

Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires



Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires

Marc Daigle, Ph. D.

Gilles Côté, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie

Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal

22 avril 2002

N.B. Ce projet a été financé par le *Ministère de la santé et des services sociaux* du Québec dans le cadre de sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Sa valeur scientifique a été corroborée par le *Fonds de la recherche en santé du Québec* à l'intérieur du *Programme d'évaluation de subventions obtenues en commandite d'un gouvernement ou de l'industrie*. Les auteurs du rapport tiennent à exprimer leur gratitude aux employés et gestionnaires de la *Direction générale des services correctionnels du Québec* et du *Service correctionnel du Canada* qui ont facilité leur travail tout au long de la démarche présentée ici. Leur gratitude s'étend également aux personnes incarcérées dans les établissements ciblés. Quatre assistants de recherche ont réalisé la collecte de données pour ce projet : Mylène Alarie, Sébastien Caron, Sébastien Mailhot et Marie-Ève Paquet. Le projet a été mené en collaboration étroite avec France Boudreault, Mario Bélanger et Éric Michaud, conseillers à la *Direction générale des services correctionnels du Québec*.

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'un projet d'intervention et d'évaluation mené à l'été 2000 dans deux établissements de détention de la *Direction générale des services correctionnels du Québec* (DGSC). Des taux élevés au niveau des antécédents suicidaires, de la gravité de ces antécédents, du risque et de l'urgence suicidaire, et des troubles mentaux ont été observés dans un échantillon de 243 hommes incarcérés. De ce nombre 43 personnes incarcérées (17,7%) présentaient une urgence suicidaire élevée ou un trouble mental grave. L'analyse des dossiers institutionnels de ces individus en difficulté a révélé que seulement 35% d'entre eux avaient été dépistés formellement mais que 75% avaient au moins été identifiés informellement. Les dossiers étaient peu annotés et ne rendaient peut-être pas justice au travail clinique qui n'est pas toujours consigné. Néanmoins, ce manque d'informations pouvait laisser entrevoir un problème au niveau du suivi des individus. Par delà ces observations, de grandes différences étaient observées entre les détenus des deux établissements. Or, les services psychiatriques et de déjudiciarisation offerts dans les communautés respectives pourraient expliquer ces différences au niveau des prisons. Cela tendrait à démontrer que la prise en charge communautaire des délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux peut avoir une influence sur la qualité de vie de ces derniers mais aussi, indirectement, sur celle des personnes vivant ou travaillant en milieu carcéral. En parallèle à ces observations, une étude psychométrique a été réalisée pour évaluer la possibilité d'utiliser un formulaire plus succinct de dépistage des individus suicidaires. Pour cette étape, des données recueillies antérieurement au *Service correctionnel du Canada* ont aussi été utilisées. Cette démarche permet alors de recommander l'utilisation de l'*Échelle d'évaluation du risque suicidaire* (ÉÉRS) qui ne comprend que neuf éléments à vérifier par les agents des services correctionnels préposés à l'admission des personnes incarcérées.

Note : Sauf indication contraire, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

<u>RÉSUMÉ</u>	2
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	4
<u>INTRODUCTION</u>	5
<u>1. CLIENTÈLES VISÉES</u>	6
<u>2. PROBLÉMATIQUE</u>	6
<u>3. PARTENARIAT</u>	11
<u>4. MÉTHODOLOGIE</u>	14
4.1 PARTICIPANTS	14
4.2 INSTRUMENTS	17
4.2.1 <i>Suicide Probability Scale</i>	17
4.2.2 <i>Structured Clinical Interview for DSM</i>	17
4.2.3 <i>Échelle d'urgence suicidaire</i>	18
4.2.4 <i>Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral</i>	19
4.2.5 <i>Lethality of Suicide Attempt Rating Scale</i>	19
4.2.6 <i>Prise en charge des clients en difficulté</i>	21
4.3 PROCÉDURE	21
4.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	22
<u>5. RÉSULTATS</u>	23
5.1 <u>LA PRÉVALENCE DE LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE ET DES TROUBLES MENTAUX</u>	23
5.2 <u>LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTS EN DIFFICULTÉ</u>	26
<u>6. DISCUSSION</u>	29
<u>7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</u>	37
<u>9. DIFFUSION ET IMPACT</u>	42
 <u>RÉFÉRENCES</u>	 47
 <u>APPENDICES</u>	 56

LISTE DES TABLEAUX

1. Comparaisons entre les établissements des deux villes: caractéristiques socio-démographiques.....	16
2. Critères pour la gravité des tentatives de suicide (LSARS).....	20
3. Comparaisons entre les établissements des deux villes: problématique suicidaire et troubles mentaux.....	25
4. Comparaisons entre les établissements des deux villes: prévalence de l'urgence suicidaire ou d'un trouble mental grave.....	27
5. Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS).....	33
6. Prévalence des comportements suicidaires dans les deux établissements.....	35

Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires

INTRODUCTION

Ce rapport présente essentiellement les résultats d'une démarche d'intervention et d'évaluation réalisée à l'été 2000 dans deux établissements de détention de la *Direction générale des services correctionnels du Québec* (DGSC). En parallèle, nous rapportons aussi les résultats d'une étude sur la possibilité d'utiliser un formulaire plus succinct de dépistage des individus suicidaires. Pour cette étape, des données recueillies antérieurement au *Service correctionnel du Canada* ont aussi été utilisées. Le projet a été financé par le *Ministère de la santé et des services sociaux* du Québec dans le cadre de sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Sa valeur scientifique a été corroborée par le *Fonds de la recherche en santé du Québec* à l'intérieur du *Programme d'évaluation de subventions obtenues en commandite d'un gouvernement ou de l'industrie*. Le projet s'intéresse essentiellement aux hommes incarcérés, compte tenu des objectifs de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* mais aussi de leur présence très majoritaire en milieu carcéral. Pour ce qui est des femmes incarcérées, une subvention reçue du *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* a permis une nouvelle collecte de données à l'hiver et l'été 2001 à l'établissement Tanguay de Montréal, ce qui fera l'objet d'un rapport séparé.

1. CLIENTÈLES VISÉES

Le projet cible les quatre clientèles identifiées dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* en ce qui regarde les hommes à risque de suicide, soit ceux ayant des problèmes d'abus et de dépendance à la drogue, à l'alcool et à d'autres substances, ceux présentant des troubles mentaux, ceux présentant plusieurs facteurs de risque et, plus spécifiquement, les **hommes en détention**. Relevons ici que cette dernière catégorie de personnes à risque est effectivement reconnue comme telle dans la stratégie gouvernementale (pages 11 et 53).

Pour l'étude dont il est question ici, ces hommes à problématiques multiples ont été rejoints dans deux établissements de détention relevant de la *Direction générale des services correctionnels du Québec* (DGSC) : ceux de Québec et de Trois-Rivières. Du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998, 56 921 individus ont été admis dans les établissements de détention du Québec¹. De ce nombre, 30 735 (54%) avaient le statut de prévenus au moment de leur admission, alors que les 26 186 autres étaient condamnés à des peines d'incarcération de moins de deux ans. Compte tenu que les séjours n'y sont pas nécessairement très longs, les établissements de détention québécois logent quotidiennement, en moyenne, 3302 personnes.

2. PROBLÉMATIQUE

Suicide et trouble mental sont deux problématiques qui sont souvent associées dans la population générale (Grunberg et al., 1994) mais il faut se garder d'établir des liens de

causalité directe. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se suicident, de même que ce ne sont pas tous les suicidés qui ont des troubles mentaux. Néanmoins, ces deux problématiques sont retrouvées à des niveaux suffisamment élevés dans la population carcérale pour être abordées à tout le moins en parallèle.

Les établissements de détention regroupent essentiellement des individus de sexe masculin, dans la trentaine et célibataires; ils sont souvent toxicomanes ou affectés par des problématiques psychosociales diverses. Certains individus à risque y sont surreprésentés: autochtones, sans-abri avant l'incarcération, faiblement scolarisés, placés en centre d'accueil dans leur enfance, victimes de violence (dont violence sexuelle) et ceux ayant déjà fait des tentatives de suicide (Daigle, 1996; Daigle & Girouard, 1995; David, 1997; Laishes, 1994, 1995, 1997; Liebling, 1998; Soucy, 1996; Watkins, 1992).

Nous savons aussi que les problèmes de santé mentale et de délinquance sont souvent associés (Côté, 1997; Hyde & Seiter, 1987; Laberge, 1991; Laberge & Landreville, 1995) mais plus particulièrement en milieu carcéral (Bland, Newman, Thompson, & Dyck, 1998; Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1992; Rasmussen, 1999; Teplin, 1990). Pour ce qui est de la situation particulière des «prisons» (par opposition aux pénitenciers) et, plus spécifiquement, des prisons du Québec, les estimations sont cependant bien imprécises (Ministère de la sécurité publique, 1993).

Certaines données indiquent que 52% des personnes incarcérées dans les établissements de détention québécois auraient déjà fait au moins une tentative de

suicide (Soucy, 1996). Pour les années 1987 à 1996, 102 hommes et 4 femmes se sont suicidés pendant qu'ils séjournèrent dans les établissements de détention québécois. Essentiellement, ces suicides étaient donc le fait d'hommes âgés entre 20 et 39 ans et la pendaison était le moyen choisi dans 96% des cas. Le rapport de l'enquête réalisée par la coroner² Anne-Marie David (David, 1997; Daigle, Lemay, & Talbot, 1997) indique que, pour les années 1992-1993 à 1995-1996, les taux de suicide seraient sept fois plus élevés dans les établissements de détention québécois que dans le groupe des hommes libres âgés de 20 à 40 ans. Selon ce rapport, les taux de suicide dans les établissements de détention québécois sont également plus élevés que dans les autres établissements de détention canadiens (accueillant les individus purgeant des peines de moins de deux ans d'incarcération). Un peu de la même façon, les taux dans les pénitenciers québécois (relevant cette fois du gouvernement fédéral) sont également plus élevés que dans les pénitenciers des autres provinces, ce qui réfère donc au même type d'écart observé lorsque nous comparons la population générale du Québec avec la population générale des autres provinces. Par ailleurs, le rapport David relevait aussi le lien entre suicide et santé mentale. Dans l'ensemble, mais aussi dans ses recommandations, il favorisait une approche essentiellement médicale du problème.

Or, nous savons que la problématique suicidaire, en milieu carcéral comme ailleurs, s'explique mieux dans un modèle écologique où plusieurs facteurs entrent en jeu, dont parfois les facteurs médicaux. À partir d'un tel modèle théorique, les interventions doivent donc être diversifiées. Elles ne feront appel aux ressources médicales que pour des interventions spécifiques, d'autant plus que le fonctionnement particulier d'une institution carcérale nécessite justement un partage des responsabilités dans la prise en charge des

hommes incarcérés suicidaires et/ou souffrant de troubles mentaux. Les interventions deviennent alors complémentaires, d'autant plus que les ressources médicales actuelles ne sont pas nécessairement prêtes à assurer un suivi thérapeutique constant aux personnes incarcérées suicidaires.

Par ailleurs, les autorités de la DGSC contestent la façon traditionnelle dont sont calculés les taux annuels de suicide dans le rapport de la coroner David. En effet, pour en arriver à des taux aussi élevés, la coroner met en relation le nombre total de suicides dans une année avec la population moyenne **quotidienne** interne (PMQI). La PMQI correspond à la population moyenne recensée en fin de journée («compte réel»). La DGSC estime qu'il faudrait plutôt considérer comme dénominateur (1) soit le nombre moyen de personnes qui logent et transitent quotidiennement dans les établissements (ce qui est déjà plus élevé que la PMQI), (2) soit le nombre total des **personnes admises annuellement** dans les établissements. Avec ces deux dernières méthodes, on tiendrait alors compte du fait que, à cause du roulement de la clientèle, une même cellule accueille successivement dans la même année plusieurs personnes qui sont très à risque, notamment lorsqu'elles viennent tout juste d'être incarcérées.

Le débat n'est donc pas clos sur la méthodologie différentielle servant à calculer les taux de suicide en milieu carcéral (Daigle, 1999; O'Mahony, 1994), mais il reste que le problème en tant que tel est bien identifié, tout comme dans la population du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 1998) ou chez les hommes en général (Canetto & Lester, 1995; Canetto & Sakinofsky, 1998). En effet, de multiples recherches indiquent, indépendamment même de la situation québécoise, que les taux de suicide en

milieu carcéral sont au moins quatre fois, sinon même onze fois, plus élevés qu'en milieu naturel (Haycock, 1993; Hayes & Blaauw, 1997; Liebling, 1992, 1998; Pritchard, Cox, & Dawson, 1997). D'où le déploiement de différentes mesures de prévention, lesquelles sembleraient ici un gage de réussite (Cox & Morschauser, 1997; Farmer, Felthous, & Holzer, 1996; Felthous, 1994; White & Schimmel, 1995).

La DGSC reconnaît sa responsabilité face à cette problématique, en collaboration toutefois avec les institutions du réseau du MSSS et les organismes communautaires (dont les Centres de prévention du suicide). Des ententes de service plus ou moins formelles ont donc été conclues avec ces autres instances, soit pour des services de santé, soit pour des services téléphoniques complémentaires, soit pour l'organisation de sessions de sensibilisation auprès de la clientèle, soit pour le développement de programmes de formation. Des représentants des organismes communautaires siègent même, dans certains établissements de détention, sur les comités de prévention du suicide.

Néanmoins, la DGSC demeure le maître d'œuvre des actions à prendre et elle a ainsi mis en place un *Programme de prévention du suicide* qui englobe un ensemble de mesures. Parmi les différentes mesures adoptées par la DGSC (mais aussi le *Service correctionnel du Canada*), celles qui sont axées sur le dépistage et la prise en charge des individus vulnérables demeurent les plus importantes. Cependant, elles ne reposent pas sur une évaluation précise de la situation, si ce n'est la considération que les taux de suicide sont trop élevés dans les établissements. D'où l'intérêt de la présente démarche qui porte à la

fois sur l'évaluation de la problématique dans un échantillon de détenus, qu'ils soient prévenus ou condamnés, mais aussi sur la prise en charge des plus démunis.

3. PARTENARIAT

Ce projet est le résultat d'un large partenariat depuis le début. La DGSC du *Ministère de la sécurité publique* (MSP) a d'abord été l'initiatrice du projet. En septembre 1997, la DGSC avait révisé son *Programme de prévention du suicide* dans le but notamment de corriger les lacunes relevées dans le rapport d'enquête de la coroner David. L'objectif ultime était évidemment de réduire les taux de tentatives et de mortalités par suicide dans les établissements de détention. Dans ce programme, l'élément 2.1 visait spécifiquement l'établissement d'ententes de collaboration avec des «ressources spécialisées tels les Centres de prévention du suicide (CPS)», ce qui a été concrétisé, notamment, avec les CPS de Québec et de Trois-Rivières qui ont été partenaires dans la demande de subvention adressée au MSSS. L'élément 2.2 du programme de la DGSC prévoyait aussi la «collaboration avec les ressources du milieu pour favoriser et soutenir les projets pilotes s'adressant à notre clientèle et qui visent à réduire le risque suicidaire». Plus spécifiquement, cette mesure prévoyait que les projets pilotes pourraient être financés dans le cadre de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

Le développement du projet a ainsi été entrepris, à l'époque, par France Boudreault, conseillère à la *Direction de l'administration et des programmes*, appuyée par Michel Roberge qui en était alors le directeur, le tout en collaboration avec les chercheurs de l'UQTR. Cette démarche s'est concrétisée le 26 novembre 1998 avec la présentation du

projet préliminaire lors d'une rencontre provinciale des responsables des *comités de prévention du suicide* des différents établissements de détention. Les participants ont alors appuyé unanimement le projet. Finalement, d'autres mesures du programme de la DGSC prévoyaient l'amélioration des procédures de dépistage et l'adaptation d'une grille d'évaluation, ce qui correspond justement au contenu du projet qui a été approuvé et financé.

Marc Daigle, professeur à *l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)*, s'est associé au projet dès le début et il a été le responsable scientifique de son application. Spécialiste de la prévention du suicide en milieu carcéral et de l'évaluation des programmes, il est membre du CRISE, le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie*. Le CRISE favorise une compréhension de la problématique suicidaire qui se veut «écologique». Le CRISE estime ainsi que cette problématique s'explique par la nature réciproque des échanges entre la personne et son environnement, par le caractère changeant du milieu et par la démarche adaptative nécessaire qui en résulte pour les individus (Bronfenbrenner, 1979). Marc Daigle est également membre du *Laboratoire de recherche en santé mentale* de l'UQTR et du centre de recherche de *l'Institut Philippe Pinel* de Montréal. Il a été associé à différentes recherches en milieu carcéral mais aussi à l'enquête de la Coroner Anne-Marie David sur les suicides survenus dans les établissements de détention québécois.

Gilles Côté, professeur à l'UQTR, est le directeur fondateur du *Laboratoire de recherche en santé mentale* de cet établissement. Il est présentement directeur du centre de recherche de *l'Institut Philippe Pinel* de Montréal. Il s'intéresse à la problématique de la

violence, plus spécifiquement dans ses liens avec les troubles mentaux, d'où sa participation au présent projet. Il a déjà collaboré avec les services correctionnels du Québec et du Canada au niveau de la formation et de la recherche. Ses travaux sur la santé mentale des personnes incarcérées ont été remarqués au Canada (Côté & Hodgins, 1992).

Le *Centre de prévention du suicide de Québec*, par l'entremise de son agent de sensibilisation, Mario Beaulieu, a déjà collaboré dans d'autres projets avec la DGSC et il a appuyé le présent projet dès le début. Le CPS de Québec est associé au développement d'un programme de formation en prévention du suicide pour les intervenants de la DGSC.

Paul Langevin, ex-étudiant à l'UQTR, est actuellement directeur du *Service prévention suicide* de Trois-Rivières. Ce centre a une entente de service avec l'Établissement de détention de Trois-Rivières pour offrir des services complémentaires aux personnes incarcérées et il a accordé son appui au projet dans la région.

Finalement, les RRSSS de Québec et de la Mauricie Bois-Francs, là où s'est déroulé notre projet, ont été sensibilisées à la problématique particulière des hommes incarcérés suicidaires, lesquels se retrouvent éventuellement en liberté sur leur territoire. Dans le contexte où ces hommes sont probablement aussi suicidaires en liberté que lors de l'incarcération, leur responsabilité plus large a donc été interpellée.

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section précise quatre éléments reliés à la méthodologie du projet : les participants, les instruments d'évaluation utilisés (et préalablement traduits), la procédure de collecte de données et les considérations éthiques.

4.1 Participants

Pendant l'été 2000, sur une période de 16 semaines, 243 hommes francophones ont été évalués dans deux établissements québécois de détention masculins («prisons»), soit ceux des villes de Québec (172) et de Trois-Rivières (71)³. Pour l'ensemble des personnes invitées au hasard à participer à l'évaluation, 74% ont accepté. Le taux de refus est jugé acceptable, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1992). Dans ce cas-ci, les personnes incarcérées qui refusaient de participer invoquaient plus particulièrement leur très courte sentence (une journée), souvent en parallèle avec leur type d'infraction (par ex. : refus de payer une contravention).

Le Tableau 1 présente, pour les 243 participants, l'ensemble des données socio-démographiques en fonction des deux établissements d'appartenance. On y constate que la moitié des détenus ont le statut de prévenus, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore été jugés ou condamnés. Les détenus des deux établissements ne diffèrent significativement qu'au niveau du statut professionnel (avant incarcération) et de la durée de la sentence.

Dans le premier cas, il faut savoir que la catégorie des «sans emploi, étudiants ou retraités» regroupe presque uniquement des sans emploi et il y en a effectivement beaucoup plus à l'établissement de Québec. Pour ce qui est de la durée moyenne de la sentence (en jours), elle est cette fois plus élevée à Trois-Rivières, de même qu'y est plus élevé le pourcentage de personnes condamnées à des sentences de plus de 30 jours. Ces derniers résultats ne s'appliquent que pour les individus condamnés à une peine dite «provinciale», c'est-à-dire à être purgée dans un établissement de détention relevant du gouvernement du Québec. Ils excluent donc les personnes prévenues (qui ne sont évidemment pas condamnées) et les quelques autres condamnées à une sentence dite «fédérale» mais qui n'ont pas encore été transférées dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada. Par ailleurs, les délits violents sont identifiés comme tels à partir des seules déclarations des répondants, sans vérification subséquente aux dossiers officiels. Les répondants dévoilent ainsi que, pour 34,6% d'entre eux, au moins un de leurs délits peut être considéré «violent» selon la classification officielle de *Statistiques Canada*. Il y a peu de différences ici entre les 122 individus prévenus et les 121 condamnés, si ce n'est le pourcentage de délits considérés comme violents qui est plus élevé chez les premiers (41,8%) que chez les seconds (27,3%). Un test dit de Khi-deux ($p < .05$) indique que cette dernière différence est statistiquement significative.

Tableau 1

**Comparaisons entre les établissements des deux villes:
caractéristiques socio-démographiques**

Variable	Ville		Total (n=243)	Note
	Québec (n=172)	Trois-Rivières (n=71)		
Statut : prévenus (non condamnés)	50,6%	49,3%	50,2%	
Âge moyen	34 (11,6) 32	35 (10,6) 35	34,3 (11,3) 33	
Célibataires	59,9%	57,7%	59,3%	
Années de scolarité	9,8 (2,5) 10	9,8 (2,8) 9	9,8 (2,6) 10	
Diplômés de collège ou université	10,5%	16,9%	12,3%	
Sans emploi, étudiants, retraités	31,4%	8,5%	24,7%	1
Accusés/condamnés pour délit viol.	31,4%	42,3%	34,6%	
Sentence au provincial en jours (pour les condamnés seulement)	177,4 (219,5) 60	326,3 (192) 365	219,7 (221,7) 91	2
Condamnés à plus de 30 jours (pour les condamnés seulement)	61,5%	87,1%	68,8%	3
<p><i>Note.</i> Les données correspondent ici à des pourcentages ou, sinon, à la moyenne, à l'écart type (entre parenthèses) et à la médiane (en dessous). 1. Khi-deux : $p < .001$. 2. Mann-Whitney : $p < .001$. 3. Khi-deux : $p < .01$.</p>				

4.2 Instruments

4.2.1 Suicide Probability Scale

La *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1998) comprend 36 questions. Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert en quatre points, échelle variant de «*jamais ou rarement*» à «*la plupart du temps ou toujours*». La fréquence de ses cognitions, émotions et comportements est ainsi révélée. La SPS permet de classer un individu selon un risque *sous-clinique, faible, modéré, ou sévère*. La validation française de ce questionnaire a été réalisée par une équipe de chercheurs québécois (Labelle, Daigle, Pronovost, & Marcotte, 1998). Dans le cadre de l'étude rapportée ici, la SPS sert à identifier les personnes de la catégorie *modéré-sévère*, c'est-à-dire celles qui, selon les normes du questionnaire, devraient être renvoyées⁴ à un intervenant clinicien⁵ pour une évaluation plus approfondie.

4.2.2 Structured Clinical Interview for DSM

L'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) est un guide d'entretien permettant d'identifier chez un individu les principaux diagnostics des axes I et II du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Le questionnaire est notamment constitué de neuf modules dont sept correspondent aux principales classes de diagnostic de l'Axe 1. Du fait de cette construction modulaire, l'instrument peut être adapté à des recherches particulières où

certain diagnostics ne sont pas primordiaux. En utilisant un arbre décisionnel, le SCID guide l'évaluateur dans la vérification des hypothèses de diagnostic qui se posent au fil de l'entretien. L'extrait généré par le SCID est un rapport sur la présence ou l'absence de chacun des diagnostics qui sont considérés et ceci quant à un épisode courant (i.e. dans le dernier mois) ou bien quant à une prévalence à vie. Le SCID a déjà été utilisé au Québec avec la clientèle des personnes incarcérées. Contrairement à la SPS, le SCID n'est pas un questionnaire auto-administré. Dans notre projet, ce sont des assistants spécialement formés qui l'administrent aux personnes incarcérées à l'occasion d'un entretien durant environ 120 minutes. L'accord inter-juges, calculé sur 22 des protocoles du SCID, est total, soit 1.

4.2.3 Échelle d'urgence suicidaire

L'*Échelle d'urgence suicidaire*, telle que définie par Morissette (1984), entre autres, identifie la probabilité du passage à l'acte (dans les 48 heures) entre 0 et 9. Morissette ne rapporte pas de taux de fidélité pour cet instrument. Cependant, ce type d'outil est utilisé de façon routinière par les intervenants de différents Centres de prévention du suicide. Pour la présente évaluation, un score de 3 et plus (score 3 : «Pensées suicidaires fréquentes; la personne pense au suicide régulièrement chaque jour») signifie que l'individu est déjà à urgence dite *élevée*.

4.2.4 Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral

La *Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral (GERS)* de Drew Leavens (1987) est semblable à l'*Échelle du risque suicidaire* (Morissette, 1984) utilisée dans les Centres de prévention du suicide. Elle est cependant plus spécifique au milieu carcéral et permet, comme la SPS, une évaluation du risque à moyen et long terme, mais principalement à partir des données démographiques et des antécédents personnels ou familiaux. L'utilisation de cette échelle, graduée de 1 à 9, est recommandée par la DGSC dans le cadre de son programme de prévention du suicide. Elle ne semble cependant pas très utilisée sur le terrain. La GERS explore plus spécifiquement 14 domaines (pertes, désespoir, santé mentale, antécédents...), dont les 3 premiers (planification, méthode, moyens) recourent des éléments de l'*Échelle d'urgence suicidaire*. Nous utilisons la GERS pour classer les répondants dans une catégorie de risque qui est qualifiée cette fois de *modéré-élevé*.

4.2.5 Lethality of Suicide Attempt Rating Scale

La *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale (LSARS)* (Smith, Conroy, & Ehler, 1984), graduée de 0 à 10 sur une échelle à intervalle égal, sert ici à mesurer le degré de gravité des événements qui sont présumés être des «tentatives de suicide». Cette échelle est une des deux meilleures mesures pour évaluer la gravité et elle possède une validité empirique (Leenaars et al, 1997). La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée et sur les circonstances entourant l'événement. La gravité de la

méthode réfère à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé, par exemple, à quel endroit et à quelle profondeur la personne s'est lacérée ou encore, quel est le type et la dose de la médication consommée⁶. L'évaluation de la sévérité de la méthode est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant la tentative. Certaines questions pertinentes aux circonstances sont, par exemple : «Est ce que la personne est seule? En avait-elle parlé à quelqu'un avant ou après l'acte? Combien d'interventions médicales ont été requises?». Certains critères de référence de la LSARS sont illustrés au Tableau 2.

Tableau 2

Critères pour la gravité des tentatives de suicide (LSARS)

3,5	La mort est improbable tant que des premiers soins sont administrés par la victime ou une autre personne. La victime fait habituellement une communication, fait son geste en public ou bien ne prend pas les moyens pour se cacher ou cacher sa blessure
5	La probabilité de mort, directement ou indirectement, est 50-50 ou bien, selon l'opinion de la moyenne des gens, l'issue est équivoque avec l'utilisation d'une telle méthode
7	La mort est l'issue probable à moins que des premiers soins ou des soins médicaux «immédiats et vigoureux» ne soient appliqués par la victime ou une autre personne

Un canevas d'entretien a été construit pour la LSARS à partir notamment d'éléments circonstanciels déjà éprouvés en milieu carcéral (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999). La fidélité inter-juges, pour 30 protocoles de la LSARS, est de 0,92 (coefficient intra classe).

4.2.6 Prise en charge des clients en difficulté

La grille de *Prise en charge des clients en difficulté*, développée spécifiquement pour ce projet, sert de guide pour l'analyse du suivi des personnes qui ont été dépistées comme étant «en difficulté» (selon les critères explicités plus loin). L'information nécessaire est recherchée, trente jours après l'admission des clients dépistés, principalement dans leurs dossiers sociaux⁷ ou médicaux. Au 31ème jour, les dossiers sont consultés dans quelque type d'établissement ou de milieu qu'ils soient. Cependant, seule est considérée la prise en charge en milieu carcéral, compte tenu des objectifs spécifiques de cette évaluation. Par exemple, faire hospitaliser un détenu ou bien le réincarcérer ensuite est considéré comme une action légitime de prise en charge. Par contre, les mesures prises pendant l'hospitalisation sont ignorées. Seules les journées passées en milieu carcéral sont ainsi prises en compte.

4.3 Procédure

Trois assistants universitaires ont rencontré en établissement, dans la première semaine de leur incarcération et même dès les premiers jours, les 243 participants volontaires choisis au hasard. La SPS est complétée par les personnes incarcérées et les assistants complètent les autres instruments à l'occasion d'un entretien avec ceux-ci. Les dossiers

institutionnels ne sont consultés, 30 jours après leur admission, que pour les hommes dits «en difficulté» et nécessitant une prise en charge, ceci dans le but d'évaluer le type de prise en charge institutionnelle dont ils ont bénéficié. Pour cette dernière étape, seuls sont retenus les détenus dépistés comme étant suicidaires (c'est-à-dire cotant 3 et plus à l'*Échelle d'urgence suicidaire*) ou ayant souffert d'un trouble mental grave dans le mois précédant l'évaluation (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire).

4.4 Considérations éthiques

Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants concernés, en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*⁸ (voir aussi les recommandations du *Groupe de travail interministériel sur la confidentialité des renseignements et la sécurité des personnes*). Ce projet n'impliquait pas de dommages prévisibles aux personnes à être rencontrées aux différentes étapes de réalisation. Le *Comité de déontologie* de l'UQTR a examiné le protocole de ce projet et a convenu de sa conformité avec les normes déontologiques généralement acceptées. Les personnes incarcérées étaient cependant avisées que la confidentialité de leurs déclarations ne serait pas respectée si celles-ci mettaient en cause la sécurité d'autrui ou d'eux-mêmes. À quelques occasions, cette situation est effectivement apparue, alors qu'il a fallu aviser un employé que le répondant était suicidaire (c'est-à-dire qu'il cotait 3 ou plus sur notre instrument d'évaluation). Dans de tels cas où l'individu n'était pas déjà dépisté par le personnel, seules des informations minimales étaient transmises et uniquement en rapport avec l'urgence suicidaire⁹. Par ailleurs, le personnel n'était pas avisé des participants dépistés uniquement sur la base

d'un trouble mental. L'ensemble du personnel avait été rencontré avant l'expérimentation afin d'être sensibilisé aux objectifs du projet.

5. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés d'abord en fonction de la prévalence de la problématique suicidaire et des troubles mentaux. Par la suite, nous présentons de quelle façon les individus les plus touchés sont pris en charge par le personnel des institutions. La présentation des résultats permet de distinguer entre les détenus des deux établissements. Par contre, les différences entre les prévenus et les condamnés ne sont mentionnées que lorsqu'elles sont significatives statistiquement.

5.1 La prévalence de la problématique suicidaire et des troubles mentaux

Pour ce qui est des antécédents suicidaires, 49,4% des 243 hommes incarcérés répondent affirmativement à la question : «Dans votre vie, vous est-il arrivé de penser sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie) en prévoyant un moyen pour le faire?» (voir le Tableau 3). De plus, 28% rapportent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (7,8% dans la dernière année), pour une moyenne de 3,9 tentatives par individu (Écart type = 5,6). Plus précisément, 76,5% des répondants en ont fait 3 ou moins, mais 4,5% en ont quand même fait 20 ou plus. Les 265 tentatives rapportées ont été réalisées pour la plupart dans la communauté (82,6%), mais un certain nombre également lors d'une incarcération (14,7%) ou d'un séjour en centre d'accueil pour jeunes (2,6%). Sur ces aspects, les répondants ne se distinguent pas en fonction de leur établissement d'appartenance ou de leur statut de prévenu/condamné. Quant à la

dernière tentative de suicide rapportée par les répondants, elle s'est réalisée, en moyenne, 234,9 semaines plus tôt (ÉT = 301,7), la médiane étant à 104 semaines. Dans 10,3% des cas, l'événement s'est produit dans le dernier mois et, dans 27,9% des cas, dans la dernière année. Le moyen utilisé lors de la tentative est l'intoxication (33,8% des cas), la lacération (32,4%), la pendaison ou la strangulation (17,6%), l'arme à feu (4,4%), l'oxyde de carbone (2,9%), le saut d'une hauteur (2,9%) ou la collision en automobile (1,5%). De plus, 4,4% des hommes ont utilisé d'autres méthodes ou une combinaison des précédentes. La gravité de la dernière tentative de suicide ou automutilation est estimée en moyenne à 4,8 (ÉT = 2,7) sur l'échelle de la LSARS. Il s'agit là d'un résultat assez élevé, en référence à tout le moins aux critères 3,5 et 5 de l'instrument (voir le Tableau 2). Une autre façon de voir les choses est de considérer le pourcentage de tentatives graves rapportées, c'est-à-dire celles qui ont reçu une cote plus élevée que 5 à la LSARS. Nous observons alors que, dans 38,2% des événements, la mort était «l'issue probable».

Quant au risque suicidaire, il est estimé par l'entremise soit de la GERS, soit de la SPS. La GERS révèle que 12,6% des répondants présentent un risque *modéré-élevé* et la proportion de ces individus est significativement plus élevée à Trois-Rivières. Quant à l'évaluation réalisée avec un questionnaire comme la SPS, elle révèle également un risque significativement plus élevé à Trois-Rivières. Par ailleurs, le type de classification propre à la SPS fait que, pour l'ensemble, deux fois plus d'individus (24,4%) sont considérés à risque *modéré-sévère* qu'avec la classification *modéré-élevé* de la GERS.

Tableau 3

**Comparaisons entre les établissements des deux villes:
problématique suicidaire et troubles mentaux**

Variable	Ville		Total N=243	Note
	Québec (n=172)	Trois-Rivières (n=71)		
Idéation suicidaire dans le passé	47,7%	53,5%	49,4%	
Tentative de suicide dans le passé	25%	35,2%	28%	
Gravité de la dernière tentative	4,5 (2,4) 5	5,3 (3) 5	4,8 (2,7) 5	
Risque modéré-élevé selon GERS	4,7%	31,4%	12,6%	1
Risque modéré-sévère selon SPS	19,2%	37,1%	24,4%	2
Urgence élevée (score 3 et +)	5,8%	14,1%	8,2%	3
Trouble mental grave (1 mois)	12,3%	18,6%	14,1%	
<i>Note.</i> Les données correspondent ici à des pourcentages ou, sinon, à la moyenne, à l'écart type (entre parenthèses) et à la médiane (en dessous). 1. Khi-deux : $p < .001$. 2. Khi-deux : $p < .01$. 3. Khi-deux : $p < .05$.				

L'urgence suicidaire, mesure plus immédiate que celle du risque, révèle aussi les mêmes différences entre les deux établissements. En considérant uniquement les scores d'urgence de 3 et plus, nous pouvons ainsi estimer que 8,2% des répondants présentent une urgence élevée, c'est-à-dire suffisante pour nécessiter une prise en charge. De manière statistiquement significative, ce pourcentage est beaucoup plus élevé à Trois-Rivières.

L'évaluation réalisée avec le SCID révèle que 14,1% des hommes ont, au cours du dernier mois, présenté un trouble mental considéré habituellement comme grave : trouble psychotique (4,1%), dépression majeure (6,6%) ou trouble bipolaire (3,3%). Indépendamment des autres diagnostics identifiés avec le SCID, ces trois pathologies sont retenues dans la présente étude en fonction de l'urgence d'intervenir qui y est plus particulièrement associée. Encore ici, la prévalence est plus élevée à l'établissement de Trois-Rivières mais, cette fois, la différence n'est pas significative statistiquement.

5.2 La prise en charge des clients en difficulté

Parmi les 243 hommes évalués pendant leur première semaine en établissement, 17,7% (n = 43) correspondent à l'un des deux critères dits de «prise en charge» (voir Tableau 4). Ils devraient, selon l'optique bien particulière adoptée dans cette évaluation (et donc pas nécessairement selon les critères de la DGSC ou d'un autre organisme), bénéficier d'une attention particulière pendant les 30 jours suivant l'évaluation, soit à cause de l'urgence suicidaire (8,2%), soit à cause d'un trouble mental grave (14,1%).

Le pourcentage de ces détenus en difficulté est significativement plus élevé à Trois-Rivières. La consultation des dossiers indique cependant que, des 43 individus cibles, seulement 67,4% ont réellement été incarcérés pendant 30 jours. Les possibilités d'intervention sont donc limitées, du moins pour 16,3% des hommes qui, eux, ont séjourné moins d'une semaine en milieu carcéral. Néanmoins, la moyenne du séjour est de 23,6 jours (ÉT = 10,7), séjour significativement plus long à Trois-Rivières mais pas chez les prévenus, comme leur statut aurait pu le laisser croire.

Tableau 4

**Comparaisons entre les établissements des deux villes:
prévalence de l'urgence suicidaire ou d'un trouble mental grave**

Variable	Ville		Total (n=243)	Note
	Québec (n=172)	Trois-Rivières (n=71)		
A. Urgence élevée (score 3 et +)	10 (5,8%)	10 (14,1%)	20 (8,2%)	1
B. Trouble mental grave (1 mois)	21 (12,3%)	13 (18,6%)	34 (14,1%)	
A ou B	24 (14%)	19 (26,8%)	43 (17,7%)	1
<i>Note.</i> 1. Khi-deux : $p < .05$.				

Les résultats sont présentés ici séparément pour les 20 hommes suicidaires et pour les 34 souffrant d'un trouble mental, quoiqu'il est manifeste que les deux clientèles se recoupent en partie dans l'échantillon de 43 participants.

Au niveau de la prise en charge des 20 hommes identifiés comme suicidaires par les chercheurs, on retrouve aux dossiers, dans 35% des cas, une identification formelle de cette problématique par le personnel à l'aide du formulaire de dépistage de la DGSC : *Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral* (voir Appendice 1). Rappelons ici que cette vérification est faite aux dossiers trente jours après la date d'admission mais que le formulaire a pu être complété beaucoup plus tôt, très

souvent dans les premiers jours. L'intensité de la problématique suicidaire est évaluée par le personnel, à l'aide de la GERS, pour un seul des 20 individus suicidaires pendant le mois. Par delà l'utilisation stricte de ce formulaire officiel, nous retrouvons cependant l'identification de la problématique suicidaire dans 75% des dossiers sociaux ou médicaux, la demande de surveillance spéciale par le personnel dans 35% des cas, le renvoi à un autre intervenant dans 30% des cas et le plan d'intervention minimal dans 50% des cas. Au niveau des interventions réalisées, la prise d'une médication psychotrope est notée dans 85% des dossiers en début de mois et dans 70% en fin de mois (ou à la libération de l'individu). Dans plusieurs dossiers, cette intervention n'est cependant pas la conséquence d'une évaluation formelle de la problématique suicidaire (ni de son lien éventuel avec un trouble mental), mais plutôt la continuation d'une prescription médicale en vigueur avant l'incarcération de l'individu. En effet, il semble que le délinquant, au moment de l'incarcération, révèle lui-même une éventuelle maladie en même temps que les détails de sa prescription médicale. Un infirmier de l'établissement carcéral vérifie ensuite la légitimité de la prescription avec le pharmacien externe identifié par la personne incarcérée. Le cas échéant, l'infirmier s'assure de la prise de médication mais le médecin de l'établissement n'intervient pas systématiquement dans le processus.

Quant aux 34 clients souffrant de troubles mentaux graves, un certain dépistage est noté dans 44,1% des dossiers sociaux. Cependant, les intervenants psychosociaux se réfèrent ici à leur propre expertise (non médicale) et invoquent le plus souvent la toxicomanie ou, à la limite, des indices de dépression. En parallèle, on retrouve un diagnostic plus formel dans les dossiers médicaux mais pour seulement 35% des cas, ce qui s'expliquerait encore une fois par la procédure évoquée plus haut (auto-révélation de la prescription

reçue à l'extérieur). Dans l'ensemble, 61,8% des 34 clients malades sont identifiés dans l'un ou l'autre type de dossiers. Le même pourcentage reçoit une médication psychotrope en début de mois et 44,1% en fin de mois, mais ce ne sont pas nécessairement les mêmes personnes en début et en fin d'exercice. Nous retrouvons, mentionnée aux dossiers, la demande de surveillance spéciale dans 20,6% des cas, le renvoi à un autre intervenant dans 17,6% des cas ou le plan d'action dans 35,3% des cas. Par ailleurs, en ne considérant que les individus psychotiques (soit ceux dont les symptômes sont peut-être les plus visibles), les différents indices sont encore plus bas, dont celui de la médication (30%).

6. DISCUSSION

Le pourcentage d'hommes incarcérés qui affirment avoir eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de leur vie (49,4%) est beaucoup plus élevé que celui des Québécois âgés entre 25 et 44 ans (10,2%), tel que rapporté dans *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Légaré, Lebeau, Boyer, & St-Laurent, 1995). Il en est de même pour ce qui est des tentatives de suicide, soit respectivement 28% et 3,5%. L'estimation de la problématique suicidaire, telle que réalisée ici, rejoint d'autres estimations faites antérieurement en milieu carcéral. Ainsi, une enquête réalisée auprès des personnes incarcérées dans les prisons du Québec (Ministère de la sécurité publique, 1993) révèle que 30% des personnes rencontrées ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie. Nos propres résultats permettent toutefois de juger, en plus, de la gravité réelle des tentatives de suicide qui sont rapportées et du fait que la majorité de ces tentatives ont été réalisées hors les murs des établissements. Sensiblement les mêmes constats ont été faits chez les femmes incarcérées dans les prisons ou les pénitenciers du Québec (Daigle

et al., 1999). Tout ceci tendrait à confirmer, chez les délinquants adultes, l'hypothèse d'une plus grande prévalence de la problématique suicidaire mais qui ne serait pas principalement reliée au vécu institutionnel. Dans ce sens, la prison ne ferait donc qu'exacerber une problématique pré-existante.

Quant à notre évaluation de la prévalence des troubles mentaux graves au cours du dernier mois (14,1%), elle est difficilement comparable aux estimations déjà faites par le *Ministère de la sécurité publique* (1993). Dans le sondage réalisé pour ce ministère, 25,5% des détenus disaient s'être déjà «fait soigner par un spécialiste pour un problème de santé mentale» au cours de leur vie, ce qui faisait place à bien des interprétations. Ici, nous avons pu identifier combien souffraient d'un trouble mental dit «grave», c'est-à-dire nécessitant un suivi plus approfondi¹⁰. Encore plus précisément, nous savons combien souffrent de troubles psychotiques (4,1%), soit les plus vulnérables (De Hert & Peuskens, 2000) par opposition à ceux souffrant de dépression majeure ou d'un trouble bipolaire. Au niveau de la clinique ou de la gestion des dossiers, cela permet de rendre plus spécifiques les interventions mais aussi de mieux évaluer, jusqu'à un certain point, la nécessité d'un éventuel transfert de clientèles vers d'autres ressources. Sans ouvrir trop grand le débat sur les types de pathologies nécessitant une hospitalisation ou une déjudiciarisation, les résultats de cette évaluation précisent donc l'ampleur de la tâche à accomplir tout en la relativisant.

Par ailleurs, ce projet d'intervention et d'évaluation démontre que le dépistage et la prise en charge des clientèles suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves ne sont pas toujours bien assurés en milieu carcéral. Il va sans dire que cette conclusion n'est

avancée qu'à partir d'une méthodologie essentiellement quantitative (pourcentages de dossiers bien annotés), alors qu'une analyse plus qualitative aurait pu ajouter un point de vue supplémentaire¹¹. De même, on ne peut que spéculer sur la qualité des services qui, autrement, auraient été offerts à ces individus dans la communauté ou même dans un hôpital¹². Ici, seulement 35% des détenus en difficulté sont bien identifiés, que ce soit à l'aide d'un formulaire prescrit ou d'un diagnostic médical. En tenant compte des diverses annotations aux dossiers, un certain dépistage semble toutefois avoir été réalisé dans 75% des cas (pour les individus suicidaires) ou dans 61,8% (pour ceux souffrant d'un trouble mental grave). C'est du moins ce dont nous informent les dossiers que nous avons consultés.

Aux dires des intervenants rencontrés, la surcharge de travail nuit à l'annotation de ces dossiers, ce qui pourrait expliquer les résultats que nous avons observés, résultats qui ne rendent peut-être pas justice au travail clinique qui est réellement accompli. Il n'en reste pas moins que nous ne parlons pas ici de toute la clientèle carcérale mais de la plus vulnérable, celle qui devrait être dépistée, sinon même suivie. Or, comment effectuer ces tâches sans un minimum d'annotations, ne serait-ce que pour la reprise éventuelle du dossier par d'autres intervenants?¹³ À ce niveau, il est également étonnant de constater que plusieurs clients reçoivent des médicaments psychotropes sans que les dossiers médicaux n'indiquent qu'ils aient été évalués, sur place, au niveau de la santé mentale et, encore moins, au niveau de l'urgence ou du risque suicidaire.

Quant au faible taux d'utilisation du formulaire de dépistage (*Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral*¹⁴), il faut voir aussi que cela tient

peut-être à sa difficulté d'utilisation lors des admissions. Sont en jeu ici la longueur relative du questionnaire (18 items), la rapidité du flux des admissions, mais aussi l'architecture des lieux qui ne se prête pas aux échanges avec la clientèle. Dans ce contexte, il n'était pas question de suggérer, en sus ou en remplacement, l'usage de la *Suicide Probability Scale* (SPS), laquelle contient 36 questions. Cette option avait pourtant été envisagée lors de l'élaboration du projet. Nous avons plutôt cherché à identifier un instrument plus facile d'utilisation.

Pour ce faire, nous avons entrepris une étude parallèle en collaboration avec un spécialiste de la psychométrie, le professeur Réal Labelle de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans cette étude ont été incorporées des données provenant de la DGSC du Québec mais aussi du *Service correctionnel du Canada* (SCC) (voir copie de cette étude en Appendice 3). La démarche a permis de valider l'*Échelle d'évaluation du risque suicidaire* (ÉÉRS) / *Suicide Risk Assessment Scale* (SRAS) qui est déjà en usage au SCC¹⁵ et qui contient uniquement 9 items (Tableau 5). Nous produisons plus loin une recommandation quant à son usage éventuel par le personnel de la DGSC.

Tableau 5**Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)**

1	Le délinquant peut être suicidaire (observations de la personne responsable du transfert).
2	Le délinquant a déjà tenté de se suicider.
3	Le délinquant a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique.
4	Le délinquant a perdu récemment un parent ou son conjoint.
5	Le délinquant connaît actuellement des problèmes graves.
6	Le délinquant est actuellement sous l'influence de l'alcool ou des drogues.
7	Le délinquant manifeste des signes de dépression.
8	Le délinquant a exprimé des idées de suicide.
9	Le délinquant a établi un plan pour se suicider.

Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)

1	The offender may be suicidal (opinion of the referring agency).
2	The offender has made a previous suicide attempt.
3	The offender has undergone recent psychological/psychiatric intervention.
4	The offender has experienced recent loss of a relative/spouse.
5	The offender is presently experiencing major problems.
6	The offender is currently under influence of alcohol/drugs.
7	The offender shows signs of depression.
8	The offender has expressed suicidal ideation.
9	The offender has a suicide plan.

Finalement, nous ne pouvons ignorer les différences importantes qui ont été observées entre les deux établissements et ceci pour les deux problématiques ciblées dans notre démarche. Rappelons que ces taux comparatifs ont été mesurés avec une méthode relativement éprouvée et par des diplômés universitaires spécifiquement formés. Certaines explications peuvent cependant être avancées pour cette disparité, explications qui valident en partie la cueillette de données mais qui ont surtout l'avantage de mener vers d'autres pistes d'intervention :

1. Selon les statistiques de la DGSC (Bastille, Gougeon, & Boudreault, 2000), les taux de suicide par 100 000 admissions sont effectivement plus élevés à Trois-Rivières qu'à Québec, du moins pour les années 1997 à 1999 (voir le Tableau 6). Ce type d'explication doit cependant être relativisé, du fait des aberrations statistiques causées par des nombres peu élevés de suicides (entre 1 et 3 événements, annuellement, par établissement). Les taux estimés par 100 000 admissions varient alors entre 11,82 et 41,71 pour Québec et entre 57,90 et 101,01 pour Trois-Rivières. Par contre, comme il a été mentionné plus haut, deux suicides sont survenus à l'Établissement de Québec pendant la période d'expérimentation mais aucun à Trois-Rivières, ce qui indique bien le danger d'utiliser de petits nombres sur de courtes périodes. Pour ce qui est des autres comportements suicidaires (tentatives et automutilations) rapportés au Tableau 6, la très grande variabilité de leur prévalence en signale encore plus la faible fiabilité. Cela relève probablement du fait que ces deux comportements ne sont pas rapportés systématiquement, mais aussi du fait qu'il n'y a pas consensus sur la définition de ceux-ci.

Tableau 6

Prévalence des comportements suicidaires dans les deux établissements

	<u>Québec</u>			<u>Trois-Rivières</u>		
	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>
Admissions	8463	7193	6381	1980	1727	1485
Suicides	1	3	2	2	1	1
(taux)	11,82	41,71	31,34	101,01	57,90	67,34
Tentatives	0	5	6	0	1	7
(taux)	0,00	69,51	94,03	0,00	57,90	471,38
Automutilations	0	1	0	0	0	2
(taux)	0,00	13,90	0,00	0,00	0,00	134,68
TOTAL	1	9	8	2	2	10
(taux)	11,82	125,12	125,37	101,01	115,81	673,40

2. La présence et la consommation des drogues en établissement pourraient aussi être différentes d'un établissement à l'autre, ce qu'il nous est pourtant impossible de vérifier. Néanmoins, et comme il a été constaté dans une recherche semblable (Côté, Toupin, Fournier, & Ohayon, 2002), un tel facteur influe habituellement sur l'apparition de

symptômes qui peuvent être confondants, même lorsque le SCID, dans ce cas-ci, est utilisé dans toute sa rigueur pour évaluer la présence éventuelle d'un trouble mental.

3. Ce qui serait plus important cependant, c'est qu'il y aurait moins de services psychiatriques offerts en communauté à la population générale de la région de Trois-Rivières. Ces faits sont confirmés par les intervenants de la région mais aussi par les statistiques du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2000). En effet, il y a 5,1 psychiatres par 100 000 habitants dans la région de Trois-Rivières mais 18,8 dans la région de Québec. Historiquement, la région de Québec est également bien desservie par un grand hôpital psychiatrique et une clinique spécialisée. De plus, cette région est desservie par un *Programme d'encadrement clinique et d'hébergement* (PECH) qui évite la judiciarisation excessive des personnes ayant des troubles mentaux et qui sont en situation d'infractions mineures. L'action de PECH auprès des corps policiers s'inscrit dans le cadre de l'article 8 de la Loi C-75 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*), article dont l'application se fait attendre dans d'autres régions du Québec. Selon l'article 8, un policier peut amener une personne contre son gré, sans autorisation du Tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Le policier doit, préalablement à cet acheminement, contacter un service d'aide comme PECH pour qu'il évalue la situation et intervienne auprès de la personne. Ce programme novateur se rajouterait donc à la grande disponibilité de soins psychiatriques externes, faisant en sorte que moins de personnes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux soient placées en incarcération à Québec. Selon les données disponibles (Côté, 1997; PECH, 1998, 2000), une moyenne de 76 clients ont été envoyés annuellement par

les policiers au programme PECH depuis l'automne 1996. En parallèle, les renvois des policiers à l'infirmierie de l'Établissement de détention de Québec auraient diminué de 112 (moyenne annuelle pour avril 1993 à mars 1996) à 37 (moyenne pour avril 1996 à mars 2000).

7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'étude rapportée ici n'est certes pas une évaluation exhaustive de l'ensemble du programme de prévention du suicide de la DGSC du MSP. Tel n'était pas son objectif. Ses résultats permettent par contre de préciser l'ampleur des deux problématiques ciblées, alors qu'elles ne sont pas toujours bien dépistées par les intervenants des établissements de détention. Comme nous l'avons vu, le pourcentage de gens dépistés est établi entre 35% et 75%, selon que la démarche est formelle ou informelle. Ce constat principal est établi à partir d'une recherche menée uniquement dans deux établissements, lesquels sont néanmoins typiques du réseau de la DGSC du Québec en ce qui concerne la clientèle francophone. Certes, la situation peut être différente dans de très petits ou de très grands établissements. De même, les clientèles féminines, multi-ethniques ou autochtones peuvent différer de celle décrite ici. De plus, il est certain que la situation a évolué depuis l'été 2000, période où a été faite la collecte de données¹⁶. Néanmoins, le potentiel de généralisation est assez grand et il nous permet d'avancer, plus loin, certaines recommandations précises à la DGSC du Québec.

Ne serait-ce qu'au niveau du dépistage, des améliorations pourraient être donc réalisées assez facilement en systématisant le processus lors de l'admission des personnes incarcérées. Cette première étape n'entraînerait pas nécessairement une surcharge de

travail importante. Par contre, le volume de personnes dépistées (12 à 34,7% des personnes admises), lesquelles devraient ensuite être soumises à une évaluation approfondie, est plus préoccupant pour l'ensemble des intervenants du MSP qui ont été consultés. Ici, la disponibilité des personnes habilitées à faire ces évaluations devra probablement être augmentée, même si la majorité des évaluations peuvent être de très courte durée (10 minutes). Reste la difficile question, à la troisième étape, de la prise en charge des clients en difficulté. Chez les personnes suicidaires, on peut penser qu'un encadrement minimal nécessiterait plus de personnel clinique (pas nécessairement médical), mais pas dans des proportions très importantes. En effet, une certaine expertise clinique est nécessaire lors de l'intervention de crise avec les personnes suicidaires, mais les mesures subséquentes peuvent souvent être appliquées par d'autres intervenants (surveillance, accès à des services...).

Pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, une certaine déjudiciarisation et une prise en charge communautaire soulageraient cependant les établissements carcéraux, comme le révèle l'expérience de PECH. N'en resterait pas moins la nécessité d'améliorer les services psychiatriques en établissement de détention, lesquels ne peuvent être réduits à la prescription de médicaments, surtout dans les conditions que nous avons relevées. Une telle amélioration des services médicaux serait également nécessaire pour atténuer la problématique suicidaire, compte tenu du recoupement partiel des problématiques. Par delà tout cela, il reste donc que, dans une région donnée, on a pu constater l'effet bénéfique que semble avoir un programme communautaire de déjudiciarisation. Dans cette démarche, c'est toute la communauté qui s'assure que ses citoyens les plus souffrants ne sont pas incarcérés inutilement, ce qui semble avoir une

incidence directe sur la prévalence des personnes incarcérées suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. Non seulement ces personnes sont-elles alors mieux soignées mais, de plus, elles ne viennent pas perturber inutilement, par leur promiscuité, le difficile quotidien des personnes incarcérées ou employées dans les institutions.

Plus spécifiquement, cinq types de **recommandations** peuvent donc être soumises:

Déjudiciarisation

1. Que les différents ministères continuent leur collaboration afin que soient mises en place, dans les différentes régions, des mesures de déjudiciarisation mais aussi de prise en charge communautaire des malades mentaux. L'application de l'article 8 de la loi C-75 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*) pourrait être l'une de ces mesures.

Dépistage

2. Que les autorités de la DGSC simplifient le processus de dépistage des personnes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux, en adoptant l'utilisation par les agents des services correctionnels de l'*Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)*¹⁷.

3. Que les autorités de la DGSC étudient la possibilité de modifier le processus d'accueil, de même que les lieux où il se déroule, afin de faciliter les échanges avec la clientèle et le dépistage adéquat des problématiques cibles.

4. Que les autorités de la DGSC s'assurent que ce dépistage soit systématique.

Évaluation approfondie du potentiel suicidaire (urgence et risque)

5. Que les autorités de la DGSC s'assurent de la disponibilité suffisante, à l'interne, de cliniciens (ou de personnes plus spécialement formées) afin d'évaluer plus en profondeur les individus qui auront été dépistés lors de l'accueil ou de l'admission¹⁸.

Suivi et traitement

6. Que les autorités de la DGSC déterminent quelles sont les qualifications professionnelles nécessaires, chez leurs employés, pour prendre en charge les individus identifiés suite à une évaluation en profondeur du potentiel suicidaire. Tel que mentionné précédemment, plusieurs types de travail clinique peuvent être distingués: intervention de crise, counselling, thérapie, psychothérapie... Au minimum, une formation universitaire dans l'un de ces domaines devrait être le critère à retenir pour la qualification. À cette formation s'ajouterait une formation plus spécifique en prévention du suicide (formations à l'interne ou à l'externe, formations continues...).

7. Pour les services non assurés à l'interne, que l'entente de service MSSS-MSP prévoit l'accessibilité rapide à des cliniciens plus spécialisés (psychologues, psychiatres).

Aspects globaux

8. Que les autorités de la DGSC s'assurent que, dans le respect de la confidentialité, les activités de dépistage et de prévention soient notées aux dossiers des personnes incarcérées (dont les dossiers informatisés). Cette procédure doit cependant être simplifiée au maximum afin de ne pas nuire au travail clinique, lequel doit rester prioritaire. De telles annotations doivent d'abord alimenter le travail clinique. Cependant, elles peuvent aussi servir, lors d'éventuelles recherches ou enquêtes, à expliquer de quelle façon le personnel de la DGSC s'est acquitté de ses responsabilités.

9. Que les autorités de la DGSC maintiennent à jour la formation du personnel quant à la prévention du suicide, mais aussi quant aux caractéristiques propres aux personnes atteintes de troubles mentaux.

10. Que les autorités de la DGSC prévoient des mesures de rétroaction informelles entre le personnel réalisant le dépistage et celui complétant l'évaluation approfondie du potentiel suicidaire. L'objectif est ici de confirmer ou d'infirmer la qualité des dépistages réalisés dans le but d'harmoniser les perceptions des différents types d'intervenants¹⁹.

11. Que les autorités de la DGSC s'assurent que les mesures proposées ici s'intègrent de façon cohérente dans sa programmation plus large de prévention du suicide.²⁰

12. Que l'implantation de toute nouvelle procédure de prévention soit soumise à un processus d'évaluation.

9. DIFFUSION ET IMPACT

De façon générale, les résultats de cette démarche d'évaluation ont alimenté la réflexion sur le *Programme de prévention du suicide* de la DGSC (voir notamment les recommandations avancées plus haut). Plus spécifiquement, les données quant à la prise en charge ont été utilisées par les gestionnaires de la DGSC lors de la renégociation de l'entente MSSS-MSP sur les soins de santé à apporter aux personnes incarcérées. L'évaluation a également permis de constater la difficulté, pour les agents des services correctionnels, de compléter systématiquement le formulaire de dépistage qui est actuellement prescrit. D'où finalement la proposition d'utiliser un formulaire plus simple pour le dépistage. Or, il est bien démontré qu'il s'agit là de la première étape d'un processus qui peut avoir un effet sur les comportements suicidaires des personnes incarcérées.

Nos résultats viennent aussi appuyer la mise en place, au Québec, des mesures de déjudiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, nos résultats confirment, en partie, l'efficacité des programmes qui, comme PECH à Québec, relèvent de l'application de l'article 8 de la loi C-75 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*).

Par ailleurs, une stratégie de transfert des connaissances et de diffusion scientifique a été appliquée pour ce projet. Les réalisations déjà complétées incluent principalement des présentations lors de conférences et la publication d'articles :

Daigle, M. S. (2002). Dépistage systématique et prise en charge des personnes incarcérées suicidaires. Présentation du rapport. Conférence au Ministère de la sécurité publique du Québec, Québec.

Daigle, M. S., Labelle, R., & Côté, G. (soumis). Further evidence on the validity of the *Suicide Risk Assessment Scale* for prisoners. Criminal Justice and Behavior.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2002). Mentally ill or suicidal inmates: managing them inside the prison but also outside. XXVIIth International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2002). Les hommes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. Faut-il les garder incarcérés? 10^{ème} Colloque de l'Association québécoise de suicidologie. Hull.

Caron, S., Daigle, M. S., & Côté, G. (2002). Le diagnostic différentiel des détenus québécois ayant fait une tentative de suicide ou une automutilation. 10^{ème} Colloque de l'Association québécoise de suicidologie. Hull.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2002). La prise en charge des personnes incarcérées suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. 6^{ème} Conférence mondiale Prévention et contrôle des traumatismes. Montréal.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Prise en charge et traitement des délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. 13^e Rencontres nationales. Les dangers. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et médecine. Paris.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Temps d'incarcération et temps de liberté. Les délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. Congrès Temps psychiques, temps judiciaires. Rennes, France.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Les délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. Vers une approche communautaire. XXVI^e Congrès international de droit et de santé mentale. Montréal.

Daigle, M. S. (2001). Comprendre le phénomène du suicide en milieu carcéral. Pistes de compréhension. Conférences du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM, Montréal.

Daigle, M. S. (2001). Les comportements suicidaires des personnes incarcérées : évaluation de la problématique. Conférence à l'Université catholique de Louvain, Unité de criminologie, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Daigle, M. S. (2001). Les comportements suicidaires des personnes incarcérées : évaluation de la problématique. Conférence à l'Université de Mons, Belgique.

Daigle, M. S. (2001). Les comportements suicidaires des personnes incarcérées: évaluation de la problématique. Conférence à l'Hôpital Les Marronniers, Tournai, Belgique.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire? Criminologie, 34(2), 103-122.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Difficultés de prise en charge des délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. 62^{ème} Congrès de la Société Canadienne de psychologie, Université Laval, Québec.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Difficultés de prise en charge des délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 42 (2a), p. 99.

Daigle, M. S. (2001). Faut-il que des gens vivent et meurent en prison? Vis-à-Vie, 10(4), 24-26.

Daigle, M. S. (2000). Suicide et délinquance, deux problématiques associées. Vis-à-Vie, 10(1), 7.

Daigle, M. S. (2000). Suivi du projet Dépistage systématique et prise en charge des personnes incarcérées suicidaires. Conférence au Ministère de la sécurité publique du Québec, Québec.

Plante, L. (16 février 2001). Une étude surprenante sur le suicide en milieu carcéral. Plusieurs prisonniers présentent des troubles mentaux graves et des idées suicidaires à la prison de Trois-Rivières. Article publié à la suite d'une entrevue au quotidien Le Nouvelliste.

Lemelin, R. (12 février 2001). S'interroger sur le dépistage du risque suicidaire en milieu carcéral. Article publié à la suite d'une entrevue donnée au journal En Tête.

Deux des étudiants universitaires qui ont participé au projet déposeront par ailleurs, en 2002, leurs mémoires sur des sujets connexes: Sébastien Caron (Le diagnostic différentiel des détenus québécois ayant fait une tentative de suicide ou une automutilation) et Sébastien Mailhot (La violence et le suicide chez les hommes et les femmes incarcérés). Ce projet a également servi d'assise pour obtenir une subvention du CRISE afin de recueillir des données comparables pour les femmes incarcérées. Il a également été diffusé, en partie, à nos collaborateurs des Ministères de la Justice et de la Santé de la France dans le cadre des échanges France-Québec auquel le CRISE est associé. Au niveau scientifique, l'ensemble des données recueillies alimentent finalement la programmation de recherche des deux chercheurs principaux, Marc Daigle et Gilles Côté, que ce soit au *Laboratoire de recherche en santé mentale* de l'UQTR, au CRISE ou à *l'Institut Philippe Pinel*.

RÉFÉRENCES

- Arboleda-Florez, J., & Holley, H. L. (1988). Development of a suicide screening instrument for use in a remand centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry, 33*(7), 595-598.
- Arboleda-Florez, J., & Holley, H. L. (1989). Predicting suicide behaviors in incarcerated settings. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*(7), 668-674.
- Backett, S.A. (1987). Suicide in Scottish prisons. *British Journal of Psychiatry, 151*, 218-221.
- Bastille, S., Gougeon, G., & Boudreault, F. (2000). *Rapport sur les enquêtes en matière de suicide du 1er novembre 1997 au 31 décembre 1999*. Québec: Ministère de la sécurité publique du Québec.
- Blaauw, E., Kerkhof, A. J. F. M., & Winkel, F. W. (sous presse). Screening for suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *British Journal of Forensic Practice*.
- Blanchette, K., & Motiuk, L. L. (1996). *Les problèmes graves de santé mentale chez les délinquantes: enquête comparative*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Thompson, A. H., & Dyck, R. J. (1998). Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry, 21*(3), 273-79.
- Bonner, R. L. (2000). Moving suicide risk assessment into the next millennium: Lessons from our past. In D. Lester (Ed.), *Suicide prevention. Resources for the millennium* (pp. 83-102). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. In C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, et al. (Éds.), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-67). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1995). Gender and the primary prevention of suicide mortality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(1), 58-69.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(1), 1-23.
- Carlson, D. K., Wedeking, D. F., Johnson, T. L., Ray, R. R., & Levins, K. N. (1999). Using the Prison Suicide Risk Assessment Checklist. *9th Annual Mental Health in Corrections Symposium*. Kansas City: Mental Health in Corrections Consortium.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 16-48). New York: Oxford University Press.

- Clark, D.C., Young, M.A., Scheftner, W. A., Fawcett, J., & Fogg, L. (1987). A field test of Motto's risk estimator for suicide. *American Journal of Psychiatry*, 144, 923-926.
- Cooke, D. J. (1994). *Psychological disturbance in the Scottish prison system: Prevalence precipitants and policy*. Edinburgh: Scottish Home and Health Department.
- Correia, K. M. (2000). Suicide assessment in a prison environment. A proposed protocol. *Criminal Justice and Behavior*, 27(5), 581-599.
- Côté, B. (1997). *L'approche communautaire et la police. L'orientation communautaire en justice pénale: un virage sans dérapage?* XXVIIIe Congrès biennal de la Société de criminologie du Québec. Québec.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- Côté, G., Toupin, J., Fournier, L., & Ohayon, M. (2002). Severe mental disorders among pre-trial prisoners: the problem of intoxication. *2nd AFMHS Congress*. Munich, Allemagne.
- Cox, J. F., & Morschauser, P. C. (1997). A solution to the problem of jail suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18(4), 178-184.
- Crighton, D., & Towl, G. (1997). Self-inflicted deaths in prisons in England and Wales: an analysis of the data for 1988-90 and 1994-95. In G. Towl (Ed), *Suicide and self-injury in prisons* (pp. 12-20). Leicester, England: The division of criminological and legal psychology of the British Psychological Society.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1998). *Suicide Probability Scale Manual (SPS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Daigle, M. S. (1996). *Comparaison de deux stratégies de dépistage des détenus suicidaires*. VIII^e Colloque provincial de l'Association québécoise de suicidologie, Chicoutimi.
- Daigle, M. S. (1998). Les comportements suicidaires des hommes incarcérés: une réalité à multiples facettes. *Vis-à-Vie*, 8(2), 15-19.
- Daigle, M. S. (1999). La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral: évaluation de la situation et approche préventive. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2, 303-11.
- Daigle, M. S., & Girouard, D. (1995). *Rapport synthèse sur les suicides survenus dans les pénitenciers québécois (avril 1993 - mars 1995)*. Montréal: Service correctionnel du Canada.
- Daigle, M. S., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(3), 41-45.
- Daigle, M. S., Lemay, L., & Talbot, J. (1997). *Recommandations pour la prévention du suicide en milieu carcéral. Mémoire présenté au Coroner Anne-Marie David*. Montréal: Suicide-Action Montréal.
- David, A.-M. (1997). *Rapport d'enquête de la Coroner sur la mort de 12 détenus du SCQ*.

Québec: Bureau du Coroner en chef.

- Davis, M.S., & Muscat, J.E. (1993). An epidemiologic study of alcohol and suicide risk in Ohio jails and lockups, 1975-1984. *Journal of Criminal Justice*, 21, 277-283.
- De Hert, M., & Peuskens, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Schizophrenia. In K. Hawton et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 121-34). Chichester (England): Wiley.
- Durkeim, E. (1897/1951). *Suicide: A study in sociology*. NY: Free Press.
- Eisenberg, M. G., Hubbard, K. M., & Epstein, D. (1990). Detection of suicidal risk among hospitalized veterans: Preliminary experience with a suicide prediction scale. *Journal of Rehabilitation*, 56, 63-68.
- Eyland, S., Corben, S., & Barton, J. (1997). Suicide prevention in new South Wales correctional centres. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18(4), 163-169.
- Eyman, J. R., & Eyman, S. K. (1992). Psychological testing for potentially suicidal individuals. In B. Bongar (Ed), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 127-143). New York: University Press.
- Farmer, K. A., Felthous, A. R., & Holzer, C. E. (1996). Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of Forensic Sciences*, 41(2), 240-246.
- Felthous, A. R. (1994). Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 22(4), 477-487.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV. Version non patient*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., & Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multisite test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- Forsman, A., & Holmberg, G. (1998). *Interaction between criminality and psychiatric disorder sharply increases risk of early death*. XXIIIrd International Congress on Law and Mental Health. Paris.
- Fremouw, W. J., de Perczel, M., & Ellis, T. E. (1990). Assessment by self-report. In W. J. Fremouw, M. de Perczel, & T. E. Ellis (Eds.), *Suicide risk: Assessment and response guidelines* (pp. 50-57). New York: Pergamon Press.
- Freud, S. (1917-1957). *Mourning and melancholia* (vol. 14). London: Hogarth Press.
- Grunberg, F., Lesage, A. D., Boyer, R., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec. Psychopathologie et utilisation des services médicaux. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 25-40.

- Haycock, J. (1993). Double jeopardy: suicide rates in forensic hospitals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 130-138.
- Haycock, J., (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 85-98.
- Hayes, L. M. & Blaauw, E. (1997). Editorial. Prison suicide: A special issue. *Crisis*, 18(4), 146-147.
- Hayes, L. M. (1989). National study of jail suicides: Seven years later. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 7-29.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois. *Santé mentale au Canada*, 38(1), 1-5.
- Hyde, P. S., & Seiter, R. P. (1987). *The prevalence of mental illness among inmates in the Ohio prison system*. The Department of Mental Health and Ohio Department of Rehabilitation and Correction Interdepartmental Planning Oversight Committee for Psychiatric Services to Corrections.
- Kelley, D. J. (1996). A validation study of the suicide prevention screening guidelines (risk screening, hopelessness) (Doctoral dissertation, University of Louisville, 1996). *Dissertations Abstract International*, 57 (05), 3450B.
- Labelle, R., Daigle, M. S., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du Suicide Probability Scale auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et psychométrie*, 19(1), 5-26.
- Laberge, D. (1991). *Le traitement judiciaire des personnes connaissant des problèmes de santé mentale*. Montréal: UQAM (Groupe de recherche et d'analyse sur les politiques et les pratiques pénales) et Université de Montréal (CICC).
- Laberge, D., & Landreville, P. (1995). *Maladie mentale et délinquance: deux figures de la déviance devant la justice pénale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Laishes, J. (1994). *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1992 - mars 1994)*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Laishes, J. (1995). *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1994 - mars 1995)*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18(4), 157-162.
- Landsberg, G., Cox, J. F., McCarthy, D. W., & Paravati, M. P. (1989). The New York State model of suicide prevention and crisis intervention with local jails and police lockups. In R. Rosner, & R. B. Harmon (Eds.), *Correctional psychiatry* (pp. 89-108). New York: Plenum Press.
- Leavens, D. (1988). Suicide Prevention Training for Correctional Staff. *21st Annual Conference of the American Association of Suicidology*. Washington, D. C.
- Lebo, R. B. (1994). *Assessment of suicide risk: Unintegrated and integrated approach*. Unpublished doctoral dissertation, Northeastern University.

- Leenaars, A. A., De Leo, D., Diekstra, R. F. W., Goldney, R. D., Kelleher, M. J., Lester, D., & Nordstrom, P. (1997). Consultations for research in suicidology, *Archives of Suicide Research*, 3, 139-151.
- Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R., & St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. In Santé Québec, C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard, and M. Levasseur (Eds.). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1* (pp. 217-255). Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Lidberg, L., Wiklund, N., & Jakobsson, S. W. (1989). Mortality among criminals with suspected mental disturbance. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 17(1), 59-65.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. London: Routledge.
- Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35, 173-187.
- Liebling, A. (1998). *Deaths of offenders: The hidden side of justice*. London, UK: Waterside Press.
- Litman, R. (1990). Suicide: What do they have in mind? In D. Jacobs & H. Brown (Eds.) *Suicide: Understanding and responding* (pp.143-156). Madison, CT: International Universities Press.
- Livingston, M. (1997). A review of the literature on self-injurious behaviour amongst prisoners, dans G. Towl (Éd.), *Suicide and self-injury in prisons* (pp. 21-35). Leicester (England): The division of Criminological and legal psychology of the British Psychological Society.
- MacKinnon, D., & Farberow, N. (1975) An assessment of the utility of suicide prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 86-91.
- Malone K.M., Szanto K., Corbitt E.M., & Mann J.J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1601-1607.
- Maris, R., Berman, A., Maltzberger, T., & Yufit, R. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press.
- McDonald, D. (1998). "Man passeth away like a shadow": Deaths associated with the Australian Criminal Justice system, six years after the Royal Commission into Aboriginal deaths in custody. In Alison Liebling (Éd.), *Deaths of Offenders: The Hidden Side of Justice* (pp. 44-63). London, UK: Waterside Press.
- Metz, C. E. (1978). Basic principles of ROC analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, 8(4), 283-298.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie: stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2000). *Indicateurs de suivi de la*

transformation des services de santé mentale. Rapport sommaire. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population.

- Ministère de la sécurité publique (1993). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 1993.* Québec: Ministère de la sécurité publique, Direction générale des services correctionnels.
- Morissette, P. (1984). *Le suicide. Démystification, intervention et prévention.* Québec: Le Centre de prévention du suicide de Québec.
- Motiuk, L. L., & Porporino, F. J. (1992). *The prevalence, nature and severity of mental health problems among federal inmates in canadian penitentiaries (Report No. R-24).* Ottawa, Ontario: Correctional Service Canada.
- Motto, J.A., Heilbron, D.C., & Juster, R.P. (1985). Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *American Journal of Psychiatry, 141,* 680-686.
- Murphy, G. E. (1972). Clinical identification of suicidal risk. *Archives of General Psychiatry, 27,* 356-359.
- Murphy, G. E. (1983). On suicide prediction and prevention. *Archives of General Psychiatry, 40,* 343-344.
- Murphy, G. E. (1984). The prediction of suicide: Why is it so difficult? *American Journal of Psychotherapy, 38(3),* 341-349.
- O'Mahony, P. (1994). Prison suicide rates: What do they mean? In Alison Liebling et Tony Ward (Éds.), *Deaths in Custody: International Perspectives* (pp. 45-57). London: Whiting & Birch.
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry, 40,* 249-257
- Pokorny, A.D. (1992). Prediction of suicide in psychiatric patients: Reports of a prospective study. In R. Maris, A. Berman, T. Maltzberger and R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 105-129). New York: Guilford Press.
- Power, G. K., & Moodie, E. (1997). Characteristics and management of prisoners at risk of suicide behaviour. *Archives of Suicide Research, 3,* 109-123.
- Pritchard, C., Cox, M., & Dawson, A. (1997). Suicide and "violent "death in a six-year cohort of male probationers compared with pattern of mortality in the general population: evidence of accumulative socio-psychiatric vulnerability. *Journal of the Royal Society of Health, 117(3),* 20.
- Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) (1998). *Rapport annuel 1997/1998.* Québec: Programme d'encadrement clinique et d'hébergement.
- Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) (2000). *Rapport annuel 1999/2000.* Québec: Programme d'encadrement clinique et d'hébergement.
- Range, L. M., & Knott, E. C. (1997). Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death Studies, 21,* 25-58.

- Rasmussen, K. (1999). Mental health in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1), 91-97.
- Rotheram-Borus, M. J. (1989). Evaluation of suicide risk among youths in community settings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1), 108-119.
- Rudd, D., & Joiner, T. (1998). The assessment, management, and treatment of suicidality: toward clinically informed and balanced standards of care. *American Psychological Association*, 5(2), 135-150.
- Sherman, L. G., & Morschauer, P. C. (1989). Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly*, 60(2), 119-138.
- Shneidman, E. S. (1974). Some comments on the nature of suicidal phenomena. In *Proceedings of the 7th International Conference for Suicide Prevention* (pp. 26-35).
- Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(4), 215-243.
- Soucy, N. (1996). Le profil de la clientèle des Services correctionnels du Québec. *Faits et chiffres*, 1-7.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, F., & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Teplin, L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : Comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669.
- Tousignant, M., & Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- US Commission (1984). *Suicide in Massachusetts lockups 1973-1984*. Boston, MA: Special Commission.
- Watkins, R. E. (1992). *Étude rétrospective sur le suicide chez les détenus du Service correctionnel du Canada*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- White, T. W., & Schimmel, D. J. (1995). Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In L. M. Hayes (Ed.), *Prison suicide: An overview and guide to prevention* (pp. 46-57). U.S. Department of Justice: National Institute of Correction.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *Predicting suicide attempts among male offenders in federal penitentiaries*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- World Health Organization (2000). *Preventing suicide. A resource for prison officers*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization.
- Yufit, R. I. (1991). American Association of Suicidology Presidential address: Suicide assessment in the 1990's. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(2), 152-163.

Notes

¹ Les *établissements de détention* sont des institutions provinciales qui, sous la responsabilité de la *Direction générale des services correctionnels du Québec (DGSC)*, accueillent les personnes prévenues et celles qui ont reçu une sentence de moins de deux ans d'incarcération. Les *pénitenciers* sont des institutions fédérales gérées par le *Service correctionnel du Canada (SCC)* et ils accueillent les personnes qui ont reçu une sentence d'incarcération de deux ans et plus. Néanmoins, les expressions *prisons* ou *établissements pénitentiaires* sont souvent employées de façon générique dans la littérature et elles correspondent alors à tous les établissements qui détiennent des individus prévenus ou condamnés. La problématique propre aux pénitenciers canadiens n'est pas visée directement dans le projet présenté ici (sauf pour ce qui est de la validation d'un instrument de dépistage présentée en appendice). Néanmoins, il faut bien voir que les «prévenus» accueillis par la DGSC sont immédiatement transférés au SCC s'ils reçoivent une sentence de deux ans et plus d'incarcération, d'où l'intérêt de ce projet pour le SCC.

² Officier public chargé de faire enquête dans les cas de mort violente ou dont la cause est inconnue.

³ Dans ces deux endroits, 132 hommes sont admis en moyenne par semaine (114 à Québec et 18 à Trois-Rivières). Ces deux établissements sont typiques du réseau de la DGSC du Québec en ce qui concerne la clientèle francophone (les établissements de la région de Montréal accueillant souvent une clientèle multi-ethnique pour lesquels nos tests ne seraient pas nécessairement validés). Ces deux établissements sont par contre très différents en terme de capacité d'accueil. Par ailleurs, les établissements de Québec et de Trois-Rivières étaient deux des six qui avaient été ciblés lors de l'enquête de la coroner Anne-Marie David en 1997.

⁴ Nous privilégions ici l'utilisation du terme «renvoyer» plutôt que «référer», lequel est quand même plus couramment utilisé malgré le fait qu'il s'agisse d'un anglicisme.

⁵ Nous ne précisons pas ici la formation qu'une personne devrait avoir reçue pour être considérée comme clinicienne. En fin d'ouvrage cependant, des recommandations plus spécifiques abordent ce point. Différentes tâches sont à considérer ici : évaluation plus approfondie du potentiel suicidaire (urgence/risque), intervention de crise, counselling, thérapie, psychothérapie... Les qualificatifs de «clinicien», d'«intervenant» ou de «thérapeute» (sans compter les diverses dénominations de postes) recourent donc diverses réalités et il faut reconnaître que chaque milieu d'intervention est spécifique.

⁶ En milieu carcéral, il faut cependant voir que cette façon de faire peut être biaisée, compte tenu que les personnes suicidaires ne disposent pas de tout l'arsenal des moyens létaux (Livingston, 1997).

⁷ Les dossiers «sociaux» contiennent, en fait, des informations très diversifiées, portant sur des interventions psychologiques, sociales ou sécuritaires.

⁸ La *Commission d'accès à l'information* spécifie qu'il importe à la DGSC de vérifier que les personnes incarcérées signent effectivement un formulaire de consentement pour participer à la recherche. Quant à la liste des hommes nouvellement admis, à partir de laquelle un choix aléatoire était opéré, elle n'était pas dévoilée directement aux chercheurs ni aux assistants. Les hommes incarcérés étaient contactés directement par des employés, ce qui levait la nécessité d'obtenir une autorisation de recherche de la dite Commission.

⁹ Notons que, à l'établissement de détention de Québec, trois suicides et deux tentatives de suicide se sont produits pendant l'expérimentation. Les cinq personnes qui ont eu ces comportements suicidaires n'avaient pas été sélectionnées au hasard pour participer à la recherche et n'avaient donc pas été rencontrées préalablement par les assistants de recherche.

¹⁰ En fait, 14,1% des individus de notre échantillon ont souffert d'un trouble mental grave *au cours du dernier mois*. Cependant, ce sont 27,4% des personnes incarcérées qui ont souffert d'un trouble mental grave *au cours de leur vie*. Ce taux de prévalence à vie est assez semblable au taux observé en 1988 dans

l'ensemble des pénitenciers du Québec (29,6%; Hodgins & Côté, 1990). Pour fin de comparaison, l'étude de Hodgins et Côté relève un taux de 24,6% chez les détenus américains et de 11,3% dans la population générale masculine.

¹¹ Une analyse qualitative n'aurait cependant pu être réalisée que dans les mêmes dossiers que nous avons identifiés, ce qui n'aurait évidemment pas augmenté le pourcentage de dossiers pertinents. De plus, les dossiers annotés contenaient rarement suffisamment d'information pour qu'une analyse qualitative soit réalisée, encore moins par les techniques classiques d'analyse de contenus.

¹² Voir l'étude de Malone, Szanto, Corbitt et Mann (1995) réalisée dans un hôpital américain. Avec une méthodologie semblable à celle utilisée ici, ils ont notamment trouvé que, à l'admission, les cliniciens n'ont pas documenté les antécédents suicidaires de 24% des patients qui avaient pourtant été identifiés par les chercheurs comme étant déprimés et comme ayant déjà fait une tentative de suicide.

¹³ Intervenants des autres quarts de travail mais aussi ceux qui ont d'autres intérêts ou responsabilités.

¹⁴ Le formulaire *Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral* (Appendice 1) est presque identique au *Suicide Prevention Screening Guidelines* (SPSG) développé dans l'État de New York par Sherman et Morschauser (1989). Pour une critique de cet instrument américain, voir le document produit en Appendice 2.

¹⁵ Au SCC, il s'agit du formulaire CSC-SCC 1040 (94.12) *Risque de suicide : Évaluation et renvoi* (*Suicide risk : Assessment and referral*) qui a été modifié quelque peu depuis.

¹⁶ Les établissements concernés rapportent effectivement des initiatives intéressantes qui ont été entreprises depuis l'été 2000. De plus, le nombre de suicides (pour tous les établissements provinciaux) a diminué de 20 (en 2000) à 8 (en 2001). Ce dernier élément doit cependant être interprété avec grande prudence, compte tenu de la grande variance de ces chiffres entre 1995 et 2001 : 17, 14, 9, 12, 17, 20 et 8.

¹⁷ Cette procédure devrait être complétée idéalement dès l'accueil en établissement des personnes incarcérées. Compte tenu que les locaux où se déroule l'accueil ne sont pas toujours propices pour ce faire, il pourrait être acceptable que l'ÉÉRS soit complétée à l'intérieur de la procédure globale d'admission et ceci en parallèle avec une éventuelle inscription dans le système informatisé DACOR (où d'ailleurs deux éléments de l'ÉÉRS sont déjà présents). Tant que le nouvel arrivant demeure en circulation ou bien dans des locaux communs et surveillés, on peut estimer que le risque de passage à l'acte suicidaire est minime et que la passation de l'ÉÉRS peut être retardée. Cependant, dès que la période d'isolement en cellule approche, la nécessité de passation de l'ÉÉRS augmente.

¹⁸ Comme il ressort de l'étude rapportée en Appendice 2, de 12% à 34,7% des personnes nouvellement incarcérées peuvent être dépistées avec l'ÉÉRS utilisé dans sa forme intégrale. Cela ne signifie pas que toutes doivent être «traitées» mais qu'une évaluation plus approfondie du potentiel suicidaire doit être effectuée pour elles. Cette évaluation approfondie pourrait être faite avec le formulaire déjà existant (*Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral* (GERS) de Drew Leavens) ou avec les instruments utilisés couramment dans les centres de prévention du suicide: *Échelle du risque suicidaire* (très semblable à l'outil de Drew Leavens) et *Échelle d'urgence suicidaire*. Quoi qu'il en soit, cette évaluation doit se faire dans le cadre d'un entretien en face à face réalisé par une personne spécialement formée. De plus, si cette dernière personne a une formation professionnelle suffisante, elle peut alors entreprendre elle-même une intervention (voir recommandation 6) ou bien faire appel aux services spécialisés qui seront éventuellement disponibles dans le cadre de l'entente MSSS-MSP (voir recommandation 7).

¹⁹ Par exemple, de façon non systématique et non évaluative, la personne qui a effectué l'évaluation en profondeur confirme ou non, à l'agent qui a dépisté un individu vulnérable, la pertinence de son dépistage.

²⁰ Rappelons que le présent projet s'est intéressé essentiellement au dépistage des individus suicidaires et au début de la prise en charge qui doit s'ensuivre. Nous ne nous prononçons donc pas ici sur l'ensemble du programme de prévention du suicide de la DGSC.

APPENDICE 1

Critères de filtrage pour le dépistage et
la prévention du suicide en milieu carcéral
(formulaire utilisé actuellement)

**CRITIÈRES DE FILTRAGE POUR LE DÉPISTAGE
ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL**

Nom de la personne incarcérée	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance A M J			Accusations les plus graves	Date A M J			Heure H M	
	Nom de l'établissement de détention						Nom de l'intervenante ou de l'intervenant				
La personne incarcérée a déjà présentée de sérieux problèmes psychiatriques lors de précédentes incarcérations. <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>											

*À remplir par l'intervenante ou l'intervenant.
Pour chaque question, cocher oui ou non selon le cas.*

OBSERVATIONS DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU TRANSFERT **OUI** **NON** **COMMENTAIRES / OBSERVATIONS**

1. La personne incarcérée présente un risque de suicide. Dans l'affirmative, aviser immédiatement la ou le chef d'unité. _____

DONNÉES PERSONNELLES

2. La personne incarcérée n'a pas de proches (famille, ami, amie) dans la communauté. _____

3. La personne incarcérée a connu une perte significative durant les derniers six mois (décès d'un être cher, perte d'un proche, perte d'un emploi ou de toutes autres relations importantes). _____

4. La personne incarcérée est préoccupée par des problèmes de nature autre que légale (problèmes financiers, problèmes familiaux, problèmes de santé, peur de perdre son emploi). _____

5. La personne incarcérée a un proche (conjoint, conjointe, parent, ami, amie) qui s'est suicidé/e ou qui a fait une tentative. _____

6. La personne incarcérée a des antécédents psychiatriques. (Prendre en note le nom de tous les médicaments psychotropes et le nom du dernier établissement où la personne incarcérée s'est fait soignée). _____

7. La personne incarcérée a des antécédents de consommation ou d'abus de drogues ou d'alcool. _____

8. La personne incarcérée jouit d'une certaine reconnaissance sociale (professionnelle, officielle en vue), ou a commis un crime particulièrement choquant. Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

9. La personne incarcérée pense à se tuer. Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

10. La personne incarcérée a fait des tentatives de suicide dans le passé (vérifier les poignets). Noter la méthode. Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

11. La personne incarcérée croit que l'avenir ne lui réserve plus rien de bon. (Elle se sent désespérée et impuissante). Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

COMPORTEMENT ET APPARENCE

12. La personne incarcérée montre des signes de dépression (pleure, n'affiche aucune émotion). _____

13. La personne incarcérée est visiblement perturbée (anxiété, peur, colère). _____

14. La personne incarcérée est visiblement mal à l'aise ou accablée de honte. _____

15. La personne incarcérée parle ou agit de façon étrange (ne peut se concentrer, voit des choses qui ne sont pas là ou entend des voix). _____

16-A La personne incarcérée est visiblement sous l'influence de drogues ou d'alcool. Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

16-B La personne incarcérée est incohérente, ou montre des retraits ou des troubles mentaux. Dans l'affirmative, aviser la ou le chef d'unité. _____

ANTÉCÉDENTS CRIMINELS

17. Casier judiciaire vierge _____

TOTAL DES RÉPONSES **TOTAL** _____

Si le nombre des réponses affirmatives est supérieur à huit (8), aviser la ou le chef d'unité.

GESTES POSÉS

La ou le chef d'unité avisé. _____

Surveillance indiquée de routine active constante

Personne incarcérée référée au personnel médical _____

CAS URGENT

APPENDICE 2

Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)

(formulaire proposé)

Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)

1	Le délinquant peut être suicidaire (observations de la personne responsable du transfert).
2	Le délinquant a déjà tenté de se suicider.
3	Le délinquant a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique.
4	Le délinquant a perdu récemment un parent ou son conjoint.
5	Le délinquant connaît actuellement des problèmes graves.
6	Le délinquant est actuellement sous l'influence de l'alcool ou des drogues.
7	Le délinquant manifeste des signes de dépression.
8	Le délinquant a exprimé des idées de suicide.
9	Le délinquant a établi un plan pour se suicider.

Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)

1	The offender may be suicidal (opinion of the referring agency).
2	The offender has made a previous suicide attempt.
3	The offender has undergone recent psychological/psychiatric intervention.
4	The offender has experienced recent loss of a relative/spouse.
5	The offender is presently experiencing major problems.
6	The offender is currently under influence of alcohol/drugs.
7	The offender shows signs of depression.
8	The offender has expressed suicidal ideation.
9	The offender has a suicide plan.

APPENDICE 3

Validation de
l'Échelle d'évaluation du risque suicidaire
(ÉÉRS)

Validation de
l'Échelle d'évaluation du risque suicidaire
(ÉÉRS)

Marc S. Daigle^{abc}

Réal Labelle^{ab}

Gilles Côté^{ac}

-
- a. Université du Québec à Trois-Rivières
b. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)
c. Institut Philippe Pinel de Montréal

Résumé

Les instruments de dépistage concis, comme l'*Échelle d'évaluation du risque suicidaire* (ÉÉRS; 9 items), sont utiles en milieu carcéral où beaucoup de personnes sont soumises au processus d'admission alors qu'il y a peu de personnel clinique disponible. Néanmoins, il fallait s'assurer de la validité de l'ÉÉRS. Pour ce faire, 44 hommes incarcérés suicidaires, déjà dépistés avec l'ÉÉRS par des agents correctionnels d'un pénitencier canadien, ont été évalués par des psychologues institutionnels selon cinq critères : urgence suicidaire (c.-à-d. risque à court terme), risque suicidaire à moyen ou long terme, pertinence du renvoi, besoin d'une surveillance à court terme et besoin d'une surveillance à long terme. Dans l'ensemble, l'ÉÉRS a été jugée aussi efficace qu'un test plus élaboré de 36 items, la *Suicide Probability Scale* (SPS). Les deux instruments avaient cependant des caractéristiques et des qualités différentes. Dans une deuxième étape du processus de validation, 242 hommes des établissements de détention québécois (prisons), individus suicidaires ou non suicidaires, ont été évalués avec l'ÉÉRS dans leur première semaine d'incarcération. Leurs résultats étaient corrélés avec l'évaluation de l'urgence suicidaire (.50) et du risque suicidaire (.71). Une analyse statistique plus complexe, l'analyse de régression multiple, démontrait même que l'ÉÉRS était supérieure au SPS. Le même type d'analyse confirmait que l'ÉÉRS est plus une mesure du risque suicidaire à long terme qu'à court terme.

Validation de l'Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)

La prédiction du comportement suicidaire est encore aujourd'hui une démarche scientifique qui est loin d'être parfaite. Les études empiriques sur la question ont démontré que les modèles de prédiction du suicide ont constamment failli à la tâche. En fait, ils dépistent beaucoup trop de faux positifs et de faux négatifs, c.-à-d. trop de gens qui paraissent suicidaires alors qu'ils ne le sont pas (et inversement). Pour la plupart, ces études en arrivent à une conclusion irréfutable : nous ne pouvons tout simplement pas prédire de façon fiable le comportement suicidaire d'une personne en particulier. Ceci ne veut pas dire que nous ne pourrions pas cependant identifier des facteurs de risque, c.-à-d. des variables qui placent un individu dans ce que Litman (1990) appelait une «zone suicidaire» (Clark, Young, Scheftner, Fawcett, & Fogg, 1987; MacKinnon & Farberow, 1975; Maris, Berman, Malsberger, & Yufit, 1992; Motto, Heilbron, & Juster, 1985; Murphy, 1972, 1983, 1984; Pokorny, 1983, 1992; Rudd & Joiner, 1998).

La tâche clinique qui nous préoccupe ici consiste à identifier les individus à risque et à intervenir avec eux dans une période de temps raisonnable. Les professionnels de la santé mentale semblent ceux qui seraient les plus aptes à prévenir le suicide. C'est à eux qu'il incombe de déterminer quand une personne entre dans la zone suicidaire (estimation du risque) et d'agir en conséquence (pratiques de gestion de cas) (Eyman & Eyman, 1992). La notion de «risque suicidaire» renvoie cependant à des limites de temps. Nous ne savons jamais quand le comportement suicidaire va réellement se

manifester. L'objectif de la plupart des évaluations est d'établir quels sont les individus qui seraient à risque immédiat de suicide et quels sont ceux qui le seraient à bien plus long terme (Clark & Fawcett, 1992; Rotheram-Borus, 1989; Rudd & Joiner, 1998). Dans la présente étude, nous faisons la distinction entre le risque suicidaire à court terme (deux jours), ce qu'on appelle aussi l'urgence suicidaire, et le risque suicidaire à moyen ou long terme (deux ans). Ces périodes de temps correspondent aux distinctions classiques qui sont notamment utilisées dans les centres de prévention du suicide.

L'utilisation d'instruments d'évaluation nous permet d'obtenir de l'information qui ne serait pas disponible autrement, même s'il faut admettre que cette démarche est encore meilleure lorsqu'elle est combinée à un entretien clinique, et ceci plus spécialement en prévention du suicide (Eyman & Eyman, 1992; Yufit, 1991). Les qualités psychométriques¹ des instruments d'évaluation du risque suicidaire ont augmenté considérablement dans la dernière décennie. Au début, il ne s'agissait que de simples grilles pour noter (oui/non) des informations essentiellement démographiques. Avec le temps, mais aussi avec le développement des connaissances, ces instruments sont devenus des questionnaires plus approfondis, avec souvent des sous-échelles pour évaluer le potentiel suicidaire. Ils incluent souvent des items auxquels le client peut répondre de façon plus diversifiée, sur une échelle graduée (échelle de type Likert). Mais, malgré toutes ces améliorations, il n'en reste pas moins qu'aucun instrument ne peut se substituer au jugement final d'un clinicien (Maris, Berman, Malsberger, & Yufit, 1992; Range & Knott, 1997).

Finalement, ce que la recherche nous indique, c'est que nous pouvons estimer le risque suicidaire mais pas vraiment prédire le suicide en tant que tel. Cette estimation du risque est néanmoins un élément important en prévention du suicide et elle peut être améliorée avec l'aide des échelles psychométriques. L'une des échelles les plus prometteuses à cet égard est la *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1998). Cet outil a des caractéristiques uniques au niveau de sa conception et de sa construction, combinant à la fois des approches théoriques et empiriques. Les items de la SPS s'inspirent des concepts d'anomie de (Durkheim, 1897/1951), de rage retournée contre soi (Freud, 1917/1957) et de perturbation (Shneidman, 1974), tout comme de la notion d'un geste impulsif et d'un style cognitif dit constrictif (Fremouw, de Perzel, & Ellis, 1990).

ÉVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE EN MILIEU CARCÉRAL

Les populations carcérales ont de hauts taux de suicide, en comparaison avec des populations libres du même groupe d'âge (Backett, 1987; Davis & Muscat, 1993; Hayes, 1989; Liebling, 1995). Or, le dépistage des individus suicidaires dès leur admission en milieu carcéral est probablement la mesure de prévention la plus importante qui puisse être envisagée, d'autant plus qu'il s'agit là d'un moment particulièrement à risque (Bonner, 2000; Crighton & Towl, 1997; Power & Moodie, 1997). Pourtant, plusieurs études américaines indiquent que les personnes incarcérées qui se sont suicidées n'avaient pas été dépistées à l'admission et que, de toute façon, les procédures d'admission locales ne prévoyaient pas de telles mesures de dépistage (Hayes, 1989; US

¹ La psychométrie est l'ensemble des méthodes de mesure des phénomènes psychologiques (tests,

Commission, 1984).

L'implantation de procédures de dépistage en milieu correctionnel est difficile, notamment du fait que les professionnels de la santé mentale n'y sont pas disponibles sur place, 24 heures par jour. Compte tenu de cette réalité presque incontournable, la responsabilité d'administrer un test de dépistage retombe sur les épaules des agents correctionnels responsables des admissions (Landsberg, Cox, McCarty, & Paravati, 1989; World Health Organization, 2000). Une contrainte importante est donc ici que cette procédure ne prenne pas trop du temps disponible et qu'elle puisse être complétée par des employés qui, malgré toutes leurs autres qualifications en milieu carcéral, n'ont pas vraiment de formation clinique. Là-dessus, la recension des écrits est quelque peu décevante. Les procédures de dépistage qu'on y suggère pour le milieu carcéral sont souvent longues et nécessitent une formation spécifique en santé mentale, ce qui est plus particulièrement inapproprié pour des petits établissements ou pour des établissements qui accueillent essentiellement des individus qui ont le statut de prévenus. En effet, les ressources y sont limitées et le roulement de clientèle y est très élevé. Ainsi en est-il d'instruments comme :

- (1) le *Suicide Checklist* construit essentiellement pour être utilisé par le personnel médical dans les établissements carcéraux du Canada (Arboleda-Florez & Holley, 1988; 1989);
- (2) le *Risk Suicidal Screening Form Interview* construit pour des infirmières en Écosse (Power & Moodie, 1997);
- (3) le *Screening Instrument for Suicide Risk* construit pour des infirmières aux Pays Bas (Blaauw, Kerkhof, & Winkel, sous presse);
- et (4) le *Screening Suicide Measure* construit cette fois pour des infirmières de l'Australie qui ont reçu une

questionnaires, grilles, instruments divers).

formation en santé mentale (Eyland, Corben, & Barton, 1997).

Deux instruments de dépistage, l'un canadien et l'autre américain, semblent cependant mieux adaptés au travail des agents correctionnels préposés à l'admission. Dans l'État de New York, Sherman et Morschauser (1989) ont développé le *Suicide Prevention Screening Guidelines* (SPSG)². Selon ses auteurs, cet instrument évalue le risque suicidaire pour les prochaines 72 heures d'incarcération. Les 17 items du SPSG sont annotés par l'agent correctionnel. L'instrument cible les données personnelles, l'apparence et le comportement de même que les antécédents criminels. Lorsque huit items sont cochés «oui», il est prévu que le dossier soit renvoyé au superviseur ou au personnel spécialisé en santé mentale. Cet instrument a ouvert la voie dans le domaine du dépistage des personnes incarcérées suicidaires (Bonner, 2000). Sa fidélité est reconnue comme étant modérée alors que sa validité concurrente est bonne³ (Kelley, 1996).

Au Canada, Wichmann, Serin et Motiuk (2000) ont développé un instrument encore plus succinct, l'*Échelle d'évaluation du risque suicidaire* (ÉÉRS) / *Suicide Risk Assessment*

² Le SPSG est presque identique au formulaire *Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral* utilisé par la *Direction générale des services correctionnels du Québec* (DGSC).

³ La fidélité («reliability») est une mesure de la cohérence d'un instrument, notamment de sa capacité à reproduire les mêmes résultats. La fidélité d'un test psychologique réfère à la précision d'un instrument sans tenir compte de ce qu'il mesure vraiment. De façon plus précise, la fidélité désigne le caractère stable, fiable et relativement exempt d'erreurs d'une mesure donnée. La validité dite prédictive est la relation (ou corrélation) entre les résultats d'un test et l'événement qui est prédit (le comportement suicidaire, dans ce cas-ci). La validité concurrente, par contre, est la relation entre les résultats du test et une mesure similaire. Lorsque l'événement cible (le comportement suicidaire) n'est pas connu ou disponible, comme dans les deux expérimentations présentées plus loin, nous substituons la validation concurrente. Cette méthode est

Scale (SRAS) basée sur l'expérience clinique mais aussi sur la recension des écrits pertinents. L'utilisation de cet instrument fait déjà partie des procédures d'admission au *Service correctionnel du Canada* (SCC) depuis 1994⁴.

Cette échelle, comme le Tableau 1 l'indique, comprend 9 indicateurs cotés «oui» ou «non». La présence d'un seul de ces éléments chez un individu amène obligatoirement le renvoi de celui-ci pour une intervention clinique, c.-à-d. le plus souvent une évaluation par un psychologue.

très appropriée, d'autant plus que nous nous intéressons alors essentiellement aux diagnostics actuels des individus plutôt qu'à la prédiction exacte d'un comportement.

⁴ Au SCC, il s'agit du formulaire CSC-SCC 1040 (94.12) *Risque de suicide : Évaluation et renvoi* (*Suicide risk : Assessment and referral*) qui a été modifié quelque peu depuis.

Tableau 1**Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS)**

1	Le délinquant peut être suicidaire (observations de la personne responsable du transfert).
2	Le délinquant a déjà tenté de se suicider.
3	Le délinquant a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique.
4	Le délinquant a perdu récemment un parent ou son conjoint.
5	Le délinquant connaît actuellement des problèmes graves.
6	Le délinquant est actuellement sous l'influence de l'alcool ou des drogues.
7	Le délinquant manifeste des signes de dépression.
8	Le délinquant a exprimé des idées de suicide.
9	Le délinquant a établi un plan pour se suicider.

Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)

1	The offender may be suicidal (opinion of the referring agency).
2	The offender has made a previous suicide attempt.
3	The offender has undergone recent psychological/psychiatric intervention.
4	The offender has experienced recent loss of a relative/spouse.
5	The offender is presently experiencing major problems.
6	The offender is currently under influence of alcohol/drugs.
7	The offender shows signs of depression.
8	The offender has expressed suicidal ideation.
9	The offender has a suicide plan.

En définitive, l'identification et la gestion des personnes incarcérées suicidaires représentent un défi très important. Or, pour que ce défi soit relevé avec succès, il reste

encore plusieurs points à éclaircir, dont le moment de l'évaluation, les qualifications du personnel concerné et les caractéristiques spécifiques aux mécanismes mis en place. Il semble aussi qu'il faille y aller avec une stratégie simplifiée, comme l'ont fait Sherman et Morschauser (1989) mais encore plus Wichmann, Serin et Motiuk (2000), si nous voulons améliorer notre capacité à détecter et protéger les personnes incarcérées qui sont suicidaires.

BESOIN DE COMPLÉTER LA VALIDATION DE L'ÉÉRS

L'ÉÉRS est donc un instrument pratique pour les agents correctionnels, puisqu'elle est facile d'utilisation et que son administration ne nécessite pas trop de temps. Elle possède déjà des qualités psychométriques raisonnables. Wichmann, Serin et Motiuk (2000) rapportent, pour leur instrument, une cohérence interne modérée (coefficient alpha⁵ global de Cronbach : .77), pas d'effets de plancher ou de plafonnement pour aucun des indicateurs et une bonne validité, en ce sens qu'elle discrimine (pouvoir prédictif) entre des groupes de suicidaires et de non suicidaires avec deux des neuf indicateurs (Item 2. «Le délinquant a déjà tenté de se suicider» et item 3. «Le délinquant a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique»). Quoique ces résultats soient significatifs, les auteurs accordent cependant moins d'attention à la validité concurrente, c.-à-d. aux corrélations⁶ qui peuvent être établies avec d'autres instruments qui mesurent des concepts similaires. De plus, le type de construit qui est mesuré par l'ÉÉRS n'est pas bien identifié : s'agit-il du risque à court terme (urgence), du risque à moyen ou long

terme, ou bien des deux? Finalement, il faut bien voir aussi que l'ÉÉRS est un système de cotation (oui/non) qui repose sur un informateur de deuxième niveau (l'agent préposé à l'admission), ce qui n'est pas la meilleure façon de déterminer objectivement le risque de suicide. Généralement, il est préférable d'utiliser des échelles psychométriques comme la SPS qui, malgré leur longueur et leur difficulté d'adaptation en milieu carcéral, n'en reposent pas moins directement sur les réponses inscrites par le premier informateur, soit la personne incarcérée (Range & Knott, 1997).

Pour toutes ces raisons, des recherches supplémentaires s'avéraient nécessaires pour clarifier les limites temporelles de l'ÉÉRS, sa validité concurrente et l'information croisée entre les informateurs. Trois questions de recherche bien spécifiques sont donc abordées dans la recherche présentée ici : (1) Quel type de risque (court terme ou bien moyen-long terme) est mesuré par l'ÉÉRS? (2) Quelle est la valeur de l'ÉÉRS, comparativement à la SPS qui est une échelle psychométrique bien reconnue pour évaluer le risque suicidaire? (3) Quelle est la meilleure façon (directe, indirecte ou avec deux informateurs) d'évaluer le risque? Les résultats de deux expérimentations sont rapportés ici. La première, de nature exploratoire, a été réalisée dans un pénitencier et elle était plus ancrée dans le travail clinique. La deuxième a été réalisée dans deux établissements de détention (prisons). À cette deuxième étape, la recherche était alors plus insérée dans une démarche de validation psychométrique.

⁵ Le coefficient alpha de Cronbach est une mesure de la cohérence interne. Il sert à déterminer si les indicateurs d'une échelle mesurent un concept unique.

⁶ Une corrélation est une mesure du degré de liaison entre deux variables.

EXPÉRIMENTATION 1

PARTICIPANTS

Les participants à la première recherche étaient 466 hommes nouvellement incarcérés au *Centre régional de réception* (CRR) du Québec situé à Sainte-Anne-des-Plaines. Ce pénitencier à vocation spéciale relève du *Service correctionnel du Canada* (SCC) et il a le mandat d'évaluer, de classer puis de transférer les personnes incarcérées vers des institutions régulières. Environ 1350 personnes par année y sont évaluées.

INSTRUMENTS

L'Échelle d'évaluation du risque suicidaire (ÉÉRS; Wichmann et al., 2000) déjà décrite plus haut. Au CRR, cette échelle est complétée de façon systématique par les agents correctionnels préposés à l'admission. Ces derniers ont acquis, de longue date, une expérience spécifique à cette fonction.

La *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1998), mentionnée plus haut, est une mesure de prédiction du comportement suicidaire qui est «auto-rapportée», c.-à-d. que c'est l'individu suicidaire qui y inscrit lui-même ses réponses. La SPS comprend 36 questions. Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert en quatre points, échelle variant de «*jamais ou rarement*» à «*la plupart du temps ou toujours*». La

fréquence de ses cognitions, émotions et comportements est ainsi révélée. La SPS permet de classer un individu selon un risque *sous-clinique, faible, modéré, ou sévère*. La SPS génère un score de probabilité en additionnant les scores obtenus à chacun des items. Elle comporte également quatre sous échelles cliniques : *Désespoir, Idéations suicidaires, Évaluation négative de soi* et *Hostilité*. La validation française de ce questionnaire a été réalisée par une équipe de chercheurs québécois (Labelle, Daigle, Pronovost, & Marcotte, 1998). Les auteurs du test rapportent une cohérence interne de .93, un coefficient de stabilité temporelle de .92, une fidélité moitié-moitié («split-half») de .93 et quatre facteurs. Eisenberg, Hubbard et Epstein (1990) rapportent une sensibilité de 100% et une spécificité de 50% lors d'une étude réalisée auprès de 1397 patients des services aux vétérans américains. Au CRR, la SPS est administrée par des psychotechniciens qui compilent les résultats et renvoient éventuellement les personnes vulnérables aux psychologues.

L'*Échelle d'urgence suicidaire*, telle que définie par Morissette (1984) entre autres, identifie l'urgence (risque à court terme), c.-à-d. la probabilité du passage à l'acte dans les 48 heures. Le score varie entre 0 (aucune urgence) et 9 (la mort). Morissette ne rapporte pas de taux de fidélité pour cet instrument. Cependant, ce type d'outil est utilisé de façon routinière par les intervenants de différents centres de prévention du suicide. Un score plus grand que 2 signifie que l'individu est déjà à urgence dite *élevée* (score 3 : «Pensées suicidaires fréquentes; la personne pense au suicide régulièrement chaque jour»).

L'*Échelle du risque suicidaire* (Morissette, 1984) est aussi une mesure du potentiel suicidaire mais à moyen ou long terme. Elle s'appuie plus sur des données

démographiques et sur des antécédents personnels ou familiaux. Elle varie de 0 (aucun risque) à 9 (la mort) et un score plus grand que 3 est considéré modéré ou même élevé.

L'Évaluation des psychologues (ÉP). Pour les besoins spécifiques de la première expérimentation, les psychologues du CRR avaient aussi à compléter, pour chaque individu suicidaire qui leur était renvoyé suite au dépistage, un questionnaire qui évaluait la qualité de ce dépistage. Ils utilisaient cinq critères, cotés «oui» ou «non» : (1) l'individu, au début de l'entretien, a un score plus grand que 2 à l'*Échelle d'urgence suicidaire*, (2) il a un score plus grand que 3 à l'*Échelle du risque suicidaire*, (3) pertinence générale du renvoi, par l'agent correctionnel, à un clinicien, (4) besoin de surveillance de l'individu, à court terme, par les employés du SCC, (5) besoin de surveillance à long terme, dans l'éventualité d'un transfert ou d'un événement traumatisant (alerte inscrite au dossier informatisé de l'individu).

PROCÉDURE

Les personnes nouvellement incarcérées au CRR cheminaient, sans interférence des chercheurs, à travers le processus habituel d'évaluation (1) par l'agent correctionnel préposé à l'entrée (utilisation de l'ÉÉRS), (2) par les psychotechniciens (utilisation de la SPS) et (3) par les psychologues (utilisation de l'ÉP). En conformité toujours avec la procédure habituelle du SCC, les dossiers des personnes nouvellement incarcérées qui cotaient «oui» à au moins un item de l'ÉÉRS ou de celles qui cotaient «élevé» (c.-à-d. *Modéré* ou *Sévère*) à la SPS étaient immédiatement acheminés à un des psychologues de l'établissement.

Celui-ci se devait de les rencontrer dans un délai de 48 heures afin d'approfondir l'évaluation du risque. Pour cette première expérimentation, les psychologues étaient donc les seuls à devoir recueillir plus d'information qu'habituellement. Cette information supplémentaire (les cinq réponses à l'ÉP) était gardée confidentielle et n'était pas inscrite aux dossiers des personnes incarcérées. Les chercheurs calculaient ensuite les pourcentages d'accord entre, d'une part, l'ÉÉRS (au moins un item = «oui») ou la SPS (score élevé = oui) et, d'autre part, les cinq critères de l'ÉP. Des statistiques de Khi carré (X^2) étaient ensuite calculées pour estimer les différences entre les accords ÉÉRS-ÉP et les accords SPS-ÉP. Notons au passage que cette utilisation du jugement professionnel des thérapeutes, comme critère de succès d'une méthode de dépistage, correspond à la stratégie déjà utilisée dans la recherche d'Eisenberg et al. (1990).

Résultats et discussion

Des 466 hommes évalués à l'admission avec l'ÉÉRS, 56 (12%) ont été renvoyés aux psychologues pour une évaluation approfondie. Ceci signifie donc que les psychologues devaient porté attention à au moins un des éléments mentionnés à l'ÉÉRS. Néanmoins, 84% des personnes renvoyées aux psychologues avaient plus d'un problème identifié à l'ÉÉRS (Étendue =1 à 6; Moyenne = 2,8; Écart type = 1,3). L'item 2 était identifié 44 fois, ce qui signifie que 78,6% des 56 individus dépistés avaient déjà fait au moins une tentative de suicide. Par rapport à l'ensemble de l'échantillon de 466 personnes, ce sont donc 9,4% des nouveaux admis au CRR qui avaient déjà fait une tentative. Cette estimation est semblable à celle de 8% rapportée par Sherman et Morschauser (1989), mais elle est bien plus basse que celle de 20,6% rapportée par Cooke (1994) et celle de

55% rapportée par Power et Moodie (1997). Quoi qu'il en soit, notre estimation est bien supérieure à celle de 3,5% observée pour la population générale masculine du Québec âgée entre 25 et 44 ans (Légaré, Lebeau, Boyer, & St-Laurent, 1995). Dans notre échantillon, 65,9% des personnes incarcérées (3 données manquantes) avaient fait au moins une de leurs tentatives pendant une incarcération précédente. Les répondants avaient souvent utilisé plus d'une méthode pour tenter de se suicider mais la méthode la plus utilisée était la lacération (53,7%), l'intoxication (36,6%) et la pendaison (24,4%). Parmi les 56 individus renvoyés aux psychologues, 44 ont finalement été évalués avec l'ÉP (12 données manquantes).

Au CRR, 77 individus (16,5% des admissions) ont aussi été renvoyés aux psychologues suite à l'obtention d'un score élevé à la SPS et ceux-ci ont tous pu être évalués avec l'ÉP. Le Tableau 2 indique les résultats des cinq analyses différentes qui ont été faites pour les deux types de dépistage (ÉÉRS et SPS). Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux méthodes de dépistage, même s'il y avait une tendance chez les psychologues à identifier une véritable urgence suicidaire (>2) plus souvent pour les clients dépistés avec l'ÉÉRS (23,8%) que pour ceux dépistés avec la SPS (13,2%). Avec les deux méthodes, le risque suicidaire élevé (>3) était beaucoup plus souvent noté que l'urgence. La même chose peut être dite de la pertinence du renvoi qui est, en fait, une opinion clinique beaucoup plus large et subjective. Notons que cette classification dichotomique («pertinent» / «non pertinent») n'est pas aussi raffinée que celle proposée par Correia (2000) pour des professionnels de la santé mentale : «non pertinent», «simulation» et «vrai risque». Elle se réfère également à une conception différente du phénomène de la soi-disant «manipulation», conception qui peut d'ailleurs

être remise en cause (Haycock, 1989). Quoi qu'il en soit, cet item de l'ÉP nous donne néanmoins une idée générale sur la pertinence des méthodes, laquelle semble identique dans les deux cas. Par ailleurs, les niveaux de validité concurrente sont élevés pour ce critère de pertinence : environ 70% de vrais positifs, ce qui est raisonnable avec des individus chez qui, finalement, il est quand même question de vie ou de mort. En effet, il n'est pas trop grave que 30% des individus dépistés (avec l'ÉÉRS ou la SPS) n'aient pas vraiment été suicidaires, si cela nous permet d'en rencontrer plus qui le sont vraiment.

TABLEAU 2

COMPARAISON DES DEUX MÉTHODES DE DÉPISTAGE. EXPÉRIMENTATION 1

Méthode de dépistage	Pourcentage	Item de l'ÉP
	23,8%	1. Urgence suicidaire >2
	45,2%	2. Risque suicidaire >3
ÉÉRS (n = 44)	68,2%	3. Pertinence
	11,4%	4. Surveillance court terme
	31,8%	5. Surveillance long terme
	13,2%	1. Urgence suicidaire >2
	48,6%	2. Risque suicidaire >3
SPS (n = 77)	71,4%	3. Pertinence
	6,5%	4. Surveillance court terme
	44,2%	5. Surveillance long terme
Note: Aucune différence statistiquement significative entre l'ÉÉRS et la SPS.		

Quant aux critères de surveillance immédiate (item 4) ou à long terme (item 5), ils ont été retenus bien moins souvent que le critère de pertinence (item 3). Cela est facilement compréhensible si nous considérons qu'un minimum seulement de personnes incarcérées devrait recevoir ce type d'attention pour que cela conserve une certaine efficacité. En effet, le fait de demander une surveillance immédiate (plus intensive) pour un individu est une décision clinique et administrative qui doit bien être soupesée et il semble donc raisonnable de retrouver ici beaucoup moins de cas. Les surveillances à long terme, par contre, semblent moins contraignantes et ressemblent plus ou moins à l'identification d'un dossier pour une ré-évaluation ultérieure, d'où leur plus grand nombre.

En se basant sur l'ensemble des résultats de cette première expérimentation, nous ne pouvons donc pas conclure à la supériorité d'une méthode de dépistage sur l'autre. Les deux méthodes sont relativement bien évaluées par des psychologues expérimentés, au même niveau, et elles étaient même corrélées entre elles jusqu'à un certain point (Rho de Spearman = .37, $p < .001$). Une des sous-échelles de la SPS, celle des *Idéations suicidaires*, était encore plus corrélée avec l'ÉÉRS ($Rho = .40$, $p < .001$). Cela, encore ici, est bien compréhensible si nous considérons la nature même de l'ÉÉRS. En même temps, ces corrélations nous rappellent que les deux instruments ne se recoupent pas complètement et ne dépistent pas les mêmes personnes. En effet, seulement 14 personnes ont été identifiées comme suicidaires à la fois avec l'ÉÉRS et la SPS. Ceci nous laisse entrevoir que les deux instruments sont sensibles à des aspects différents de la personne suicidaire.

Par ailleurs, la première expérimentation a généré beaucoup d'informations importantes et nous a amené à une étape supplémentaire : entreprendre une expérimentation orientée plus spécifiquement sur les aspects psychométriques des instruments afin de répondre plus spécialement aux trois questions de recherche déjà retenues.

EXPÉRIMENTATION 2

PARTICIPANTS

Pour cette deuxième étape, l'échantillon aléatoire était composé d'hommes nouvellement admis dans deux Établissements de détention (prisons) du Québec : celui de Trois-Rivières et celui de Québec (Orsainville). Le taux de participation a été de 74% et 242 personnes ont pu être évaluées avec tous les instruments.

INSTRUMENTS

Les trois instruments suivants ont été utilisés de la même manière que lors de la première expérimentation : l'ÉÉRS, la SPS et l'*Échelle d'urgence suicidaire*. Pour ce qui est de l'*Échelle du risque suicidaire*, sa cotation a été plus structurée que dans l'expérimentation précédente quoiqu'elle ait été équivalente. Les assistants de recherche ont basé ici leur évaluation du risque sur les 14 items plus spécifiques proposés par Leavens (1988),

comme c'est la pratique usuelle des cliniciens des deux établissements concernés. Chacun des 14 items est coté ici de 1 à 9 afin de produire ensuite un score moyen.

Pour l'expérimentation 2, nous avons aussi utilisé, à l'occasion d'entretiens semi-structurés avec les hommes incarcérés, la *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS; Smith, Conroy, & Ehler, 1984) dans le but d'évaluer la vraie nature des «tentatives de suicide» qu'ils rapportaient avoir faites⁷. La LSARS est graduée de 0 à 10 sur une échelle à intervalle égal. Cette échelle est une des deux meilleures mesures pour évaluer la gravité et elle possède une validité empirique (Leenaars et al, 1997). La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée et sur les circonstances entourant l'événement. La gravité de la méthode réfère à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé. Par exemple, la LSARS vérifie : «À quel endroit et à quelle profondeur la personne s'est lacérée? Quel est le type et la dose de la médication consommée?»⁸. L'évaluation de la sévérité de la méthode est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant la tentative. Certaines questions pertinentes aux circonstances sont alors, par exemple : «Est ce que la personne est seule? En avait-elle parlé à quelqu'un avant ou après l'acte? Combien d'interventions médicales ont été requises?». Quelques scores repères de la LSARS sont illustrés au Tableau 3. Un canevas d'entretien a été construit pour la LSARS à partir notamment d'éléments circonstanciels déjà éprouvés en milieu carcéral (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999). La fidélité inter-juges, pour 30 protocoles de la LSARS, est de 0,92 (coefficient intra classe).

⁷ Il faut se rappeler qu'une tentative de suicide est éventuellement cotée «oui» à l'item 2 de l'ÉÉRS.

⁸ En milieu carcéral, il faut cependant voir que cette façon de faire peut être biaisée, compte tenu que les personnes suicidaires ne disposent pas de tout l'arsenal des moyens létaux (Livingston, 1997).

Tableau 3**Critères pour la gravité des tentatives de suicide (LSARS)**

3,5	La mort est improbable tant que des premiers soins sont administrés par la victime ou une autre personne. La victime fait habituellement une communication, fait son geste en public ou bien ne prend pas les moyens pour se cacher ou cacher sa blessure
5	La probabilité de mort, directement ou indirectement, est 50-50 ou bien, selon l'opinion de la moyenne des gens, l'issue est équivoque avec l'utilisation d'une telle méthode
7	La mort est l'issue probable à moins que des premiers soins ou des soins médicaux «immédiats et vigoureux» ne soient appliqués par la victime ou une autre personne

*Finalemment, l'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) est un guide d'entretien permettant d'identifier chez un individu les principaux diagnostics des axes I et II du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Le questionnaire est notamment constitué de neuf modules dont sept correspondent aux principales classes de diagnostic de l'Axe 1. Du fait de cette construction modulaire, l'instrument peut être adapté à des recherches particulières où certains diagnostics ne sont pas primordiaux. En utilisant un arbre décisionnel, le SCID guide l'évaluateur dans la vérification des hypothèses de diagnostic qui se posent au fil de*

l'entretien. L'extrait généré par le SCID est un rapport sur la présence ou l'absence de chacun des diagnostics qui sont considérés et ceci quant à un épisode courant (i.e. dans le dernier mois) ou bien quant à une prévalence à vie. Nous avons retenu ici uniquement les troubles mentaux considérés comme graves : troubles psychotiques, dépression majeure et trouble bipolaire. Le SCID a déjà été utilisé au Québec avec la clientèle des personnes incarcérées. Contrairement à la SPS, le SCID n'est pas un questionnaire auto-administré. Dans notre projet, ce sont des assistants spécialement formés qui l'administrent aux personnes incarcérées à l'occasion d'un entretien durant environ 120 minutes. L'accord inter-juges, calculé sur 22 des protocoles du SCID, est total, soit 1.

Procédure

Dans le cadre d'une recherche plus large, les personnes nouvellement incarcérées étaient sélectionnées au hasard et acheminées dès les premiers jours au bureau des assistants de recherche où elles complétaient un formulaire de consentement. La confidentialité de leurs propos était assurée et seulement les individus éventuellement suicidaires étaient renvoyés au personnel de l'établissement, mais ceci sans qu'aucune autre information ne soit divulguée. Tous les instruments étaient complétés au moment de cet entretien, sauf pour ce qui est de l'ÉÉRS qui était complétée plus tard à partir de l'ensemble des données recueillies lors de l'enquête plus large. Seul l'item 1 de l'ÉÉRS («Le délinquant peut être suicidaire - observations de la personne responsable du transfert») était ignoré ici, du fait qu'il s'agit déjà d'un score total du potentiel suicidaire, score établi ailleurs, par d'autres instances. Pour vérifier la possibilité que cette omission introduise un biais dans la recherche, nous avons vérifié les dossiers des individus déjà

identifiés comme étant très suicidaires ou souffrant d'un trouble mental grave (c.-à-d. 43 des 242 participants). Seulement 10 de ces dossiers incluait des informations provenant d'un organisme extérieur ou des personnes responsables des transferts et aucune de ces informations n'indiquait que l'individu puisse être suicidaire. Il faut aussi savoir que Wichmann et al. incluait l'item 1 dans l'analyse de régression multiple qu'ils rapportent. Cependant, seulement 10,6% de leurs dossiers indiquaient la présence d'une problématique suicidaire à cet item. C'est donc pour ces raisons que nous avons pu ignorer l'item 1 lors de cette deuxième expérimentation même si, d'un point de vue clinique et dans des situations de la vie courante, il s'agit là d'informations importantes pour la gestion des individus suicidaires.

Des corrélations ont d'abord été calculées entre, d'une part, le nombre d'items cotés «oui» à l'ÉÉRS ou les scores totaux à la SPS et, d'autre part, les scores d'urgence ou de risque suicidaire. Compte tenu de la construction ordinale/non paramétrique (plutôt qu'avec intervalles) de certaines échelles, ce sont des corrélations *Rho* de Spearman qui ont été retenues ici. Une analyse de régression multiple a aussi été complétée pour estimer la force des liens entre les éléments. Dans une deuxième étape, des pourcentages d'accord ont été calculés entre, d'une part, l'ÉÉRS (au moins un item = «oui») ou la SPS (score élevé = «oui») et, d'autre part, la présence d'un trouble mental grave dans le dernier mois ou dans la vie entière de l'individu. Des statistiques de Khi carré (X^2) étaient ensuite calculées pour estimer les différences entre les résultats ÉÉRS-trouble mental grave et les résultats SPS-trouble mental grave.

Résultats et discussion

Dans cette deuxième expérimentation, 28% des personnes nouvellement incarcérées rapportaient avoir déjà fait au moins une ($M = 3,9$; $ÉT = 5,6$) tentative de suicide dans leur vie (7,8% dans la dernière année). En fait, 76,5% d'entre eux rapportaient 3 tentatives ou moins, mais 4,5% en rapportaient 20 ou plus. Les 265 tentatives rapportées par ces individus avaient été faites principalement en communauté (82,6%) mais un certain nombre avaient quand même été réalisées pendant une incarcération (14,7%) ou dans un centre d'accueil pour jeunes (2,6%). Quant à la dernière tentative de suicide rapportée par les répondants, elle s'est réalisée, en moyenne, 234,9 semaines plus tôt ($ÉT = 301,7$), la médiane étant à 104 semaines. Dans 10,3% des cas, l'événement s'est produit dans le dernier mois et, dans 27,9% des cas, dans la dernière année. Le moyen utilisé lors de la tentative est l'intoxication (33,8% des cas), la lacération (32,4%), la pendaison ou la strangulation (17,6%), l'arme à feu (4,4%), l'oxyde de carbone (2,9%), le saut d'une hauteur (2,9%) ou la collision en automobile (1,5%). De plus, 4,4% des hommes ont utilisé d'autres méthodes ou une combinaison des précédentes. La gravité de la dernière tentative de suicide ou automutilation est estimée en moyenne à 4,8 ($ÉT = 2,7$) sur l'échelle de la LSARS. Il s'agit là d'un résultat assez élevé, en référence à tout le moins aux critères 3,5 et 5 de l'instrument (voir le Tableau 3). Une autre façon de voir les choses est de considérer le pourcentage de tentatives graves rapportées, c'est-à-dire celles qui ont reçu une cote plus élevée que 5 à la LSARS. Nous observons alors que, dans 38,2% des événements, la mort était «l'issue probable».

Dans cette expérimentation réalisée dans des établissements provinciaux, l'ÉÉRS a dépisté 34,7% de l'échantillon comme étant potentiellement suicidaire (84 personnes sur 242). C'est donc beaucoup plus que le 12% estimé dans la première expérimentation pour les personnes incarcérées dans un établissement fédéral. Ceci pourrait toutefois être un artefact inhérent à la procédure de recherche. En effet, l'information utilisée pour coter l'ÉÉRS était colligée, dans le cas de la deuxième expérimentation, non pas par des agents correctionnels expérimentés mais par des assistants de recherche plus jeunes et moins familiers avec le système carcéral. Au total, les entretiens en profondeur réalisés par ces assistants universitaires étaient aussi beaucoup plus longs (deux heures environ) et plus inquisiteurs que lors des véritables procédures de dépistage (10 minutes environ) de la première expérimentation. Néanmoins, il est plus probable que ce plus haut taux de dépistage d'individus vulnérables est le reflet des différences réelles qui existent entre les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux ou fédéraux. En effet, les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux, quoique uniquement prévenues ou condamnées à des sentences plus courtes, semblent avoir plus de problèmes personnels que leurs vis-à-vis fédéraux pourtant condamnés à de longues sentences (voir Daigle, Alarie & Lefebvre, 1999, pour ce qu'il en est du moins des femmes incarcérées).

Pourtant, la prévalence à vie des troubles mentaux graves serait assez semblable dans les établissements provinciaux ou fédéraux du Québec. Dans notre deuxième expérimentation (établissements de détention relevant de la DGSC du Québec), 27,4% des personnes évaluées avaient souffert d'un trouble mental grave au cours de leur vie. Nous ne disposons pas des taux de prévalence pour l'expérimentation 1 (pénitencier

relevant du SCC). Cependant, ce taux de prévalence à vie est assez semblable au taux observé en 1988 dans l'ensemble des pénitenciers du Québec (29,6%; Hodgins & Côté, 1990).

Quoi qu'il en soit, nous pourrions néanmoins avancer que, dans une situation réelle de dépistage par des agents correctionnels expérimentés, l'estimation de 34,7% pourrait peut-être descendre près du 12% observé au pénitencier, ce qui nous ramènerait à un niveau d'intervention plus facile à gérer.

Pour ce qui est de la SPS, laquelle a été administrée de la même manière dans les deux expérimentations, elle a identifié 24,3% des personnes incarcérées ($n = 59$) comme étant à haut risque dans la deuxième expérimentation, en comparaison de 16,5% dans la première. Cette légère différence pourrait aussi s'expliquer par la vulnérabilité plus élevée des hommes des établissements provinciaux.

Comme cela a été le cas dans la première expérimentation, les deux méthodes de dépistage ont été inter-corrélées positivement ($Rho = .57$, $p < .001$). Le Tableau 4 indique aussi qu'il y avait, de façon statistiquement significative, un fort lien entre, d'une part, l'ÉÉRS ou la SPS et, d'autre part, l'urgence ou le risque. Pour ce qui est du lien ÉÉRS-risque et du lien SPS-risque, le coefficient de validité de .71 se traduit par un r^2 de .50. En d'autres mots, 50% de la variance du critère «risque suicidaire» s'explique par la variation des résultats obtenus à l'instrument de dépistage (ÉÉRS ou SPS).

Tableau 4

Comparaison des deux méthodes de dépistage. Expérimentation 2

Méthode de dépistage	Corrélation/pourcentage	Instrument	
	.50	1. Urgence suicidaire	*
	.71	2. Risque suicidaire	*
ÉÉRS (n = 242)	34,5%	3. Trouble mental grave (dernier mois)	*
	51,2%	4. Trouble mental grave (à vie)	*
	.58	1. Urgence suicidaire	*
	.71	2. Risque suicidaire	*
SPS (n = 242)	40,7%	3. Trouble mental grave (dernier mois)	*
	57,6%	4. Trouble mental grave (à vie)	*
Note: * p<.001.			

Par delà ces analyses dites univariées, une analyse de régression multiple a indiqué que, même si les deux méthodes de dépistage étaient statistiquement significatives dans leur estimation de l'urgence suicidaire (changement de $R^2 = .52$), l'ÉÉRS ($B = .46$; $SE = .05$; $\beta = .54$; $p < .001$) avait une bien meilleure performance à ce chapitre que la SPS ($B = 2,48$; $SE = .01$; $\beta = .26$; $p < .001$). Pour ce qui est du risque, même si les deux méthodes étaient significatives (changement de $R^2 = .75$), l'ÉÉRS ($B = .56$; $SE = .04$; $\beta = .60$; $p < .001$) avait de nouveau une meilleure performance que la SPS ($B = 3,93$; $SE = .01$; $\beta = .37$; $p < .001$)⁹. Dans l'étude de Wichmann et al. (2000, p. iii), même si on qualifiait l'ÉÉRS d'instrument de prédiction du «risque», les auteurs ne faisaient pas vraiment la différence entre le risque à court terme (l'urgence) ou à plus long terme. En fait, ils s'intéressaient au «risque suicidaire... à l'admission» (l'urgence?) mais aussi au «risque présent plus tard dans la sentence» (le risque?). Quoi qu'il en soit, le premier objectif d'un tel instrument de dépistage lors de l'admission en milieu carcéral, comme en milieu équivalent, semble être de dépister l'urgence immédiate. Pour ce qui est de la SPS, il est également difficile de préciser, sur la base des écrits scientifiques publiés, s'il s'agit d'un instrument qui prédit l'urgence à court terme ou le risque à long terme. Ceux qui ont construit le test (Cull & Gill, 1998) ne sont pas assez précis sur cet aspect. Ils avancent uniquement que la SPS renvoie à «la possibilité statistique qu'un individu appartienne à la population de ceux qui font des tentatives de suicide létales» (p. 13). Par delà cette confusion théorique qui prévaut dans la littérature quant à ces deux aspects du *potentiel* suicidaire, les résultats de notre analyse de régression multiple démontrent que, avec l'un au l'autre des instruments, le risque à long terme est mieux dépisté que l'urgence à court terme. En effet, les coefficients Beta

⁹ Cependant, une autre analyse multivariée, laquelle utilisait la méthode ROC (Receiver Operating Characteristic; Metz, 1978), a indiqué que la SPS possédait une meilleure spécificité et une meilleure sensibilité que l'ÉÉRS.

standardisés (β) sont plus élevés pour le risque que pour l'urgence (SRAS: .60 vs. .54; SPS: .37 vs. .26). Cependant, il faut se rappeler que tant l'ÉÉRS que la SPS sont aussi des estimateurs suffisants de l'urgence, si l'objectif est justement la gestion immédiate des personnes lors de l'admission.

Les estimations de la pertinence du dépistage (et donc des renvois), de même que des besoins de surveillance à court ou long terme, n'étaient pas disponibles pour la deuxième expérimentation. Nous avons utilisé à la place les critères du DSM qui s'appliquent pour les troubles mentaux graves, lesquels sont souvent reliés à la suicidalité (Grunberg et al., 1994). Le Tableau 4 indique ici que jusqu'à 40,7% des individus dépistés avaient eu un trouble mental grave dans le dernier mois. C'était même jusqu'à 57,6% lorsque toute leur vie était prise en considération. Pour ces deux critères, aucune différence n'était perceptible entre les deux façons de dépister.

Conclusion

La première expérimentation était exploratoire et plus qualitative que la deuxième puisqu'elle faisait appel essentiellement au jugement clinique de psychologues expérimentés. Ce point de vue clinique n'était pas présent dans la recherche de Wichmann et al. La première expérimentation était également plus réaliste et les données étaient colligées dans le cours normal des opérations régulières d'un pénitencier. Néanmoins, elle comportait des faiblesses au niveau méthodologique du fait qu'elle ne prenait pas en considération l'échantillon complet des personnes incarcérées mais seulement les plus vulnérables qui étaient acheminés aux psychologues. La deuxième

expérimentation était plus raffinée au plan méthodologique même si elle perdait un peu de signification clinique. Cependant, cela est tout à fait typique des expérimentations menées sur le terrain, alors que bien des contraintes s'exercent, la moindre n'étant pas le respect des participants et la non ingérence dans l'évaluation et le traitement cliniques.

Pour répondre à la première question de recherche que nous avons posée, disons que autant l'ÉÉRS que la SPS sont plus des mesures du risque à long terme que de l'urgence, même si elles sont également des mesures suffisantes de l'urgence. Ceci étant dit, il faut aussi remarquer que les deux méthodes sur-prédisent le potentiel suicidaire, ce qui est évident lorsque nous les confrontons aux critères que nous avons utilisés ici : le risque et l'urgence. Malgré ce manque de «sensibilité» des deux instruments, la SPS a quant à elle des qualités qu'il nous faut cependant reconnaître. Par exemple, un individu peut être moins soumis à un effet de désirabilité sociale (plaire, bien paraître, ne pas passer pour une personne malade) quand il complète seul un questionnaire auto-administré, comme la SPS, que lorsqu'il répond à des questions posées par un professionnel de la santé mentale, comme dans l'expérimentation 1 (Range & Knott, 1997). Ceci pourrait expliquer pourquoi il y a plus de personnes qui ont été jugées «suicidaires» avec la SPS que d'après le jugement clinique des psychologues (même si ce jugement était basé sur des échelles de référence relativement rigoureuses). De toute façon, le manque de sensibilité d'un instrument de prédiction n'est pas un enjeu si important quand le sort de populations vulnérables est en jeu, comme le sont les populations carcérales quant au suicide. Pour ce qu'il en est plus spécifiquement de l'ÉÉRS, il s'agit d'un instrument qui n'est qu'une courte grille de contrôle (de neuf éléments). Il ne peut pas vraiment être très sensible, d'où un bon nombre de faux positifs.

En terme de gestion, il est cependant raisonnable de courir le risque qu'il y ait trop de faux positifs. En effet, le coût associé au fait d'avoir trop de personnes dépistées comme étant vulnérables (alors qu'une partie seulement est vraiment suicidaire) est moindre que le coût associé au fait de laisser passer à travers les mailles du filet certaines personnes qui seraient très suicidaires. Et ceci est d'autant plus vrai si nous considérons le fait que, parmi les personnes dépistées (mais finalement trouvées non suicidaires), il s'en trouve qui sont très vulnérables à bien d'autres égards. En effet, l'ÉÉRS a une structure qui est peut-être limitée (9 items seulement) mais elle recoupe plusieurs problématiques qui méritent souvent d'être investiguées à un deuxième niveau plus clinique.

Pour ce qui est de la deuxième question posée au début du projet, notons que cette recherche nous a aidé à apprécier les qualités relatives de deux méthodes de dépistage des individus vulnérables en milieu carcéral : un questionnaire comme l'ÉÉRS et un test comme la SPS. Selon l'un ou l'autre des tests statistiques que nous privilégions (régression multiple ou ROC), un instrument ou l'autre est jugé supérieur au niveau psychométrique. Sur la base de ces données scientifiques, les deux méthodes semblent donc équivalentes. Au plan clinique, le questionnaire demande moins de temps à compléter et peut être administré directement par les agents correctionnels (qui ne sont par contre que des informateurs dits de deuxième niveau). Remarquons aussi que l'ÉÉRS est généralement plus sujette à la variabilité de l'expertise des agents correctionnels¹⁰.

¹⁰ Dans l'expérimentation 1, il faut savoir cependant que ce n'était pas le cas. En effet, l'ÉÉRS était complétée alternativement, depuis plusieurs années, par les deux mêmes agents correctionnels du SCC. Ils maîtrisaient donc l'instrument et ils avaient déjà rencontré beaucoup de personnes soumises au stress de l'admission. De plus, un contact direct avec les psychologues (auxquels ils renvoyaient les personnes dépistées) leur avait probablement permis d'ajuster leur jugement sur celui des cliniciens. Ce processus de

En contraste, relevons que les 36 réponses auto-rapportées de la SPS demandent plus de temps pour être colligées et analysées. En fait, dans la première expérimentation présentée ici, la SPS était souvent complétée trois semaines après l'admission. De plus, la SPS nécessite l'apport de psychotechniciens, d'employés qui ont reçu une courte formation technique ou, à tout le moins, d'un logiciel adapté au contexte. Cependant, cet instrument est supérieur au niveau des qualités psychométriques (du moins selon la littérature).

Et ceci nous amène à la troisième question de recherche : quel instrument faut-il choisir? À prime abord, la méthode rapide du questionnaire (ÉÉRS) semble avantageuse, du fait qu'elle est plus économique et qu'elle peut être facilement utilisée pour dépister dès le moment critique de l'admission. Cependant, il ne faut pas oublier que les deux instruments ne détectent pas exactement le même type d'individus vulnérables. En fait, comme l'indique le Tableau 5, l'ÉÉRS dépiste comme étant suicidaires de 12% à 34,7% des personnes admises en milieu carcéral, selon le type d'expérimentation qui a été réalisée. Pour la SPS, c'est de 16,5% à 24,4%.

Tableau 5

Comparaison des personnes incarcérées dépistées avec les deux méthodes

Méthode de dépistage	Expérimentation 1	Expérimentation 2
ÉÉRS		
Tous les cas	56 (12%)	84 (34,7%)
Seulement avec ÉÉRS	42 (9%)	39 (16,1%)
Aussi avec SPS	14 (3%)	45 (18,6%)
SPS		
Tous les cas	77 (16,5%)	59 (24,4%)
Seulement avec SPS	63 (13,5%)	14 (5,8%)
Aussi avec ÉÉRS	14 (3%)	45 (18,6%)
DEUX MÉTHODES		
Total des évaluations complétées	133 (28,5%)	143 (59,1%)
Total des individus évalués	119 (25%)	98 (40,5%)
Total des échantillons	466	242

Il n'y a pas de difficulté à admettre la vulnérabilité de ceux qui sont dépistés avec les deux méthodes (de 3% à 18,6%, selon le contexte). Le fait est, quand même, que de 5,8% à

16,1% de tous les individus incarcérés ont été dépistés seulement par l'une ou l'autre des méthodes. En fait, cela correspond à : de 14,3% (14/98) à 39,8% (39/98) de tous les individus vulnérables. Tout cela signifie donc que les deux méthodes ont leurs caractéristiques et leurs qualités respectives. Une solution pourrait alors être d'utiliser les deux méthodes, spécialement s'il y a déjà un système d'évaluation psychométrique qui est intégré au processus d'admission (comme au CRR lors de l'expérimentation 1). L'autre solution serait de conserver au moins le questionnaire (ÉÉRS) comme procédure de base en prévention du suicide.

Finalement, il faudrait rappeler ici que les résultats présentés plus hauts ne s'appliquent qu'au processus d'admission en milieu carcéral. Le dépistage au moment de l'admission n'identifie probablement qu'un groupe de facteurs de risque, alors que d'autres peuvent apparaître plus tard au cours de l'incarcération. En conséquence, d'autres mesures de prévention doivent être mises en place. L'une d'elle est certainement l'observation quotidienne des indices suicidaires chez les personnes incarcérées. Il faut certes reconnaître l'utilité des instruments de dépistage pour gérer plus facilement une grande quantité d'individus. Cependant, cette méthode de dépistage ne doit pas être utilisée sans qu'un deuxième niveau d'intervention ne soit mis en place, un niveau où l'importance du jugement clinique demeure la norme (Carlson et al., 1999; Correia, 2000). En somme, le dépistage n'est rien sans que ne suivent une évaluation en profondeur et un traitement éventuel. Bien plus, il semble aussi que les questionnaires ou les tests n'augmentent pas la précision du jugement clinique lui-même, comme l'a démontré la recherche de Lebo (1995). C'est pourquoi il ne faut pas confondre dépistage et évaluation.