Document generated on 07/14/2025 12:49 p.m.

Criminologie

Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire ?

Marc Daigle and Gilles Côté

Volume 34, Number 2, Fall 2001

Comportements suicidaires et délinquance

URI: https://id.erudit.org/iderudit/027507ar
DOI: https://doi.org/10.7202/027507ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (print)
1492-1367 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Daigle, M. & Côté, G. (2001). Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire ? *Criminologie*, *34*(2), 103–122. https://doi.org/10.7202/027507ar

Article abstract

High levels of suicide attempts, lethality of these attempts, suicidal urgency and risk, and mental disorders were found in a sample of 243 inmates incarcerated in two different cities. From the total sample, 43 inmates (17,7 %) were found to have a high suicidal urgency and/or a serious mental disorder. The problems of these high risk people were identified formally in only 35 % of the institutional files inves- tigated but informally in at least 75 %. The amount of information found in the files was low, which was probably not fair to the clinical job being done otherwise. Nevertheless, the fact that so little information was registered in the files could point to problems with the follow-up of high-risk individuals. Beyond these observations, great differences were found between the inmates of the two cities. The psychiatric and diversion services offered in the respective communities could explain the differences observed at the prison level. That would tend to confirm that community caring of the suicidal or mentally ill delinquents can have an effect on their quality of life but also, indirectly, on the quality of life of inmates and employees of prisons.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 2001

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire ?

Marc Daigle[1]
Chercheur
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
Institut Philippe Pinel de Montréal
Professeur
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
marc_daigle@uqtr.uquebec.ca

Gilles Côté
Chercheur
Institut Philippe Pinel de Montréal
Professeur
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
gilles_cote@uqtr.uquebec.ca

RÉSUMÉ • L'article porte sur un échantillon de 243 hommes incarcérés dans deux villes différentes, échantillon au sein duquel on retrouve des taux élevés d'antécédents suicidaires et de troubles mentaux. Les niveaux de gravité, d'urgence et de risque suicidaires caractérisant ce groupe d'hommes étaient également élevés. Des 243 détenus à l'étude, 43 (17,7 %) présentaient une urgence suicidaire élevée et/ou un trouble mental grave. L'analyse des dossiers institutionnels de ces individus en difficulté a révélé que seulement 35 % d'entre eux avaient été dépistés formellement, mais que 75 %

1. Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude aux employés des Services correctionnels du Québec qui ont facilité leur travail tout au long de la recherche présentée ici. Leur gratitude s'adresse également aux personnes incarcérées dans les deux établissements choisis. Par ailleurs, cette recherche a été financée dans le cadre de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* du *ministère de la Santé et des Services sociaux* et elle a été reconnue par le *Fonds de la recherche en santé.*

avaient au moins été identifiés informellement. Les dossiers étaient peu annotés et ne rendaient peut-être pas justice au travail clinique qui n'est pas toujours consigné. Ce manque d'informations pouvait néanmoins laisser entrevoir un problème au niveau du suivi des individus. Par ailleurs, de grandes différences étaient observées entre les détenus des deux villes. Les services psychiatriques et de déjudiciarisation offerts dans les communautés respectives pourraient expliquer ces différences en ce qui concerne les prisons. Cela tendrait à démontrer que la prise en charge communautaire des délinquants suicidaires ou souffrant de troubles mentaux peut avoir une influence sur la qualité de vie de ces derniers mais aussi, indirectement, sur celle des personnes vivant ou travaillant en milieu carcéral.

ABSTRACT • High levels of suicide attempts, lethality of these attempts, suicidal urgency and risk, and mental disorders were found in a sample of 243 inmates incarcerated in two different cities. From the total sample, 43 inmates (17,7 %) were found to have a high suicidal urgency and/or a serious mental disorder. The problems of these high risk people were identified formally in only 35 % of the institutional files investigated but informally in at least 75 %. The amount of information found in the files was low, which was probably not fair to the clinical job being done otherwise. Nevertheless, the fact that so little information was registered in the files could point to problems with the follow-up of high-risk individuals. Beyond these observations, great differences were found between the inmates of the two cities. The psychiatric and diversion services offered in the respective communities could explain the differences observed at the prison level. That would tend to confirm that community caring of the suicidal or mentally ill delinquents can have an effect on their quality of life but also, indirectly, on the quality of life of inmates and employees of prisons.

Suicide et troubles mentaux sont deux problématiques qui sont souvent associées dans la population en général (Grunberg *et al.*, 1994), mais il faut se garder d'établir des liens de causalité directe. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se suicident, de même que ce ne sont pas tous les suicidés qui ont des troubles mentaux. Néanmoins, ces deux problématiques sont retrouvées à des niveaux suffisamment élevés dans la population carcérale pour être abordées à tout le moins en parallèle.

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

Nous savons aussi que les problèmes de santé mentale et de délinquance sont souvent associés (Hyde et Seiter, 1987 ; Laberge, 1991 ; Laberge et Landreville, 1995 ; Côté, 1997) et que c'est plus particulièrement le cas en milieu carcéral (Hodgins et Côté, 1990 ; Teplin, 1990 ; Motiuk et Porporino, 1992 ; Bland *et al.*, 1998 ; Rasmussen, 1999). Pour ce qui est de la situation particulière des « prisons »[2] (par opposition aux pénitenciers) et, plus spécifiquement, des prisons du Québec, l'estimation est cependant bien imprécise (ministère de la Sécurité publique, 1993).

Il en est de même de la problématique suicidaire. La situation québécoise, à ce chapitre, n'a jamais été analysée globalement, si ce n'est à l'occasion d'enquêtes retentissantes portant sur des suicides survenus dans une période critique. Ainsi, une coroner[3] du Québec (Daigle *et al.*, 1997 ; David, 1997) indiquait que, pour les années 1992-1993 – 1995-1996, les taux de suicide étaient sept fois plus élevés dans les établissements de détention québécois que dans le groupe des hommes libres âgés de 20 à 40 ans. Un tel rapport relevait aussi le lien entre suicide et santé mentale ; il favorisait une approche médicale du problème.

Le débat n'est pas clos sur la méthodologie différentielle servant à calculer les taux de suicide en milieu carcéral (Daigle, 1999), mais il reste que le problème en tant que tel est bien identifié, tout comme il l'est dans la population du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998) ou chez les hommes en général (Canetto et Lester, 1995 ; Canetto et Sakinofsky, 1998). En effet, de multiples recherches indiquent, indépendamment de la situation québécoise, que les taux de suicide en milieu carcéral sont au moins quatre fois, voire même onze fois, plus élevés qu'en milieu naturel (Haycock, 1993 ; Hayes et Blaauw, 1997 ; Pritchard *et al.*, 1997 ; Liebling, 1992 ; 1998). D'où le déploiement de différentes mesures de prévention, lesquelles sembleraient ici

---

2. Les *établissements de détention* (ou « prisons ») sont des institutions provinciales qui, sous la responsabilité des *Services correctionnels du Québec (SCQ)*, accueillent les prévenus ou les personnes condamnées à moins de deux ans d'incarcération. Les *pénitenciers* sont des institutions fédérales gérées par le *Service correctionnel du Canada (SCC)* : ils accueillent les personnes condamnées à deux ans et plus d'incarcération. Néanmoins, les expressions *prisons* ou *établissements pénitenciaires* sont souvent employées de façon générique dans la littérature et elles correspondent alors à tous les établissements qui accueillent des détenus.

3. Officier public nommé par le gouvernement du Québec et possédant des pouvoirs judiciaires, chargé de faire enquête et rapport dans les cas de mort violente ou dont la cause est inconnue.

un gage de réussite (Felthous, 1994 ; White et Schimmel, 1995 ; Farmer *et al.*, 1996 ; Cox et Morschauser, 1997).

Parmi les différentes mesures adoptées par les Services correctionnels du Québec, celles qui sont axées sur le dépistage et la prise en charge des individus en difficulté demeurent les plus importantes. Cependant, elles ne reposent pas sur une évaluation précise de la situation mais sur le seul constat que les taux de suicide sont trop élevés dans les établissements, d'où l'intérêt de la présente recherche qui porte à la fois sur l'évaluation de la problématique dans un échantillon de détenus, qu'ils soient prévenus ou condamnés, mais aussi sur la prise en charge des plus démunis.

I. Méthode

A. Sujets

Pendant l'été 2000, sur une période de 16 semaines, 243 hommes francophones ont été évalués dans deux établissements québécois de détention (« prisons »), soit ceux des villes de Québec (172 sujets) et de Trois-Rivières (71 sujets). Sur l'ensemble des sujets invités au hasard à participer à la recherche, 74 % ont accepté. Le taux de refus est jugé acceptable, du moins si on le compare avec les taux habituellement relevés dans des recherches semblables (Hodgins et Côté, 1990 ; Motiuk et Porporino, 1992). Dans ce cas-ci, les sujets qui ont refusé de participer ont invoqué la raison d'une sentence très courte (une journée), souvent liée au type d'infraction commise (refus de payer une contravention, par exemple).

Le Tableau 1 présente, pour les 243 participants, l'ensemble des données socio-démographiques en fonction des deux établissements d'appartenance. On y constate que la moitié des détenus ont le statut de prévenu, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore été jugés ou condamnés. Les détenus des deux établissements ne diffèrent significativement qu'au niveau du statut professionnel (avant incarcération) et de la durée de la sentence. Dans le premier cas, il faut savoir que la catégorie des « sans emploi, étudiants ou retraités » regroupe presque uniquement des sans-emploi et il y en a effectivement beaucoup plus dans l'établissement de Québec. Pour ce qui est de la durée moyenne de la sentence (en jours), elle est cette fois plus élevée à Trois-Rivières, de même qu'y est plus élevé le pourcentage de personnes condamnées à des sentences de plus de 30 jours. Ces derniers résultats ne s'appliquent que pour les sujets

TABLEAU 1

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

	Ville			
Variable	**Québec** (n=172)	**Trois-Rivières** (n=71)	**Total** (n=243)	**Note**
Statut : prévenus (non condamnés)	50,6 %	49,3 %	50,2 %	
Âge moyen	34 (11,6) 32	35 (10,6) 35	34,3 (11,3) 33	
Célibataires	59,9 %	57,7 %	59,3 %	
Années de scolarité	9,8 (2,5) 10	9,8 (2,8) 9	9,8 (2,6) 10	
Diplômés de collège ou université	10,5 %	16,9 %	12,3 %	
Sans emploi, étudiants, retraités	31,4 %	8,5 %	24,7 %	1
Accusés/condamnés pour délit violent	31,4 %	42,3 %	34,6 %	
Sentence au provincial en jours (pour les condamnés seulement)	177,4 (219,5) 60	326,3 (192) 365	219,7 (221,7) 91	2
Condamnés à plus de 30 jours (pour les condamnés seulement)	61,5 %	87,1 %	68,8 %	3

Note : Les données correspondent ici à des pourcentages ou, sinon, à la moyenne, à l'écart type (entre parenthèses) et à la médiane (en dessous).
1. Khi-deux : $p < .001$.
2. Mann-Whitney : $p < .001$.
3. Khi-deux : $p < .01$.

condamnés à une peine dite « provinciale », c'est-à-dire devant être purgée dans un établissement de détention relevant du gouvernement du Québec. Ils excluent donc les sujets prévenus (qui ne sont évidemment pas condamnés) et les quelques autres condamnés à une sentence dite « fédérale », mais qui n'ont pas encore été transférés dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada. Par ailleurs, les délits violents sont identifiés comme tels à partir des seules déclarations des répondants, sans vérification subséquente des dossiers officiels. Les résultats indiquent que, pour 34,6 % des répondants, au moins un délit peut être

considéré comme « violent » selon la classification officielle de Statistiques Canada. Il y a peu de différences ici entre les 122 prévenus et les 121 condamnés, si ce n'est pour le pourcentage de délits considérés comme violents, qui est significativement plus élevé (Khi-deux, $p < .05$) chez les premiers (41,8 %) que chez les seconds (27,3 %).

B. Instruments

La *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) (Smith *et al.*, 1984), graduée de 0 à 10 sur une échelle à intervalle égal, sert ici à mesurer le degré de gravité des événements qui sont présumés être des « tentatives de suicide ». Cette échelle est l'une des deux meilleures mesures pour évaluer la gravité et sa validité empirique est reconnue (Leenaars *et al.*, 1997). La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée et sur les circonstances entourant l'événement. La gravité de la méthode renvoie à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé. L'évaluation de cette gravité est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant la tentative. Certains critères de référence de la LSARS sont illustrés au Tableau 2. Un canevas d'entretien a été construit pour la LSARS à partir notamment d'éléments circonstanciels déjà éprouvés en milieu carcéral (Daigle *et al.*, 1999). La fidélité inter-juges, pour 30 protocoles de la LSARS, est de 0,92 (coefficient intra classe).

La *Suicide Probability Scale* (*SPS* ; Cull et Gill, 1982/1988) comprend 36 questions. Le sujet inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert

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 de 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

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 *et al.*, 1998). Dans le cadre de l'étude rapportée ici, la SPS sert à identifier les sujets de la catégorie *modéré-sévère*, c'est-à-dire ceux qui, selon les normes du questionnaire, doivent être renvoyés à un clinicien pour une évaluation plus approfondie.

La *Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral (GERS)*, inspirée de l'*Échelle du risque suicidaire* (Morissette, 1984), 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 les *Services correctionnels du Québec* dans le cadre de leur programme de prévention du suicide. La GERS explore plus spécifiquement 14 domaines (pertes, désespoir, santé mentale, antécédents...), dont les 3 premiers (planification, méthode, moyens) recoupent des éléments de l'*Échelle d'urgence suicidaire*. Nous utilisons la GERS pour classifier les répondants dans une catégorie de risque qui est qualifié cette fois de *modéré-élevé*.

L'*Échelle d'urgence suicidaire*, telle que définie par Morissette (1984) identifie, entre autres, 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 habituelle par les intervenants des différents Centres de prévention du suicide. Pour cette recherche, un score de 3 et plus (score 3 : « Pensées suicidaires fréquentes ; la personne pense au suicide régulièrement chaque jour ») signifie que le sujet est à urgence dite *élevée*.

L'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID ; First *et al.*, 1996) est un guide d'entretien semi-structuré permettant d'identifier, chez un individu, les principaux diagnostics des axes I et II du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Des assistants de recherche ont été spécialement formés pour l'administration du SCID à l'occasion d'un entretien de 120 minutes environ. L'accord inter-juges, calculé sur 22 des protocoles du SCID, est total, soit 1.

La grille de *Prise en charge des clients en difficulté*, développée spécifiquement pour ce projet, sert de guide pour l'analyse du suivi des personnes qui ont été dépistées comme étant « en difficulté » (selon les

critères explicités plus loin). L'information nécessaire est recherchée, trente jours après l'admission des clients dépistés, principalement dans leurs dossiers sociaux[4] ou médicaux. Au trente et unième jour, les dossiers sont consultés, peu importe le type d'établissement ou de milieu où ils se trouvent. Cependant, seule est considérée la prise en charge en milieu carcéral, compte tenu des objectifs spécifiques de la recherche. Par exemple, faire hospitaliser un détenu ou bien le réincarcérer ensuite est considéré comme une action légitime de prise en charge. Par contre, les mesures prises pendant l'hospitalisation sont ignorées. Seules les journées passées en milieu carcéral sont ainsi prises en compte.

C. Procédure

Trois assistants de recherche ont rencontré en établissement, dans la première semaine de leur incarcération, les 243 détenus volontaires. La SPS est complétée par les sujets de la recherche, les assistants complétant les autres instruments après un entretien avec ceux-ci. Les dossiers institutionnels ne sont consultés, 30 jours après leur admission, que pour les sujets dits « en difficulté » et nécessitant une prise en charge, ceci dans le but d'évaluer le type de prise en charge institutionnelle dont ils ont bénéficié. Pour cette dernière étape, seuls sont retenus les détenus dépistés comme étant suicidaires (c'est-à-dire ayant une cote de 3 et plus sur l'*Échelle d'urgence suicidaire*) ou ayant souffert d'un trouble mental grave dans le mois précédant l'évaluation (trouble psychotique, dépression majeure ou trouble bipolaire).

D. Considérations éthiques

Un formulaire de consentement a été signé par chacun des sujets concernés. Les répondants étaient avisés que la confidentialité de leurs déclarations ne serait pas respectée si celles-ci mettaient en cause la sécurité d'autrui ou leur propre sécurité. À quelques occasions, cette situation est effectivement apparue. Nous avons alors avisé un employé que le répondant était suicidaire (c'est-à-dire qu'il avait une cote de 3 ou plus

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

sur notre instrument d'évaluation). Dans de tels cas, seules des informations minimales étaient transmises et uniquement en rapport avec l'urgence suicidaire. Par ailleurs, le personnel n'était pas avisé des sujets dépistés uniquement sur la base d'un trouble mental.

II. Résultats

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

A. La prévalence de la problématique suicidaire et des troubles mentaux

Pour ce qui est des antécédents suicidaires, 49,4 % des 243 répondants 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 ? » (Tableau 3). De plus, 28 % rapportent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (7,8 % dans la dernière année), pour une moyenne de 3,9 tentatives par sujet (ÉT = 5,6). Plus précisément, 76,5 % des répondants en ont fait 3 ou moins, mais 4,5 % en ont quand même fait 20 ou plus. Les 265 tentatives rapportées ont été réalisées pour la plupart dans la communauté (82,6 %), mais un certain nombre également lors d'une incarcération (14,7 %) ou d'un séjour en centre d'accueil pour jeunes (2,6 %). Sur ces aspects, les répondants ne se distinguent pas en fonction de leur établissement d'appartenance ou de leur statut de prévenu/condamné. Quant à la dernière tentative de suicide rapportée par les répondants, elle s'est réalisée, en moyenne, 234,9 semaines plus tôt (ÉT = 301,7), la médiane étant à 104 semaines. Dans 10,3 % des cas, l'événement s'est produit dans le dernier mois et, dans 27,9 % des cas, dans la dernière année. Le moyen utilisé lors de la tentative est l'intoxication (33,8 % des cas), la lacération (32,4 %), la pendaison ou la strangulation (17,6 %), l'arme à feu (4,4 %), l'oxyde de carbone (2,9 %), le saut d'une hauteur (2,9 %) ou la collision en automobile (1,5 %). De plus, 4,4 % des sujets ont utilisé

d'autres méthodes ou une combinaison des précédentes. La gravité de la dernière tentative de suicide ou automutilation est estimée en moyenne à 4,8 (ÉT = 2,7) sur l'échelle de la LSARS. Il s'agit là d'un résultat assez élevé, si du moins on se réfère 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 sur la LSARS. Nous observons alors que, dans 38,2 % des événements, la mort était « l'issue probable ».

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

TABLEAU 3

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

	Ville			
Variable	**Québec** (n=172)	**Trois-Rivières** (n=71)	**Total** (n=243)	**Note**
Idéation suicidaire dans le passé	47,7 %	53,5 %	49,4 %	
Tentative de suicide dans le passé	25 %	35,2 %	28 %	
Gravité de la dernière tentative	4,5 (2,4) 5	5,3 (3) 5	4,8 (2,7) 5	
Risque modéré-élevé selon GERS	4,7 %	31,4 %	12,6 %	1
Risque modéré-sévère selon SPS	19,2 %	37,1 %	24,4 %	2
Urgence élevée (score 3 et +)	5,8 %	14,1 %	8,2 %	3
Trouble mental grave (1 mois)	12,3 %	18,6 %	14,1 %	

Note : Les données correspondent ici à des pourcentages ou, sinon, à la moyenne, à l'écart type (entre parenthèses) et à la médiane (en dessous).

1. Khi-deux : $p < .001$.
2. Mann-Whitney : $p < .01$.
3. Khi-deux : $p < .05$.

(24,4 %) qu'avec la classification *modéré-élevé* de la GERS sont considérés comme à risque *modéré-sévère*.

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

L'évaluation réalisée avec le SCID (voir Côté et Daigle, à venir, pour l'ensemble des résultats) révèle que 14,1 % des sujets ont, au cours du dernier mois, présenté un trouble mental grave : trouble psychotique (4,1 %), dépression majeure (6,6 %) ou trouble bipolaire (3,3 %). Ces trois pathologies sont retenues dans l'étude en fonction de l'urgence d'intervenir qui y est plus particulièrement associée. Encore ici, la prévalence est plus élevée dans l'établissement de Trois-Rivières mais, cette fois, la différence n'est pas significative statistiquement.

B. La prise en charge des clients en difficulté

Parmi les 243 sujets évalués, 17,7 % (n = 43) correspondent à l'un des deux critères dits de « prise en charge ». Ces hommes devraient, selon l'optique bien particulière adoptée dans cette recherche (et donc pas nécessairement selon les normes de service des SCQ), bénéficier d'une attention particulière pendant les 30 jours suivant l'évaluation, soit à cause de l'urgence suicidaire (8,2 %), soit à cause d'un trouble mental grave (14,1 %). Le pourcentage de ces détenus en difficulté est significativement plus élevé à Trois-Rivières (voir Tableau 4). La consultation des dossiers indique cependant que, sur les 43 sujets choisis, seulement 67,4 % ont réellement été incarcérés pendant 30 jours. Les possibilités d'intervention sont donc limitées, du moins pour 16,3 % des sujets qui, eux, ont séjourné moins d'une semaine en milieu carcéral. Néanmoins, la moyenne de séjour est de 23,6 jours (ÉT = 10,7), séjour significativement plus long à Trois-Rivières mais pas chez les prévenus, comme leur statut aurait pu le laisser croire. Les résultats sont présentés ici séparément pour les 20 sujets suicidaires et pour les 34 souffrant d'un trouble mental, quoiqu'il est manifeste que les deux clientèles se recoupent en partie dans l'échantillon des 43 sujets.

TABLEAU 4

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

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

Note : 1. Khi-deux : $p < .05$.

En ce qui concerne la prise en charge des 20 sujets identifiés comme suicidaires par les chercheurs, on retrouve aux dossiers, dans 35 % des cas, une identification formelle de cette problématique par le personnel à l'aide d'un formulaire de dépistage. L'intensité de la problématique suicidaire est évaluée par le personnel pour un seul des 20 suicidaires à l'aide de la GERS. Au-delà de l'utilisation stricte de ces formulaires officiels, nous retrouvons cependant une identification de la problématique dans 75 % des dossiers sociaux ou médicaux, une demande de surveillance spéciale par le personnel dans 35 % des cas, un renvoi à un autre intervenant dans 30 % des cas et un plan d'intervention minimal dans 50 % des cas. En ce qui concerne les interventions réalisées, la prise d'une médication est notée dans 85 % des dossiers en début de mois et dans 70 % en fin de mois (ou à la libération du sujet). Dans plusieurs dossiers, cette intervention n'est cependant pas la conséquence d'une évaluation formelle de la problématique suicidaire, mais plutôt la continuation d'une prescription médicale en vigueur avant l'incarcération de l'individu. En effet, il semble que le délinquant, au moment de l'incarcération, déclare lui-même souffrir d'une éventuelle maladie en même temps qu'il donne les détails de sa prescription médicale. Un infirmier de la prison communique ensuite avec le pharmacien externe ayant rempli la prescription et s'assure du suivi.

Quant aux 34 clients souffrant de troubles mentaux, un certain dépistage est noté dans 44,1 % des dossiers sociaux. Cependant, les intervenants se réfèrent ici à leur propre expertise et invoquent le plus souvent la toxicomanie ou, à la limite, des indices de dépression. En parallèle, on retrouve un diagnostic plus formel dans seulement 35 % des dossiers médicaux, ce qui s'expliquerait encore une fois par la procédure évoquée plus haut. Dans l'ensemble, 61,8 % des 34 sujets sont identifiés dans l'un ou l'autre type de dossiers. Le même pourcentage reçoit une médication en début de mois et 44,1 % en fin de mois, mais ce ne sont pas nécessairement les mêmes sujets en début et en fin d'exercice. Nous retrouvons la mention d'une demande de surveillance spéciale dans 20,6 % des cas, d'un renvoi à un autre intervenant dans 17,6 % des cas ou d'un plan d'action dans 35,3 % des cas. Par ailleurs, en ne considérant que les sujets psychotiques (soit ceux dont les symptômes sont peut-être les plus visibles), les différents indices sont encore plus bas, incluant celui de la médication (30 %).

III. Discussion

Le pourcentage d'hommes incarcérés qui affirment avoir eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de leur vie (49,4 %) est beaucoup plus élevé que celui des Québécois âgés entre 25 et 44 ans (10,2 %), ainsi que cela est rapporté dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Légaré *et al.*,1995). Il en va de même pour ce qui est des tentatives de suicide, qui représentent respectivement 28 % et 3,5 %. L'estimation de la problématique suicidaire, telle que réalisée ici, rejoint d'autres estimations faites antérieurement en milieu carcéral. Ainsi, une enquête réalisée auprès des personnes incarcérées dans les prisons du Québec (ministère de la Sécurité publique, 1993) révèle que 30 % des personnes rencontrées ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie. En comparaison, relevons que ce sont 60 % des femmes incarcérées dans les prisons du Québec qui rapportent de tels événements (Daigle *et al.*, 1999), un ordre de grandeur qui n'est pas inhabituel en milieu carcéral (Blanchette et Motiuk, 1996). En milieu libre, ces différences entre les Québécois et les Québécoises n'existent pas, du moins lorsqu'on les interroge sur les événements qui se sont produits au cours de la dernière année (Boyer *et al.*, 2000). Nos résultats permettent toutefois de juger aussi de la gravité réelle des tentatives de suicide qui sont rapportées et du fait que la majorité de ces tentatives ont été réalisées à l'extérieur des établissements. Le

même phénomène existe chez les femmes incarcérées dans les prisons ou les pénitenciers du Québec (Daigle *et al.*, 1999), ce qui tendrait à confirmer, chez les délinquants adultes, l'hypothèse d'une plus grande prévalence de la problématique suicidaire ; toutefois, cette problématique serait principalement reliée au vécu non institutionnel. En ce sens, la prison ne ferait qu'exacerber une problématique pré-existante. Par ailleurs, il est intéressant de relever ici que beaucoup plus de femmes (46,7 %) que d'hommes (24,4 %) incarcérés dans les prisons représentent un risque suicidaire modéré ou sévère (selon la SPS). Les deux groupes sont aussi beaucoup plus à risque que les étudiants universitaires, femmes (5,6 %) ou hommes (6,1 %) (Daigle, 1998).

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

Par ailleurs, cette recherche démontre que le dépistage et la prise en charge des clientèles suicidaires ou souffrant de troubles mentaux graves ne sont pas toujours bien assurés en milieu carcéral. On ne peut toutefois que spéculer sur la qualité des services qui, autrement, auraient été offerts à ces individus dans la communauté. Ici, 35 % seulement des détenus en difficulté sont bien identifiés, que ce soit à l'aide d'un formulaire prescrit ou d'un diagnostic médical. En tenant compte des diverses annotations aux dossiers, un certain dépistage semble toutefois avoir été réalisé dans 75 % des cas (pour les individus suicidaires) ou dans 61,8 % (pour ceux qui souffrent d'un trouble mental grave). C'est du moins ce

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

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

1) Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec, les taux de suicide par 100 000 admissions sont effectivement plus élevés à Trois-Rivières qu'à Québec, du moins pour les années 1997, 1998 et 1999 (Bastille *et al.*, 2000). Ce type d'explication doit cependant être relativisé, du fait des aberrations statistiques causées par des nombres peu élevés de suicides (entre 1 et 3 événements, annuellement, par établissement).
2) La présence et la consommation des drogues à l'intérieur pourraient aussi être différentes d'un établissement à l'autre ; cependant, nous ne sommes pas en mesure de le vérifier. Comme cela a été constaté dans une recherche semblable (Côté *et al.*, en préparation), un tel facteur influe habituellement sur l'apparition de symptômes qui peuvent être confondants, même lorsque le SCID, dans ce cas-ci, est utilisé dans toute sa rigueur pour évaluer la présence éventuelle d'un trouble mental.
3) Ce qui serait plus important, cependant, c'est qu'il y aurait moins de services psychiatriques offerts à la population générale de la région de Trois-Rivières. Ces faits sont confirmés par les inter-

venants de la région mais aussi par les statistiques du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux (2000). En effet, il y a 5,1 psychiatres par 100 000 habitants dans la région de Trois-Rivières mais 18,8 dans la région de Québec, car on retrouve à Québec un grand hôpital psychiatrique et une clinique spécialisée. De plus, la région de Québec est desservie par un *Programme d'encadrement clinique et d'hébergement* (PECH) qui évite la judiciarisation excessive des personnes ayant des troubles mentaux et étant en situation d'infractions mineures. L'action de PECH auprès des corps policiers s'inscrit dans le cadre de l'article 8 de la Loi C-75 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui)*, article dont l'application se fait attendre dans d'autres régions du Québec. Selon l'article 8, un policier peut emmener une personne, contre son gré, sans autorisation du tribunal, dans un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Le policier doit, préalablement à cet acheminement, contacter un service d'aide comme le PECH, pour qu'il évalue la situation et intervienne auprès de la personne. Ce programme novateur se rajouterait donc à la grande disponibilité de soins psychiatriques externes, faisant en sorte que moins de personnes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux soient incarcérées à Québec. Selon les données disponibles (Côté, 1997 ; PECH, 1998, 2000), une moyenne de 76 clients ont été renvoyés annuellement par les policiers au programme PECH depuis l'automne 1996. Parallèlement à cela, les renvois des policiers à l'infirmerie du centre de détention de Québec auraient diminué pour passer de 112 (moyenne annuelle d'avril 1993 à mars 1996) à 37 (moyenne d'avril 1996 à mars 2000).

Conclusion

Les résultats de cette étude permettent de préciser l'ampleur des deux problématiques choisies, alors qu'elles ne sont pas toujours bien dépistées par les intervenants des prisons. Ne serait-ce qu'au niveau du dépistage, des améliorations pourraient être réalisées assez facilement en systématisant le processus lors de l'admission des personnes incarcérées. Reste la difficile question du suivi des clients en difficulté. Chez les personnes suicidaires, on peut penser qu'un encadrement minimal

nécessiterait plus de personnel clinique (pas nécessairement médical), mais pas dans des proportions très importantes. En effet, une certaine expertise clinique est nécessaire lors de l'évaluation et de l'intervention de crise avec les personnes suicidaires, mais les mesures subséquentes peuvent souvent être appliquées par d'autres intervenants. Pour les sujets souffrant de troubles mentaux graves, une certaine déjudiciarisation soulagerait cependant les établissements carcéraux, comme le révèle l'expérience du PECH. N'en resterait pas moins la nécessité d'améliorer les services psychiatriques en prison, lesquels ne peuvent être réduits à la prescription de médicaments, surtout dans les conditions que nous avons relevées. Une telle amélioration des services médicaux serait également nécessaire pour atténuer la problématique suicidaire, si tant est que cela puisse s'avérer utile avec ce type de problématique. Malgré tout, il reste que, dans une région donnée, on a pu constater l'effet bénéfique que semble avoir un programme communautaire de déjudiciarisation. Dans cette démarche, c'est toute la communauté qui s'assure que ses citoyens les plus souffrants ne sont pas incarcérés inutilement, ce qui semble avoir une incidence directe sur la prévalence des sujets incarcérés suicidaires ou souffrant de troubles mentaux. Non seulement ces personnes sont alors mieux soignées mais, de plus, elles ne viennent pas perturber inutilement, par leur promiscuité, le difficile quotidien des personnes incarcérées ou employées dans les institutions.

Références

BASTILLE, S., GOUGEON, G. et BOUDREAULT, F. 2000. *Rapport sur les enquêtes en matière de suicide du 1er novembre 1997 au 31 décembre 1999*, Québec : ministère de la Sécurité publique du Québec.

BLANCHETTE, K. et MOTIUK, L. L. 1996. *Les problèmes graves de santé mentale chez les délinquantes : enquête comparative*, Ottawa : Service correctionnel du Canada.

BLAND, R. C., NEWMAN, S. C., THOMPSON, A. H. et DYCK, R. J. 1998. « Psychiatric Disorders in the Population and in Prisoners » *International Journal of Law and Psychiatry* 21 (3) : 273-279.

BOYER, R., ST-LAURENT, D., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., MASSÉ, R. et POULIN, C. 2000. « Idées suicidaires et parasuicides », Pp. 355-367 in *Enquête sociale et de santé 1998*, sous la direction de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe *et al.* Québec : Institut de la statistique du Québec.

CANETTO, S. C. et LESTER, D. 1995. « Gender and the Primary Prevention of Suicide Mortality » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25 (1) : 58-69.

CANETTO, S. C. et SAKINOFSKY, I. 1998. « The Gender Paradox in Suicide » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 28 (1) : 1-23.

CÔTÉ, B. 1997. « L'approche communautaire et la police. L'orientation communautaire en justice pénale : un virage sans dérapage ? » *XXVIIIe Congrès biennal de la Société de criminologie du Québec*, Québec.

CÔTÉ, G. et DAIGLE, M. (soumis). « Les troubles mentaux chez les détenus de deux prisons québécoises : complexité du tableau clinique ».

COX, J. F. et MORSCHAUSER, P. C. 1997. « A Solution to the Problem of Jail Suicide » *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 18 (4) : 178-184.

CULL, J. G. et Gill, W. S. 1982-1988. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*, Los Angeles : Western Psychological Services.

DAIGLE, M. S. 1996. « Comparaison de deux stratégies de dépistage des détenus suicidaires » *VIIIe Colloque provincial de l'Association québécoise de suicidologie*, Chicoutimi.

DAIGLE, M. S. 1998. *Dépistage systématique et prise en charge des personnes incarcérées suicidaires*, Québec : Conférence au ministère de la Sécurité publique du Québec.

DAIGLE, M. S. 1999. « La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral : évaluation de la situation et approche préventive » *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* 2 : 303-311.

DAIGLE, M. S., ALARIE, M. et LEFEBVRE, P. 1999. « La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées » *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle* 11 (3) : 41-45.

DAIGLE, M. S. et GIROUARD, D. 1995. *Rapport synthèse sur les suicides survenus dans les pénitenciers québécois (avril 1993 - mars 1995)*, Montréal : Service correctionnel du Canada.

DAIGLE, M. S., LEMAY, L. et TALBOT, J. 1997. *Recommandations pour la prévention du suicide en milieu carcéral. Mémoire présenté à la Coroner Anne-Marie David*, Montréal : Suicide-Action Montréal.

DAVID, A.-M. 1997. *Rapport d'enquête de la Coroner sur la mort de 12 détenus du SCQ*, Québec : Bureau du Coroner en chef.

DE HERT, M. et PEUSKENS, J. 2000. « Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour : Schizophrenia », Pp. 121-134 in *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, sous la direction de K. Hawton et K. van Heeringen. Chichester (England) : Wiley.

FARMER, K. A., FELTHOUS, A. R. et HOLZER, C. E. 1996. « Medically Serious Suicide Attempts in a Jail with a Suicide-prevention Program » *Journal of Forensic Sciences* 41 (2) : 240-246.

FELTHOUS, A. R. 1994. « Preventing Jailhouse Suicides » *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* 22 (4) : 477-487.

FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M. et WILLIAMS, J. B. W. 1996. *Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV. Version non patient*, Washington, D. C. : American Psychiatric Press.

GRUNBERG, F., LESAGE, A. D., BOYER, R., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C. et LOYER, M. 1994. « Le suicide chez les jeunes adultes

de sexe masculin au Québec. Psychopathologie et utilisation des services médicaux » *Santé mentale au Québec* 19 (2) : 25-40.

HAYCOCK, J. 1993. « Double Jeopardy : Suicide Rates in Forensic Hospitals » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 23 (2) : 130-138.

HAYES, L. M. et BLAAUW, E. 1997. « Editorial. Prison Suicide : A Special Issue » *Crisis* 18 (4) : 146-47.

HODGINS, S. et CÔTÉ, G. 1990. « Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois » *Santé mentale au Canada* 38 (1) : 1-5.

HYDE, P. S. et SEITER, R. P. 1987. *The Prevalence of Mental Illness among Inmates in the Ohio Prison System*, The Department of Mental Health and Ohio Department of Rehabilitation and Correction Interdepartmental Planning Oversight Committee for Psychiatric Services to Corrections.

LABELLE, R., DAIGLE, M. S., PRONOVOST, J. et MARCOTTE, D. 1998. « Étude psychométrique d'une version française du Suicide Probability Scale auprès de trois populations distinctes » *Psychologie et psychométrie* 19 (1) : 5-26.

LABERGE, D. 1991. *Le traitement judiciaire des personnes connaissant des problèmes de santé mentale*, Montréal : UQAM (Groupe de recherche et d'analyse sur les politiques et les pratiques pénales) et Université de Montréal (CICC).

LABERGE, D. et LANDREVILLE, P. 1995. *Maladie mentale et délinquance : deux figures de la déviance devant la justice pénale*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

LAISHES, J. 1994. *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1992-mars 1994)*, Ottawa : Service correctionnel du Canada.

LAISHES, J. 1995. *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1994-mars 1995)*, Ottawa : Service correctionnel du Canada.

LAISHES, J. 1997. « Inmate Suicides in the Correctional Service of Canada » *Crisis* 18 (4) : 157-162.

LEENAARS, A. A., DE LEO, D., DIEKSTRA, R. F. W., GOLDNEY, R. D., KELLEHER, M. J., LESTER, D. et NORDSTROM, P. 1997. « Consultations for Research in Suicidology » *Archives of Suicide Research* 3 : 139-51.

LÉGARÉ, G., LEBEAU, A., BOYER, R. et ST-LAURENT, D. 1995. « Santé mentale », Pp. 217-255 in *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 1*, sous la direction de Santé Québec, C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard et M. Levasseur. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

LIEBLING, A. 1992. *Suicides in Prison*, Londres : Routledge.

LIEBLING, A. 1998. *Deaths of Offenders : The Hidden Side of Justice*, Londres : Waterside 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.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2000. *Indicateurs de suivi de la transformation des services de santé mentale. Rapport sommaire*, Québec : Minis-

tère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. 1993. *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 1993*, Québec : Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des services correctionnels.

MORISSETTE, P. 1984. *Le suicide. Démythification, intervention et prévention*, Québec : Centre de prévention du suicide de Québec.

MOTIUK, L. L. et PORPORINO, F. J. 1992. *The Prevalence, Nature and Severity of Mental Health Problems among Federal Inmates in Canadian Penitentiaries*, Report No. R-24, Ottawa, Ontario : Correctional Service Canada.

PRITCHARD, C., COX, M. et DAWSON, A. 1997. « Suicide and "Violent" Death in a Six-year Cohort of Male Probationers Compared with Pattern of Mortality in the General Population : Evidence of Accumulative Socio-psychiatric Vulnerability » *Journal of the Royal Society of Health* 117 (3) : 180-185.

PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH). 1998. *Rapport annuel 1997/1998*, Québec : Programme d'encadrement clinique et d'hébergement.

PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH). 2000. *Rapport annuel 1999/2000*, Québec : Programme d'encadrement clinique et d'hébergement.

RASMUSSEN, K. 1999. « Mental Health in Prisoners » *International Journal of Law and Psychiatry* 22 (1) : 91-97.

SMITH, K., CONROY, R. W. et EHLER, B. D. 1984. « Lethality of Suicide Attempt Rating Scale » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 14 (4) : 215-243.

SOUCY, N. 1996. « Le profil de la clientèle des Services correctionnels du Québec » *Faits et chiffres* : 1-7.

TEPLIN, L. A. 1990. « The Prevalence of Severe Mental Disorder among Male Urban Jail Detainees : Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program » *American Journal of Public Health* 80 (6) : 663-669.

WATKINS, R. E. 1992. *Étude rétrospective sur le suicide chez les détenus du Service correctionnel du Canada*, Ottawa : Service correctionnel du Canada.

WHITE, T. W. et SCHIMMEL, D. J. 1995. « Suicide Prevention in Federal Prisons : A Successful Five-step Program », Pp. 46-57 in *Prison Suicide : An Overview and Guide to Prevention*, sous la direction de L. M. Hayes. Washington, D. C. : Department of Justice, National Institute of Correction.