

Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées dans un établissement de détention provincial

Marc Daigle, 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

et

Gilles Côté, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières
Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal

Octobre 2003

Ce projet a été subventionné par le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE), lui-même bénéficiant d'une subvention de fonctionnement du *Conseil québécois de la recherche sociale* (CQRS). Les auteurs du rapport tiennent à exprimer leur gratitude aux employés et gestionnaires de la *Direction générale des services correctionnels du Québec* qui ont facilité leur travail tout au long de la démarche présentée ici. Leur gratitude s'étend plus particulièrement à Aline White, conseillère spécialisée en milieu correctionnel à l'*Établissement Tanguay* et aux femmes qui y sont incarcérées. Deux assistants de recherche ont réalisé la collecte de données pour ce projet : Mylène Alarie et Sébastien Mailhot. Ce document est disponible auprès du CRISE (www.crise.ca).

Page couverture : ***Le mal de la solitude incomblable***. Oeuvre réalisée par Mylène Couture lors de son incarcération à l'établissement de détention Maison Tanguay (dans le cadre de l'*Atelier d'expression par l'art* de Bénédicte Deschamps, art-thérapeute).

RÉSUMÉ

Ce document analyse les données recueillies auprès de 103 femmes nouvellement incarcérées à l'Établissement de détention Maison Tanguay (Montréal) à l'hiver et au printemps 2001. Il donne un aperçu de leur situation pour ce qui est (1) des troubles mentaux et de la problématique suicidaire, (2) de la façon dont cela est pris en charge et (3) de la complexité reliée à leurs comportements autodestructeurs (incluant automutilations et tentatives de suicide). Pour ce qui est plus précisément de la prévalence des troubles mentaux graves et de l'urgence suicidaire, 15% des femmes étaient identifiées comme nécessitant une certaine prise en charge à leur admission en établissement. La consultation des dossiers institutionnels nous apprenait que, du moins pour la problématique suicidaire, elle était très bien identifiée, ne serait que par l'utilisation d'un formulaire officiel. Pour ce qui est des troubles mentaux, la procédure de filtrage semble cependant avoir été moins efficace en établissement. Ainsi, la majorité des femmes identifiées par les chercheurs comme ayant un trouble mental grave (actuel ou dans le dernier mois) n'avaient pas été évaluées systématiquement par un professionnel de la santé mentale pendant la période que nous avons ciblée. Uniquement en terme de dépistage de leur problématique, 50% seulement d'entre elles seraient reconnues comme telles par les services médicaux de l'établissement. Pour ce qui est des différences entre les hommes et les femmes incarcérés, le constat le plus clair qui se dégage ici est que, si les antécédents de comportements autodestructeurs sont plus nombreux chez les femmes, ils sont relativement semblables lorsque nous retenons une définition plus pointue de la tentative de suicide (définition basée sur l'utilisation de la *Lethality of suicide attempt rating scale*). Même au niveau de la violence exercée contre autrui, les hommes et les femmes étaient relativement au même niveau lorsque était utilisé le critère de la violence autodévoilée plutôt que celui de la condamnation (ou accusation) pour un délit violent. De même, un pourcentage sensiblement égal d'hommes et de femmes souffraient ou avaient souffert au cours du dernier mois d'un trouble mental grave (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire). Pour ce qu'il en est plus spécifiquement des femmes qui ont eu des comportements autodestructeurs, elles sont relativement différentes par rapport aux autres femmes incarcérées. En effet, selon les évaluations réalisées, les premières sont plus à risque suicidaire, plus hostiles, plus impulsives, plus violentes contre autrui, alors qu'elles ont aussi plus de troubles mentaux. Leur vulnérabilité est donc évidente et les résultats présentés ici sont relativement probants. Par contre, il est bien plus difficile de différencier les femmes qui se sont automutilées et celles qui ont fait des tentatives de suicide. Tout au plus a-t-il été démontré de façon significative que les femmes qui faisaient des automutilations obtenaient un certain soulagement de la tension suite à leur comportement autodestructeur. De plus, elles sont les seules à rapporter des antécédents de comportements autodestructeurs qui se sont déjà réalisés sous garde institutionnelle.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	2
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	5
INTRODUCTION	7
1. MÉTHODOLOGIE.....	10
1.1 PARTICIPANTES	10
1.2 INSTRUMENTS.....	14
1.2.1 <i>Suicide Probability Scale</i>	14
1.2.2 <i>Structured Clinical Interview for DSM</i>	15
1.2.3 <i>Échelle d'urgence suicidaire</i>	16
1.2.4 <i>Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral</i>	16
1.2.5 <i>Lethality of Suicide Attempt Rating Scale</i>	17
1.2.6 <i>Grille de prise en charge des clientes en difficulté</i>	19
1.2.7 <i>Questionnaire d'impulsivité de Schalling</i>	19
1.2.8 <i>Hostility and Direction of Hostility Questionnaire</i>	20
1.3 PROCÉDURE	21
1.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	21
2. PRÉVALENCE DE LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE ET DES TROUBLES MENTAUX	23
3. PRISE EN CHARGE DES CLIENTES EN DIFFICULTÉ	30

4. DISTINCTIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES.....	35
4.1 COMPARAISONS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES	42
4.1.1 <i>Troubles mentaux</i>	43
4.1.2 <i>Problématique suicidaire</i>	49
4.2 COMPARAISONS ENTRE LES FEMMES QUI ONT EU OU NON DES COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS.....	53
4.2.1 <i>Troubles mentaux</i>	53
4.2.2 <i>Problématique suicidaire</i>	57
4.2.3 <i>Hostilité, violence, impulsivité et victimisation</i>	58
4.3 COMPARAISONS ENTRE LES FEMMES QUI ONT FAIT DES AUTOMUTILATIONS ET CELLES QUI ONT FAIT DES TENTATIVES DE SUICIDE.....	61
4.3.1 <i>Troubles mentaux</i>	65
4.3.2 <i>Problématique suicidaire</i>	68
4.3.3 <i>Hostilité, violence, impulsivité et victimisation</i>	69
CONCLUSION	72
RÉFÉRENCES.....	77
APPENDICES.....	83
Notes.....	90

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableaux

1. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : caractéristiques socio-démographiques et criminelles	12
2. Critères pour la gravité des tentatives de suicide (LSARS)	18
3. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés: problématique suicidaire et troubles mentaux	24
4. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : moyens utilisés lors de la dernière tentative de suicide	26
5. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : létalité des moyens utilisés	26
6. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : prévalence de l'un au l'autre des troubles mentaux graves	44
7. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)	45
8. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : prévalence des différents troubles de la personnalité	47
9. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés: groupes de troubles de la personnalité	48
10. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : niveau de risque suicidaire	50
11. Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : troubles de la personnalité	54
12. Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : groupes de troubles de la personnalité ...	55
13. Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)	56
14. Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : risque suicidaire	57

15. Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : hostilité	59
16. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : moyens utilisés	62
17. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : létalité des moyens utilisés	62
18. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : troubles de la personnalité	66
19. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : groupes de troubles de la personnalité	67
20. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)	68
21. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : risque suicidaire	69
22. Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : hostilité	70

Graphiques

1. Trois critères pour distinguer les comportements autodestructeurs	39
2. Utilisation de la LSARS pour distinguer les comportements autodestructeurs	40
3. Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés : prévalence des deux types de comportements destructeurs	52

INTRODUCTION

L'étude qui est rapportée ici s'inscrit dans une programmation de recherche qui s'intéresse aux femmes incarcérées et, plus particulièrement, à leur problématique suicidaire et de troubles mentaux. Un volet de cette étude s'intéresse également à la difficile distinction qu'il y aurait à faire entre automutilations et tentatives de suicide. Déjà, en 1998, nous avons documenté certains aspects de la vie carcérale des femmes du Québec et ces résultats avaient été rapportés de diverses façons (Alarie, 2001; Alarie, Daigle, Lefebvre, & White, 2000; Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999a; Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999b; Daigle, Lefebvre, & Alarie, 1999; Lefebvre, 2002; Lefebvre & Daigle, 2000). En 1998, la collecte de données avait été réalisée dans les trois seuls établissements féminins du Québec : l'*Établissement de détention Tanguay* («*Maison Tanguay*»), celui du *Centre des femmes* d'Orsainville et, pour ce qui est de la juridiction fédérale, le *Pénitencier de Joliette*.¹ Cette collecte s'était alors déroulée de façon transversale, c.-à-d. que les femmes *déjà incarcérées* étaient toutes ciblées à un moment précis. Dans l'étude qui est rapportée ici, laquelle correspond à une collecte de données réalisée en 2001 à l'*Établissement Tanguay*, un échantillonnage aléatoire était plutôt réalisé au moment de l'admission des femmes. Cette nouvelle collecte a pu être réalisée grâce à une subvention du *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE), en s'appuyant partiellement sur la méthodologie développée pour étudier la population masculine des établissements de détention de Trois-Rivières et Québec à l'été 2000 (Daigle & Côté, 2002a). Par ailleurs, certains résultats qui

sont présentés ici pour les femmes ont déjà été diffusés autrement (Daigle & Côté, 2002b, 2002c; Mailhot, 2002).²

Rappelons que peu d'études portent sur la problématique suicidaire des femmes incarcérées ou, en parallèle, sur leurs problèmes de santé mentale. Pourtant, on estime généralement dans la littérature que près de la moitié de femmes incarcérées a déjà tenté de se suicider ou bien a fait des automutilations. Les cliniciens et les gestionnaires reconnaissent généralement cette problématique mais n'ont pas toujours une estimation précise de la situation et ils sont peu outillés pour intervenir, notamment avec les clientes qui font des automutilations de façon répétitive. C'est dans ce contexte que ce projet visait à mieux identifier la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées en la mettant en relation avec les troubles mentaux qui peuvent co-exister chez elles. Le projet visait aussi à établir un constat sommaire des interventions réalisées auprès des plus vulnérables d'entre elles. En parallèle, le projet cherchait à mieux distinguer tentatives de suicide et automutilations dans cette population particulière.

Après (1) une description de la méthodologie utilisée, le présent document présente, pour ce qu'il en est des femmes incarcérées à l'*Établissement Tanguay* de Montréal, (2) la prévalence de la problématique suicidaire et des troubles mentaux et (3) la prise en charge des clientes en difficultés. Sur ces deux aspects, le rapport recoupe donc l'information déjà publiée sur la clientèle masculine des établissements de détention provinciaux de Trois-Rivières et Québec (Daigle & Côté, 2002a). Une section supplémentaire (4) présente toutefois un aspect bien particulier à la clientèle des femmes incarcérées, soit la distinction à établir entre les types de comportements

autodestructeurs. Ceci est analysé à l'occasion de différentes comparaisons entre les groupes. Pour établir ce dernier point, des instruments non utilisés précédemment avec la clientèle masculine ont d'ailleurs été ajoutés.

1. MÉTHODOLOGIE

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

1.1 PARTICIPANTES

Un échantillonnage a été constitué de façon aléatoire à partir des 768 femmes admises entre le 26 janvier et le 12 juillet 2001 à la *l'Établissement Tanguay*, centre de détention provincial pour femmes situé à Montréal. Ces 768 femmes ne comprennent pas celles qui étaient réadmisses parce qu'elles purgeaient une sentence discontinue. De ces 768 femmes, 162 ont été sollicitées au hasard pour participer à la recherche et 103 ont accepté. Le taux de participation est donc de 63,6%. Pour ce qui est des 243 hommes incarcérés qui sont notamment utilisés à la parties 4 comme point de comparaison, le taux de participation avait été plus élevé, soit de 74%. Ce dernier taux avait été estimé acceptable, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1991). Aucun élément ne nous permet d'expliquer cette différence de taux entre les populations féminine et masculine.

Le Tableau 1 présente, pour les 103 participantes, l'ensemble des données socio-démographiques. Le même tableau permet de comparer ces données avec celles déjà disponibles pour les 243 hommes incarcérés à Trois-Rivières et Québec. Il y a proportionnellement plus d'hommes prévenus dans cet échantillon (différence significative, $\chi^2(1, N = 346) = 5,16, p = .023$).³ Peu de différences existent entre les deux groupes pour ce qui est des caractéristiques socio-démographiques. Néanmoins, un nombre beaucoup plus important de femmes, soit 73,8%, affirment avoir été sans emploi, étudiantes ou retraitées avant leur incarcération (différence significative, $\chi^2(1, N = 346) = 73,09, p = .001$). Ceci pourrait effectivement refléter un statut socio-économique beaucoup plus précaire chez cette clientèle.

Pour ce qui est de la durée de la sentence, telle qu'elle est rapportée au Tableau 1, il faut voir que 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, il y a une grande hétérogénéité dans ce type de résultats autant chez les hommes (Md = 115,5 jours; étendue = 1075) que chez les femmes (Md = 47; étendue = 1536) alors que la différence entre les groupes est significative statistiquement (Mann-Whitney U = 2634,5, $p = .001$).

Tableau 1

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
caractéristiques socio-démographiques et criminelles**

Variable	Hommes (N = 243)	Femmes (N = 103)
Âge	34,3 (11,3)	35,9 (9,4)
Années de scolarité	9,8 (2,6)	10,9 (2,8)
Célibataire	59,3%	52,4%
Sans emploi, étudiants, retraités	24,7%	73,8%
Sentence en jours	258,8 (267,2)	121,4 (231,5)
Statut : prévenus	50,2%	36,9%
Délit violent	34,6%	19,6%
Violence autodévoilée	50,4%	43,3%
Les données correspondent ici à des pourcentages ou, sinon, à la moyenne et à l'écart type (entre parenthèses).		

Par ailleurs, les délits violents sont identifiés comme tels à partir des seules déclarations des répondants, sans vérification subséquente aux dossiers officiels. Ici, il y a plus d'hommes qui déclarent avoir été accusés ou condamnés pour des délits qui sont considérés «violents» selon la classification officielle de *Statistique Canada* (1992). Il s'agit d'une différence significative, $\chi^2(1, N = 345) = 7,64, p = .006$. En parallèle, nous voyons cependant qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour ce qu'il en est de la violence autodévoilée. Cette dernière perspective

recentre une manière traditionnelle d'apprécier les choses, un peu comme l'ont fait Nicholls, Nikonova, Ogloff, et Ledwidge (2001) dans une étude réalisée cette fois auprès d'hommes hospitalisés en psychiatrie contre leur gré.

Il ne s'agit plus ici de «délits» pour lequel quelqu'un peut être accusé ou condamné mais plutôt du fait d'admettre qu'il a déjà été violent. Plus précisément, il s'agit du pourcentage de personnes qui ont répondu positivement à l'une ou l'autre de ces deux questions : la première est un critère de la personnalité borderline, soit avoir déjà fait «une colère intense et inappropriée ou colère non contrôlée»; la deuxième est un trait de la personnalité antisociale, soit de «l'instabilité et de l'agressivité, tel qu'indiqué par les batailles physiques répétées ou des assauts (non motivé pour son travail ou pour défendre quelqu'un ou soi-même)». Ces deux questions sont posées à l'occasion d'une investigation réalisée avec le questionnaire SCID (défini plus loin).

Ces deux façons de considérer la violence nous donnent donc des points de vue différents. Tel que rapporté dans Mailhot (2002), un geste violent est un comportement qui, normalement, est directement observable; il peut varier du simple fait de pousser quelqu'un jusqu'à des formes plus extrêmes, tel l'homicide (Daigle & Côté, 2000). Les criminologues considèrent le délit violent (sanctionné) mais aussi la violence autodévoilée comme deux mesures des gestes violents. Un délit est un acte commis par un individu qui renvoie à un type spécifique de crime (Siegel & McCormick, 1999). Au Canada, les crimes de violence sont le meurtre, l'homicide involontaire, les tentatives de meurtre, les agressions sexuelles, les voies de fait, les autres infractions d'ordre sexuel, l'enlèvement

et le vol qualifié. Les crimes sont identifiés comme tels dans la classification officielle des crimes (Statistique Canada, 1992). D'autre part, la violence autodévoilée est identifiée lorsqu'un individu révèle des informations sur ses propres activités violentes dans le cadre d'une entrevue confidentielle (Siegel & McCormick, 1999). Ces deux mesures de la violence, utilisées par les criminologues, sont nécessaires car il se peut que le participant ne soit pas condamné (ou accusé) pour un crime violent, mais qu'il ait commis un geste de violence dans le passé.

1.2 INSTRUMENTS

1.2.1 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.

1.2.2 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-IV; American Psychiatric Association, 1994). 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. 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 lors de la collecte de l'an 2000 (Daigle & Côté, 2002a), est total, soit 1. Par ailleurs, pour ce qu'il en est plus précisément du projet réalisé à l'*Établissement Tanguay*, deux questions supplémentaires avaient été rajoutées au SCID, soit : «Avez-vous déjà été abusée physiquement (incluant abus sexuels) ou verbalement? Par qui? À quel âge et pendant combien de temps?» et «Avant l'âge de 18 ans, avez-vous déjà été diagnostiquée comme ayant un trouble d'apprentissage? Un trouble de comportement (conduite)? Un trouble d'hyperactivité?».

1.2.3 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 recherche, un score de 3 et plus (score 3 : «Pensées suicidaires fréquentes; la personne pense au suicide régulièrement chaque jour») signifie que la personne est déjà à urgence dite *élevée*.

1.2.4 Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral

La *Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral (GERS)* de Leavens (1988) 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 *Direction générale des services correctionnels du Québec (DGSC)* dans le cadre de son programme de prévention du suicide. 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 ici la

GERS pour classer les répondantes dans une catégorie de risque qui est qualifié cette fois de *modéré-élevé*.

1.2.5 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 (ou létalité) 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, De Leo, Diekstra, Goldney, Kelleher, Lester, & Nordstrom, 1997). La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée mais aussi 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 consommée. 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. Par ailleurs, pour ce qui est spécifiquement des entrevues réalisées à l'*Établissement Tanguay*, une question était ajoutée pour estimer le niveau de tension avant et après le passage à l'acte : «Quel était votre niveau de tension avant de faire votre geste? (Étiez-vous tendue, angoissée?). Quelques minutes après votre passage à l'acte, comment vous sentiez-vous?» Les réponses à cette question sont

cotées sur une échelle graduée de 1 à 10, le score 10 étant le plus élevé.⁶ Un canevas d'entretien a été construit pour la LSARS à partir notamment d'éléments circonstanciels déjà éprouvés en milieu carcéral (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999a). La fidélité inter-juges, pour 30 protocoles de la LSARS, était de 0,92 (coefficient intra classe) lors de la collecte de l'an 2000 auprès des hommes (Daigle & Côté, 2002a). Au Québec, Labelle et Boyer (1998) ont déjà utilisé le même instrument auprès de 24 jeunes suicidants.

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

1.2.6 Grille de prise en charge des clientes en difficulté

La grille de *Prise en charge des clientes en difficulté*, développée d'abord spécifiquement pour la collecte de l'an 2000 (Daigle & Côté, 2002a), 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 clientes dépistées, principalement dans leurs dossiers sociaux⁷ ou médicaux. Au 31^{ème} 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 la recherche. Par exemple, faire hospitaliser une personne incarcérée ou bien la réincarcérer ensuite est considéré comme une action légitime de prise en charge. Par contre, les mesures prises pendant l'hospitalisation seraient ignorées ici. Seules les journées passées en milieu carcéral sont ainsi prises en compte.

1.2.7 Questionnaire d'impulsivité de Schalling

Le *Questionnaire d'impulsivité* (Schalling, 1993) comprend 8 questions. Dans la présente recherche, seuls les scores bruts ont été utilisés. Le questionnaire de Schalling a notamment été retenu à cause de sa brièveté (voir Appendice 1). Il est extrait d'un questionnaire plus exhaustif, soit le *Impulsiveness and Venturesomeness* de Eysenck et Eysenck (1978).

1.2.8 Hostility and Direction of Hostility Questionnaire

Élaboré par Caine, Foulds et Hope (1967), le *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire* (HDHQ) mesure le niveau d'hostilité et la direction de cette hostilité. Le HDHQ s'inspire d'une conception psychodynamique de l'agression et de l'auto-agression. Ce questionnaire est construit à partir de 51 items du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) auxquels le sujet répond par *vrai* ou *faux*. Il génère par ailleurs cinq sous-échelles. Le niveau d'*hostilité intropunitive* (orientée vers soi) est mesuré à partir des sous-échelles *Critique de soi (CS)* et *Culpabilité exagérée (CE)*. Le niveau d'*hostilité extrapunitive* (orientée vers les autres) est mesuré à partir des sous-échelles *Pulsion d'agir (PA)*, *Critique des autres (CA)* et *Hostilité paranoïde (HP)*. La somme des scores aux cinq sous-échelles génère un score total d'hostilité. L'équation $[(2CS + CE) - (PA + CA + HP)]$ permet aussi d'obtenir un score pour la direction de l'hostilité, score selon lequel un résultat positif révèle une hostilité dirigée davantage vers soi et où un résultat négatif révèle une hostilité surtout dirigée vers les autres. Différentes études attribuent à cet instrument une valeur métrologique adéquate dont celle de Moreno, Fuhrman et Selby (1993); ces derniers rapportent une corrélation test-retest de 0,93. La version française du HDHQ a été réalisée à partir de la version française du MMPI d'où proviennent chacun des items et sa consistance interne apparaît satisfaisante (Vachon, 1997).

1.3 PROCÉDURE

Deux assistants ayant complété leurs études de maîtrise en psychologie, un homme et une femme, ont rencontré en établissement, dans la première semaine de leur incarcération et même dès les premiers jours, les 103 participantes volontaires et choisies au hasard. Ces deux étudiants avaient été formés à l'utilisation des différents tests lors du projet précédent réalisé auprès la population masculine en l'an 2000 (Daigle & Côté, 2002a). La SPS est complétée par les personnes incarcérées elles-mêmes et les assistants complètent les autres instruments à l'occasion d'un entretien avec celles-ci. Les dossiers institutionnels ne sont consultés, 30 jours après leur admission, que pour les femmes dites «en difficulté» et nécessitant une prise en charge, ceci dans le but d'évaluer le type de prise en charge institutionnelle dont elles ont bénéficié. Pour cette dernière étape, seules sont retenues (1) les femmes dépistées comme étant suicidaires (c'est-à-dire cotant 3 et plus à l'*Échelle d'urgence suicidaire*) ou bien (2) celles souffrant ou ayant souffert d'un trouble mental grave dans le mois précédant l'évaluation (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire, identifiés comme tels à l'axe I du DSM-IV).

1.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Un formulaire de consentement (voir Appendice 2) a été signé par chacune des participantes concernées, en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ce projet de recherche n'impliquait pas de dommages prévisibles aux personnes à être rencontrées

aux différentes étapes de réalisation. Les personnes incarcérées étaient 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. Dans ce dernier cas où la personne n'aurait pas déjà été dépistée par le personnel de l'établissement, seules des informations minimales devaient être transmises et uniquement en rapport avec l'urgence suicidaire. En fait, deux femmes seulement ont été identifiées (par les assistants de recherche) comme représentant une urgence suicidaire élevée (cote de 3 ou plus à l'*Échelle d'urgence suicidaire*) au moment de l'évaluation. Dans un des cas, le personnel de l'établissement a signifié qu'il était déjà au courant de la situation. Par ailleurs, le personnel n'était pas avisé des participantes dépistées uniquement sur la base d'un trouble mental. Notons que l'ensemble du personnel avait été rencontré avant l'expérimentation afin d'être sensibilisé aux objectifs du projet.

2. PRÉVALENCE DE LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE ET DES TROUBLES MENTAUX

Pour ce qui est des idéations suicidaires, 50,6% des femmes interviewées à la *Maison Tanguay* 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?» Il s'agit d'un nombre important de femmes mais une situation semblable avait été constatée chez les hommes incarcérés ayant participé au projet de l'été 2000 (voir le Tableau 3). Cependant, ce sont 40,8% (N = 42) des femmes incarcérées qui disent avoir déjà eu un comportement suicidaire au moins une fois au cours de leur vie,⁸ une différence significative par rapport aux hommes, $\chi^2(1, N = 346) = 5,46, p = .019$. En fait, il faudrait peut-être plutôt parler ici de comportements autodestructeurs. D'ailleurs, la signification réelle de cette différence de genre au niveau des comportements sera analysée plus en profondeur à la section 4 du présent rapport, d'autant plus que, comme le démontre le Tableau 3, la gravité de ces comportements est significativement moins élevée ($t(106) = 2,84, p = .005$, bi-directionnel) chez les femmes (du moins pour ce qui est du dernier incident investigué avec la LSARS).⁹ Il s'agit néanmoins 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 des 12,5% des événements (38,2% chez les hommes), la mort était «l'issue probable».

Tableau 3

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés:
problématique suicidaire et troubles mentaux**

Variable	Hommes (N = 243)	Femmes (N = 103)
Idéation suicidaire dans le passé	49,4%	50,6%
Comportement autodestructeur dans le passé	28%	40,8%
Gravité du comportement autodestructeur	4,8 (2,7) 5	3,5 (2,2) 3,5
Risque modéré-élevé selon GERS	12,6%	9,3%
Risque modéré-sévère selon SPS	24,4%	20,6%
Urgence élevée (score 3 et +)	8,2%	2%
Trouble mental grave (1 mois)	14,1%	13,7%
Urgence élevée ou trouble mental grave (1 mois)	17,7%	14,6%

Les 42 femmes qui disent avoir déjà eu des comportements autodestructeurs ont, plus précisément, vécu 3,4 incidents de ce type au cours de leur vie (ÉT = 2,6; Md = 3; étendue = 9), une différence non significative par rapport aux hommes (M = 3,9; ÉT = 5,6; Md = 2; étendue = 29), Mann-Whitney U = 1211, $p = .167$. En fait, 66,7% des 42 répondantes en ont vécu 3 ou moins, mais 9,5% (N = 4) en ont quand même vécu 10 ou plus. Les 141 incidents rapportés par les femmes ont été réalisés pour la plupart dans la communauté (89,4% par rapport à 82,6% chez les hommes), mais un certain nombre

également lors d'une incarcération (3,5% par rapport à 14,7% chez les hommes) ou d'un séjour en centre d'accueil pour jeunes (7,1% par rapport à 2,6% chez les hommes).¹⁰

Quant au dernier incident rapporté par les répondantes, il est survenu, en moyenne, 258 semaines plus tôt (ÉT = 313,6; Md = 150; étendue = 1206), un peu comme chez les hommes (234,9 semaines, ÉT = 301,7; Md = 104; étendue = 1299). La différence n'est pas significative, Mann-Whitney U = 1345,5, $p = .926$. Dans 12,5% des cas, l'événement s'est produit dans le dernier mois et, dans 40% des cas, dans la dernière année.

Les moyens utilisés par les 42 femmes lors de leur dernière tentative (2 données manquantes) ne semblent pas très différents de ceux utilisés par les hommes mais le Tableau 4 indique néanmoins certaines tendances¹¹. Le nombre peu élevé de cas nous incite ici à la prudence et c'est pourquoi ces données sont regroupées au Tableau 5 (en ignorant alors la catégories «autres méthodes» et la combinaison «ingestion, intoxication et pendaison»). Le regroupement est fait en fonction d'une classification plus ou moins discutable de la létalité associée à ces moyens. Dans cette typologie, les ingestions, intoxications et lacérations sont considérées comme des moyens moins létaux (et inversement pour les autres moyens). Nous observons alors que les moyens moins létaux sont plus utilisés par les femmes, mais dans une proportion qui reste non significative $\chi^2(1, N = 103) = 1,14, p = .285$.

Tableau 04

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
moyens utilisés lors de la dernière tentative de suicide**

Moyen	Hommes (N=68)	Femmes (N=40)
Ingestion, intoxication	33,8% (23)	52,5% (21)
Lacération	32,4% (22)	22,5% (9)
Pendaison, étranglement	17,6% (12)	7,5% (3)
Oxyde de carbone	2,9% (2)	2,5% (1)
Saut et précipitation	2,9% (2)	7,5% (3)
Arme à feu	4,4% (3)	0
Véhicule moteur	1,5% (1)	2,5% (1)
Autres méthodes	1,5% (1)	5% (2)
Ingestion, intoxication et pendaison	2,9% (2)	0

Tableau 05

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
létalité des moyens utilisés**

Létalité	Hommes (N=65)	Femmes (N=38)
Moins élevée	69,2% (45)	78,9% (30)
Plus élevée	30,8% (20)	21,1% (8)

Quant au risque suicidaire, il est estimé au Tableau 3 (présenté plus haut) par l'entremise soit de la GERS, soit de la SPS. La GERS révèle que près de 10% des femmes sont à risque *modéré-élevé*, un peu moins que chez les hommes. Quant à l'évaluation réalisée avec un questionnaire validé comme la SPS, elle révèle également de légères différences, tout aussi non significatives. Par ailleurs, il faut noter ici que le type de classification propre à la SPS fait que, pour l'ensemble, deux fois plus d'individus sont considérés à risque *modéré-sévère* qu'avec la classification *modéré-élevé* de la GERS. Il ne s'agit là que d'un artefact dû à la construction interne des instruments. Il n'empêche que, selon qu'un instrument ou l'autre soit retenu, de 10 à 20% des répondants ou des répondantes seraient à risque, du moins à moyen ou à long terme.

L'urgence suicidaire représente par contre une mesure plus immédiate du risque, à plus court terme. Avec cette mesure, nous observons cette fois au Tableau 3 que les femmes seraient significativement moins à risque que les hommes, $\chi^2(1, N = 345) = 4,73$, $p = .03$. En fait, seulement 2% des femmes (2 répondantes) sont identifiées ici comme ayant un score de 3 ou plus à l'*Échelle d'urgence suicidaire*. Elles présentent donc une urgence *élevée*, c'est-à-dire suffisante pour nécessiter une prise en charge, prise en charge qui est évaluée à la section 3 de ce rapport.

Un autre critère de prise en charge qui est retenu dans ce rapport est l'existence d'un trouble mental grave, actuellement ou au cours du dernier mois. Cette évaluation réalisée avec le SCID révèle que 13,7% des femmes présentent ou ont présenté un trouble mental considéré habituellement comme grave. 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. Il s'agit ici de 14 femmes qui, selon l'évaluation du SCID, présentent des troubles considérés comme graves, c.-à-d. nécessitant une prise en charge, à tout le moins médicamenteuse. Si nous retenons même un quinzième cas où une cliente, manifestement très dépressive, a refusé de compléter le SCID, il s'agit alors de 15 cas vulnérables souffrant soit de troubles psychotiques (4,9% des femmes incarcérées, par rapport à 4,1% chez les hommes), soit de dépression majeure (7,8% des femmes par rapport à 6,6% chez les hommes), soit de trouble bipolaire (1,9% des femmes, par rapport à 3,3% chez les hommes).

Notons que, en ne considérant que le trouble mental grave, il y a sensiblement autant de femmes que d'hommes qui sont considérées vulnérables, alors que ce n'était pas le cas avec le critère de l'urgence suicidaire. Certes, le faible nombre de femmes échantillonnées pourrait expliquer, en partie, cette situation. Néanmoins, il faut peut-être considérer également ici les façons différentes dont sont accueillies les personnes incarcérées en établissement, de même que, en parallèle, la façon dont elles ont été sollicitées pour participer à la recherche. Peut-être les femmes étaient-elles prises en charge plus rapidement lors de l'admission à l'*Établissement Tanguay*, dans la première semaine où s'activaient justement les assistants de recherche, rendant celles-ci moins «suicidaires» (selon notre outil d'évaluation) mais pas pour autant exemptes de leur trouble mental grave.¹² Notons aussi que le taux de participation, relativement différent entre l'établissement féminin (Tanguay) et les deux autres établissements masculins (Trois-Rivières et Québec), pourrait signifier qu'un biais de sélection s'est opéré dans l'échantillonnage de recherche, biais qui aurait influencé le profil des clientèles, tel qu'il

apparaît ici. Mais, quoi qu'il en soit, comme le révèle le Tableau 3, c'est finalement 14,6% de la clientèle féminine qui nécessiterait une prise en charge institutionnelle à leur arrivée en établissement, que ce soit à cause d'une urgence suicidaire élevée *ou* d'un trouble mental grave. Ce pourcentage serait très légèrement plus élevé chez les hommes (différence non significative).

3. PRISE EN CHARGE DES CLIENTES EN DIFFICULTÉ

Notons que, quoique dépistées essentiellement parce qu'elles souffraient d'un trouble mental grave, 10 des 15 femmes (66,7%) étudiées ici ont déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Notons également que, de ces 15 femmes qui semblent nécessiter une prise en charge (selon les critères rigides du protocole de recherche), 11 ne sont que prévenues. Les 4 autres ont respectivement des sentences relativement courtes, soit de 26, 41, 68 et 152 jours. Aussi n'es-il pas surprenant que, des 14 femmes qui nous ont autorisés à consulter leurs dossiers après 30 jours, seulement 8 sont encore à l'*Établissement Tanguay* à ce moment-là. Les 6 autres ont été libérées respectivement 2, 6, 13, 21, 24 ou 25 jours après leur admission. Cela signifie donc que, dans cette très courte période de temps, les intervenants n'ont pas nécessairement eu le temps de réaliser ce que nous appelons ici une «prise en charge». Néanmoins, c'est cet élément plus ou moins difficile à définir que nous avons tenté de mesurer de diverses façons, ceci en terme d'activités de dépistage, d'évaluation, de références... Rappelons qu'il s'agit ici d'une optique bien particulière, d'ailleurs essentiellement quantitative, qui est adoptée dans cette démarche de recherche. Cela répond, en fait, à des choix stratégiques de recherche. Ce n'est donc pas nécessairement l'optique clinique ou administrative qui est ou qui doit être adoptée dans les opérations quotidiennes de la DGSC ou d'un autre organisme.

La consultation des dossiers institutionnels, au 31ème jour après l'admission des 14 femmes participantes à ce volet de la recherche,¹³ permet donc de faire certains

constats malgré la difficulté d'estimer la signification réelle des pourcentages avec un aussi faible nombre de cas. Pour ce qui est des dossiers sociaux des femmes, relevons d'abord que, dans 13 de ceux-ci (92,9%), sont retrouvés, bien complétés par un intervenant, les formulaires *Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral*¹⁴ des SCQ. Ceci signifie, pour le moins, que les procédures de dépistage de la clientèle suicidaire sont formellement respectées dans la très grande majorité des cas. Il s'agit d'ailleurs là d'un pourcentage beaucoup plus élevé que ce qui avait été observé (35%) dans le projet précédent auprès des hommes (Daigle & Côté, 2002a).¹⁵ Dans 2 cas, le formulaire GERS a également été complété par le personnel, notamment dans le dossier de la seule cliente que les assistants de recherche avaient identifiée comme étant à urgence suicidaire élevée. Rappelons que le GERS évalue plus en profondeur l'intensité de la problématique suicidaire mais qu'elle n'a pas nécessairement à être complétée par les employés des établissements de détention.

Indépendamment de la présence ou non d'un formulaire officiel, nous retrouvons également aux dossiers sociaux une identification informelle et plus narrative de la problématique suicidaire pour 13 des 14 cas (92,9%). Deux dossiers précisent même qu'il y a un haut risque suicidaire, dont celui d'une femme qui a déjà été dépistée par les assistants de recherche comme étant suicidaire. L'autre dossier a plutôt été identifié par les assistants comme souffrant de dépression majeure. Quoi qu'il en soit, dans ces deux cas particuliers, le personnel a fait une demande de surveillance spéciale. Des plans d'action sont également explicites dans 6 des 14 dossiers (42,9%) et incluent notamment des renvois à faire en psychiatrie, la mise en «mesures de prévention du suicide» ou sous observation, de même qu'un plan d'intervention ciblant par contre un comportement de

nature hétéro-agressive. En termes encore plus quantitatifs, notons que tous les 14 dossiers sociaux contiennent finalement diverses annotations à des moments différents ($M = 14,1$; $ÉT = 20,2$; $Md = 8,5$; étendue = 80) et précisent que des contacts ont été faits avec divers intervenants, essentiellement des ASC (agents des services correctionnels) ($M = 12,4$; $ÉT = 19,3$; $Md = 7$; étendue = 76).

Par ailleurs, 11 dossiers médicaux sur 14 (78,6%) sont retrouvés en institution. Ils contiennent diverses annotations, en moyenne 9,6 ($ÉT = 7,2$; $Md = 9$; étendue = 25). Ces dossiers indiquent que les clientes ont eu, en moyenne, 8,5 contacts avec les infirmières ($ÉT = 6,5$; $Md = 7$; étendue = 21), 0,4 contacts avec un médecin omnipraticien ($ÉT = 0,9$; $Md = 0$; étendue = 3) et 0,73 contacts avec un médecin psychiatre ($ÉT = 1$; $Md = 0$; étendue = 3). En fait, 5 femmes sur 11 ont eu accès à l'un ou l'autre des médecins. Toujours dans ces mêmes 11 dossiers, on retrouve une évaluation complète par un médecin psychiatre pour deux femmes, lesquelles évaluations ont cependant été demandées par la Cour.

Il faut voir que, finalement, seulement 4 femmes (28,6%) sont formellement identifiées aux dossiers médicaux, parmi les 14 femmes qui l'avaient été par les assistants de recherche, comme présentant un trouble mental grave. De ces 4 dossiers, 3 seulement (75%) sont finalisés par un médecin psychiatre. Le premier dossier avait été identifié par les assistants, avec l'aide du SCID, comme présentant une schizophrénie, une agoraphobie et un trouble de personnalité paranoïde. Le médecin omnipraticien, dans ce cas-ci, diagnostique «automutilation et trouble factice». Le deuxième dossier avait été identifié comme présentant un trouble psychotique non-spécifié et un trouble de

personnalité borderline, alors que le médecin psychiatre indique ensuite «affect quelque peu dépressif et évidence de pathologie à l'examen sommaire». Le troisième dossier avait été identifié comme présentant un trouble psychotique non-spécifié, de la polytoxicomanie, un trouble panique, un trouble de personnalité borderline et un trouble de personnalité antisociale, alors que le médecin psychiatre indique «polytoxicomanie, trouble de la personnalité et maladie affective bipolaire». Le dernier dossier avait été identifié comme présentant un trouble bipolaire et un trouble panique, et le médecin psychiatre diagnostique finalement une «maladie affective bipolaire». Selon l'évaluation des médecins, deux cas seulement présenteraient donc un trouble grave, soit la «maladie affective bipolaire» (ou «trouble bipolaire»).

Pour comprendre ces disparités entre les diagnostics, il faut rappeler que le SCID est un instrument très systématique, pointu et long à administrer (120 minutes environ). Il peut donc avoir tendance à identifier plus de diagnostics que dans une évaluation clinique habituelle. De plus, le SCID a été administré par des étudiants qui, quoique ayant complété leurs études en psychologie et une formation spécifique sur le SCID, n'ont pas l'expérience clinique de certains médecins. La consigne était d'ailleurs, pour les étudiants, que l'expérience clinique qu'ils pouvaient avoir acquise (en stage ou autrement) ne devait pas prévaloir sur les critères stricts du SCID. Inversement, il faut voir aussi que le contexte des évaluations réalisées par les médecins pouvait être contraignant, ne serait-ce qu'en terme de temps ou de demandes institutionnelles. De plus, les clientes ne leur révélaient pas nécessairement la même information qu'aux étudiants (mais, par contre, les médecins pouvaient avoir accès aux informations présentes aux dossiers ou rapportées par le personnel médical ou autre). Quoi qu'il en soit, le plus important dans

tout cela est probablement le fait que la majorité des 14 femmes n'ont pas été évaluées systématiquement par un professionnel de la santé mentale pendant la période que nous avons ciblée, soit dans le premier mois suite à leur admission.

Par delà l'identification formelle ou non d'un diagnostic psychiatrique, les dossiers médicaux indiquent que 8 femmes sur 14 (57,1%) avaient une prescription pour une médication d'ordre psychiatrique, qu'elles recevaient cette médication et qu'elles la reçoivent encore à la fin de la période investiguée ici. Cette médication peut, évidemment, avoir été obtenue avant l'incarcération mais cela n'en signale pas moins, indirectement, un trouble d'ordre psychiatrique (que les médecins n'ont pourtant pas indiqué formellement aux dossiers). Ainsi, la médication prescrite pour 7 de ces 8 femmes confirme indirectement la présence d'un trouble mental grave, quoique ce ne soit pas toujours celui établi avec le SCID. Finalement, que ce soit à partir du diagnostic des médecins ou bien à partir des prescriptions retrouvées aux dossiers, il n'y a que 7 des 14 femmes (50%) présentant un trouble mental grave (selon le SCID) qui seraient reconnues comme telles par les services médicaux de l'établissement.

Par ailleurs, notons que, chaque semaine à la *Maison Tanguay*, un *Comité de soins* se réunit afin de discuter des cas jugés «difficiles» et trouver des solutions qui peuvent, dans une certaine limite, aider les pensionnaires. À ce comité, certaines femmes peuvent être effectivement identifiées comme présentant un trouble mental grave mais cela n'enlève pas la nécessité qu'elles le soient aussi aux dossiers médicaux.

4. DISTINCTIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES

Les constats présentés à la section 2 quant aux différences de genre dans la prévalence des comportements autodestructeurs nous amènent donc à nous questionner sur ce qu'est une «tentative de suicide». Comment expliquer que 40,8% des femmes incarcérées, par rapport à 28% des hommes incarcérés, répondent affirmativement à cette question : «Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?»¹⁶ Dans sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (1998, p. 10), le *Ministère de la santé et des services sociaux* (MSSS) du Québec définit la tentative de suicide comme étant : «la situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'*intention* réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son *intention*, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort». En parallèle, les automutilations («self-mutilations, self-injurious, parasuicidal acts») ne seraient qu'une forme morbide d'autoguérison («self-help») selon Favazza (1999). Dans le domaine qui nous préoccupe ici, il n'est cependant pas si facile de déterminer, à partir de ce qui nous est raconté, s'il s'agit d'automutilations ou bien vraiment de comportements qui visent la mort définitive de la personne (et donc alors de tentatives intentionnelles de suicide). Ces deux types de comportements peuvent toutefois être qualifiés de comportements autodestructeurs («self-destructive»), du moins selon la terminologie retenue dans le DSM-IV (page 651).¹⁷ Ces distinctions font néanmoins problème, tant aux niveaux conceptuel que méthodologique.

Au niveau conceptuel, une ambiguïté subsiste donc souvent chez les chercheurs et les intervenants du milieu mais, en premier lieu aussi, chez les personnes qui nous

rapportent ces événements difficiles. S'agit-il d'un ensemble de comportements qui relèvent de la même dynamique ou bien s'agit-il de deux types de comportements bien différents? Dans le premier type d'explication, ces comportements se situeraient simplement sur le même continuum de la «suicidalité» ou de l'«autodestruction», alors que, dans le deuxième cas, ils appartiendraient à des catégories différentes (c'est ce que prétendent notamment Fulwiler, Forbes, Santagelo, et Folstein, 1997). Et, même dans la deuxième optique, il faudrait probablement admettre aussi qu'il y a souvent recoupement («overlapping») des catégories (là-dessus, voir notamment Linehan, 1986). Néanmoins, ces catégories devraient donc être bien caractérisées et identifiables, d'où alors le problème méthodologique.

Au niveau méthodologique. Certes, les personnes qui agissent ces deux types de comportements pourraient éventuellement elles-mêmes avoir des caractéristiques particulières en terme de personnalité ou de traits de personnalité (voir : hostilité, profil particulier identifié au MMPI, etc.).¹⁸ Mais, pour ce qui est des comportements eux-mêmes, comment les caractériser? Il est certain que l'on distingue habituellement les deux types de comportements autodestructeurs d'après le critère de l'intention *déclarée* de mourir. C'est ce que suppose notamment la définition du MSSS (apparentée d'ailleurs à celle de l'*Organisation mondiale de la santé*). Dans des recherches comme celle de Fulwiler et al. (1997), par exemple, c'est aussi le critère privilégié, mais il faut voir que cela peut souvent nous induire en erreur (Smith, Conroy, & Ehler, 1984; Winterbotham, 1989).

En effet, de façon rétrospective, il se peut que les personnes concernées reconstruisent le sens de la réalité vécue, minimisent l'incident, utilisent une défense de déni, soient soumises à un phénomène de désirabilité sociale ou bien mentent carrément pour diverses raisons.¹⁹ Nous savons aussi que la détermination de cette intention, par la personne en cause, peut varier selon le moment où elle est rapportée (immédiatement après l'incident ou, plus tard, lors d'une enquête), selon le moyen utilisé pour la rapporter (journal personnel, rapport officiel, commentaires à l'entourage, version officielle ou non..) et selon son niveau de conscience. De plus, la valeur de cette mesure est encore plus discutable si elle est déterminée uniquement par l'entourage, les intervenants ou les chercheurs.

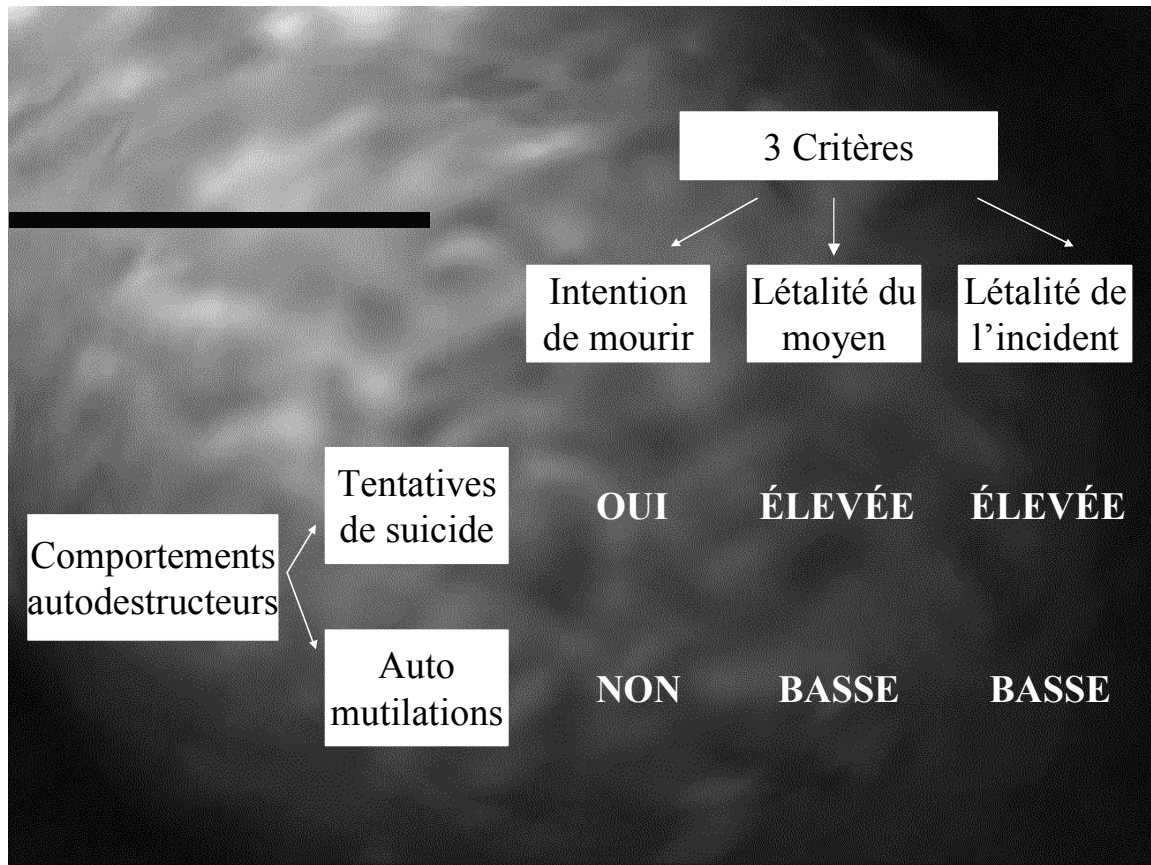
Or, par delà l'«intention de mourir», exprimée plus ou moins clairement ou difficilement interprétable, deux autres critères plus factuels peuvent nous permettre de distinguer les deux types de comportements autodestructeurs qui nous intéressent ici : la létalité du moyen utilisé lors de l'incident et la létalité globale de l'incident. La considération de la létalité du moyen repose sur l'idée que le choix d'un moyen plus léthal correspondrait à un réel désir de mourir. Or, ceci n'est pas nécessairement vrai, compte tenu que des facteurs culturels (sexe, éducation, milieu familial, connaissances des moyens, expériences antérieures, exemples connus...) ou de disponibilité²⁰ peuvent influencer ce choix. Il s'agit donc d'une mesure très factuelle et comportementale qui semble attrayante mais qui ne révèle pas nécessairement le fondement de la démarche à laquelle nous nous intéressons. Par exemple, avec cette méthode de catégorisation, les lacérations pourraient certes être considérées des automutilations typiques mais qu'en serait-il des divers types d'intoxication avec divers médicaments ou drogues?²¹

La létalité globale de l'*incident*, par contre, englobe à la fois la létalité du moyen utilisé et les circonstances plus ou moins aggravantes de l'incident. Il s'agit alors d'un concept plus large mais qui reste basé sur des aspects relativement factuels (excluant donc l'intention de mourir qui est déclarée ou non). La létalité de l'incident peut être estimée en utilisant notamment la *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS), elle-même présentée plus haut dans la section *Méthodologie*. Le Graphique 1 résume finalement la façon dont les trois critères peuvent être utilisés pour distinguer automutilations et tentatives de suicide.

Pour ce qui est de l'utilisation de la LSARS dans cet exercice, sa construction interne nous permet d'avancer qu'un score inférieur à 4 y correspondrait à de l'automutilation, les autres scores (de 4 à 10) correspondant alors à une véritable tentative de suicide (voir Graphique 2). Notons que cette façon de faire n'est cependant ici qu'une hypothèse de travail, hypothèse que les auteurs de la LSARS n'ont jamais précisée eux-mêmes de telle manière. Par contre, les définitions même des différents critères de la LSARS, telles que les auteurs les ont rédigées, suggèrent un regroupement évident. Les critères 0 à 3,5 réfèrent tous à «death is impossible or improbable». Le score 5 réfère à «fifty-fifty probability». Les scores 7 à 10 réfèrent à «probable, highly probable or certainty». Labelle et Boyer (1998) ont traduit cela en trois catégories : faible (0 à 3,5), moyen (5) et élevé (7 à 10). D'où un certain appui pour notre classification : automutilation (0 à 3,5) et tentative de suicide (4 à 10).

Graphique 1

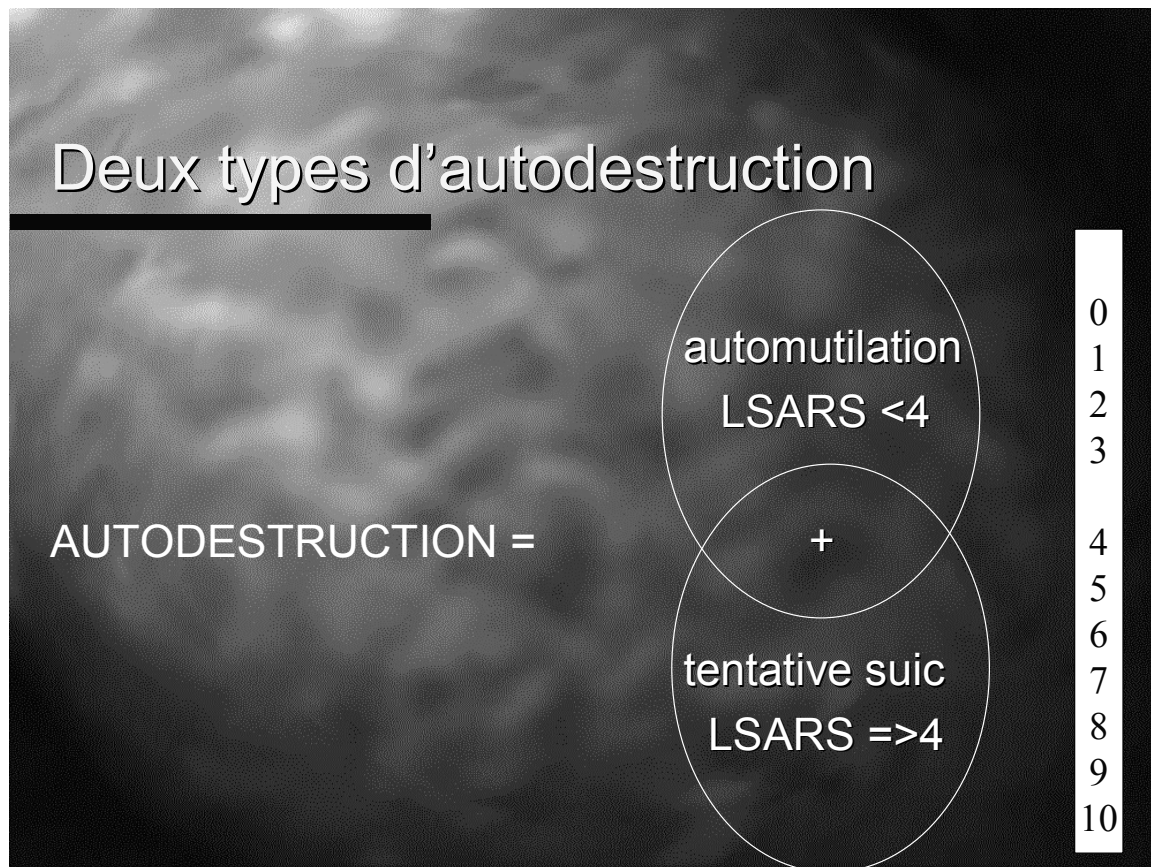
Trois critères pour distinguer les comportements autodestructeurs



Ce faisant, nous utilisons donc ici le terme «automutilation» («self-mutilation») pour signifier que, dans ce premier groupe, ce seraient *surtout* des personnes qui se sont lacéré («slash, superficial cuts») ou brûlé une partie du corps. Cependant, selon la logique plus complexe de la LSARS tenant compte des circonstances, ce pourrait aussi être un autre moyen qui a été utilisé (ingestion, intoxication, et même à la limite pendaison, étranglement, monoxyde de carbone, arme à feu, saut, collision en automobile). Dans une telle conception des choses, ce serait même le terme «self-harm», à la limite, qui pourrait donc être plus approprié que «self-mutilation».

Graphique 2

Utilisation de la LSARS pour distinguer les comportements autodestructeurs



Par ailleurs, il devrait théoriquement y avoir un certain lien entre ces trois conceptions des comportements autodestructeurs, celles reposant sur l'intention déclarée, sur la létalité du moyen utilisé ou sur la létalité de l'incident. Ce lien devrait aussi être vérifiable empiriquement au niveau méthodologique, la variable nominale «intention de mourir»²² évoluant sensiblement dans le même sens que la variable nominale «létalité du moyen utilisé»²³, et que la variable ordinale «létalité de l'incident».²⁴ En parallèle, la variable «létalité du moyen utilisé» devrait également être associée à la variable «létalité de l'incident». C'est pourquoi nous avons testé ces liens empiriques

dans l'échantillon des femmes de la Maison Tanguay, mais aussi en agglomérant les données avec celles des hommes du projet de Daigle et Côté (2002a). En augmentant ainsi l'échantillon des personnes qui avaient eu des comportements autodestructeurs (de 103 à 109 personnes, selon la variable considérée), nous augmentons la «robustesse» de la démarche statistique, la rendant plus apte à révéler de véritables associations.

Pour ce qui est d'abord du lien entre les deux variables nominales «intention» et «létalité du moyen», le degré d'association est faible ($Phi = .280$) quoique significatif statistiquement ($p = .045$, unidirectionnel). Pour ce qui est du lien entre la variable nominale «intention» et la variable à intervalles égaux «létalité de l'incident», le degré d'association est également faible ($Phi = .302$) et n'est pas vraiment significatif ($p = .100$, unidirectionnel).²⁵ Pour ce qui est finalement du lien entre la variable nominale «létalité du moyen utilisé» et la variable à intervalles égaux «létalité de l'incident», le degré d'association dans l'échantillon total est, cette fois, un peu plus élevé ($Phi = .633$) et définitivement significatif ($p = .026$).

Tout cela indique donc que, s'il y a une convergence théorique évidente au niveau des concepts ciblés (intention déclarée, létalité du moyen, létalité de l'incident), elle ne se vérifie pas exactement au niveau empirique. Cela n'empêche pas toutefois que les trois concepts seraient tous reliés d'une certaine façon à la véritable intention (ou non) de mourir, laquelle intention sous-jacente nous permettrait, si elle était bien connue, de distinguer comme il se doit les automutilations des tentatives de suicide.

Nonobstant toutes les difficultés théoriques et méthodologiques évoquées plus haut, les analyses qui suivent ont finalement été faites en utilisant le critère de la létalité de l'incident (estimée avec la LSARS) plutôt que celui de l'intention de mourir ou de la létalité du moyen utilisé. Ces analyses exploratoires comparent (1) les hommes et les femmes, (2) les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs et (3) les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide. Dans les trois types de comparaisons, sont examinés ici (1) les troubles mentaux et (2) la problématique suicidaire, mais aussi, dans les deux derniers types de comparaison, (3) l'hostilité, la violence, l'impulsivité et les antécédents dits de «victimisation». Rappelons que ces quatre derniers thèmes ne sont pas retenus lors de la comparaison hommes-femmes, compte tenu de la non disponibilité des informations pertinentes pour les hommes incarcérés.

4.1 COMPARAISONS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

Les prévalences différentes chez les hommes et les femmes, au niveau des comportements autodestructeurs, pourraient donc s'expliquer par le type de comportements autodestructeurs en jeu. Mais elles pourraient aussi s'expliquer par la présence plus grande de certains types de troubles mentaux chez les hommes et chez les femmes. Dans un premier temps, c'est donc cet aspect qui est exploré ici.

4.1.1 Troubles mentaux

Nous avons vu au Tableau 3 qu'un pourcentage sensiblement égal d'hommes et de femmes incarcérés souffrent ou ont souffert au cours du dernier mois d'un trouble mental grave (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire). L'objectif était alors d'analyser ce constat en fonction de la qualité de la prise en charge qui s'en suivait. Mais, par delà cet aspect évaluatif, il faut aussi s'intéresser à la prévalence de ces troubles mentaux graves tout au cours de la vie des personnes. Le Tableau 6 nous donne cette perspective, alors que nous voyons que jusqu'à 42,2% des femmes de la *Maison Tanguay* sont ainsi diagnostiquées. C'est beaucoup plus que chez les hommes et, cette fois, la différence est bien significative statistiquement, $\chi^2(1, N = 343) = 7,21, p = .007$. Pour ce qui est de ce taux estimé pour les femmes incarcérées à Montréal, il faut voir qu'il est beaucoup plus élevé que ce qu'avait révélé l'étude de Bates (1995) auprès de 167 femmes incarcérées dans une prison américaine («state prison»). Bates elle-même avait estimé que 5% des femmes avaient un problème mental grave ou une «détresse psychiatrique» requérant une attention immédiate. En parallèle, elle estimait que 10% des femmes avaient un problème mental grave, un trouble affectif ou un trouble de la personnalité requérant alors une intervention courante et non intensive en santé mentale («ongoing, non-acute mental health intervention»). Notons toutefois que, dans cette étude américaine, l'évaluation n'a pas été systématique ni formalisée avec un questionnaire comme le SCID. En fait, les données ont été recueillies à partir des dossiers institutionnels officiels, eux-mêmes constitués à partir des opérations routinières de l'établissement («responses to mental health screening»). Pour ce qui est des troubles mentaux graves chez les hommes incarcérés à Québec et Trois-Rivières, leur 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 évoque un taux de 24,6% chez les détenus américains et de 11,3% dans la population générale masculine.

Tableau 6

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
prévalence de l'un au l'autre des troubles mentaux graves**

Variable	Hommes (N = 240)	Femmes (N = 102)
Trouble mental grave (1 mois)	14,1%	13,7%
Trouble mental grave (à vie)	27,4%	42,2%

Le tableau suivant nous permet toutefois de mieux voir sur quoi repose cette différence entre les hommes et les femmes incarcérés au Québec. Ainsi, nous voyons qu'ils se distinguent essentiellement au niveau de la dépression majeure, laquelle est diagnostiquée beaucoup plus souvent au cours de la vie d'une femme (Tableau 7), différence significative, $\chi^2(1, N = 342) = 13,61, p = .001$. En effet, la prévalence est alors presque le double chez les femmes, ce qui représente en soi un facteur de risque important pour les comportements suicidaires. Il s'agit ici de la seule différence qui soit significative statistiquement entre les hommes et les femmes, celle concernant le trouble bipolaire n'atteignant pas ce niveau, $\chi^2(1, N = 342) = 1,35, p = .246$. Même lorsque les quatre types de diagnostics reliés à la psychose sont regroupés, les différences entre les groupes ne sont pas plus significatives, $\chi^2(1, N = 342) = 0,13, p = .717$

Tableau 7

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)**

Trouble mental grave	Hommes (N = 240)	Femmes (N = 102)
Schizophrénie	1,3% (3)	2,9% (3)
Trouble schizo affectif	0,4% (1)	0
Trouble délirant	1,3% (3)	0
Trouble psychotique N.S.	3,7% (9)	3,9% (4)
Dépression majeure	17,1% (41)	35,3% (36)
Trouble bipolaire	4,6% (11)	2,0% (2)

Si la dépression majeure représente, avec la schizophrénie, un facteur de risque important pour les comportements suicidaires, le trouble de personnalité borderline et même le trouble antisocial ne le sont pas moins (Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000). D'où l'intérêt de vérifier ce dernier aspect, alors qu'il est souvent présumé d'emblée qu'un pourcentage plus élevé de femmes incarcérées seront identifiées au trouble de la personnalité borderline. Or, le Tableau 8 nous indique que 28,1% des femmes incarcérées reçoivent ce diagnostic de personnalité borderline. C'est un pourcentage élevé mais c'est presque autant que chez les hommes incarcérés. Cependant, seulement

20,8% des femmes incarcérées reçoivent le diagnostic de personnalité antisociale par rapport à 45,6% des hommes incarcérés (une différence significative, $\chi^2(1, N = 335) = 17,75, p = .001$). Une seule autre différence est significative ($\chi^2(1, N = 335) = 4,04, p = .04$), soit par rapport à la personnalité narcissique, ce qui est logique, compte tenu de l'association habituelle entre personnalité antisociale et personnalité narcissique. Ces deux diagnostics sont identifiés au groupe «théâtral-émotif»²⁶ à l'axe II du DSM.²⁷ Au niveau des autres diagnostics, les différences entre les hommes et les femmes ne semblent pas significatives, compte tenu peut-être de leur faible prévalence. Cependant, lorsque tous les diagnostics sont amalgamés selon la typologie suggérée dans le DSM (Tableau 9), les différences ne sont pas significatives pour le type «anxieux-craintif» ($\chi^2(1, N = 335) = 1,37, p = .24$) mais elles le sont pour le type «bizarre-excentrique» ($\chi^2(1, N = 335) = 4,15, p = .04$) et pour le type «théâtral-émotif» ($\chi^2(1, N = 335) = 7,63, p = .006$).

Notons aussi au passage que, tant chez les hommes que chez les femmes, la prévalence de l'un ou l'autre des troubles de la personnalité est très élevée. Dans la population générale, la prévalence médiane de ces troubles (identifiés à l'axe II du DSM IV) serait de 12,9% (étendue: 6,7% - 33,1%) (Mattia & Zimmerman, 2001). En fait, dans l'échantillon analysé ici, 61,1% des hommes et 46,9% des femmes reçoivent un tel diagnostic (une différence significative, $\chi^2(1, N = 335) = 5,64, p = .02$). En moyenne, les hommes recevaient 1,31 diagnostics (ÉT = 1,46; Md = 1; étendue = 6) et les femmes 0,83 (ÉT = 1,09; Md = 0; étendue = 4), une différence significative, Mann-Whitney U = 9424, $p = .007$.

Tableau 8

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
prévalence des différents troubles de la personnalité**

Trouble de la personnalité	Hommes (N = 239)	Femmes (N = 96)
Évitante	9,6% (23)	5,2% (5)
Dépendante	5% (12)	6,3% (6)
Obsessive-compulsive	9,6% (23)	4,2% (4)
Paranoïde	13,8% (33)	7,3% (7)
Schizotypique	4,6% (11)	1% (1)
Schizoïde	3,3% (8)	2,1% (2)
Histrionique	1,7% (4)	5,2% (5)
Narcissique	9,6% (23)	3,1% (3)
Borderline	28% (67)	28,1% (27)
Antisociale	45,6% (109)	20,8% (20)
Un des troubles	61,1% (146)	46,9% (45)

Tableau 9

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés:
groupes de troubles de la personnalité**

Groupe de trouble de la personnalité	Hommes (N = 239)	Femmes (N = 96)
Anxieux-craintif	20,1% (48)	14,6% (14)
Bizarre-excentrique	19,7% (47)	10,4% (10)
Théâtral-émotif	55,2% (132)	38,5% (37)

Les femmes seraient donc peut-être plus à risque d'émettre des comportements autodestructeurs, si nous nous fions à la prévalence des troubles mentaux graves, plus particulièrement la prévalence de la dépression majeure. Par contre, au niveau des troubles de la personnalité, ce seraient les hommes qui seraient plus à risque.

Notons finalement que Blanchette et Motiuk (1997, cités dans Lefebvre, 2002) ont comparé les femmes et les hommes détenus sous responsabilité fédérale et classifiés comme étant à sécurité maximale, selon neuf indicateurs de tendances suicidaires. «Les analyses ont révélé des différences significatives relativement à six de ces indicateurs, le risque étant jugé, dans chaque cas, plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Constatation la plus frappante, 71% des détenues à sécurité maximale avaient déjà tenté de se suicider, contre seulement 21% de leurs homologues de sexe masculin. En outre, le quart des détenues à sécurité maximale ont exprimé, à l'admission, l'intention de se

suicider, ce qui n'était le cas d'aucun des hommes. De même, 35% des femmes, contre seulement 4% des hommes, présentaient des signes de dépression. On a également noté des différences significatives entre les sexes relativement à trois autres indicateurs qui portaient respectivement sur les interventions psychologiques ou psychiatriques récentes, sur la séparation ou la perte d'un proche subie récemment et sur les problèmes d'ordre juridique causant de graves soucis» (Lefebvre, 2002, p. 26).

4.1.2 Problématique suicidaire

Par delà certains diagnostics spécifiques, le risque suicidaire, évalué avec la *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1998) est significativement plus élevé chez les hommes incarcérés que chez les femmes incarcérées (Tableau 10).²⁸ Il en est de même pour la sous-échelle «idéations suicidaires» de la SPS où les hommes ont un score significativement plus élevé que les femmes. Ceci correspond finalement au fait que 24,4% des hommes ont un risque suicidaire jugé «modéré ou sévère», par rapport à 20,6% des femmes (une différence qui n'est pas significative à ce moment-là).

Cependant, par delà ce risque suicidaire qui serait moins élevé chez les femmes, c'est bien 40,8%²⁹ d'entre elles qui ont déjà eu des comportements autodestructeurs, par opposition à 28% des hommes incarcérés. Or, ce paradoxe apparent pourrait bien s'expliquer par l'intentionnalité ou la létalité respectives des gestes autodestructeurs qui sont rapportés par les hommes et les femmes.

Tableau 10

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
niveau de risque suicidaire**

	Hommes (N = 242)	Femmes (N = 97)	
Désespoir	58,6 (9,7)	56,6 (10,2)	
Idéations suicidaires	57,3 (11,6)	54 (10)	*
Évaluation négative de soi	56,6 (10)	56,2 (10)	
Hostilité	58,4 (11,3)	55,7 (12,8)	
Score total	60,1 (10,8)	57,3 (11,9)	*
* $p < .05$			

En fait, ce sont 70% des femmes (qui avaient eu un comportement autodestructeur) qui affirmaient avoir vraiment eu l'«intention» de mourir lors du dernier passage à l'acte, à peine un peu moins que les hommes (76,8%) (différence non significative). Cet aspect intentionnel ne nous informe donc pas beaucoup. Par contre, la létalité du dernier comportement autodestructeur, estimée avec la LSARS, était significativement moins élevée ($t(106) = 2,84, p = .005$, bi-directionnel) chez les femmes (3,46; ÉT = 2,19; Md = 3,50; étendue = 9) que chez les hommes (4,81; ÉT = 2,67; Md = 5; étendue = 9), d'où l'intérêt d'analyser la chose.

Cette fois, en prenant toujours pour acquis que des scores faibles à la LSARS (0 à 3,5) correspondent plutôt à des automutilations, cela laisserait présumer que 70% des comportements autodestructeurs des femmes sont des automutilations plutôt que des

tentatives de suicide.³⁰ Chez les hommes, ce serait seulement 42,6% des comportements qui pourraient correspondre à des automutilations, une différence significative, $\chi^2(1, N = 108) = 7,56, p = .006$. Vu de cette façon, le pourcentage de personnes incarcérées qui ont fait de «véritables» tentatives de suicide (score 4 à 9 à la LSARS) est alors plus semblable chez les femmes (11,9%) et chez les hommes (16%). La différence entre les deux sexes n'est d'ailleurs plus significative statistiquement à ce moment-là ($\chi^2(1, N = 344) = 9,82, p = .322$), ce qu'illustre le Graphique 3. D'où la pertinence de s'intéresser spécifiquement ensuite (section 4.3) aux deux types de comportements autodestructeurs (CA) qui sont plus particulièrement relevés chez les femmes incarcérées : automutilation (AM) et tentative de suicide (TS).

Par ailleurs, nous avons déjà vu, à la section 1.1 que les hommes incarcérés (34,6%) étaient plus souvent accusés ou condamnés pour des délits violents que les femmes (19,6%). Rappelons que cette différence significative n'existe cependant plus lorsque notre comparaison se fait sur la violence autodévoilée, du moins telle que définie par deux questions extraites du questionnaire SCID. Estimé de cette manière, ce sont alors 50,4% des hommes qui auraient été violents, contre 43,3% des femmes. Quoi qu'il en soit de la manière d'estimer la prévalence de la violence (hétéro-dirigée, dans ce cas-ci), il est intéressant également de vérifier si cela a un lien avec, justement, la violence autodirigée, soit les comportements autodestructeurs. C'est justement ce qu'a fait Sébastien Mailhot dans son mémoire de maîtrise présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, mémoire réalisé à partir des mêmes banques de données qui ont été utilisées ici. Mailhot (2002) a notamment conclu qu'il y a une relation significative entre, d'une part, la violence autodévoilée et, d'autre part, le risque suicidaire ou la présence

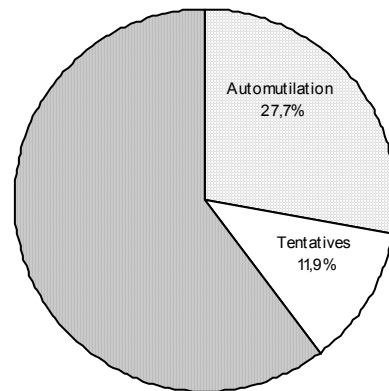
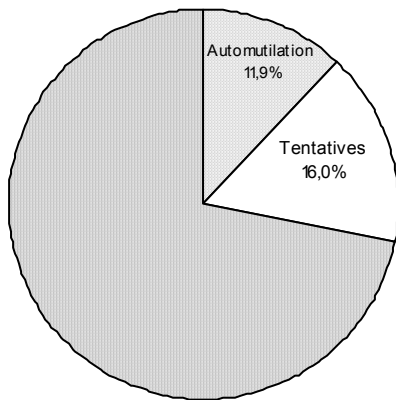
d'une tentative de suicide au cours de la vie, autant chez les hommes que chez les femmes incarcérés. Le même type de relation est observé entre, d'une part, la présence d'un délit violent et, d'autre part, le risque suicidaire ou la présence d'une tentative de suicide. Dans ce dernier cas précis (lien entre délit violent et tentative), la relation n'est cependant pas confirmée statistiquement pour ce qui est des femmes.

Graphique 3

**Comparaisons entre les hommes et les femmes incarcérés :
prévalence des deux types de comportements destructeurs**

Hommes

Femmes



16% - 11,9%

4.2 COMPARAISONS ENTRE LES FEMMES QUI ONT EU OU NON DES COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS

4.2.1 Troubles mentaux

Parmi les 103 femmes interviewées, il y a donc 42 femmes qui ont eu des comportements autodestructeurs (CA). Il y a significativement plus ($\chi^2(1, N = 96) = 4,69, p = .03$) de femmes CA qui reçoivent au moins un diagnostic de trouble de la personnalité (Tableau 11). En moyenne, ces femmes CA reçoivent significativement plus (Mann-Whitney U = 733,5, $p = .004$) de diagnostics de trouble de la personnalité (M = 1,31; ÉT = 1,33; Md = 1; étendue = 4) que les autres (M = 0,55; ÉT = 0,81; Md = 0; étendue = 3). Certaines des prévalences indiquées au Tableau 11 sont trop faibles pour permettre des comparaisons valables entre les groupes. Pour ce qui est cependant du trouble de personnalité borderline, nous pouvons établir qu'il est significativement plus présent chez les femmes CA, $\chi^2(1, N = 96) = 7,59, p = .006$. Il en est de même pour le trouble de personnalité antisociale, $\chi^2(1, N = 96) = 11,39, p = .001$.³¹

Lorsque les diagnostics sont amalgamés selon la typologie suggérée dans le DSM (Tableau 12), les différences ne sont pas significatives pour les femmes « anxieuses-craintives » ($\chi^2(1, N = 96) = 1,09, p = .30$) et les femmes dites « bizarres-excentriques » ($\chi^2(1, N = 96) = 0,74, p = .39$). Cependant, il y aurait tendance à y avoir plus de ces diagnostics chez les femmes CA, une tendance qui est encore plus évidente lorsque l'analyse statistique est refaite pour l'ensemble de ces deux types de diagnostics ($\chi^2(1, N$

= 96) = 1,90, $p = .17$). Pour ce qui est finalement des femmes dites «théâtrales-émotives», elles sont significativement plus nombreuses dans le groupe des femmes CA ($\chi^2(1, N = 96) = 7,04, p = .008$), ce qui était déjà bien évident avec les analyses déjà faites pour les femmes borderlines ou antisociales.

Tableau 11

Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : troubles de la personnalité

Trouble de la personnalité	Sans (N = 60)	Autodestruction (N = 36)
Évitante	3,3% (2)	8,3% (3)
Dépendante	5% (3)	8,3% (3)
Obsessive-compulsive	3,3% (2)	5,6% (2)
Paranoïde	5% (3)	11,1% (4)
Schizotypique	1,7% (1)	0
Schizoïde	1,7% (1)	2,8% (1)
Histrionique	5% (3)	5,6% (2)
Narcissique	1,7% (1)	5,6% (2)
Borderline	18,3% (11)	44,4% (16)
Antisociale	10% (6)	38,9% (14)
Un des troubles	38,3% (23)	61,1% (22)

Tableau 12**Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : groupes de troubles de la personnalité**

Groupe de trouble de la personnalité	Sans (N = 60)	Autodestruction (N = 36)
Anxieux-craintif	11,7% (7)	19,4% (7)
Bizarre-excentrique	8,3% (5)	13,9% (5)
Théâtral-émotif	28,3% (17)	55,6% (20)

Par ailleurs, il y a significativement ($\chi^2(1, N = 102) = 3,92, p = .048$) plus de femmes CA (22%) que les autres (8,2%) chez qui un trouble mental grave a été identifié dans le dernier mois. La même différence significative ($\chi^2(1, N = 102) = 5,46, p = .019$) existe pour la prévalence à vie (56,1% par rapport à 32,8%). Le Tableau 13 indique que cette différence significative est due essentiellement à la prévalence supérieure de la dépression majeure chez les femmes CA. Pour ce diagnostic particulier mais pas pour les autres, la différence est presque significative entre les deux groupes, $\chi^2(1, N = 102) = 3,66, p = .056$. Serin, Motiuk et Wichmann (2002) ont trouvé, chez les détenus masculins des pénitenciers canadiens toutefois, plus d'antécédents psychiatriques dans le groupe de ceux qui s'étaient suicidés ou dans celui de ceux qui avaient tenté de le faire, ceci en comparaison avec un groupe de détenus sans comportement suicidaire. Un peu de la même façon et avec le même type de clientèle, Wichmann, Serin, et Motiuk (2000) ont

trouvé que les délinquants qui tentent de se suicider présentent un vaste éventail de difficultés personnelles et n'ont guère d'habiletés d'adaptation.

Tableau 13

Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)

Trouble mental grave	Sans (N = 61)	Autodestruction (N = 41)
Schizophrénie	1,6% (1)	4,9% (2)
Trouble psychotique N.S.	3,3% (2)	4,9% (2)
Dépression majeure	27,9% (17)	46,3% (19)
Trouble bipolaire	1,6% (1)	2,4% (1)

Quoique cela n'ait pas été vérifié plus en profondeur (le SCID, notamment, n'investiguant pas directement ces aspects), 26,3% des femmes CA déclarent avoir déjà été diagnostiquées, lorsqu'elles étaient jeunes, comme ayant un trouble de conduite. La différence n'est toutefois pas tout à fait significative ($\chi^2(1, N = 98) = 3,48, p = .06$) par rapport aux autres femmes de l'établissement (11,7% ; 5 données manquantes). De même, 7,9% des femmes CA auraient déjà reçu un diagnostic d'hyperactivité, par rapport à 3,3% des autres femmes, une différence non-significative ($\chi^2(1, N = 98) = 1,00, p = .32$). Ce sont finalement 18,4% des femmes CA qui auraient reçu un diagnostic de trouble de

l'apprentissage, par rapport à 10% chez les autres, une différence non-significative, ($\chi^2(1, N = 98) = 1,43, p = .23$). Pour ces troubles de l'enfance, il pourrait donc y avoir une prévalence plus élevée chez les femmes CA.

4.2.2 Problématique suicidaire

Au moment de leur admission en établissement, 4,9% des femmes CA sont en situation d'urgence suicidaire élevée (cote 3 et plus) alors qu'aucune des autres ne l'est. Cette différence n'est pas tout à fait significative cependant ($\chi^2(1, N = 102) = 3,04, p = .08$). Également, le risque suicidaire, à moyen et long termes, est significativement plus élevé chez les premières que chez les autres (Tableau 14). Les différences sont également significatives (tests *t*) aux quatre sous-échelles de la SPS. Ainsi, il y a plus de femmes CA qui représentaient un risque élevé (33,3%) que de femmes témoins (12,1%) ($\chi^2(1, N = 97) = 6,44, p = .01$).³²

Tableau 14

Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs : risque suicidaire

	Sans (N = 58)	Autodestruction (N = 39)	
Désespoir	53,8 (10,2)	60,7 (8,9)	*
Idéations suicidaires	50,1 (8,4)	59,7 (9,5)	*
Évaluation négative de soi	53,6 (9,6)	60,1 (8,9)	*
Hostilité	52,3 (12,1)	60,8 (12,3)	*
Score total	53,7 (11,5)	62,7 (10,5)	*
* $p < .001$			

4.2.3 Hostilité, violence, impulsivité et victimisation

À un test mesurant plus spécifiquement l'hostilité, soit le HDHQ (Tableau 15), les femmes CA obtiennent un score total significativement plus élevé (tests t).³³ Ces différences sont également significatives pour quatre des cinq sous-échelles du HDHQ. Notons ici que ce sont 26,2% des femmes CA qui sont accusées ou condamnées pour un délit violent (pour ce qui est uniquement de la présente incarcération) par rapport à 15% pour les autres, une différence non significative cependant ($\chi^2(1, N = 102) = 1,96, p = .16$). Ce sont par contre 56,8% des femmes CA qui avouent avoir déjà été violentes par rapport à 35% des autres, une différence qui est significative à ce moment-là ($\chi^2(1, N = 97) = 4,41, p = .04$). Notons que Wichmann, Serin, et Abracen (2002) ont trouvé que les femmes suicidaires incarcérées dans un pénitencier canadien ont plus de problèmes d'ordre psychiatrique et qu'elles sont aussi plus violentes que les autres. De même, Wichmann, Serin, et Motiuk (2000) trouvent des indices de violence plus nombreux chez les hommes incarcérés qui ont des antécédents suicidaires : «Dans l'ensemble, les délinquants qui ont tenté de se suicider étaient relativement plus jeunes et avaient moins d'attaches que ceux qui n'avaient pas tenté de se suicider. Dans l'ensemble, les délinquants qui ont tenté de se suicider étaient relativement plus jeunes et avaient moins d'attaches que ceux qui n'avaient pas tenté de se suicider. Ils étaient aussi plus susceptibles d'avoir commis des infractions d'homicide, de vol et de vol qualifié et moins susceptibles d'avoir perpétré des infractions sexuelles ou en matière de drogues. En outre, ils étaient plus susceptibles de purger une peine à perpétuité et d'être classés à un niveau de risque plus élevé au moment de l'évaluation initiale» (p. 4).

Tableau 15

**Comparaisons entre les femmes qui ont eu ou non des comportements
autodestructeurs : hostilité**

	Sans (N = 58)	Autodestruction (N = 38)	
Hostilité extrapunitive	11,9 (5,15)	15,71 (5,03)	***
Pulsion d'agir	4,47 (2,12)	6,24 (2,43)	***
Critique des autres	5 (2,78)	6,03 (2,26)	
Hostilité paranoïde	2,43 (1,55)	3,45 (1,74)	**
Hostilité intropunitive	6,19 (3,8)	8,53 (3,62)	**
Critique de soi	4,29 (2,38)	5,5 (2,35)	*
Culpabilité exagérée	1,9 (1,74)	3,03 (1,67)	**
Hostilité totale	18,09 (8,08)	24,24 (7,16)	***
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$			

Finalement, au *Questionnaire d'impulsivité* de Schalling (8 items), les femmes CA ont un score significativement plus élevé ($M = 4,68$; $ÉT = 2,21$; $Md = 5,5$; $étendue = 8$) que les autres ($M = 3,44$; $ÉT = 2,42$; $Md = 3$; $étendue = 8$). Cette différence est significative, $t(95) = -2,55$, $p = .01$ (bi-directionnel). Il est certain que l'impulsivité est un concept clé dans la compréhension des comportements suicidaires mais aussi des comportements homicides (Schalling, 1993).³⁴ En parallèle, notons que l'impulsivité caractérise aussi les individus présentant un trouble de personnalité antisociale, voire une psychopathie (Hare, 1991) ou un trouble de personnalité borderline (Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999), lesquels troubles sont déjà bien présents dans la population

carcérale. De plus, il est maintenant clairement démontré que l'impulsivité et certains comportements agressifs, hétéro et autodirigés, sont associés à un déficit au niveau du fonctionnement sérotoninergique (Coccaro, Siever, Klar, Maurer, Cochrane, Cooper, Moha, & Davis, 1989; Lesch & Merschdorf, 2000, pour une synthèse).

Par ailleurs, ce sont 89,2% des femmes CA qui disent avoir déjà été «victimisées» auparavant, par rapport à 66,7% des autres. Il s'agit là d'une différence significative, $\chi^2(1, N = 97) = 6,24, p = .01$. En fait, les femmes incarcérées ont précisément répondu à cette question : «Avez-vous déjà été abusée physiquement (incluant abus sexuels) ou verbalement? Par qui? À quel âge et pendant combien de temps?». ³⁵

4.3 COMPARAISONS ENTRE LES FEMMES QUI ONT FAIT DES AUTOMUTILATIONS ET CELLES QUI ONT FAIT DES TENTATIVES DE SUICIDE

Toutes les comparaisons précédentes nous amènent finalement à tenter de comprendre les différences qui peuvent exister, parmi les 42 femmes qui ont eu des comportements autodestructeurs (CA), entre celles qui ont fait des automutilations (AM) et celles qui ont fait des tentatives de suicide (TS). Notons d'abord que les comportements autodestructeurs des 42 femmes CA identifiées plus haut (deux données manquantes) sont assez variés mais correspondent principalement à 21 ingestions/intoxications et à 9 lacérations lors du dernier incident (30 incidents sur 40, soit 75% de l'ensemble). Parmi ces 42 femmes dites CA, la LSARS permet de déterminer que 28 s'étaient automutilées (AM) et que 12 avaient fait une tentative de suicide (TS) (2 données manquantes).³⁶ Nous observons d'abord ici une diversité des moyens utilisés dans les deux groupes (Tableau 16). Ces données sont regroupées au Tableau 17, en fonction d'une classification plus ou moins discutable de la létalité associée à ces moyens. Dans cette typologie, les ingestions, intoxications et lacérations sont considérées comme des moyens moins létaux (et inversement pour les autres moyens). Nous voyons alors que 84,6% des femmes AM ont utilisé des moyens moins létaux, par opposition à 66,77% des femmes TS (les 2 cas d'«autres méthodes» ayant alors été exclus de l'analyse). Une telle différence n'est pourtant pas significative au niveau statistique, $p = .23$ (Test exact de Fisher). Par ailleurs, la tendance observée ici est cohérente avec la manière dont les groupes AM et TS ont été constitués au point de départ, c.-à-d. avec la LSARS dont un des critères est justement le moyen utilisé lors du passage à l'acte.

Tableau 16

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : moyens utilisés

Moyen	Automutilations (N=28)	Tentatives (N=12)
Ingestion, intoxication	53,6% (15)	50% (6)
Lacération	25% (7)	16,7% (2)
Pendaison, étranglement	7,1% (2)	8,3% (1)
Oxyde de carbone	0	8,3% (1)
Saut et précipitation	7,1% (2)	8,3% (1)
Véhicule moteur	0	8,3% (1)
Autres méthodes	7,1% (2)	0

Tableau 17

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : létalité des moyens utilisés

Létalité	Automutilations (N=26)	Tentatives (N=12)
Moins élevée	84,6% (22)	66,7% (8)
Plus élevée	15,4% (4)	33,3% (4)

Les femmes AM rapportent, en moyenne, 3,39 comportements autodestructeurs dans leur vie (ÉT = 2,71; Md = 3; étendue = 9) et les femmes TS 3,08 (ÉT = 2,43; Md = 3; étendue = 9).³⁷ Cette différence n'est cependant pas significative, $t(38) = .34$, $p = .74$ (bi-

directionnel). Au moment du dernier passage à l'acte, l'intention de mourir (2 données manquantes) était présente chez 64,3% des femmes AM et chez 83,3% des femmes TS mais cette différence n'était pas significative, $\chi^2(1, N = 40) = 1,45, p = .23$. La très grande majorité de ces incidents étaient survenus dans la communauté pour les femmes AM (M = 2,86; ÉT = 2,76; Md = 2; étendue = 10) comme pour les femmes TS (M = 3,08; ÉT = 2,43; Md = 3; étendue = 9), une différence non significative toutefois, $t(38) = -.246, p = .81$ (bi-directionnel). En fait, seules les femmes AM (7 sur 28) avaient eu des comportements autodestructeurs alors qu'elles étaient institutionnalisées dans un centre d'accueil, une prison ou un pénitencier (M = 0,54; ÉT = 1,23; Md = 0; étendue = 5). Cette rare différence significative qui est observée entre les deux groupes de femmes indiquerait donc peut-être, chez les femmes AM, une plus grande vulnérabilité à la vie institutionnelle ou, justement, le caractère «réactionnel» de leurs comportements. Cette «réaction» pourrait alors être interprétée comme une fuite de la souffrance ou comme un essai maladroit de reprendre le contrôle sur une situation institutionnelle qui leur échappe. Il va sans dire qu'une telle démarche pourrait alors être qualifiée de «manipulatrice» par certains.

Avant le passage à l'acte autodestructeurs, la tension ressentie (6 données manquantes) était plus élevée (sur une échelle graduée de 1 à 10) chez les femmes AM (M = 8,78; ÉT = 1,65; Md = 10; étendue = 5) que chez les femmes TS (M = 7,45; ÉT = 3,11; Md = 8; étendue = 9) mais sans que ce ne soit statistiquement significatif (Mann-Whitney U = 100,5, $p = .30$). Il n'empêche qu'il y a là une tendance intéressante qui demeure toutefois à confirmer. À partir d'un niveau de tension qui, somme toute, est relativement élevé dans les deux cas, ce sont finalement 95% des femmes AM qui disent avoir connu une diminution *ou une stabilisation* de celle-ci suite au passage à l'acte.

Comparativement à 63,6% chez les femmes TS, il s'agit là d'une deuxième différence significative entre les deux groupes (11 données manquantes), $p = .04$ (Test exact de Fisher). Si nous ne tenons pas compte d'une soi-disant «stabilisation» de la tension, ce sont quand même 70% des femmes AM qui ont connu une réelle diminution de la tension par rapport à 54,5% des femmes TS (différence non significative cette fois, $\chi^2(1, N = 31) = 0,74, p = .39$). Dans l'ensemble, il semble donc que, tel qu'estimé par les femmes elles-mêmes, le niveau de tension était très élevé avant le passage à l'acte et que, après coup, il avait diminué surtout chez les femmes AM. Rappelons que des auteurs comme Brain, Haines et Williams (1998), par exemple, ont démontré que les comportements automutilatoires sont maintenus à cause d'une qualité propre à ces gestes, soit de réduire la tension psychophysiologique et psychologique. C'est un peu ce qui est démontré ici malgré le fait que l'outil utilisé (une auto-évaluation sur une échelle graduée de 1 à 10) n'est pas nécessairement très sensible ou raffiné pour bien estimer la complexité d'une situation imprégnée notamment d'anxiété et d'impulsivité.

Toujours par rapport à ce dernier incident autodestructeur (2 données manquantes), 78,6% des femmes AM disent avoir été dépressives au moment du passage à l'acte par rapport à 91,7% des femmes TS (différence non significative, $\chi^2(1, N = 40) = 1,00, p = .32$).³⁸ De plus, 42,9% des femmes AM disent avoir souffert lors du passage à l'acte par rapport à 66,7% des femmes TS (différence non significative, $\chi^2(1, N = 40) = 1,91, p = .17$). Finalement, 32,1% des femmes AM disent avoir eu peur de mourir mais seulement 25% des femmes TS disaient la même chose (différence non significative, $\chi^2(1, N = 40) = 0,20, p = .65$).

4.3.1 Troubles mentaux

Le Tableau 18 recense les diagnostics de troubles de personnalité établis avec l'aide du SCID-II (6 données manquantes; certaines femmes ont plus d'un diagnostic). Pour ce qui est des deux troubles qui se retrouvent le plus souvent dans cette population, notons que, sans que ne soit significatif statistiquement, il semble y avoir plus de diagnostics de personnalité antisociale chez les femmes AM ($\chi^2(1, N = 36) = 0,46, p = .50$) et, inversement, plus de diagnostics de personnalité borderline chez les femmes TS ($\chi^2(1, N = 36) = 0,17, p = .68$). Relevons ici que le caractère possiblement antisocial des femmes AM pourrait être mis en relation avec le fait qu'elles sont seules à avoir agi des comportements autodestructeurs en institution, peut-être justement sur un mode réactionnel (voir plus haut). Pour ce qui est des autres diagnostics, leur faible prévalence ne justifie pas des comparaisons judicieuses (quoique la situation particulière du trouble paranoïde sera discutée plus loin). Notons aussi que ce sont 61,5% des femmes AM qui ont au moins un trouble de la personnalité par rapport à 60% des femmes TS, une différence non significative ($\chi^2(1, N = 36) = 0,01, p = .93$). En moyenne, les femmes AM ont reçu 1,35 diagnostic (ÉT = 1,33 ; Md = 1 ; étendue = 4) et les femmes TS 1,20 (ÉT = 1,40; Md = 1; étendue = 4), une différence non significative, $t(34) = 0,29, p = .77$ (bi-directionnel). Lorsque les diagnostics sont regroupés selon la typologie suggérée dans le DSM (Tableau 19), les différences ne sont toujours pas significatives entre les groupes, pour ce qui est du type anxieux-craintif, $\chi^2(1, N = 36) = 0,79, p = .38$, du type bizarre-excentrique, $\chi^2(1, N = 36) = 0,18, p = .68$, et du type théâtral-émotif $\chi^2(1, N = 36) = 0,11, p = .74$. Il n'en reste pas moins que la prévalence des deux premiers types de diagnostics

semble plus élevée chez les femmes AM, ce qui ne se confirme pourtant pas statistiquement, même en compilant les deux types, $\chi^2(1, N = 36) = 0,73, p = .39$.

Tableau 18

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : troubles de la personnalité

Trouble de la personnalité	Automutilations (N = 26)	Tentatives (N = 10)
Évitante	11,5% (3)	0
Dépendante	7,7% (2)	10% (1)
Obsessive-compulsive	3,8% (1)	10% (1)
Paranoïde	15,4% (4)	0
Schizotypique	0	0
Schizoïde	0	10% (1)
Histrionique	7,7% (2)	0
Narcissique	3,8% (1)	10% (1)
Borderline	42,3% (11)	50% (5)
Antisociale	42,3% (11)	30% (3)
Un des troubles	61,5% (16)	60% (6)

Tableau 19

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : groupes de troubles de la personnalité

Groupe de trouble de la personnalité	Automutilations (N = 26)	Tentatives (N = 10)
Anxieux-craintif	23,1% (6)	10% (1)
Bizarre-excentrique	15,4% (4)	10% (1)
Théâtral-émotif	53,8% (14)	60% (6)

Par ailleurs, il y a autant de femmes AM (17,9%) chez qui un trouble mental grave a été identifié dans le dernier mois que de femmes TS (18,2%), $\chi^2(1, N = 39) = 0,001, p = .98$, 3 données manquantes. Il y a 50% des femmes AM chez qui un trouble mental grave a été identifié à vie par rapport à 63,6% chez les femmes TS, une différence non significative, $\chi^2(1, N = 39) = 0,59, p = .44$.³⁹ Le tableau suivant indique qu'il s'agit ici essentiellement de dépression majeure (différence non significative). Ce sont 29,6% des femmes AM qui déclarent avoir déjà été diagnostiquées, lorsqu'elles étaient jeunes, comme ayant un trouble de conduite. La différence n'est toutefois pas significative par rapport aux femmes TS de l'établissement (18,2% ; 4 données manquantes), $\chi^2(1, N = 38) = 0,53, p = .47$. Ce sont 18,5% des femmes AM qui déclarent avoir déjà été diagnostiquées comme ayant un trouble d'apprentissage, par rapport à 18,2% des femmes TS, une différence non significative, $\chi^2(1, N = 38) = 0,001, p = .98$. Finalement, ce sont 7,4% des femmes AM qui déclarent avoir déjà été diagnostiquées comme ayant

un trouble d'hyperactivité, par rapport à 9,1% des femmes TS, une différence non significative, $\chi^2(1, N = 38) = 0,03, p = .86$.

Tableau 20

**Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations
et celles qui ont fait des tentatives de suicide :
prévalence des différents troubles mentaux graves (à vie)**

Trouble mental grave	Automutilations (N = 28)	Tentatives (N = 11)
Schizophrénie	3,6% (1)	0
Trouble psychotique N.S.	7,1% (2)	0
Dépression majeure	42,9% (12)	63,6% (7)
Trouble bipolaire	0	0

4.3.2 Problématique suicidaire

Au moment de leur admission en établissement, 8,3% des femmes TS sont en situation d'urgence suicidaire élevée (cote 3 et plus) alors qu'aucune des femmes AM ne l'est (2 données manquantes), une différence non significative statistiquement ($p = .30$, Test exact de Fisher) mais qui nous interpelle néanmoins. Le risque suicidaire est le même chez les femmes AM et TS, tant pour le score total que pour les sous-échelles de

la SPS (Tableau 21). Ce sont 40,7% des femmes AM qui sont à risque modéré ou sévère (toujours selon la SPS), contre 18,2% chez les femmes TS. Cette différence n'est pourtant pas significative $\chi^2(1, N = 38) = 1,77, p = .18$.

Tableau 21

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : risque suicidaire

	Automutilations (N = 27)	Tentatives (N = 11)
Désespoir	61,52 (7,41)	61,18 (9,31)
Idéations suicidaires	60,04 (9,61)	60,27 (8,89)
Évaluation négative de soi	61,44 (7,62)	59,64 (7,07)
Hostilité	60,7 (12,58)	62,82 (10,71)
Score total	64,07 (7,27)	63,45 (8,72)

4.3.3 Hostilité, violence, impulsivité et victimisation

L'hostilité est également semblable dans les deux groupes pour ce qui est du score total et des sous-échelles du HDHQ (Tableau 22). Il y a cependant une tendance à y avoir plus d'hostilité paranoïde chez les femmes AM, $t(36) = 1,45, p = .16$ (bi-directionnel). Ceci pourrait correspondre au fait, relevé plus haut, qu'il y a 4 femmes AM (15,4% de l'ensemble des femmes AM) qui ont un trouble de personnalité paranoïde par rapport à aucun cas chez les femmes TS (différence non significative, $p = .56$, test exact de Fisher). Notons aussi que 32,1% des femmes AM sont accusées ou condamnées pour un délit violent (incarcération actuelle) par rapport à 16,7% pour les femmes TS, une

différence non significative, $\chi^2(1, N = 40) = 1,01, p = .32$. De même, 63% des femmes AM disent avoir déjà été violentes par rapport à 40% des femmes TS, une différence non significative, $\chi^2(1, N = 37) = 1,67, p = .21$.

Tableau 22

Comparaisons entre les femmes qui ont fait des automutilations et celles qui ont fait des tentatives de suicide : hostilité

	Automutilations (N = 27)	Tentatives (N = 11)
Hostilité extrapunitive	16,19 (4,96)	14,55 (5,24)
Pulsion d'agir	6,26 (2,43)	6,18 (2,56)
Critique des autres	6,22 (2,17)	5,55 (2,50)
Hostilité paranoïde	3,70 (1,71)	2,82 (1,72)
Hostilité intropunitive	8,41 (3,49)	8,82 (4,09)
Critique de soi	5,37 (2,29)	5,82 (2,56)
Culpabilité exagérée	3,04 (1,63)	3 (1,84)
Hostilité totale	24,59 (7,03)	23,36 (7,75)

Finalement, le score d'impulsivité, tel que relevé au *Questionnaire d'impulsivité*, est semblable (Mann-Whitney U = 135,5, $p = .67$) chez les 27 femmes AM (M = 4,74; ÉT = 2,36; Md = 6; étendue = 8) et les 11 femmes TS (M = 4,55; ÉT = 1,86; Md = 4; étendue = 6). Seuls les items 1 («Est-ce que vous vous retrouvez souvent dans le pétrin (dans le trouble) parce que vous faites des choses sans réfléchir?») et 3 de ce questionnaire («La plupart du temps, est-ce que vous parlez avant d'avoir pensé à ce que vous allez dire?») nous indiquent une certaine tendance. Chez les femmes AM, 51,9% répondent

affirmativement à l'item 1, par rapport à 72,7% chez les femmes TS, ce qui n'est pourtant pas significatif, $\chi^2(1, N = 38) = 1,40, p = .24$. À l'item 3, ce sont 48,1% des femmes AM qui répondent affirmativement, par rapport à 27,3% de femmes TS, une différence qui n'est toujours pas significative statistiquement, $\chi^2(1, N = 38) = 1,40, p = .24$. Ce sont 84,6% des femmes AM qui disent avoir déjà été abusées physiquement ou verbalement, par rapport à 100% des femmes TS (différence non significative, $p = .30$, Test exact de Fisher).

CONCLUSION

Le présent rapport donne finalement un aperçu très réaliste de la situation des femmes incarcérées à Montréal pour ce qui est (1) des troubles mentaux et de la problématique suicidaire, (2) de la façon dont tout cela est pris en charge et (3) de la complexité reliée à leurs comportements autodestructeurs. Pour ce qui est plus précisément de la prévalence des troubles mentaux graves et de l'urgence suicidaire, 15% des femmes sont identifiées à leur admission en établissement comme nécessitant une prise en charge. Ce critère relativement rigoureux, quoique non établi sur l'approche clinique habituelle, sert ensuite à vérifier les actions qui ont été prises en établissement. La consultation des dossiers institutionnels nous apprend ainsi que, du moins pour la problématique suicidaire, elle est très bien identifiée, ne serait-ce que par l'utilisation d'un formulaire officiel. Une analyse plus approfondie indique également qu'un travail clinique a été entrepris pour la majorité de ces femmes.

Pour ce qui est troubles mentaux présents ou ayant été présents au cours du dernier mois, la procédure de filtrage semble cependant avoir été moins efficace en établissement. Ainsi, la majorité des femmes identifiées comme ayant un trouble mental grave (actuel ou dans le dernier mois) n'ont pas été évaluées systématiquement par un professionnel de la santé mentale pendant la période que nous avons ciblée. Uniquement en terme de dépistage de leur problématique, 50% seulement d'entre elles sont reconnues comme telles par les services médicaux de l'établissement. Ce pourcentage est d'ailleurs établi à partir des indices de prescriptions médicamenteuses notés aux

dossiers plutôt qu'à partir des véritables diagnostics des médecins, lesquels étaient rares. D'où ici la nécessité, pour les gestionnaires de l'institution, de vérifier les ressources disponibles à ce niveau ou, sinon, d'améliorer la façon d'annoter les dossiers médicaux. Il se peut, en effet, que ce soit ce dernier aspect qui n'ait pas rendu justice au travail réalisé par le personnel médical. Rappelons que, lors de l'étude réalisée auprès des hommes incarcérés (Daigle & Côté, 2002a), une situation semblable avait été relevée. Les auteurs rappelaient toutefois alors qu'il en allait là d'une responsabilité plus large de la société, celle-ci ne devant pas remettre uniquement aux services correctionnels le fardeau de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux graves (Daigle & Côté, 2001).

Pour ce qui est des différences entre les hommes et les femmes incarcérés, le constat le plus clair qui se dégage ici est que, si les antécédents de comportements autodestructeurs sont plus nombreux chez les femmes, ils sont relativement semblables lorsque nous retenons une définition plus pointue de la tentative de suicide. Certes, cette définition repose sur l'utilisation de la LSARS, un instrument encore perfectible, mais nous avons vu qu'il s'agissait là d'un compromis très utile par rapport aux concepts d'intention déclarée ou de moyen utilisé lors de l'incident. Une fois cette distinction établie, la situation des femmes semble relativement semblable à celle des hommes lors de l'admission en établissement carcéral. Ainsi, même au niveau de la violence exercée contre autrui, les hommes et les femmes sont relativement au même niveau lorsqu'est utilisé le critère de la violence autodévoilée plutôt que celui de la condamnation (ou accusation) pour un délit violent. De même, un pourcentage sensiblement égal d'hommes et de femmes souffrent (ou ont souffert au cours du dernier mois) d'un trouble mental

grave (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire). En terme de besoin d'être pris en charge, il y a même plus d'hommes que de femmes identifiés pour ce qui est de l'urgence suicidaire élevée, sans compter que le risque suicidaire (estimé avec la SPS) est plus élevé chez ceux-ci. Même au niveau des troubles de la personnalité, ils sont également plus fréquents chez les hommes, sans que ne soit même confirmée une présomption clinique voulant qu'il y ait plus de troubles de personnalité borderline chez les femmes incarcérées. Par delà la situation vécue lors de l'admission, il y a cependant significativement plus de femmes qui ont eu des troubles mentaux graves au cours de leur vie, essentiellement des dépressions majeures. De plus, les femmes avaient probablement un statut socio-économique plus bas avant leur incarcération.

Pour ce qu'il en est plus spécifiquement des femmes qui ont eu des comportements autodestructeurs, elles sont relativement différentes par rapport aux autres femmes incarcérées. En effet, selon les évaluations réalisées, les premières sont plus à risque suicidaire, plus hostiles, plus impulsives, plus violentes contre autrui, alors qu'elles ont aussi plus de troubles mentaux. Leur vulnérabilité est donc évidente et les résultats présentés ici sont relativement probants.⁴⁰

Par contre, il est bien plus difficile d'identifier les caractéristiques qui seraient propres aux femmes qui se sont automutilées ou à celles qui ont fait des tentatives de suicide. Il est vrai qu'il se peut que, au point de départ, elles n'aient pas été toutes bien classifiées comme telles avec la méthodologie retenue ici (utilisation de la LSARS pour départager les comportements autodestructeurs).⁴¹ De plus, il est certain que la petite taille de l'échantillon (dans le sous-groupe des femmes ayant déjà eu l'un ou l'autre des

comportements ciblés) a nui à l'identification significative des différences potentielles (problème de puissance statistique). Ceci étant dit, il était présumé que, les deux types de comportements répondant à des dynamiques possiblement différentes, les personnes associées à ces dynamiques se différencieraient selon certaines caractéristiques. Or, cela n'a pas vraiment pu être démontré de façon statistiquement significative. Tout au plus avons nous pu démontrer que les femmes qui faisaient des automutilations obtenaient un certain soulagement de la tension suite à leur comportement autodestructeur. De plus, elles sont les seules à rapporter des antécédents de comportements autodestructeurs qui se sont déjà réalisés sous garde institutionnelle. Néanmoins, certaines tendances (qui sont donc non significatives statistiquement) mériteraient pourtant d'être ré-analysées avec des échantillons plus vastes. Ainsi en est-il du fait que les femmes qui s'automutilent ressentent plus de tension avant le geste, sont peut-être plus antisociales, violentes ou paranoïdes, mais sont moins d'humeur dépressive ou ont moins de troubles mentaux graves dans leur vie; elles seraient également moins jugées suicidaires dans l'immédiat (lors d'une entrevue) tout en ayant des scores de risque suicidaire élevés (lors des tests).⁴²

D'autres recherches peuvent donc être envisagées sur les mêmes thématiques qui ont été abordées ici. Cette fois, il faudrait notamment augmenter l'échantillon en nombre et en diversité, utiliser un instrument plus raffiné pour estimer l'impulsivité, investiguer plus que le dernier événement autodestructeur, tester encore mieux la valeur de la variable «intention déclarée» et, finalement, procéder en parallèle avec des mesures plus qualitatives.

Pour ce qui est plus précisément de l'impulsivité dans les différents groupes, elle pourrait probablement être mesurée avec plus de justesse avec un test plus élaboré que celui de Schalling. Dans la présente recherche exploratoire, ce dernier test avait été retenu principalement à cause de sa brièveté (8 items auxquels on répond par «vrai» ou «faux») afin de laisser plus de temps pour les aspects de prévalence et de prise en charge. Quoiqu'il n'y ait pas consensus sur ce qu'est vraiment l'impulsivité (Herpertz, Sass, & Favazza, 1997), le *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS; Barratt, 1985), par exemple, pourrait nous fournir dans une future recherche des éléments plus spécifiques, notamment sur l'impulsivité motrice, l'impulsivité cognitive et l'impulsivité de non planification. Le BIS comprend 30 items offrant quatre choix de réponses : rarement/jamais, occasionnellement, souvent, presque toujours/toujours. Il peut être complété par le sujet lui-même (auto-évaluation), par un de ses proches et par le clinicien. Au Québec, la BIS est déjà utilisée en milieu clinique et dans certaines recherches. De même, il pourrait être envisagé d'explorer cette impulsivité à l'aide de tests projectifs, lesquels ont notamment la propriété d'empêcher la modification volontaire des réponses, du fait de l'ambiguïté des stimuli qui sont présentés.

RÉFÉRENCES

- Alarie, M. (2001). *Les comportements suicidaires chez les femmes incarcérées. Mémoire déposé à l'Université du Québec à Trois-Rivières*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Alarie, M., Daigle, M. S., Lefebvre, P., & White, A. (2000). Les comportements suicidaires chez les femmes incarcérées. *Actes du Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. S'entendre pour agir* Québec: <http://www.cam.org/~suicide/programme.html>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth edition*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Barratt, E. S. (1985). *Impulsiveness subtraits: arousal and information processing*. In J. T. Spence et C. E. Izard, C. E., *Motivation, emotion, and personality* (pp. 137-146). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Bates, R. E. (1995). *Prevalence and correlates of mental disorder among incarcerated women. Thesis*. Washington: University of Washington.
- Blanchette, K., & Motiuk, L. (1997). *Détenus à sécurité maximale sous responsabilité fédérale: Comparaison entre les sexes*. Ottawa: Service Correctionnel du Canada.
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, 4(3), 227-242.
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1871-1877.
- Caine, P. M., Foulds, G. A., & Hope, K. (1967). *Manual of the Hostility and direction of hostility questionnaire*. London: University of London Press.
- Caron, S. (2002). *Le diagnostic différentiel des détenus québécois ayant fait une tentative de suicide ou une automutilation. Mémoire déposé à l'Université du Québec à Trois-Rivières*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- 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.
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity*. New York: Mosby.
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B., Moha, R. C., & Davis, K. L. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 587-599.

- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., & Thomas, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. *Child Abuse and Neglect*, 25(10), 1291-1302.
- Côté, G., Hodgins, S., Daigle, M. S., & Abdous, B. (2003). *Facteurs de risque et comportements violents chez les sujets atteints de troubles mentaux graves. Rapport présenté au FRSQ.*
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1998). *Suicide probability scale (SPS) manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Daigle, M. S. (1996). Comparing tests results of inmates dead by suicide, those having attempted and those having not. *Proceedings of the Second annual International colloquium on Aggression, mental illness and psychiatric intervention*. Montreal.
- Daigle, M. S., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999a). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(3), 41-45.
- Daigle, M. S., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999b). Tentatives de suicide et automutilations chez les femmes incarcérées. *XXIVth International Congress of Law and Mental Health* Toronto: http://www.ialmh.org/en_paris98_Sessions_details-2.htm.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2000). *L'expression de la violence en contexte carcéral. Une approche intégrée et une modélisation*. Québec: Ministère de la sécurité publique du Québec.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Suicide 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. (2002a). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2002b). L'autodestruction chez les femmes incarcérées. Distinctions entre automutilations et tentatives de suicide. *10^{ème} Colloque de l'Association québécoise de suicidologie*. Hull.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2002c). Self-destructiveness among female inmates. *2nd International Association of Forensic Mental Health Services Congress*. Munich.
- Daigle, M. S., Lefebvre, P., & Alarie, M. (1999). Auto et hétéro-agressivité chez les femmes incarcérées. *Annales de l'ACFAS 1999*. <http://www.acfas.ca/congres67/c1987.htm>.
- Edman, G., Asberg, M., Levander, S., & Schalling, D. (1986). Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 586-592.

- Engström, G., Persson, B., & Levander, S. (1999). Temperament traits in male suicide attempters and violent offenders. *European Psychiatry, 14*(5), 278-283.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Report, 43*, 1247-1255.
- Favazza, A. R. (1999). Self-mutilation. In G. Douglas, et M. D. Jacobs (Eds), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 125-145). San Francisco: Jossey-Bass.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV. Version non-patient. SCID-I/NP (version 2.0)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Fruehwald, S. (2002). Did previous suicidal behaviour have relevance in prison suicides? *XXVIIth International Congress on Law and Mental Health*. Amsterdam: <http://www.ialmh.org/amsterdam2002/congressprogram.htm>.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santagelo, S. L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 25*(1), 69-77.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*. Toronto, Ont.: Multi-Health Systems, Inc.
- Heney, J. (1990). *Report on self-injurious behaviour in the Kingston prison for Women*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research, 31*(4), 451-465.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois. *Santé mentale au Canada, 38*(1), 1-5.
- Kowalski, P., Crawford, S., & Smith, K. (1986). Comparison of mild vs. serious adolescent attempters. *Annual meeting of the American Association of Suicidology (19th)* (pp. 62-65).
- Labelle, R., & Boyer, R. (1998). *Vécu et demande d'aide formelle de 24 suicidants âgés entre 15 et 29 ans. Rapport soumis au Conseil permanent de la jeunesse*. Conseil permanent de la jeunesse.
- 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.
- Leavens, D. (1988). Suicide prevention training for correctional staff. *21st Annual Conference of the American Association of Suicidology*. Washington, D. C.

- 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.
- Lefebvre, P. (2002). *L'hostilité et le risque suicidaire chez les femmes incarcérées. Mémoire déposé à l'Université du Québec à Trois-Rivières*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lefebvre, P., & Daigle, M. S. (2000). Hostilité et suicide chez les femmes incarcérées. *Actes du Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. S'entendre pour agir*. Québec: <http://www.cam.org/~suicide/programme.html>.
- Lesch, K. P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin: A molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 581-604.
- Linehan, M. M. (1986). Suicidal people: One population or two. Psychobiology of suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 16-33.
- Linehan, M. M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. In G. Douglas, & M. D. Jacobs (Eds), *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention* (pp. 146-187). San Francisco: Jossey-Bass.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 147-178). Chichester (England): Wiley.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13, 1-9.
- Livingston, M. (1997). A review of the literature on self-injurious behaviour amongst prisoners. In G. Towl (Ed), *Suicide and self-injury in prisons* (pp. 21-35). Leicester, England: The division of criminological and legal psychology of the British Psychological Society.
- Mailhot, S. (2002). *Les gestes violents et le suicide chez les hommes et les femmes incarcérés. Mémoire déposé à l'Université du Québec à Trois-Rivières*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. J. Livesley (Ed), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 107-123). New York: The Guilford Press.
- 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.
- Moreno, J. K., Fuhrman, A., & Selby, M. J. (1993). Measurement of hostility, anger, and

depression in depressed and non-depressed subjects. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 511-523.

Morissette, P. (1984). *Le suicide. Démythification, intervention et prévention*. Québec: Le centre de prévention du suicide de Québec.

Motiuk, L., & Porporino, F. J. (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada. Rapport no 24*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.

Nicholls, T. L., Nikonova, O., Ogloff, J. R. P., & Ledwidge, B. (2001). Violence committed by psychiatric patients: distinguishing men's and women's aggression. *Canadian Psychology*, 42(2a).

Santa Mina, E. E., & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adulte self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.

Schalling, D. (1993). Neurochemical correlates of personality, impulsivity, and disinhibitory suicidality. In S. Hodgins (Ed), *Mental disorder and crime* (pp. 208-226). Newbury Park: Sage.

Serin, R., Motiuk, L., & Wichmann, C. (2002). Analyse des tentatives de suicide chez les détenus. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 14(2), 39-42.

Siegel, L. J., & McCormick, C. (1999). *Criminology in Canada: theories, patterns and typology*. ITP: Nelson.

Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.

Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(4), 215-243.

Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.

Statistique Canada. (1992). *Statistiques de la criminalité au Canada*. Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique.

Vachon, N. (1997). *L'hostilité et la dépression en relation avec le risque suicidaire chez des adolescents. Mémoire déposé à l'Université du Québec à Trois-Rivières*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462-470.

- Veysey, B. M. (2002). Women, trauma and conditions of confinement. *XXVIIth International Congress on Law and Mental Health*. Amsterdam: <http://www.ialmh.org/amsterdam2002/congressprogram.htm>.
- Wichmann, C., Serin, R., & Abracen, J. (2002). *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction: une enquête comparative*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- Winterbotham, R. G. (1989). Self-reports of parasuicidal behaviours and social desirability effects in a correctional setting. Thesis. Vancouver : Simon Fraser University.

APPENDICES

Appendice 1

Questionnaire d'impulsivité de Schalling

Questionnaire d'impulsivité de Schalling

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Est-ce que vous vous retrouvez souvent dans le pétrin (dans le trouble) parce que vous faites des choses sans réfléchir? | OUI | NON |
| 2. | Est-ce que vous faites souvent des choses sur un coup de tête? | OUI | NON |
| 3. | La plupart du temps, est-ce que vous parlez avant d'avoir pensé à ce que vous allez dire? | OUI | NON |
| 4. | Êtes-vous souvent surprise des réactions des autres à ce que vous venez de dire? | OUI | NON |
| 5. | Est-ce que vous aimeriez pouvoir être euphorique souvent (être «high» en prenant de l'alcool ou en fumant de la marijuana)?..... | OUI | NON |
| 6. | Êtes-vous une personne impulsive? | OUI | NON |
| 7. | Est-ce que vous vous retrouvez souvent impliquée dans des situations dont, plus tard, vous aimeriez bien pouvoir vous retirer? | OUI | NON |
| 8. | Est-ce que vous pensez qu'une sortie en soirée a plus de chance d'être réussie si elle n'est pas planifiée du tout ou bien si elle n'est organisée qu'au dernier moment?..... | OUI | NON |

Appendice 2

Formulaire de consentement

Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées dans un établissement de détention provincial

Formulaire de consentement

Ce projet de recherche vise (1) à mettre en place une structure de dépistage et d'évaluation des individus suicidaires et (2) à mieux documenter le cheminement de ceux qui pourraient éventuellement souffrir de troubles mentaux. Le projet n'implique pas de risques au plan psychologique ou social. Je peux consulter les ressources appropriées (dans l'établissement) si des questionnements sont soulevés plus tard. En participant à ce projet, je contribuerai à un projet national qui vise l'amélioration de l'intervention auprès des personnes incarcérées qui peuvent être suicidaires. Je répondrai moi-même directement à un questionnaire qui évaluera mon propre niveau de risque suicidaire. J'aurai également un entretien avec une assistante de recherche, entretien qui pourra durer jusqu'à deux heures.

L'information que je transmettrai sera traitée en toute confidentialité et l'anonymat sera respecté. Toujours avec la même garantie d'anonymat et de confidentialité, j'autorise également les chercheurs à consulter mes dossiers institutionnels (incluant le dossier médical) afin d'évaluer le type de traitement qui est offert aux personnes incarcérées. L'information sera ensuite compilée pour l'ensemble des personnes incarcérées et mon nom ne sera plus mentionné dans aucun document de la recherche.

Ma participation à ce projet (ou mon refus de participer) n'aura pas d'incidence sur mon cheminement en milieu carcéral. Les autorités ou le personnel de l'institution n'en sont pas informés. Je peux me retirer en tout temps du projet et mettre fin à ma participation.

Je consens donc de plein gré à participer à ce projet selon les conditions énumérées plus haut.

Signature du sujet participant: _____

Signature de l'assistante de recherche: _____

Date: _____

Signature du responsable du projet: _____

Le projet est sous la responsabilité de Marc Daigle, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (téléphone 819-376-5011, poste 3509). Les résultats globaux du projet seront rendus disponibles par son entremise et la participante peut le contacter pour de plus amples informations.

Appendice 3

Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral

**CRITÈRES 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/s 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, avertir la ou le chef d'unité. _____
9. La personne incarcérée pense à se tuer. Dans l'affirmative, avertir 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, avertir 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, avertir 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

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

TOTAL _____

GESTES POSÉS

La ou le chef d'unité avisé. _____

Surveillance indiquée de routine active constante

Personne incarcérée référée au personnel médical _____

CAS URGENT

Médical Problème psychiatrique

CAS NON-URGENT

Médical Problème psychiatrique

Signature de la ou du chef d'unité

Notes

¹ Les *établissements de détention*, comme celui de Tanguay, 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.

² Afin de faciliter la lecture, l'emploi du masculin, tout au long de ce texte est, sauf indication contraire, inclusif des genres masculin et féminin, nonobstant le fait que, à l'*Établissement Tanguay*, les employés soient majoritairement des femmes.

³ Les statistiques rapportées dans ce rapport sont essentiellement des pourcentages et des moyennes. En parallèle avec les moyennes, la médiane (Md) et l'étendue des scores sont aussi souvent indiquées. Lorsque deux sous-groupes sont comparés au niveau de leurs moyennes, nous indiquons donc les résultats du test statistique le plus pertinent aux données étudiées, soit le test *t* ou le Mann-Whitney U. Lorsque ce sont les pourcentages prévalents dans les sous-groupes qui sont comparés, nous rapportons alors les résultats du test du Khi-deux (χ^2) ou du test exact de Fisher. Par contre, les corrections de Bonferroni ne sont pas rapportées, compte tenu du caractère exploratoire de l'exercice. Pour le lecteur non familier avec ces procédures statistiques, il est cependant toujours indiqué si la différence est significative ou non.

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.

⁶ Il s'agissait d'explorer ici une hypothèse avancée notamment par Heney. Heney (1990) note à ce sujet que le comportement autodestructeur vise à réduire l'anxiété et qu'il est une stratégie d'adaptation, résultat de l'exploitation (habituellement sexuelle) subie au cours de l'enfance. Il s'agit d'ailleurs là d'une explication centrale dans la compréhension des automutilations où il n'y aurait pas d'intention suicidaire (Favazza, 1999; Linehan, 1999).

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

⁸ Mais 12,9% dans la dernière année.

⁹ Dans le mémoire de Mylène Alarie (2001), pour lequel la collecte de données s'était effectuée en 1998, la gravité des derniers incidents était estimée en moyenne à 3,96 (ÉT = 2,93) pour les établissements provinciaux féminins de Montréal et Québec. Les résultats étaient presque identiques à l'établissement fédéral de Joliette : 3,92 (ÉT = 2,11).

¹⁰ On retrouve des résultats semblables dans l'étude réalisée par Alarie (2001). Au total, 103 incidents étaient rapportés par les femmes des établissements provinciaux de Montréal et de Québec, de même que par les femmes de l'établissement fédéral de Joliette. Seulement 7 de ces incidents étaient survenus en milieu fermé soit : un dans une prison provinciale, un dans un pénitencier fédéral, trois dans un poste de police et deux en centre d'accueil pour jeunes.

¹¹ Dans tous les tableaux qui suivent, les données correspondent soit à des pourcentages (avec le nombre de sujets, entre parenthèses), soit à des moyennes (avec écart-type entre parenthèses).

¹² Notons, en effet, que l'urgence suicidaire est un état relativement passager, alors que l'existence d'un trouble mental grave est plus ancrée à long terme.

¹³ Une des 15 femmes de l'échantillon, manifestement à urgence suicidaire élevée et possiblement dépressive, a refusé que soient ultérieurement consultés ses dossiers, nous empêchant ainsi d'évaluer comment elle avait été prise en charge.

¹⁴ Ce formulaire de la DGSC (Direction générale des services correctionnels du Québec) est reproduit à l'Appendice 3. Ce document est utilisé avec une mise en page quelque peu différente à l'Établissement Tanguay mais il recoupe les mêmes éléments.

¹⁵ Pour fin de comparaison, notons que Fruehwald (2002) a trouvé, en analysant 220 dossiers des prisons autrichiennes, qu'un peu plus de 20% des détenus suicidaires avaient bien été identifiés mais qu'il n'y avait pas de notes indiquant que des actions préventives avaient été prises (en terme de renvoi aux services psychiatriques, par exemple).

¹⁶ Dans l'affirmative, nous procédions ensuite à une investigation plus approfondie des événements (avec le *Canevas d'entrevue* pour la LSARS), utilisant alors alternativement les concepts de «tentative de suicide» et d'«automutilation».

¹⁷ Un peu de la même façon, Fulwiler et al. (1997) distinguent deux types de «self-injury» : «self-mutilation» et «suicide attempt».

¹⁸ Il faut aussi tenir compte du fait qu'il y aurait aussi une population de suicidés qui serait différente de celles des automutilateurs et de celle des suicidants qui font des tentatives (Daigle, 1996).

¹⁹ Dont, pour des raisons de méfiance envers le personnel institutionnel ou pour éviter d'être placées sous surveillance.

²⁰ En milieu carcéral, les personnes suicidaires ne disposent d'ailleurs pas de tout l'arsenal des moyens létaux (Livingston, 1997).

²¹ Par ailleurs, il faut voir aussi, en parallèle, que certains chercheurs (Asberg, Thorén et al, 1976; Asberg et al, 1976; Träskman et al. 1981, tous cités dans Schalling, 1993) associent l'utilisation de méthodes plus violentes (pendaison, noyade, gaz, empoisonnement et quelque coupures profondes) avec des taux sanguins faibles de CSF 5-HIAA chez les utilisateurs de ces moyens (en comparaison avec ceux qui avaient des taux élevés et qui utilisaient principalement des moyens comme l'intoxication). De la même façon, d'autres chercheurs (Gottfries, von Knorring, & Orelund, 1980, cités dans Schalling, 1993) ont démontré une association entre moyen violent et faible activité MAO. Edman, Asberg, Levander et Schalling (1986) ont eux-mêmes trouvé que ceux qui utilisaient des moyens violents (dont certains s'étaient même suicidés par la suite) s'habituèrent plus vite à la conductance épidermique («habituation of skin conductance responses to a series of tones»). Schalling (1993) interprète ces caractéristiques en terme de faible anxiété anticipatoire et de moindre planification chez ces individus, d'où justement l'impulsivité qui caractérise leur passage à l'acte suicidaire. Schalling a elle-même trouvé que ces individus obtenaient, lors de la passation de tests de personnalité, des scores élevés aux échelles de Psychotisme, d'Impulsivité et d'Évitement de la monotonie. Elle a noté aussi que ceux qui utilisaient des moyens violents se révélaient plus «paranoïdes» au test de Rorschach. Ils faisaient également moins de différences entre la réalité et l'imagination («tests de réalité»). Toujours au même test, ils donnaient des combinaisons de réponses fabulées, ce qui signifierait des relations d'objet pathologiques. Dans cette étude, il est également intéressant de noter que ceux qui avaient utilisé des moyens moins violents ne se différenciaient pas, du moins au Rorschach, de ceux qui n'avaient jamais fait de tentatives de suicide violentes ou non violentes. Schalling conclut donc à la possibilité d'un lien entre les comportements suicidaires et l'impulsivité, autant comme état psychobiologique que comme trait de personnalité.

²² Il s'agit, en fait, de la réponse obtenue à la question «Est-ce que vous aviez, à ce moment, comme but de mourir?». Les réponses «non» sont cotées «0» et les réponses «oui» sont cotées «1».

²³ La létalité du moyen utilisée est cotée, également de manière progressive, «1» pour une lacération, «2» pour ingestion ou intoxication, «3» pour saut ou précipitation d'une hauteur, «4» pour pendaison ou étranglement et «5» pour arme à feu, véhicule moteur ou empoisonnement par oxyde de carbone. Cette gradation est évidemment discutable mais elle est retenue ici à titre exploratoire.

²⁴ La létalité globale de l'incident, telle que décrit précédemment, est cotée sur la LSARS, de «0» à «10».

²⁵ Notons ici que Kowalski, Crawford, et Smith (1986), utilisant eux-aussi la LSARS, ont conclu de la même façon que la létalité de ce qu'ils appelaient une «tentative de suicide» n'indiquait pas l'intention de mourir. Leur recherche a par ailleurs été menée à partir des dossiers d'adolescents hospitalisés et elle est malheureusement mal documentée.

²⁶ Le DSM-IV inclut, dans le groupe «théâtral-émotif», les diagnostics de personnalités antisociale, borderline, narcissique et histrionique. Dans le groupe «bizarre-excentrique», il inclut les personnalités paranoïde, schizotypique et schizoïde. Dans le groupe «anxieux-craintif», il inclut les personnalités évitante, dépendante et obsessive-compulsive.

²⁷ De la même façon, narcissisme et psychopathie semblent associés. Ainsi, Hare (1991) distingue deux facteurs à l'intérieur de son instrument qui évalue la psychopathie (la PCL-R). Le facteur 1 concerne les *traits de personnalité* associés au comportement criminel, particulièrement au comportement criminel violent. C'est le facteur dit «narcissique». Le second facteur réfère spécifiquement à des *comportements* antisociaux. Ceci étant dit, selon la conception originale de la psychopathie de Cleckley (1941), une des 16 caractéristiques des individus psychopathes n'en serait pas moins qu'ils seraient «rarement portés au suicide». Cet élément plus ou moins paradoxal n'apparaît cependant plus dans les 20 items qui caractérisent maintenant la PCL-R. Si le lien narcissisme-psychopathie est complexe, le lien narcissisme-psychopathie-comportements suicidaires le serait encore plus. Une hypothèse explicative serait qu'un individu plus narcissique serait effectivement apte à déprimer (et, donc, à se suicider), alors qu'un individu plus psychopathe fuirait plutôt l'adversité dans des idéations paranoïdes.

²⁸ Ces données sont basées sur les comparaisons entre les hommes du projet réalisé à Québec et Trois-Rivières (collecte de l'été 2000) et les femmes de la Maison Tanguay (collecte de l'hiver-printemps 2001). Ces données concernant les femmes sont quelque peu différentes de celles obtenues dans le projet de Alarie (2001) qui, lui aussi, s'est réalisé notamment à la Maison Tanguay en 1998. Pour le mémoire de Mylène Alarie, les données étaient recueillies auprès de toutes les femmes présentes à un moment donné à l'établissement, alors que, dans le projet actuel, il y a eu une sélection au hasard parmi toutes les nouvelles admissions. Ces différences méthodologiques importantes pourraient expliquer que Alarie (2001) a estimé le risque suicidaire moyen (score total à la SPS) à un niveau sensiblement plus élevé, soit 65,15 (ÉT = 7,33) pour les femmes des établissements provinciaux de Montréal et Joliette. Alarie concluait alors, de manière exploratoire, à un risque plus élevé chez les femmes, ce qui n'est pas le cas lorsque, comme ici, les procédures de cueillette des données sont semblables.

²⁹ C'est plutôt 60% dans l'étude de Mylène Alarie (2001).

³⁰ Alarie (2001), en utilisant les mêmes catégorisations avec la LSARS, avait estimé que de 60,7% (pour les femmes incarcérées au provincial) à 66,7% (pour les femmes incarcérés au fédéral) des comportements autodestructeurs étaient des automutilations.

³¹ Verona, Patrick et Joiner (2001) ont bien démontré, auprès d'une population masculine cependant, que les comportements suicidaires sont reliés à la présence d'une personnalité antisociale mais aussi à des scores élevés à la *Psychopathy Checklist-R* (essentiellement le facteur 2 de cet instrument).

³² Encore ici, ces données concordent avec celles recueillies par Alarie (2001) pour l'ensemble des femmes incarcérées au provincial et au fédéral. Dans ce dernier cas cependant, les femmes se différenciaient au niveau du score total et de seulement deux échelles (sur 4) de la SPS : Désespoir et Idéations suicidaires.

³³ Lefebvre (2002), en utilisant les mêmes données de 1998 que Alarie (2001) a d'abord constaté que le niveau de risque suicidaire des femmes incarcérées est lié de façon positive et significative à leur niveau d'hostilité *Totale*, *Intropunitiv*e et *Extrapunitiv*e. De plus, pour ce qui est de l'ensemble des femmes sous les deux juridictions, il a évalué que celles déclarant un antécédent de tentative de suicide présentent des niveaux d'hostilité *Totale* et *Intropunitiv*e significativement plus élevés que celles sans antécédent de tentative de suicide. Lefebvre observait aussi un plus haut niveau d'hostilité *Extrapunitiv*e chez les femmes avec antécédent mais sans ce que ne soit significatif statistiquement. Notons aussi que ces femmes avaient des résultats plus élevés aux sous-échelles *Pulsion d'agir* et *Critique des autres*, sans que ce ne soit significatif. Nos propres résultats du Tableau 11 indiquent aussi la même tendance (non significative) pour l'échelle *Critique des autres*. Notons cependant que, avec l'échantillon plus limité des femmes incarcérées au provincial, Lefebvre (2002) observait toujours les mêmes tendances mais celles-ci n'étaient significatives que pour la sous-échelle *Hostilité paranoïde*.

³⁴ Cependant, Engström, Persson et Levander (1999), par exemple, n'ont pas vraiment trouvé de différences, au niveau des tests de personnalité, entre des hommes qui avaient été violents contre eux-mêmes et d'autres qui, condamnés à l'incarcération, avaient été violents contre autrui. Dans cette étude, ils avaient utilisé le *Karolinska Scales of Personality*, lequel qui inclut notamment le *Questionnaire d'impulsivité* de Schalling (1993).

³⁵ Coll, Law, Tobias, Hawton, et Thomas, J. (2001) ont aussi utilisé ces trois mêmes critères lorsqu'ils ont comparé des femmes qui avaient eu ou non des comportements d'intoxication («self-poisoning»). Ils ont trouvé que les femmes qui avaient tenté de s'empoisonner étaient plus susceptibles d'avoir été abusées sexuellement ou psychologiquement (mais pas physiquement). Ces dernières présentaient plus de psychopathologie. Voir aussi Brodsky, Oquendo, Ellis, Haas, Malone, et Mann (2001) là-dessus, de même que Santa Mina et Gallop (1998). Veysey (2002) note aussi que les femmes qui ont été abusées sont plus sensibles aux situations de coercition comme elles existent en milieu carcéral. En réponse à ce qu'elles perçoivent comme des menaces, ces femmes peuvent alors devenir violentes contre autrui ou contre elles-mêmes. Par contre, Fulwiler et al. (1997) n'ont pas trouvé de lien entre, d'une part, des automutilations ou des tentatives de suicide et, d'autre, part, des antécédents d'abus physique ou sexuel, ni des traumatismes vécus dans l'enfance. Cette dernière recherche avait été réalisée principalement auprès d'hommes incarcérés.

³⁶ Rappelons que nous ne considérons ici que le dernier incident pour distinguer les deux groupes. Nous présumons alors, de manière exploratoire, que ce comportement correspond à une façon désormais établie de fonctionner, une caractéristique persistante ou, du moins, l'état actuel de la situation (qui interpelle certainement les cliniciens dans l'immédiat). Cet état actuel des choses, automutilation ou tentative de suicide, n'est donc pas négligeable en terme de dépistage et de prédiction de ce qui pourrait survenir encore dans la vie de la personne. Ainsi, une femme qui a fait une «véritable» tentative lors du dernier incident est présumée être (et demeurer) à un niveau plus critique (indépendamment du fait qu'elle a peut-être déjà fait une automutilation auparavant). Inversement, une femme qui a fait une automutilation lors du dernier incident est présumée ne pas avoir fait de tentatives auparavant (ce qui, dans les faits, n'est pas toujours le cas). La logique sous-tendant cette façon de faire est que quelqu'un qui fait des automutilations n'en viendra pas à faire une tentative un jour, ce qui est certes discutable. Une autre difficulté propre à cette méthodologie est quelle ne prend pas en compte l'âge des personnes au moment de la collecte des données (négligeant ainsi le fait qu'une personne plus âgée aura eu plus de temps dans sa vie pour expérimenter divers comportements autodestructeurs), ni le cheminement des personnes (l'âge d'apparition d'un traumatisme, d'une maladie, d'une condamnation, d'un événement déclencheur... pouvant varier énormément). Pour ce qui est de l'âge cependant, notons que les 28 femmes AM du présent projet de recherche avaient en moyenne 35,14 ans (ÉT = 9,05) et les 12 TS 39,25 ans (ÉT = 8,21). La différence n'était pas significative ($p = .185$). Par ailleurs, dans l'étude de Stanley, Gameroff, Michalsen, et Mann (2001), on a plutôt comparé des gens qui avaient fait (ou non) au moins une tentative dans leur vie. Parmi eux, les chercheurs ont distingué ceux qui, en plus, avaient fait ou non une automutilation. De cette façon, le groupe d'automutilateurs, dans l'étude de Stanley et al., est donc aussi un groupe de «suicide attempters». Une telle approche semble donc encore plus confondante. Kowalski, Crawford, et Smith (1986), quant à eux, ont utilisé la LSARS pour distinguer aussi des groupes. Plutôt que de retenir le *dernier* incident, ils ont utilisé celui qui, dans la vie de leurs sujets, était le plus *sérieux* («serious»). De toute

manière, ces auteurs concluaient au fait que, plus il y avait de tentatives de suicide chez un individu, plus celles-ci devenaient ensuite létales. En ce sens, leur approche méthodologique (retenir la plus sérieux incident) ne générerait donc pas une classification d'individus très différente de celle utilisée ici (retenir le dernier incident).

Pour tester la validité de notre méthodologie de classification, l'évolution de la létalité des comportements, chez un individu donné, a donc été analysée de façon exploratoire. Pour ce qui est des données disponibles pour l'Établissement Tanguay, notons d'abord que 30 des 42 femmes CA avaient eu plus qu'un comportement autodestructeur. Ces 30 femmes avaient vécu 129 incidents de ce genre ($M = 4,3$; $ÉT = 2,48$; médiane = 3) mais l'information n'était disponible, au maximum, que pour les 3 derniers. De même, l'information sur la gravité de ces incidents multiples n'était disponible que pour 23 femmes. Pour ces 23 femmes, nous pouvions finalement déterminer que 16 (**69,6%**) avaient tendance à répéter le même type de comportement autodestructeur au fil du temps. Par contre, 5 femmes (21,7%) étaient passées d'un comportement TS à un comportement AM et 2 (8,7%) d'un comportement AM à un comportement TS. Le même type d'analyse exploratoire a aussi été réalisé à l'occasion d'une recherche récente de Côté, Hodgins, Daigle, et Abdous (2003). Il faut voir cependant que les sujets étudiés dans cette dernière recherche avaient des caractéristiques bien particulières. Ils avaient tous déjà été diagnostiqués comme ayant un trouble mental grave. De plus, ils avaient été recrutés parmi les individus (1) libérés d'un pénitencier situé au Québec; 2) libérés d'un mandat suite au fait qu'ils ont été reconnus non responsables d'un acte criminel pour cause d'aliénation mentale; 3) libérés d'une garde fermée; 4) radiés d'un établissement hospitalier où ils étaient gardés en cure libre. Malgré ces caractéristiques très particulières, cet échantillon est néanmoins quelque peu comparable à celui extrait ici de la population carcérale féminine. Les comportements autodestructeurs répétitifs de 57 sujets, essentiellement des hommes, ont été cotés de la même manière (LSARS) dans le projet de Côté, Hodgins, Daigle, et Abdous (2003). Au fil des ans, **59,6%** des sujets étaient demeurés dans la même catégorie, 22,8% des sujets avaient changé de la catégorie TS à AM et 17,5% étaient passés de AM à TS. Ce faible constat de stabilité (**entre 60 et 70%**) des comportements autodestructeurs invaliderait donc partiellement la méthodologie que nous avons utilisée ici de façon exploratoire., c.-à-d. de ne considérer que le dernier incident. Ceci étant dit, il faut cependant voir que, en clinique comme en recherche, des informations précises sur la gravité des incidents ne sont souvent disponibles que pour le dernier.

³⁷ Dans l'étude de Stanley et al. (2001), où l'échantillon de patients psychiatriques était composé à 79% de femmes et à 94% de personnalités borderline, les sujets qui avaient eu des comportements autodestructeurs rapportaient en moyenne 3 incidents ($ÉT = 2,4$). Ces sujets étaient âgés de 29,9 ans en moyenne ($ÉT = 10$). Par ailleurs, pour ce qu'il en est spécifiquement des automutilations, certains auteurs utilisent le *Schedule for interviewing borderlines* (Baron, 1980, cité dans Simeon, Stanley, Frances, Mann, Winchel, & Stanley, 1992) pour classifier les individus (et non pas les comportements) en fonction du nombre de fois qu'ils sont passés à l'acte : 1. aucun; 2. léger (1 à 3 fois par an); 3. modéré (4-11 fois par an); 4. sévère (12 fois et plus par an).

³⁸ Les femmes avaient répondu précisément à cette question : «Étiez-vous dépressive à cette époque, au moment où vous avez fait votre geste?». Il s'agit donc ici d'une estimation de l'*humeur* dépressive, non pas de la *dépression* et encore moins d'un *diagnostic de dépression majeure* (tel que défini dans le DSM).

³⁹ En utilisant la variable «intention de mourir», Fulwiler et al. (1997) réussissaient à associer certains troubles mentaux à deux types particuliers de comportements autodestructeurs («self-injury»). En fait, ils ont trouvé, chez un petit nombre de sujets incarcérés, que les tentatives de suicide étaient associées avec un trouble majeur de l'humeur («major affective disorder») chez l'adulte. Par contre, les automutilations seraient associées à un trouble mixte de l'anxiété et de la dysthymie («mixed anxiety/dysthymic disorder») qui a débuté dans l'enfance ou l'adolescence et à un historique d'hyperactivité dans l'enfance. Or, Sébastien Caron, dans son mémoire de maîtrise présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, n'a pas retrouvé de telles associations à partir de l'échantillon des 243 hommes des établissements de détention de Québec et Trois-Rivières (Daigle & Côté, 2002a). Caron (2002), de même que Caron, Daigle et Côté (2002), avaient testé l'hypothèse relationnelle de Fulwiler et al. (1997) en utilisant le critère de l'intention, mais aussi celui de la gravité de l'incident (estimée avec la LSARS). Il faut dire que l'étude de Fulwiler et al. (1997) n'avait cependant pas la rigueur méthodologique appliquée dans le mémoire de Caron (2002). Là-

dessus, notons toutefois que Smith (1982, cité dans Smith, Conroy et Ehler, 1984) a pu, lui, établir certaines différences, du moins au niveau des caractéristiques de personnalité, entre les individus dont les comportements autodestructeurs cotaient «8 et plus» à la LSARS et les autres.

⁴⁰ Les données disponibles pour les hommes des établissements de Trois-Rivières et Québec (Daigle & Côté, 2002a) mènent sensiblement aux mêmes constats pour ce qui est des différences entre les personnes qui ont ou non des comportements autodestructeurs. Du fait que l'échantillon des hommes incarcérés est plus grand (N = 243), certaines différences jugées non-significatives chez les femmes deviennent même alors significatives statistiquement. Par contre, il faut voir que certaines mesures ne sont pas disponibles pour les hommes, notamment pour ce qu'il en est de l'hostilité, de la tension, de la victimisation, de la souffrance, de l'humeur dépressive.

⁴¹ Des analyses supplémentaires ont toutefois été réalisées en distinguant cette fois les personnes AM des personnes TS selon leur *intention déclarée* de mourir lors de leur comportement autodestructeur, plutôt que selon la *gravité de l'incident* (mesurée avec la LSARS). En supposant que les répondants nous dévoilaient alors réellement leurs intentions (voir les réserves déjà exprimées au début de la section 4), le groupe des TS devient alors beaucoup plus grand. Chez les femmes, le rapport AM/TS est même carrément inversé : 12 AM et 28 TS (par rapport à 28 AM et 12 TS lorsque la LSARS était utilisée). Chez les hommes de Québec et Trois-Rivières (Daigle & Côté, 2002a), il y a également plus de sujets TS avec cette classification, mais sans que le rapport ne soit inversé : 16 AM et 52 TS (par rapport à 29 AM et 39 TS auparavant). Déjà ici, nous voyons donc qu'il subsiste une certaine corrélation, pour ce qui est des hommes, entre le concept d'intention et celui de gravité de l'incident mesurée de façon *dichotomique* avec la LSARS (AM = scores 0-3,5; TS = scores 4-10). Ce serait moins le cas chez les femmes. Par delà ces questions, la nouvelle composition des groupes AM et TS (selon l'intention ou non de mourir) ne révèle cependant pas plus de différences qui soient significatives statistiquement et ne nous indique pas plus de tendances qui mériteraient d'être explorées plus tard. De plus, ces derniers résultats ont même moins de cohérence théorique par rapport à ce qui était présumé au point de départ. Tout ceci nous amène donc à conclure, du moins dans l'immédiat, à la supériorité méthodologique de la LSARS pour distinguer les groupes de gens AM et TS.

⁴² Ici, les quelques données disponibles pour l'échantillon des 243 hommes (Daigle & Côté, 2002a) ne nous informent pas beaucoup plus. Tout comme chez les femmes, peu de différences sont suffisamment importantes pour être jugées significatives statistiquement. En fait, chez les hommes, nous comparons alors 29 personnes AM avec 38 TS, alors que, chez les femmes, nous comparons 28 personnes AM avec 12 TS. Dans les deux cas, les sous-groupes ne sont donc pas suffisamment grands pour dégager des différences très appréciables. Nonobstant cela, nous observons que, pour ce qui est des troubles mentaux graves à vie, les rapports AM/TS sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes mais ils sont inversés pour ce qui est de la prévalence dans le dernier mois. Au niveau des troubles de la personnalité, la situation est ambiguë mais ne nécessite pas nécessairement une analyse très poussée, compte tenu d'une prévalence très faible pour certains troubles (voir tableaux 7, 9 et 13). Néanmoins, pour ce qui est des quatre troubles déjà discutés spécifiquement plus haut, il faut savoir que le rapport est le même pour ce qui est de la personnalité paranoïde mais inversé pour ce qui est des personnalités narcissique et borderline. Pour ce qui est de la personnalité antisociale, les prévalences sont presque les mêmes chez les hommes AM (65,5%) ou TS (68,4%), alors que, chez les femmes, plus de personnes AM avaient ce trouble (42,3%) en comparaison des TS (30%). Tout comme chez les femmes, il n'y avait pas de véritables différences entre les hommes AM et les TS pour ce qui est des scores à la SPS. En parallèle, il y avait quand même plus d'hommes TS jugés à risque suicidaire élevé (selon la SPS), contrairement à la situation observée chez les femmes. Toutefois, l'urgence suicidaire élevée était plus présente chez les hommes TS, tout comme chez les femmes TS. L'intention de mourir était plus élevée chez les hommes TS, de la même façon que chez les femmes TS. Pour la violence, le rapport AM/TS est le même lorsqu'il s'agit des délits sanctionnés mais il est inversé lorsqu'il s'agit de la violence auto-dévoilée. En somme, cela reste difficile de distinguer les deux types de comportements autodestructeurs, tant chez les hommes que chez les femmes.