questions incitatives possibles * vous y êtes allé de votre propre chef, quelqu'un vous a poussé à consulter, vous aviez vécu un incident malheureux dont vous vouliez discuter)

Combien de fois avez-vous consulté ce spécialiste ?

Avez-vous déjà eu un diagnostic de trouble psychologique ?

Avez-vous déjà passé la nuit dans un hôpital psychiatrique autre que ce centre de traitement ?

Pourquoi ?

Pouvez-vous me dire pourquoi vous vous trouvez présentement dans ce centre de traitement ?

Avez-vous déjà subi un traumatisme crânien ?

Questions incitatives possibles * dans un accident d'auto, au cours d'une bagarre, au travail, dans un sport (hockey, football)

Questions incitatives possibles * avez-vous dû aller à l'hôpital/voir un médecin, avoir des points de suture, avez-vous perdu connaissance ?

Section B – Antécédents de mauvais traitements

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos antécédents, en particulier pour savoir si vous avez déjà été victime de violence. Vous n'avez pas à entrer dans les détails.

Avez-vous été victime de violence pendant votre enfance ?

(Questions incitatives possibles * avez-vous été frappé, humilié, traité d'imbécile, menacé sérieusement, touché de façon inappropriée ou agressé sexuellement ?)

Quel type d'abus ?

Qui était votre agresseur ? (mère, père, frère, sœur, enseignant)

Avez-vous été victime de violence à l'âge adulte ?

(Questions incitatives possibles * avez-vous été frappé, humilié, traité d'imbécile, menacé sérieusement, touché de façon inappropriée ou agressé sexuellement ?)

Quel type d'abus ?

Qui était votre agresseur ? (Questions incitatives possibles * une partenaire, le patron, etc.)

Section C – Tentatives de suicide et comportements d'automutilation

Enfin, j'aimerais vous interroger au sujet de tout acte d'automutilation ou de toute tentative de suicide que vous avez effectué. Comme il s'agit d'un sujet délicat, je vous invite à en parler de la façon qui vous conviendra.

Vous êtes-vous déjà blessé de façon intentionnelle ? (Questions incitatives possibles * en vous coupant, en vous tailladant, en vous ligaturant ou en tentant de vous étrangler, en insérant des objets sous votre peau ou en vous frappant la tête)

Était-ce une tentative de suicide (pensiez-vous réellement que vous vouliez mourir) ?

Quels types d'automutilation avez-vous pratiqués ?

Quel type d'automutilation pratiquez-vous le plus souvent ?

En général, à quelle partie du corps vous en prenez-vous ?

Racontez-moi votre premier épisode d'automutilation.

Quand est-ce arrivé ?

Qu'avez-vous fait (type d'automutilation) ?

Pourquoi l'avez-vous fait Y a-t-il eu un événement déclencheur ? Comment avez-vous eu cette idée ?

Comment vous sentiez-vous juste avant de poser ce geste ?

Comment vous sentiez-vous immédiatement après avoir posé ce geste ?

Que s'est-il passé tout de suite après cet épisode ?

Est-ce que quelqu'un vous a découvert en train de poser ce geste ? Était-il probable que quelqu'un vous surprenne ?

Avez-vous demandé de l'aide après cet épisode ? Avez-vous parlé de cet événement à quelqu'un ?

Est-ce que d'autres personnes ont su que vous vous étiez mutilé ? Quelles ont été leurs réactions ?

Qu'en est-il des autres épisodes d'automutilation à la suite du premier ?

Qu'avez-vous fait (type d'automutilation) ?

Pourquoi l'avez-vous fait ? Y a-t-il eu un événement déclencheur ?

Comment vous sentiez-vous juste avant de poser ce geste ?

Comment vous sentiez-vous immédiatement après avoir posé ce geste ?

Avez-vous demandé de l'aide après cet épisode ?

Avez-vous parlé de cet événement à quelqu'un ? Si oui, quelles ont été les réactions de ces personnes ?

Quelles étaient les raisons de vos épisodes d'automutilation préalables à votre arrivée à l'établissement ?

Qu'en est-il depuis votre incarcération ? Est-ce que les raisons sont différentes ? Le type de mutilation est-il différent ?

Depuis votre incarcération, vous mutilez-vous plus souvent ou moins souvent ?

Vous êtes-vous mutilé depuis que vous êtes au centre de traitement ?

Est-ce différent des épisodes que vous avez eus à un établissement régulier ? (c.-à-d. type, fréquence, raisons)

Avez-vous parfois des épisodes d'automutilation plus importants que d'autres ?

(Questions incitatives possibles * quand vous êtes à la maison, à l'établissement, quand

vous avez des ennuis financiers, quand vous consommez de l'alcool, quand vous vous sentez stressé, quand vous avez des conflits relationnels)

Quand vous est-il arrivé de le faire plus souvent ?

Quelles circonstances atténuent ce comportement ?

À quelle fréquence vous mutilez-vous ou vous êtes-vous mutilé ?

(Questions incitatives possibles * combien de fois au cours de la dernière semaine, du dernier mois, de la dernière année)

Vos épisodes d'automutilation étaient-ils plus fréquents ou moins fréquents avant votre incarcération ?

Les autres délinquants savent-ils que vous vous mutilez ? Vous en parlent-ils ?

Avez-vous reçu un traitement ou des soins particuliers pour traiter votre problème d'automutilation depuis que vous êtes au centre de traitement ?

À quand remonte votre dernier épisode d'automutilation ?

Actuellement, utilisez-vous une autre stratégie que l'automutilation ?

Comment en êtes-vous arrivé à trouver cette autre stratégie ?