

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
SÉBASTIEN CARON

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DÉTENUS  
QUÉBÉCOIS AYANT FAIT UNE TENTATIVE  
DE SUICIDE OU UNE AUTOMUTILATION

JUIN 2002

6612  
2179

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Dans une population de détenus, nous retrouvons au moins deux problématiques majeures, soit un taux de suicide élevé ainsi qu'un pourcentage important de troubles mentaux. Certains troubles mentaux seraient plus associés spécifiquement aux tentatives de suicide ou bien aux automutilations. Toutefois, il est difficile de bien distinguer ces deux comportements, plus particulièrement en milieu carcéral. Cette étude s'intéresse à ces deux comportements d'autodestruction, soit les tentatives de suicide et les automutilations en les mettant en relation avec trois troubles cliniques de l'axe I et trois troubles de la personnalité de l'axe II du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM). Un total de 243 hommes francophones ont été évalués dans deux établissements de détention du Québec. Parmi ces 243 sujets masculins, 67 ont présenté des comportements autodestructeurs. L'échantillon est réparti en deux groupes, soit ceux ayant fait des tentatives de suicide (38 sujets) et ceux ayant fait de l'automutilation (29 sujets). Les deux comportements autodestructeurs sont définis en fonction de la gravité du geste, telle que balisée par la *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) de Smith, Conroy et Ehler (1984). Le *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID I et II, Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990) a permis d'identifier chez un individu les principaux diagnostics des axes I et II du DSM. Les résultats n'ont pas su démontrer de différences significatives entre les sujets ayant fait des tentatives de suicide et ceux ayant

fait de l'automutilation et ce, tant au niveau des variables des troubles cliniques que des troubles de personnalité. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté de bien cerner les deux comportements autodestructeurs qui sont à l'étude. Néanmoins, certaines tendances sont observées et sont discutées en fonction notamment des observations antérieures de Fulwiler, Forbes, Santangelo, et Folstein (1997). Les résultats présentés ici ne remettent cependant pas en cause la pertinence de distinguer cliniquement les types de comportements autodestructeurs et, encore moins, de s'intéresser à la vulnérabilité sous-jacente des personnes incarcérées.

## Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>ii</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>vii</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE .....</b>	<b>4</b>
Population ciblée : Les hommes en détention.....	5
<i>Caractéristiques des détenus.....</i>	<i>6</i>
<i>Problématique du suicide en prison .....</i>	<i>7</i>
Comportements autodestructeurs : distinction entre les concepts.....	9
<i>Définition du suicide.....</i>	<i>10</i>
<i>Tentative de suicide et automutilation.....</i>	<i>11</i>
<i>Intention de mourir et gravité du comportement autodestructeur .....</i>	<i>16</i>
Différents troubles mentaux associés aux comportements autodestructeurs (tentatives de suicide et automutilations).....	20
<i>Comorbidité des troubles de l'axe I et II du DSM .....</i>	<i>21</i>
<i>Troubles cliniques de l'axe I.....</i>	<i>24</i>
<i>Dépression majeure.....</i>	<i>25</i>
<i>Dépendance à l'alcool ou aux autres drogues.....</i>	<i>28</i>

<i>Troubles de la personnalité de l'axe II</i> .....	33
<i>Trouble de personnalité antisociale</i> .....	34
<i>Trouble de conduite</i> .....	38
<i>Trouble de personnalité borderline</i> .....	42
Hypothèses de recherche .....	49
<i>Formulation des hypothèses</i> .....	49
<i>Définition des variables</i> .....	50
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODE</b> .....	<b>51</b>
Échantillon .....	52
<i>Sujets</i> .....	52
<i>Instruments de mesure</i> .....	53
<i>Questionnaire socio-démographique</i> .....	53
<i>Lethality of Suicide Attempt Rating Scale (LSARS)</i> .....	54
<i>Structured Clinical Interview for DSM (SCID I et II)</i> .....	55
Procédure .....	56
<b>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS</b> .....	<b>57</b>
Analyses descriptives.....	58
<i>Gravité des comportements autodestructeurs</i> .....	58
<i>Comparaison entre ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs</i> .....	61
<i>Comparaison entre ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide</i> .....	63
Vérification des hypothèses .....	65
Analyse supplémentaire .....	66

<b>CHAPITRE 4 : DISCUSSION .....</b>	<b>68</b>
Discussion des résultats .....	69
. Gravité des comportements autodestructeurs .....	69
. Sujets diagnostiqués qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs et ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide .....	73
. Vérification des hypothèses .....	77
. Sujets diagnostiqués qui ont eu ou non l'intention de mourir .....	82
Forces et faiblesses .....	85
Conséquences de la recherche et orientations futures .....	87
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>91</b>
<b>APPENDICE A : Formulaire de consentement .....</b>	<b>99</b>
<b>APPENDICE B : Canevas d'entrevue .....</b>	<b>101</b>

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Classification différentielle des comportements d'autodestruction .....	19
2	Critères pour la gravité des comportements autodestructeurs (LSARS).....	59
3	Moyens utilisés lors du comportement autodestructeur .....	61
4	Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs .....	62
5	Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide (score de 4 et plus à la LSARS).....	64
6	Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués dans les deux groupes formés selon la LSARS .....	66
7	Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont eu ou non l'intention de mourir .....	67



## Remerciements

L'auteur tient à remercier et à exprimer toute sa reconnaissance à son directeur de recherche, monsieur Marc Daigle, Ph.D., pour ses précieux conseils et pour son soutien apporté à l'intégration d'un cadre de recherche scientifique. Par la richesse de ses connaissances théoriques, sa grande expérience au niveau de la recherche sur une thématique d'actualité telle que le suicide, monsieur Marc Daigle a su stimuler l'intérêt de l'auteur pour les psychopathologies en milieu institutionnel et pour la réalisation de ce mémoire. L'auteur tient également à remercier les gestionnaires du Centre de détention de Trois-Rivières et du Centre de détention d'Orsainville (Québec) pour leur grande collaboration. L'auteur exprime son plus grand respect à chacun des sujets qui se sont portés volontaires à un entretien clinique dans le cadre du processus d'expérimentation en relatant avec courage leurs souvenirs douloureux, leur souffrance et leur désespoir. Enfin, l'auteur aimerait témoigner sa gratitude à sa famille et à ses amis(es) de l'avoir encouragé et soutenu dans la réalisation de ses objectifs personnels et de ce mémoire. L'auteur souhaite offrir l'accomplissement de cet ouvrage à ses parents.

## Introduction

Cette recherche cible la clientèle des hommes à risque de suicide, et notamment les hommes en détention. Dans une population de détenus, nous retrouvons au moins deux problématiques majeures, soit un taux de suicide élevé ainsi qu'un pourcentage important de troubles mentaux dont les plus typiques sont les troubles de personnalité. Les taux de suicide en milieu carcéral sont donc élevés (Liebling, 1998). Les auteurs spécialisés rapportent habituellement des taux de suicide qui sont au moins quatre fois, sinon onze fois plus élevés qu'en milieu naturel (Liebling, 1992). On estime que 52% des personnes incarcérées dans les établissements de détention québécois auraient déjà fait au moins une tentative de suicide (Soucy, 1996). De plus, une étude de Hodgins et Côté (1990) démontre une prévalence à vie importante de divers troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois, notamment un taux de 16,9% de dépression ainsi qu'un taux de 61,7% de personnalité antisociale. Par ailleurs, certains troubles mentaux seraient associés spécifiquement aux tentatives de suicide ou bien aux automutilations. Pattison et Kahan (1983) suggèrent une classification différentielle des comportements d'autodestruction (« self-destructive behaviors »). Fulwiler, Forbes, Santangelo et Folstein (1997), pour leur part, proposent un diagnostic différentiel pour distinguer les individus qui ont eu l'un ou l'autre de ces comportements autodestructeurs. Il n'y a pas d'autres auteurs qui tentent d'établir une telle distinction de façon aussi systématique même si, de façon globale, certains comportements autodestructeurs semblent

effectivement associés à certains troubles mentaux. De plus, outre ces auteurs, aucune recherche n'a été entreprise pour tenter de mesurer la différence de fréquence en milieu carcéral, entre le suicide et les comportements semblables au suicide comme la simulation de comportements suicidaires et l'automutilation (Weekes & Morison, 1992).

La présente étude se concentre sur les deux comportements d'autodestruction les plus fréquents chez les hommes incarcérés au Québec, soit les tentatives de suicide (« suicide attempts ») et les automutilations (« self-mutilations », « self-harm » ou « self-injury », selon les auteurs recensés). Plus particulièrement, l'objectif est d'explorer et de mesurer s'il y a des différences de fréquence entre ces deux comportements autodestructeurs pour ce qu'il en est de six pathologies : (1) la dépression, (2) le trouble de dépendance à l'alcool, (3) le trouble de dépendance aux autres drogues, (4) le trouble de personnalité antisociale, (5) son pendant à l'adolescence (avant l'âge de 15 ans), soit le trouble de conduite et (6) le trouble de personnalité borderline. Le contexte théorique amènera les hypothèses de recherche par le biais d'études en lien avec la problématique. Le second chapitre porte sur les aspects méthodologiques privilégiés qui serviront à vérifier les hypothèses de l'étude. Le troisième chapitre présentera l'ensemble des résultats obtenus et, finalement, le quatrième chapitre termine la présentation de cette étude par l'analyse et la discussion de ces résultats.

## Chapitre 1

### Contexte théorique

Ce chapitre se divise en quatre parties qui permettront d'expliciter la problématique soulevée dans le cadre de cette étude. La première partie présente la population ciblée. Il sera question ensuite de bien clarifier les différents concepts reliés aux comportements autodestructeurs, en plus d'établir la distinction fondamentale entre les tentatives de suicide et les automutilations. Toujours par le biais d'études scientifiques, la troisième partie consiste à présenter différents troubles mentaux associés aux comportements autodestructeurs. Pour conclure ce chapitre, les questions et les différentes hypothèses de recherche en lien avec la problématique sont amenées.

#### Population ciblée: les hommes en détention

La revue de la littérature scientifique sur la thématique du suicide en milieu carcéral mentionne, de façon générale, qu'un des facteurs les plus représentatifs qui soient liés au risque suicidaire serait le fait d'être un homme (Liebling, 1994). De surcroît, il est important de constater que 50% des suicides dans les pénitenciers fédéraux (canadiens) se produisent dans la province de Québec (abritant seulement 28% des détenus fédéraux en 1995-1996) (Daigle, 1998). Les taux de tentatives de suicide chez les détenus sont au moins 13% (Liebling, 1992) mais il a même été estimé jusqu'à 30% dans certaines études sur les prisonniers québécois (Sécurité publique du Québec, 1994).

### *Caractéristiques des détenus*

Quelques conclusions sur les suicides de détenus rapportés par le Service correctionnel du Canada (1992) permettent de mettre en lumière un portrait global des caractéristiques les plus communes chez les détenus. Selon le Service correctionnel du Canada (1992), les taux de suicide semblent plus bas chez les femmes détenues que chez les hommes détenus. Quand il est possible d'établir une différence entre les détenus ayant mis fin à leur vie et les autres, on observe qu'un plus grand nombre de célibataires s'étaient suicidés. Les détenus purgeant de longues peines couraient davantage le risque de devenir suicidaires que ceux purgeant des peines moins longues. La méthode de suicide la plus commune était la pendaison. Des chercheurs britanniques ont observé qu'environ la moitié des détenus de leur échantillon qui se sont suicidés avaient menacé ou tenté de le faire par le passé. Par ailleurs, le Service correctionnel du Canada (1992) stipule, en ce qui a trait à la prévention du suicide, que les comportements suicidaires sont plus rares au sein des régimes carcéraux plus petits où les détenus sont mieux entourés. De plus, les chercheurs insistent sur l'importance des contacts avec la famille et la collectivité pour les détenus suicidaires. Finalement, ces derniers déconseillent le placement en cellule d'isolement, dans le cas de détenus suicidaires, au profit plutôt du partage de cellule avec un détenu soigneusement choisi (Service correctionnel du Canada, 1992).

Les établissements de détention<sup>1</sup> regroupent essentiellement des individus de sexe masculin, dans la trentaine, célibataires, toxicomanes ou affectés par diverses problématiques psychosociales (Daigle, 1996). Certains individus à risque de suicide y sont sur-représentés : autochtones, faiblement scolarisés, sans-abri avant l’incarcération, placés en centre d’accueil dans leur enfance, victimes de violence (dont violence sexuelle) et ceux ayant fait des tentatives de suicide (Daigle, 1996; Liebling, 1998; Soucy, 1996).

### *Problématique du suicide en prison*

Selon Daigle (1998), deux questions pertinentes méritent d’être soulevées: est-ce le milieu carcéral qui est suicidogène ou bien est-ce la population délinquante qui est plus à risque suicidaire? Selon cet auteur, certains chercheurs avancent que ce serait presque uniquement l’environnement carcéral qui serait responsable du haut taux de comportements suicidaires qu’on y retrouve. Par contre, les individus qui se retrouvent en prison ou dans les pénitenciers font déjà partie d’un groupe à risque suicidaire élevé et c’est probablement ce qui expliquerait des taux aussi élevés dans leur nouveau milieu de vie (Daigle, 1998).

Les principales étapes de l’incarcération (comparution, condamnation, révocation d’une semi-liberté, transfert...) sont des moments à risque suicidaire élevé et

---

<sup>1</sup> Les établissements de détention (ou « prison ») sont des institutions provinciales qui, sous la responsabilité des Services correctionnels du Québec (SCQ), accueillent les personnes prévenues ou sentencées à moins de deux ans d’incarcération. Les pénitenciers sont des institutions fédérales administrées ou gérées par le Service correctionnel du Canada (SCC) et ils accueillent les personnes condamnées à plus de deux ans d’incarcération. Comme nous le verrons plus loin, la présente recherche s’est intéressée spécifiquement aux prisons du Québec.



ils requièrent un renforcement de la vigilance (Cremniter, 2000). Cet auteur mentionne que plus de la moitié des suicides restent «sans raisons connues» et échappent ainsi à l'analyse de l'administration qui ne peut considérer le phénomène suicidaire que dans son aspect événementiel régi par des facteurs externes au détenu puisqu'il y aurait quelque chose de paradoxal à se suicider sous surveillance. On ne se suicide pas librement en prison, car c'est presque un défi lancé au détenu par le système carcéral (Cremniter, 2000). Selon ce dernier, de toute manière, le suicide apparaît comme le résultat d'une intrication complexe entre la personnalité d'un sujet qui a déjà effectué des gestes suicidaires avant ou entre les incarcérations, confronté à une série de contraintes institutionnelles inductrices d'une opposition mortifière à laquelle s'ajoute une distension des liens significatifs avec l'extérieur. Cet ensemble de facteurs individuels et institutionnels ne permet pas plus d'ignorer la fragilité des sujets incarcérés que de faire l'économie d'un débat de fond sur l'objectif du milieu carcéral.

Selon Van Moffaert (1997), l'incarcération provoquerait chez plusieurs détenus une anxiété qui serait souvent associée à l'auto-agression (agression dirigée contre soi, telle l'automutilation et le suicide), à l'hétéro-agression (agression dirigée contre les autres), à l'abus d'alcool et de drogue ou à l'apathie profonde. Or, la prison constitue définitivement une expérience qui apparaît très difficile et douloureuse. D'ailleurs, certaines recherches ont démontré que plus de la moitié des suicides en milieu carcéral sont précédés par des automutilations ou des tentatives de suicides (Liebling, 1992; Service correctionnel du Canada, 1992; Weekes & Morison, 1992). Selon un rapport rétrospectif sur les suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (N = 11), dix

des onze détenus qui se sont enlevé la vie en 1996-1997 avaient fait l'objet d'une quelconque évaluation psychologique ou psychiatrique (Larivière & Polvi, 1998). Un diagnostic de trouble de la personnalité avait été porté dans au moins quatre cas. La plupart d'entre eux (huit des onze détenus) avaient des antécédents d'abus d'alcool et de drogues et beaucoup avaient été victimes de violence physique ou sexuelle dans leur enfance. Fait à noter, huit des détenus de l'échantillon avaient déjà tenté de se suicider et six s'étaient déjà livrés à des actes d'automutilation. Notons au passage que ces deux concepts ne sont pas bien clarifiés dans leur étude. Tous les détenus en question sont morts asphyxiés par pendaison, sauf un qui est mort d'une surdose médicamenteuse. Par ailleurs, une étude du Service correctionnel du Canada (1992) mentionne que les détenus masculins purgeant de longues peines couraient davantage le risque de devenir suicidaires que les détenus purgeant de moins longues peines. En somme, il est impératif d'étudier et d'évaluer les troubles psychologiques, les tentatives de suicide et les automutilations chez les hommes incarcérés.

#### Comportements autodestructeurs : distinction entre les concepts

Dans la littérature, on relève différents termes qui sont utilisés pour décrire les comportements suicidaires (ou « parasuicidaires ») et la distinction entre ces différents concepts est souvent vague ou même ignorée complètement. La terminologie et la signification données aux comportements en cause ne font pas l'unanimité d'un auteur à l'autre. C'est pourquoi le terme « comportement autodestructeur » a été employé ici pour désigner les comportements automutilatoires et les tentatives de suicide, avec ou

sans différenciation de l'intention de mourir, et selon des niveaux (de bas à élevé) de gravité de l'acte au plan de la létalité. Cette section permettra donc d'éclaircir ces différents concepts afin de mieux comprendre les comportements autodestructeurs tels qu'abordés dans cette étude. En s'appuyant sur des recherches antérieures, l'objectif principal de cette section sera, dans un premier temps, de définir le suicide de la façon la plus précise possible, pour ensuite établir la distinction entre tentatives de suicide et automutilations.

#### *Définition du suicide*

C'est vers le 19<sup>e</sup> siècle qu'est apparue l'une des premières conceptions théoriques sur le suicide. En effet, Émile Durkheim (1897/1981) définissait ainsi le suicide comme : tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. La tentative, selon Durkheim, est ainsi : l'acte défini plus haut, mais lorsqu'il est arrêté avant que la mort en résulte. Selon Philippe (2000), le suicide est un acte par lequel le sujet met sa vie en jeu et la prise en compte de l'intentionnalité du geste pose le problème de la définition du suicide. Selon Philippe, soit l'on considère tout acte d'autodestruction, quel que soit le degré de conscience qui l'anime, soit on se limite aux comportements où existe une intention délibérée de mourir. Par contre, Leenaars et al (1997), à partir d'une recension sur le sujet, affirment que le suicide devrait être défini de façon plus opérationnelle. Ces auteurs distinguent alors le suicide des comportements suicidaires. D'abord, les comportements suicidaires incluent les actes suicidaires et les

idées suicidaires. En ce qui a trait aux actes suicidaires, la définition du suicide devrait introduire une description des méthodes et de la gravité médicale associée. La gravité estimée englobe les méthodes mais aussi les circonstances de la tentative. Pour ce qui est de la gravité médicale proprement dite, elle fait référence au degré de mortalité associé à une méthode. Toujours selon Leenaars et al (1997), les idées suicidaires sont séparées des actions car ces dernières n'impliquent pas de comportements conséquents. La hiérarchie des idéations suicidaires est établie par des observations actives des méthodes utilisées, incluant ainsi le «où», le «quand», le «comment» et les circonstances.

Par ailleurs, on sait que l'emprisonnement semble avoir une part de responsabilité considérable dans l'exacerbation des problèmes de santé mentale des détenus. Bernheim, dans un texte qui date de 1987, avance même que la grande majorité des médecins qui ont travaillé et qui travaillent dans une institution carcérale, et qui ont écrit au sujet des suicides et des tentatives de suicide en prison, considèrent cette institution comme un milieu pathogène générateur de comportements suicidaires.

#### *Tentative de suicide et automutilation*

Plus particulièrement dans les établissements de détention à sécurité minimale, où les détenus peuvent circuler assez librement, il arrive souvent que des manifestations de tentatives de suicide et d'automutilations soient présentes à bien des égards. Ceci complique la tâche du clinicien institutionnel qui doit émettre un diagnostic juste et

approprié. La distinction entre ces deux phénomènes est généralement établie à partir de deux éléments cruciaux: l'intention de mourir et la gravité de l'acte.

Selon Hillbrand (1993), les individus incarcérés présentent un risque accru de passage à l'acte automutilatoire parce que les désordres développementaux, de personnalité et psychotiques ont une prévalence plus élevée en prison que dans la population générale. Selon cet auteur, une série d'études identifient le comportement automutilatoire comme un comportement commun parmi les détenus.

Weekes et Morison (1992) posent qu'un examen rigoureux permet de distinguer le comportement suicidaire, la simulation et l'automutilation comme syndromes cliniques distincts. Les auteurs définissent en premier lieu la simulation en se référant au DSM III R : la simulation désigne une classe générale de troubles de fonctionnement qui se manifestent par des symptômes physiques ou psychologiques intentionnellement simulés ou très exagérés. La simulation est motivée par des facteurs externes. Par exemple, les détenus qui se taillent les chairs pour donner l'impression qu'ils tentent de se suicider n'ont généralement pas réellement l'intention de se tuer. Weekes et Morison (1992) affirment que, au contraire, par leurs gestes et paroles, les simulateurs essaient de contraindre les administrateurs de l'établissement à leur accorder une sorte de récompense indirecte (par exemple en les soustrayant des situations qui leur déplaisent ou qu'ils jugent dangereuses dans la population carcérale). Selon les deux auteurs, l'instinct de conservation demeure l'élément principal qui motive ce type de

comportement. Dans ces situations, les détenus cherchent à éviter une blessure grave. Sachant cela, il est peu probable qu'ils se suicident.

Weekes et Morison (1992) se sont basés sur l'ouvrage de Walsh et Rosen intitulé *Self-Mutilation* pour donner à l'automutilation la définition suivante: il s'agit d'une blessure grave ou d'un défigurement délibéré, volontairement infligé par l'individu sur sa personne, mais qui ne suffit pas à entraîner la mort ; à cause de sa nature, ce comportement est inacceptable aux yeux de la société (cité dans Weekes & Morison, 1992). Selon ces auteurs, à en juger par l'expérience clinique en milieu correctionnel, il semble que le comportement suicidaire véritable et la simulation soient les plus communs des trois troubles susmentionnés. Généralement, les automutilateurs ne se suicident pas par la suite. Ce qui pourrait expliquer ce genre de comportement chez les individus serait plus un désir de se punir ou de se blesser (Weekes & Morison, 1992).

Waltz (1994) définissait les comportements suicidaires et parasuicidaires comme faisant référence à toute agression physique qu'un sujet s'inflige à lui-même intentionnellement et qui entraîne des blessures modérément graves ou mortelles. L'agir suicidaire a comme fonction de réduire certaines émotions douloureuses comme la rage, la honte, la culpabilité, la tristesse et la peur (Waltz, 1994). Les milieux carcéraux, malgré leur humanisation récente, restent des lieux où les gestes auto-offensifs sont assez fréquents: coupure, brûlure de cigarette, parfois stigmatisme corporel localisé, condensant une référence au temps qui s'estompe (Scharbach, 1986). Selon cet auteur, que le geste soit authentique, simulacre, simulé, il traduit un état psychologique tel qu'il

n'y a plus que le corps qui puisse tenir lieu de moyen d'expression pour un appel, un chantage, un aspect utilitaire.

Selon Walsh et Rosen (1988), l'automutilation se présente comme une blessure réelle entraînant des lésions physiques, mais qui d'ordinaire n'entraîne pas la mort. Elle est souvent répétitive et résulte habituellement de l'emploi de méthodes variées. Les détenus s'automutileraient pour soulager la tension, la dépression, l'anxiété et pour avoir un certain contrôle sur leur environnement (Cookson, 1977). Une tentative de suicide serait faite dans le but de mourir réellement, en opposition à l'automutilation qui serait faite dans l'objectif de s'infliger des blessures, mais sans nécessairement vouloir en mourir (Farmer & al, 1996). Par ailleurs, Favazza et Rosenthal (1993) mentionnent que l'automutilation est un symptôme ou un trait associé à plusieurs désordres mentaux. Selon eux, l'automutilation peut être phénoménologiquement catégorisée à l'intérieur de trois types. Le premier, le type majeur, est plus communément associé à des psychoses et des intoxications aiguës. Le second, le type stéréotypique, est associé à un retard mental. Finalement le troisième, le type superficiel ou modéré, est associé à une pathologie dite de caractère (ce qui correspond plus ou moins à un trouble de la personnalité dans le DSM). Le syndrome d'automutilation répétitive, superficielle ou modérée, devrait être identifié comme un trouble des impulsions à l'axe I du DSM. Dans plusieurs cas, le syndrome coexiste avec une pathologie du caractère (Favazza & Rosenthal, 1993). Selon Favazza (1996), l'automutilation serait une destruction délibérée ou une altération de son propre corps sans intention suicidaire consciente. Selon lui, le suicide serait un acte morbide de régénération. Or, un individu qui essaie

de s'enlever la vie tente d'arrêter toutes sensations, mais un individu qui s'inflige des automutilations tente désespérément de se sentir mieux.

Une étude de Fulwiler et al. (1997), auprès cette fois d'un échantillon de détenus, identifie trois catégories de raisons chez ceux qui ont fait des automutilations. D'abord, 31% des sujets de l'échantillon s'étaient infligé des blessures à eux-mêmes pour tenter de manipuler consciemment le système correctionnel (par exemple, pour obtenir un transfert dans un endroit moins restrictif). Ensuite, 56% des individus avaient fait des automutilations pour soulager leur anxiété ou leur tension. Finalement, 13% se disaient contrôlés par des commandes hallucinatoires qui leur dictaient comment se faire mal à eux-mêmes.

Malgré l'effort que nous faisons ici pour mieux différencier les tentatives de suicide des automutilations, il est important de considérer que les automutilateurs représentent quand même un risque suicidaire élevé. Selon Weekes et Morison (1992), l'analyse des manifestations de violence autocentrée chez les détenus n'est pas complète si l'on ne tente pas de distinguer le comportement suicidaire des autres comportements comme la simulation ou l'automutilation par exemple. Par ailleurs, toujours selon ces mêmes auteurs, il n'existe pas de méthode fondée (en milieu carcéral) qui permette de distinguer avec certitude ces syndromes les uns des autres.



*Intention de mourir et gravité du comportement autodestructeur (tentative de suicide / automutilation)*

Comment savoir quel mobile a déterminé l'individu et si, quand il a pris sa résolution, c'est la mort même qu'il voulait ou s'il avait quelque autre but ? L'intention d'une personne est trop intime pour être évaluée du dehors autrement que par de grossières inférences (Durkheim, 1897/1981). Lévesque (1977) (cité dans Bernheim, 1987) résume les communications inter-personnelles dans le cadre du contexte sociologique que représente le milieu fermé des institutions carcérales :

*Tout suicidaire en puissance signale de façon plus ou moins manifeste son intention de se suicider. Cette communication est un signal d'alarme, de danger, dans le but de mobiliser l'entourage du sujet (...). En communiquant, le suicidaire met de son côté toutes les chances de survivre à l'acte. Enfin, la communication de l'intention peut être une façon de contrôler l'entourage, de le manipuler et de le menacer; ce comportement allant de la simple mise en garde au chantage le plus subtil. (p. 35)*

Selon Scharbach (1986), il faut prendre davantage en compte le sens et l'intentionnalité du geste : geste auto-dirigé incident, auto-offensif primitif, à type de décharge motrice réflexe ou déterminée par des situations de frustration et, en règle générale, comportant une charge émotionnelle. Des degrés dans l'intentionnel pourraient alors se concevoir selon cette logique, d'autant que le contexte relationnel serait plus ou moins saturé (compassion, intervention de l'entourage).

Certains auteurs, parfois à l'aide de questionnaires, ont essayé de mettre en lumière la distinction entre les comportements suicidaires ou automutilatoires. La

gravité des tentatives de suicides antérieures est aussi un facteur important à considérer afin d'évaluer le risque suicidaire (Kowlski, Crawford & Smith, 1986). Selon ces auteurs, plus les tentatives antérieures sont graves, plus le risque suicidaire est élevé pour l'avenir. Selon Weekes et Morison (1992), les personnes qui tentent de se suicider ne sont pas toutes susceptibles de compléter ultérieurement un suicide. On retrouve justement plus d'individus qui ont tenté de se suicider que d'individus qui ont commis un suicide complété (Lester & Danto, 1993). Selon Hjelmeland et Knizek (1999), l'emploi des termes intentions et motifs du comportement suicidaire, termes employés en suicidologie, porte souvent à confusion. Lorsque l'on parle d'acte suicidaire non fatal en termes de ce que les patients veulent accomplir, qu'il s'agisse de mourir ou d'autres choses, le terme approprié sera intention et non motif. Un thème très important dans la compréhension d'un acte suicidaire non fatal est ainsi la question même de l'intention: «Pourquoi des gens s'adonnent-ils à des actes suicidaires non fatals?» ou «À quoi veulent-ils en arriver?». Ces auteurs essaient de clarifier les notions d'intention et de motif afin de comprendre ce que ces actes suicidaires non fatals signifient pour chacun des patients. Dans la terminologie de la théorie scientifique, les motifs semblent associés avec des explications causales, tandis que les intentions sont associées avec des explications téléologiques des actes suicidaires. Les explications causales impliquent que l'explication de l'acte appartient au passé, tandis que l'explication téléologique implique que l'implication appartient au futur, que le sujet essaie d'accomplir quelque chose par son acte (Hjelmeland & Knizek, 1999). Expliquée autrement, l'intention est la notion appropriée pour étudier la question de ce que le patient voulait accomplir par ses actes suicidaires, qu'il s'agisse de mourir ou non.

Une étude de Dear, Thomson et Hill (2000) tente de déterminer si les incidents d'automutilation classés comme manipulateurs peuvent également être classés comme une intention de se suicider de bas niveau et ne présentant aucun risque pour la vie. L'échantillon de cette étude comprenait 81 prisonniers (70 hommes, 11 femmes) qui se sont infligé des blessures. Ils ont été interviewés en dedans de trois jours suivant leur geste. De ces 81 prisonniers, 74 (64 hommes et 10 femmes) ont pu être classés selon les trois variables évaluées : le motif pour leur automutilation, la gravité médicale de l'incident d'automutilation et le sérieux de la tentative (risque sur leur vie). Les motifs ont été évalués sur un seul item qui exigeait du prisonnier d'articuler la fonction de l'automutilation. Les réponses étaient classées dans une des trois catégories: motifs manipulateurs, soulagement psychologique ou évasion. L'hypothèse de la recherche était que les actes de gravité basse seraient considérés comme des actes de manipulation. Au niveau des résultats, 18 des 74 prisonniers (24,3%) présentaient des motifs manipulateurs, 32 (43,2%) présentaient un soulagement psychologique alors que 24 (32,4%) présentaient l'évasion. Or, les résultats de l'étude n'ont pas su démontrer que les manipulateurs et ceux qui tentent le suicide appartiennent à des groupes différents. En somme, les employés de la prison ne peuvent pas supposer que les prisonniers qui semblent manipulateurs ou qui ont des motifs manipulateurs n'étaient pas suicidaires lors de l'automutilation (Dear & al., 2000). Considérant que l'intention de mourir ne semble pas toujours aboutir à un comportement palpable, la gravité des tentatives de suicide demeure un concept difficile à établir.

Pattison et Kahan (1983) proposent une classification différentielle des comportements d'autodestruction basée sur la distinction des niveaux de gravité (voir Tableau 1, traduction libre).

Tableau 1

Classification différentielle des comportements d'autodestruction  
(Pattison & Kahan, 1983)

	Directs	Indirects
GRAVITÉ ÉLEVÉE	Tentative de suicide ÉPISODE UNIQUE	Arrêt de traitement essentiel tel que la dialyse ÉPISODE UNIQUE
	Tentative de suicide ÉPISODES MULTIPLES	Performance à haut risque (cascades) ÉPISODES MULTIPLES
GRAVITÉ MOYENNE	Syndrome atypique d'auto- destruction délibérée ÉPISODE UNIQUE	Ivresse aiguë ÉPISODE UNIQUE
GRAVITÉ BASSE	Syndrome d'autodestruction délibérée ÉPISODES MULTIPLES	Alcoolisme chronique, obé- sité sévère, tabagisme lourd ÉPISODES MULTIPLES

La classification différentielle des comportements autodestructeurs témoigne que les tentatives de suicide sont estimées comme étant plus critiques ou graves que les autres comportements tels que les comportements d'automutilation. Cette classification est fondée sur trois degrés de risque de la létalité et le caractère direct ou indirect du geste. Ainsi, à l'intersection de la forte létalité, le caractère indirect sera l'arrêt d'un traitement vital, tel l'hémodialyse ou encore des acrobaties dangereuses, alors que son aspect direct correspond à la tentative de suicide à épisode unique ou à épisodes multiples. Par contre, la faible létalité correspond à des gestes multiples participants

d'un alcoolisme, de conduites alimentaires entraînant une forte obésité, par exemple, dans son aspect indirect et répondant pour son caractère direct au *deliberate self-harm syndrome* (syndrome d'autodestruction délibérée) (Pattison & Kahan, 1983). Rappelons cependant que l'étude présentée ici s'intéresse spécifiquement aux comportements autodestructeurs qualifiés de « directs » par Pattison et Kahan..

Par ailleurs, la *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) de Smith, Conroy et Ehler (1984) est une échelle à intervalle égal (0 à 10) qui permet de mesurer le degré de létalité des comportements autodestructeurs. Ainsi, cette échelle permet de mesurer le degré de gravité, laquelle peut être qualifiée de basse à élevée et ce, à partir de deux évaluations : celle de la gravité actuelle de la méthode utilisée et celle des circonstances entourant le geste. Malgré cette façon particulière d'évaluer la gravité de l'acte, il est essentiel de garder à l'esprit que même si des comportements suicidaires sont considérés éventuellement comme des comportements automutilatoires, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas à risque. En effet, il demeure important pour les cliniciens de prendre ces actes au sérieux et d'assurer une intervention psychologique appropriée.

#### Différents troubles mentaux associés aux comportements autodestructeurs (tentatives de suicide et automutilations)

Certains troubles mentaux seraient plus spécifiquement associés aux tentatives de suicide ou bien aux automutilations. Cette section présentera d'abord les études qui ont exploré le lien entre, d'une part, une comorbidité entre certaines pathologies de

l'axe I et certains troubles de personnalité de l'axe II (DSM), et l'incidence des comportements autodestructeurs. Nous regarderons ensuite le lien éventuel entre certains troubles spécifiques du DSM et les mêmes comportements autodestructeurs.

### *Comorbidité des troubles des axes I et II du DSM*

Le risque suicidaire augmente beaucoup quand le patient présente plus d'un trouble, car chacun de ces troubles peut contribuer indépendamment au risque. Par exemple, un tableau particulièrement fréquent, associé à un risque suicidaire élevé, est celui de la comorbidité trouble dépressif majeur - dépendance à l'alcool - trouble de la personnalité borderline (American Psychiatric Press, 1999). Ainsi, selon une étude québécoise de Lesage et coll. (1994 : voir Tousignant & Payette, 1997), ce type de comorbidité est associée aux comportements autodestructeurs. De plus, toujours selon cette étude, 64% des cas de suicide ont au moins un de ces trois diagnostics et 28% en ont deux.

L'alcoolisme augmente le risque suicidaire, tant pour l'aggravation du trouble dépressif lors d'une consommation chronique, que par la facilitation du passage à l'acte lors de la prise aiguë en raison de son effet désinhibiteur (Bonin & Sechter, 2000). Une étude de Cornelius et al (1995) a comparé 107 patients présentant un épisode dépressif majeur et une alcoolodépendance à un groupe d'alcoolodépendants non déprimés et à un groupe de patients ayant un épisode dépressif majeur sans être alcooliques. Au moment de l'évaluation initiale, c'est le haut niveau de suicidalité (désir de mourir, idées suicidaires, tentatives de suicide) qui différencie le plus le groupe des déprimés

alcooliques des deux autres groupes. Par ailleurs, cette même étude démontre que les alcooliques déprimés se distinguent des déprimés non alcooliques par une plus grande impulsivité ainsi qu'une plus grande fréquence de troubles de personnalité.

Une méta-analyse de la littérature sur le risque de suicide dans les pathologies mentales montre que, pour presque tous les troubles mentaux, le risque de suicide est significativement accru (Philippe, 2000). Selon cet auteur, ce risque est supérieur dans les troubles mentaux fonctionnels et plus limité pour les troubles mentaux organiques. De plus, la présence d'une comorbidité psychiatrique, de troubles affectifs, de troubles de la personnalité et de tentatives de suicide notamment augmente beaucoup l'incidence du suicide. Les troubles de personnalité sont fréquemment associés à la dépression dans les situations de tentatives de suicide, semblant favoriser la répétition des comportements suicidaires (Bonin & Sechter, 2000).

Chez les adolescents, le trouble des conduites par exemple est un important prédicteur du suicide, particulièrement lorsqu'il est associé à l'utilisation de substances et à des symptômes thymiques (American Psychiatric Press, 1999). Bien que différentes, les troubles de personnalités psychopathiques comme par exemple, la personnalité antisociale et borderline ont de nombreux points en commun (Chavagnat & Franc, 2000). Selon eux, elles comportent une intolérance aux situations de contraintes et de frustrations et une tendance à répondre de manière impulsive en passant à l'acte à l'occasion de toute tension interne vécue comme intolérable. Elles coexistent souvent avec un passé de carences affectives et éducatives et un sentiment de souffrance

narcissique avec recherche d'étayage. Ces auteurs affirment que les sujets antisociaux et borderline effectuent des tentatives de suicide à répétition, associées ou non à des automutilations. Zisook, Goff, Sledge et Shuchter (1994) ont démontré dans leur étude que les personnes ayant une personnalité borderline et présentant un diagnostic sur l'axe I (comme par exemple, dépression majeure, toxicomanie) auraient plus d'idées suicidaires et auraient plus de comportements suicidaires que les personnes aux prises uniquement avec un trouble de l'axe I.

Une étude de Corbitt, Malone, Hass et Mann (1996), portant sur 102 patients en clinique interne de psychiatrie (56 femmes et 46 hommes), avait pour objectif d'établir la comorbidité, au niveau des troubles de la personnalité, des patients souffrant de dépression majeure. Dans cette étude, 60% des sujets de l'échantillon avaient déjà fait une tentative de suicide. Les résultats ont démontré que les sujets avec un trouble de dépression majeure, en comorbidité avec le trouble de personnalité borderline, étaient beaucoup plus susceptibles que les autres patients d'avoir fait des tentatives de suicide multiples et étaient d'autant plus susceptibles de faire une tentative de suicide fatale. Selon ces auteurs, la combinaison la plus dangereuse est donc le trouble dépression majeure avec le trouble de personnalité borderline, laquelle combinaison est le plus à risque pour de sérieuses tentatives de suicide. De plus, l'étude de Friedman, Arnoff, Clarkin, Corn et Hurt (1993), mentionne que les sujets borderline s'adonnent plus souvent à des comportements suicidaires que tout autre sujet déprimé présentant un trouble de personnalité autre que le trouble borderline ainsi que tout autre sujet ayant une pathologie de l'axe I.



Une étude de Hatzitaskos, Soldatos, Sakkas et Stefanis (1997) a été effectuée auprès de 41 sujets avec un trouble de personnalité borderline et 44 sujets avec un trouble de personnalité antisociale. En complément, des diagnostics secondaires ont été faits pour ces deux groupes d'hommes. Le trouble d'abus de substance était présent chez 31 des 41 sujets borderline et chez 42 des 44 sujets antisociaux. De plus, la dépression majeure était présente chez 11 sujets borderline mais chez aucun sujet antisocial. Ainsi, le trouble d'abus de substance était la comorbidité la plus prononcée chez les sujets des deux groupes. En parallèle, ces auteurs ont établi une comparaison des mesures d'hostilité entre les sujets ayant un trouble de personnalité borderline et ceux ayant une personnalité antisociale. Les résultats établissent que les sujets borderline avaient plus une hostilité introvertie (que nous pourrions associer éventuellement à des comportements autodestructeurs), alors que les sujets antisociaux avaient davantage une hostilité extravertie.

Les constats présentés plus hauts sur la comorbidité ne permettent pas de préciser la nature des «actes suicidaires» qui y seraient associés et donc de spécifier s'il s'agit vraiment de «tentatives de suicide» ou «d'automutilations».

### *Troubles cliniques de l'axe I*

Dans cette section, il sera question plus particulièrement de la dépression majeure et de la dépendance à l'alcool ou aux autres drogues puisque, comme en témoigne la recension des écrits, ces troubles sont les plus fréquemment associés aux tentatives de suicide ou bien aux automutilations.

### *Dépression majeure*

Rappelons d'abord que, dans le DSM, un des neuf symptômes d'un «épisode dépressif majeur» est : «pensées de mort récurrentes, idéations suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider». Quoique ce dernier symptôme ne se retrouve pas nécessairement dans chaque cas de dépression (puisque'il suffit qu'il y ait cinq des neuf symptômes), la problématique suicidaire n'en est pas moins associée à la dépression dans plusieurs cas.

Les désordres dépressifs sont communs dans la population en général et la principale cause de l'augmentation du taux de mortalité dans la population dépressive serait le suicide (Lönqvist, 2000). La relation entre la conduite suicidaire et la dépression est complexe (Caroli, Gaillard & Vacheron, 2000). Ces auteurs affirment que si toute conduite suicidaire n'est pas symptomatique d'un état dépressif véritable, la présence d'un syndrome dépressif chez le suicidaire augmente cependant le risque de passage à l'acte de façon significative. Des facteurs de risque suicidaire peuvent être dégagés, notamment le sexe masculin (les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes) et l'isolement social et affectif, actuel ou vécu dans l'adolescence. Une rupture, dans les six mois précédant le passage à l'acte suicidaire, a également été identifiée comme étant un des facteurs déclenchants (Caroli, & al., 2000).

L'étude de Lönqvist (2000), basée sur des études d'autopsies psychologiques effectuées au cours des quarante dernières années et incluant tous les groupes d'âge, révèle que 29 à 88% des victimes du suicide souffraient du trouble dépressif. Le but

global de l'autopsie psychologique est de rassembler assez d'informations au sujet des circonstances de la mort d'un individu pour comprendre les raisons du suicide (Hawton & al, 1998, cité dans Lönnqvist, 2000). Dans son étude, Lönnqvist (2000) démontre aussi qu'une haute fréquence de dépression a été trouvée dans plusieurs études récentes sur les tentatives de suicide. L'auteur mentionne que la dépression majeure et la tentative de suicide sont certes toutes les deux des facteurs de risque pour le suicide. De plus, une tentative de suicide récente, pour une personne atteinte de dépression, signifie un risque particulièrement élevé de suicide. Les tentatives de suicide non fatales nous laissent l'opportunité et le temps de prodiguer le meilleur traitement possible pour la dépression, lequel est nécessaire pour une prévention effective du suicide.

Par ailleurs, l'étude de Fulwiler, et al. (1997), portant sur un échantillon de prisonniers, a révélé que, parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide, 53% avaient un diagnostic de dépression majeure. Le taux était de 13% parmi ceux ayant fait des automutilations. Cette différence était significative.

Le risque suicidaire est inhérent à la dépression, dont il constitue la principale complication ; à ce titre, les notions d'idéation et/ou de projet suicidaire ont été intégrées aux critères diagnostiques (Guillaud-Bataille & Terra, 1996). Selon Boyer et al, compte tenu de la confusion liée à l'utilisation des systèmes diagnostiques différents et du caractère le plus souvent rétrospectif des données, l'évaluation des liens entre suicide et dépression ne peut cependant être qu'approximative. La revue de la littérature permet d'estimer que: la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment associé au

suicide ; 40 à 85% des sujets qui se suicident auraient un épisode dépressif au moment de leur geste, et les patients présentant un trouble de l'humeur ont un risque de décès par suicide multiplié par 30 par rapport à la population générale (Boyer & al, 1999).

Une étude de Scocco et al (2000) a démontré la relation existant entre des symptômes psychologiques et l'intention suicidaire dans un échantillon de 421 patients admis à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide dans une période de cinq ans (1990-1994). L'évaluation a été faite par l'unité de suicidologie du département de neurologie et de psychiatrie. Les résultats ont démontré que le symptôme le plus communément identifié était l'humeur dépressive. Il est apparu que cette symptomatologie a semblé influencer l'intention suicidaire lorsque celle-ci était caractérisée par une sévère dépression. Les évaluations de l'intention suicidaire ont montré que cette intention a augmenté tout comme le nombre de symptômes s'est vu accru en présence d'une sévère humeur dépressive.

Dans une étude de Brodsky et al (2001) portant sur 136 patients adultes déprimés en clinique interne, les auteurs ont évalué le trait d'impulsivité, l'histoire d'agression et le nombre de tentatives de suicide à vie, aussi bien que la létalité médicale et l'intention de mourir associés avec la tentative de suicide la plus létale. Deux groupes ont été comparés, soit un avec histoire d'abus, et l'autre, sans histoire d'abus physiques ou sexuels rapportés dans l'enfance. Les résultats démontrent que les sujets qui ont rapporté une histoire d'abus étaient plus propices à avoir fait une tentative de suicide et avaient un score d'impulsivité et d'agression significativement plus élevé que ceux qui

n'avaient pas rapporté une histoire d'abus. Les scores d'impulsivité et d'agression étaient significativement plus élevés chez les sujets avec une histoire d'au moins une tentative de suicide. Par contre, parmi ceux qui avaient fait une tentative de suicide, il n'y avait pas de différences significatives dans la létalité médicale des comportements suicidaires entre ceux avec et sans une histoire d'abus dans l'enfance. Brodsky et al (2001) ont conclu que l'abus dans l'enfance peut constituer un facteur de risque environnemental pour le développement de l'impulsivité et de l'agression aussi bien que des tentatives de suicide chez les adultes déprimés.

En bref, tel que démontré dans les études, la tentative de suicide fait partie des symptômes les plus réguliers de la dépression majeure. Certes, parmi ces précédentes recherches, seule l'étude de Fulwiler et al. (1997) permet d'affirmer clairement que la dépression majeure est associée spécifiquement aux tentatives de suicide plutôt qu'à l'automutilation. Ces auteurs, contrairement aux autres, établissent donc une distinction entre les deux types de comportement autodestructeurs liés à la dépression majeure.

#### *Dépendance à l'alcool ou aux autres drogues*

Une étude portant sur 3240 toxicomanes vus en milieu carcéral révèle que 282 ont déjà fait une tentative de suicide (Facy, 1991). De plus, l'auteur mentionne que les travaux menés à partir de sujets hospitalisés après une conduite suicidaire indiquent une place importante des psychotropes et substances toxiques dans la réalisation de l'acte (premier mode pour les tentatives, troisième pour les décès), un niveau de gravité de l'acte suicidaire augmentant avec la présence d'alcool au moment du geste et que la

tentative de suicide antérieure ou parallèle à la toxicomanie est un indice de gravité de la toxicomanie.

Selon Caroli et al. (2000), les conduites suicidaires peuvent s'observer à tout moment de la trajectoire du toxicomane, leur signification étant de ce fait assez variable. Selon eux, il peut s'agir d'un appel au secours du toxicomane avant l'installation de la dépendance. Le suicide peut encore être l'aboutissement de tout un processus psychopathologique où la dépression joue un rôle incontestable et conduit à l'overdose volontaire. Par contre, l'alcool entraîne une action biphasique sur l'humeur : euphorisante en phase d'ingestion, puis dépressogène en phase d'élimination. Ces auteurs affirment qu'au soulagement initial de divers symptômes, tels l'angoisse, fait suite une dépression. Cette dépression est d'autant plus grave que l'intoxication est sévère et prolongée et elle démontre un tableau de désarroi majeur avec risque suicidaire.

Le lien entre l'alcoolisme et le comportement suicidaire est reconnu depuis longtemps (Hawton, Fagg & McKeown, 1989; Murphy, 2000). Une étude de Hawton, Fagg et McKeown (1989) porte sur 5269 patients âgés de 16 ans et plus qui ont fait des tentatives de suicides et qui ont été étudiés quant à un lien possible avec l'alcoolisme. La majorité des tentatives de suicide incluent l'auto-empoisonnement ou l'automutilation. La répétition des tentatives par des alcooliques et des non alcooliques a été étudiée selon trois facteurs : les tentatives faites avant l'étude, la répétition des tentatives pendant l'année qui suivait et la répétition chronique (cinq tentatives ou plus

pendant toute la période de l'étude). L'étude a confirmé la relation très importante entre l'alcoolisme et les tentatives de suicide, avec 14,6% des hommes et 4,2% des femmes diagnostiqués comme alcooliques parmi ceux qui ont fait des tentatives de suicide. Les alcooliques étaient plus portés que les non alcooliques à s'automutiler. L'alcoolisme est significativement associé avec l'augmentation du risque du comportement suicidaire répétitif sur les trois facteurs. Ces auteurs concluent que la désinhibition produite par l'intoxication facilite probablement les idées suicidaires et augmente le risque que les idées se transforment en action concrète, souvent impulsivement. De plus, ils ajoutent que l'utilisation de l'alcool, faisant partie de la tentative elle-même, s'ajoute au danger potentiel d'une overdose, puisque l'alcool augmente la toxicité des drogues souvent utilisées dans l'auto-empoisonnement.

En général, l'abus de substances (incluant l'alcool) est présent dans 25 à 55% des suicides, selon Murphy (2000). Selon cet auteur, l'alcoolisme et l'abus de substances en général arrivent deuxièmes après les troubles dépressifs quant aux causes du suicide. L'étude de Murphy (2000), portant sur l'abus de substances (correspondant également à la dépendance à ces substances), provient d'études d'autopsies psychologiques de suicides consécutifs conduites au cours des quarante dernières années dans au moins dix pays industrialisés. Dans cette étude, l'auteur affirme qu'environ le tiers des suicides dans ce groupe diagnostique (personnes qui commettent un suicide et qui abusent de substances) semblent avoir été précipités par la perte ou l'interruption d'une relation personnelle avec un proche, de façon plus commune une relation maritale ou quasi-maritale. L'anticipation d'une telle perte ou d'une autre crise de ce genre peut

aussi entraîner l'autodestruction. Par ailleurs, l'auteur stipule que les relations des alcooliques sont souvent mises en péril par leurs comportements irresponsables, irréguliers et souvent physiquement et émotivement destructifs. Selon lui, plus des 4/5 des suicidés alcooliques avaient communiqué (verbalement, dans leurs comportements ou les deux) leurs pensées suicidaires. Les tentatives de suicide peuvent être associées à l'impact de l'impulsivité et à l'automutilation libérée associée à l'abus d'alcool. En somme, retenons que Murphy (2000) mentionne que l'abus de substances, incluant l'alcool, est le deuxième précurseur psychiatrique le plus fréquent en ce qui a trait au suicide. Au-delà de cela, il est important de se questionner sur les tentatives de suicide chez les personnes ayant de mauvaises utilisations évidentes de l'alcool et des drogues.

L'étude de Fulwiler et al. (1997), réalisée auprès d'un échantillon de détenus (16 automutilateurs et 15 ayant fait des tentatives de suicide), démontre que, dans les deux groupes, plus de la moitié avaient reçu un diagnostic de dépendance à l'alcool ou à la drogue. Plus exactement, 63% des détenus avaient un diagnostic de dépendance à l'alcool dans le groupe des automutilateurs, comparativement à 58% dans l'autre groupe. Pour ce qui est de la dépendance aux autres drogues, 81% avait reçu ce diagnostic dans le groupe des automutilateurs comparativement à 73% dans l'autre groupe. Selon cette étude menée en milieu carcéral, le diagnostic de dépendance à l'alcool ou à la drogue serait donc en plus grand nombre chez les détenus qui font des automutilations que chez ceux qui font des tentatives de suicide. Par contre, aucune de ces différences n'est significative statistiquement.



Dans l'étude de Porsteinsson et al (1997), des données d'autopsies psychologiques ont été utilisées pour tester l'hypothèse que, parmi des individus suicidés, les personnes alcooliques avec des problèmes de drogues se distinguent des personnes alcooliques sans problème de drogue. Au total, l'échantillon était composé de 141 cas de suicides tous confirmés par *The Office of the Medical Examiner*. Parmi 61 victimes, 35 (57,4%) avaient les critères pour l'alcoolisme mais aucun autre problème de substances toxiques (groupe A= alcool seulement) et 26 (42,6%) avaient les critères pour l'alcoolisme et au moins une autre dépendance (incluant l'abus) à une substance (groupe A + D= alcool et drogue). Les comportements suicidaires ont été mesurés à l'aide de l'instrument *The Suicide Intent Scale (SIS)* servant à évaluer l'intention de mourir. Les résultats indiquent que les sujets du groupe A annonçaient avant leur décès (directement ou indirectement), moins que ceux du groupe A + D, qu'ils allaient se suicider. Ces auteurs ont également comparé la violence des gestes suicidaires en identifiant la méthode utilisée (armes à feu, pendaison, coupures). Ils n'ont pas trouvé de différence significative entre les deux groupes (sans toutefois établir clairement une distinction entre tentatives de suicide et automutilations).

En somme, cette section constitue une tentative de compréhension entre la dépendance à l'alcool et aux autres drogues (incluant l'abus), en lien avec la dimension des comportements autodestructeurs (tentatives de suicide et automutilations). Tel qu'énoncé précédemment, il semble que les alcooliques étaient plus portés que les non alcooliques à s'automutiler. Par ailleurs, rappelons que seule l'étude de Fulwiler et al. (1997) permet de dire que les individus qui ont un trouble de dépendance à l'alcool ou

aux autres drogues dans une population aussi spécifique que le milieu carcéral, semblent plus nombreux à manifester des comportements automutilatoires plutôt que des tentatives de suicide.

### Troubles de la personnalité de l'axe II

La recension des écrits indique, de façon générale, que les troubles de la personnalité représentent un facteur de risque majeur dans les comportements suicidaires, à un niveau de sévérité comparable à la dépression majeure et à la schizophrénie (Linehan, Rizvi, Welch & Page, 2000). De plus, selon ces derniers auteurs, les individus qui ont, plus particulièrement, des troubles de personnalité antisociale ou borderline représentent un groupe à risque de suicide encore plus élevé. Dans cette section, nous aborderons le trouble de personnalité antisociale, le trouble de conduite et finalement le trouble de personnalité borderline. Notons ici que, selon le DSM-IV, le diagnostic de trouble de personnalité antisociale inclut nécessairement la présence d'un trouble de conduite ayant débuté avant l'âge de 15 ans (mais, inversement, la présence du trouble de conduite ne signifie pas nécessairement l'apparition subséquente du trouble de personnalité antisociale). Dans ce contexte, le trouble de conduite n'est pas non plus, comme tel, un «trouble de la personnalité» du DSM, puisqu'il est n'est pas propre à la vie adulte. Nous l'incluons néanmoins, dans la présente étude, dans les troubles de l'axe II, par opposition aux troubles de la section portant sur l'axe I.

Même si, de façon globale, il est clair que certains comportements autodestructeurs sont effectivement associés à ces troubles de personnalité, l'objectif sera ici de tenter de distinguer si ces comportements sont plus des tentatives de suicide ou des automutilations.

### *Trouble de personnalité antisociale*

L'APA (1996) définit le trouble de personnalité antisociale comme étant un mode de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans. En somme, on y retrouve des actes illégaux répétitifs, des fraudes, des tricheries, de l'impulsivité, de l'agressivité, des comportements risqués, de l'irresponsabilité et un manque flagrant de culpabilité (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 1999). De plus, l'APA (1996) révèle que la prévalence globale de la personnalité antisociale dans la population générale est de l'ordre de 3% chez les hommes. Les estimations de la prévalence dans des populations de patients varient de 3 à 30% selon la nature des groupes étudiés, et des taux encore plus élevés ont été rapportés dans des prisons.

Une étude de Verona, Patrick et Joiner (2001), portant sur 313 prisonniers, avait comme objectif d'établir, entre autres, la relation entre les comportements suicidaires et le trouble de personnalité antisociale chez les hommes incarcérés. Il s'agissait aussi d'évaluer l'hypothèse que le lien entre l'antisociabilité et les comportements suicidaires est attribuable à une vulnérabilité du tempérament reflétant une haute négativité émotionnelle et amenant des contraintes et des inhibitions réduites. Au niveau des comportements suicidaires, ces auteurs mentionnent que ceux qui complètent le suicide

diffèrent de ceux qui font des tentatives de suicide, car ceux qui complètent le suicide ont plus souvent un diagnostic de trouble de l'humeur avec comorbidité, tel que la dépression majeure avec l'abus de substances par exemple. La relation observée entre le comportement suicidaire et l'antisociabilité suggère la présence de facteurs de risque communs concernant le rôle des tempéraments. Les auteurs affirment que des tempéraments comme l'hostilité, l'irritabilité et l'aliénation ; l'impulsivité, la recherche de sensations et la haute introversion ; le neuroticisme (anxiété), la basse socialisation et le psychotisme élevé sont considérés comme des signes avant-coureurs (démontrés scientifiquement) d'une tentative de suicide. Les trois derniers traits de tempérament ont également été identifiés par Engström, Persson et Levander (1999) dans un échantillon de criminels violents qui ont fait des tentatives de suicide. Tous ces traits de tempérament relierait de très près les personnes suicidaires et les antisociaux/agressifs (Verona & al. 2001).

Dans le DSM, le diagnostic de personnalité antisociale n'inclut pas les tentatives de suicide précédentes comme critère, mais des enquêtes antérieures indiquent qu'une personnalité antisociale ou des comportements criminels sont des indicateurs des tentatives de suicide subséquentes (Garvey & Spoden, 1980). Dans une étude de Garvey et Spoden (1980), portant sur les tentatives de suicide chez les personnes avec un trouble de personnalité antisociale, 39 patients ont été diagnostiqués avec un trouble de personnalité antisociale. Les résultats démontrent que 28 de ces patients (72%) avaient fait des tentatives de suicide auparavant (63 tentatives en tout). De plus, 21 des 28 patients (75%) avaient vécu un événement important (séparation, problème dans le

couple, ou avec la justice ou d'argent, décès dans la famille, symptômes d'anxiété) avant la tentative et 14 des 21 incidents (67%) sont reliés avec des problèmes relationnels avec les amis de cœur, souvent une séparation. L'intoxication avec médication était la méthode la plus commune pour les tentatives de suicide récentes (71%). Aucun fusil ou couteau n'ont été utilisés. Garvey et Spoden (1980) concluent que les antisociaux utilisent des moyens non violents pour leurs tentatives de suicide en général. Selon eux, le manque de sérieux des 63 tentatives suggère que les antisociaux n'ont pas vraiment l'intention de se suicider. Ces auteurs affirment que cette étude appuie la notion que les antisociaux utilisent les tentatives de suicide afin de manipuler les autres ou font des tentatives par frustration.

Une étude de Virkkunen (1976), portant sur l'automutilation chez la personnalité antisociale, tente de clarifier les caractéristiques et l'anamnèse des personnes antisociales qui se sont lacéré le corps (automutilation). Ces derniers ont été comparés avec d'autres personnalités antisociales qui ne s'étaient pas infligé des coupures. Il semble que les prisonniers qui s'étaient coupés avaient des crises de rage et des bagarres plus fréquentes, davantage d'abus de drogue et davantage d'autres formes de comportements autodestructeurs. Ces derniers avaient plus souvent un père alcoolique, ils étaient plus anxieux, renfermés, et ils avaient une tendance plus forte à blâmer leur environnement. En général, les coupures sont considérées comme un phénomène transitoire dans les prisons, puisque quand les gens apprennent à mieux s'exprimer, avec l'âge, il semble que leur condition commence à s'améliorer (Virkkunen, 1976). Les résultats de cette étude révèlent que 35 sujets sur les 40 qui s'étaient coupés auparavant

(87,5%) se sont infligés de nouveau des coupures en prison. Ceux-ci s'étaient déjà coupés au moins une fois à l'extérieur de la prison auparavant, mais dans des environnements restreints, entre autres, en s'enfermant sous clé. Selon l'auteur, tous ceux avec une personnalité antisociale qui s'étaient coupés en prison ont expliqué leur geste en disant que c'était parce qu'ils voulaient créer une diversion ou encore certains ont mentionné l'espoir d'avoir des tranquillisants ou encore pour aller vers l'aile psychiatrique parce que c'est plus facile là que dans les cellules. Virkkunen (1976) conclut que la recherche d'autres stimuli dans un environnement carcéral qui en fournit peu tend à démontrer que cette recherche de stimuli est «calmée» par une automutilation telle que la coupure.

Whitters, Cadoret, Troughton et Widmer (1987) mentionnent que le double diagnostic alcoolisme - personnalité antisociale est fréquemment associé avec les tentatives de suicide. Ces auteurs ont fait une étude portant sur 94 sujets alcooliques avec une personnalité antisociale. Ces derniers ont été divisés en fonction des tentatives de suicide antérieures. De ces 94 sujets, 26 (28%) avaient fait une tentative de suicide antérieurement et 68 (72%) n'avaient aucune tentative à leur actif. Selon eux, une variété de symptômes comme la dépression, l'abus d'alcool ou de drogue, le trouble de conduite et la violence étaient plus fréquents dans le groupe de ceux qui avait fait une tentative de suicide. Les auteurs mentionnent que le trouble de personnalité antisociale ou le comportement criminel prédispose aux actes suicidaires et que le seul critère qui différencie vraiment le groupe de ceux qui avaient fait une tentative de suicide était le sentiment de ne rien valoir (dévalorisation de soi) .

Selon Bland, Newman, Dyck et Orn (1990), il y aurait plus de personnalités antisociales chez les détenus avec antécédents suicidaires (76% comparativement à 51%). Ceci contredirait la présomption qui veut que les antisociaux se suicident moins ou bien confirmerait plutôt celle qui veut qu'ils simulent plus que d'autres des tentatives de suicide. Par ailleurs, dans les trois groupes de détenus comparés par Haycock (1992) (c'est-à-dire ceux qui avaient menacé de se suicider sans passer à l'acte, ceux qui avaient fait une tentative de suicide létale et ceux qui avaient fait une tentative non létale), la proportion de personnalités antisociales (selon le DSM III) était la même.

En conclusion, les antisociaux utiliseraient, en général, des moyens non violents pour leurs tentatives de suicide. De plus, les études recensées tendent à démontrer que les individus diagnostiqués avec un trouble de personnalité antisociale utilisent les tentatives de suicide afin de manipuler l'entourage, par le biais de comportements qui semblent plus automutilatoires. Chez les hommes, l'automutilation est plus souvent observée dans les prisons et les pénitenciers et elle est associée avec le trouble de personnalité antisociale (Fulwiler, Forbes, Santangelo, & Folstein, 1997). Par ailleurs, on remarque également que, par de tels comportements, les antisociaux ne semblent pas avoir vraiment l'intention de mourir.

### *Trouble de conduite*

L'APA (1996) définit le trouble (juvénile) des conduites comme un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du

sujet. On peut classer ces conduites en quatre catégories principales : conduites agressives où des personnes et des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique ; conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique ; fraudes ou vols ; violations graves de règles établies. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire, ou professionnel. Les taux de prévalence varient beaucoup selon les populations étudiées et les méthodes d'évaluation utilisées : pour les garçons âgés de moins de 18 ans, les taux de prévalence varient de 6% à 16%.

Des recherches récentes révèlent que les troubles de conduite sont fréquents chez les adolescents suicidés et que ce type de trouble demeure un facteur de risque pour le suicide complété (Chagnon, Farand & Renaud, 2001 ; Linehan, Rizvi, Welch & Page, 2000). Vajda et Steinbeck (2000) ont démontré les facteurs de risque potentiel associés aux tentatives de suicide répétées, parmi les adolescents âgés entre 13 et 20 ans, qui avaient été admis au département d'urgence hospitalière à la suite de tentatives de suicide entre 1994 et 1996. Dans cette étude, Vajda et Steinbeck (2000) révèlent que 87% des patients s'étaient présentés à l'urgence à la suite d'une overdose de drogue et que 76% de toutes les tentatives de suicide étaient à la suite d'un contexte de dispute ou d'une séparation. Au moins un trouble psychiatrique était présent dans 76% des sujets. Le trouble le plus fréquemment diagnostiqué était la dépression (45,5%), l'abus de drogue (34%) et l'abus d'alcool (27%).



Par ailleurs, l'étude de Young, Mikulich, Goodwin, et Hardy (1995) décrit les relations entre la consommation de substances, le trouble de conduite, et les antécédents d'automutilations ou de tentatives de suicide dans un échantillon de 60 délinquants âgés entre 13 et 19 ans. Dans cette étude, tous les sujets avaient rencontré les critères pour le trouble de conduite. Dès l'âge de 13 ans, 78% des sujets avaient commencé une consommation régulière de substances. Les résultats démontrent que les sujets étaient dépendants, en moyenne, de trois drogues différentes (incluant habituellement l'alcool et la marijuana). De plus, le trouble de conduite avait commencé trois ans et demi, en moyenne, avant la consommation régulière de substances. Ces auteurs révèlent que le trouble de conduite mais aussi le nombre de diagnostics de dépendance à une substance étaient tous les deux significativement reliés à la tentative de suicide et à l'automutilation. Cependant, outre ce fait, ces auteurs ne font pas bien la distinction entre ces deux types de comportement autodestructeurs, à savoir lequel de ces comportements est davantage lié à des troubles de conduite.

Une étude de Chagnon, Renaud et Farand (2001) examine la relation entre suicide et délinquance chez les jeunes. Selon ces auteurs, une revue des recherches suggère que les comportements suicidaires sont exceptionnellement fréquents chez les jeunes Québécois qui présentent des comportements délinquants ou perturbateurs. Ainsi, ces auteurs affirment qu'au moins 32% des jeunes de 18 ans et moins, décédés par suicide au Québec au cours des années 1995-1996, avaient reçu des services des Centres jeunesse. Ces organismes sont responsables de l'intervention auprès des jeunes contrevenants (mais aussi, faut-il bien préciser, des jeunes en besoin de protection qui

ne sont pas nécessairement délinquants). Néanmoins, selon ces auteurs, les jeunes contrevenants et les jeunes qui ont des troubles sévères du comportement, lesquels constituent environ 33% de la clientèle des Centres jeunesse, avaient réalisé 69% des suicides répertoriés.

L'examen des recherches sur le suicide des adolescents met de l'avant trois principales hypothèses explicatives des comportements suicidaires chez les jeunes délinquants (Chagnon & al., 2001). Tout d'abord, pour ces auteurs, la psychopathologie est fortement associée au suicide chez les adolescents. Bien que cette relation soit assez bien connue dans le cas de la dépression, les recherches récentes montrent en outre que le trouble de conduite et le trouble de personnalité antisociale, particulièrement lorsqu'ils sont associés à d'autres psychopathologies dont la dépendance ou l'abus de drogues et d'alcool, augmentent significativement le risque de suicide et de comportements suicidaires. De plus, ces auteurs avancent que l'impulsivité et l'agressivité sont également associées au risque de suicide et aux comportements suicidaires chez les jeunes. Toujours selon ces mêmes auteurs, ces deux facteurs interviennent de façon particulièrement importante dans la relation entre suicide et délinquance, plus spécifiquement chez les jeunes qui sont peu capables de s'adapter aux événements stressants et aux difficultés de la vie. Finalement, les événements stressants, récents ou lointains, augmentent également le risque de comportements suicidaires chez les jeunes.

En somme, ces études démontrent que les facteurs de risque suicidaire sont divers et que le cumul de plusieurs de ces facteurs, tels qu'énoncé précédemment, pourrait expliquer en partie le taux élevé de comportements suicidaires chez les jeunes délinquants ayant un trouble de conduite. De plus, notons également que, outre la présence de comportements autodestructeurs chez ces derniers, il y a peu ou pas d'études qui considèrent la notion de gravité médicale (létalité) de l'acte suicidaire, ce qui pourrait permettre de faire une distinction entre comportements autodestructeurs. Le caractère restrictif des milieux de vie de ces jeunes contrevenants, par exemple, pourrait avoir une influence et faire en sorte que ceux-ci tendent vers des comportements qui seraient plus automutilatoires, dans le but de manipuler l'entourage.

Ce dernier constat rejoindrait d'ailleurs les observations de Fulwiler et al. (1997). Ceux-ci ont trouvé que 50% des détenus ayant fait des automutilations avaient reçu le diagnostic d'un trouble de conduite, comparativement à 20% pour ceux qui avaient fait une tentative de suicide. La différence n'était pas significative (.08) dans ces petits échantillons (respectivement 16 et 15 sujets) mais la tendance n'en était pas moins évidente.

### *Trouble de personnalité borderline*

Le DSM de l'APA (1996) définit le trouble de la personnalité borderline comme étant un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. De plus, on peut observer chez les individus qui ont

une personnalité borderline la répétition de comportements, de gestes, ou de menaces «suicidaires» ou de comportements qualifiés d'«automutilatoire» (Critère 5). Le décès par suicide survient chez 8 à 10% de ces sujets et les automutilations (p.ex., brûlures, coupures) sont très fréquents. Ces actes autodestructeurs («self-destructive», selon le DSM) sont souvent précipités par des menaces de séparation ou de rejet. Une automutilation peut survenir pendant une expérience de dissociation et apporte souvent un soulagement. Toujours selon l'APA (1996), le trouble de la personnalité borderline présente un taux de prévalence d'environ 2% dans la population générale, de 10% chez les individus vus en consultation psychiatrique et d'environ 20% chez les patients hospitalisés dans des services de psychiatrie.

Le diagnostic le plus fréquemment rencontré en cas d'automutilations est celui du trouble de la personnalité borderline (American Psychiatric Press, 1999). Plus précisément, la sévérité de la pathologie borderline est déterminée par la faiblesse du moi, laquelle prédispose au passage à l'acte suicidaire (Kernberg, 1979). Un élément de présomption de la personnalité borderline est la dépression lorsqu'elle est liée à un sentiment de solitude, qu'elle est suffisamment sévère et qu'elle a un effet désorganisateur sur l'ensemble des fonctions du moi (Kernberg, 1979). Les données suggèrent un plus haut taux de suicide chez les individus qui remplissent les critères du trouble de la personnalité borderline, puisque ce trouble est associé à un très haut risque autant pour les blessures non suicidaires que pour les tentatives de suicide (Linehan & al., 2000). Les conduites et les menaces suicidaires représentent l'un des symptômes les plus fréquents et le taux de suicide est élevé chez les personnalités borderline ; il varie

selon les études autour de 10% (Caroli & al., 2000). D'une manière générale, les tentatives de suicide antérieures constituent un facteur de risque ultérieur (Caroli & al., 2000). Selon ces auteurs, classiquement, l'importance du risque suicidaire dans la personnalité borderline s'explique par l'association comorbide des troubles de l'humeur ou de toxicomanie. Le risque de survenue des comportements automutilatoires est nettement augmenté par l'intoxication ou le sevrage d'une substance (American Psychiatric Press, 1999). Selon Waltz (1994), les sujets borderline avec un diagnostic de dépendance à l'alcool ou à la drogue sont catégorisés comme ayant un faible pronostic avec un risque élevé de comportements suicidaires. La conduite suicidaire vient signer une intolérance majeure à l'angoisse et à la frustration et, malgré la plainte du sujet de ne pouvoir l'éviter, ce geste suicidaire renvoie à un sentiment de toute puissance à travers la conduite d'autodestruction (Caroli & al., 2000).

Selon Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994a), de nombreuses études ont étudié la relation entre les automutilations, le nombre de tentatives de suicide, leur gravité et leurs caractéristiques. Dans leur étude portant sur les facteurs de risque associés au comportement suicidaire des sujets borderline, ces auteurs révèlent que le groupe de sujets borderline qui s'automutilent diffère des sujets borderline sans automutilation. Les sujets qui s'automutilent présentent une plus grande impulsivité, un fonctionnement social plus faible, en plus de subjectivement percevoir moins de colère, d'agressivité et d'hostilité. Les résultats de cette étude témoignent que 30,9% des sujets borderline ayant déjà fait une ou des tentatives de suicide n'ont jamais eu de comportements automutilatoires alors que 3,71% des sujets borderline ayant fait des

automutilations n'ont fait aucune tentative de suicide antérieurement, ce qui amène ces auteurs à considérer que les automutilations ne sont pas associées aux tentatives de suicide.

Les actes les moins graves (entailles des poignets, coupures délicates, parasuicides) sont spécifiquement attribués aux individus ayant une personnalité dite borderline (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994b). Parmi les borderlines, un passé d'actes autodestructeurs, défini par ce critère combiné, est hautement prévalent et a été rapporté chez 43 à 67% des patients (Soloff & al., 1994b). Ces auteurs affirment que le critère d'autodestruction est aussi hautement discriminatoire, séparant les borderline des autres désordres affectifs et schizophréniques reliés, ainsi que des autres troubles de la personnalité. Nonobstant cela, l'automutilation et les tentatives de suicide récurrentes sont agglomérées, dans le DSM, dans un seul critère diagnostique pour ce qui est du trouble de personnalité borderline, confondant ainsi deux types de comportements autodestructeurs pourtant différents. Cependant, tel que démontré dans la recension, la présente recherche tente d'établir la distinction entre les tentatives de suicide et les automutilations.

Dans une étude de Soloff et al. (1994b), la relation entre l'automutilation et le comportement suicidaire a été étudiée chez 108 patients borderline hospitalisés en institution psychiatrique. Les patients ayant un passé d'automutilation (récent ou bien longtemps avant la mesure) ont été comparés à ceux sans automutilation. L'automutilation a été retrouvée chez 63% des patients et les tentatives de suicide chez

75,7%. Les patients borderline avec automutilation avaient plus d'idées suicidaires, ils avaient beaucoup plus de menaces ou d'efforts de suicides manipulateurs, de dépersonnalisation et ils avaient plus tendance à avoir des symptômes dépressifs. Les auteurs ont entre autres comparé les sujets borderline s'automutilant avec ceux ne s'automutilant pas selon les catégories diagnostiques du SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) et 78% de l'échantillon total rencontraient les critères pour le trouble de dépression majeure. Les résultats ont démontré que les patients borderline ayant commis un comportement suicidaire récent sont moins dépressifs que les patients ayant présenté des comportements suicidaires passés. Soloff et al. (1994b) mentionnent que ces résultats vont dans le même sens que les théories qui considèrent que les comportements suicidaires sont une défense contre l'émergence de la dépression. Les auteurs ajoutent que ce sentiment d'humeurs dépressives accentués peut indiquer que le trouble de personnalité borderline est de plus en plus sévère chez ceux qui s'automutilent et peut aussi établir un lien entre l'automutilation et le dysfonctionnement affectif du patient.

Chez les personnalités borderline, certains facteurs de risque prédisposants sont largement abordés dans plusieurs recherches afin de tenter d'expliquer pourquoi ces individus manifestent davantage des comportements d'automutilation (plutôt que des tentatives de suicide) au cours de leur vie. Parmi les études portant sur les étiologies psychosociales, plusieurs se sont intéressés à l'association entre les individus borderline et un passé d'abus sexuel et physique durant l'enfance (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit & Mann, 1997; Soloff & al., 1994b; Zweig-Frank, Paris & Guzder, 1994). Ces facteurs

d'abus sont éminemment associés à l'automutilation dans la littérature descriptive et empirique et peuvent représenter l'origine de l'expérience dissociative ainsi que des actes automutilatoires (et non des tentatives de suicide) comme défense, lorsque confronté à une affection de douleur extrême (Soloff & al., 1994b ; Zweig-Frank & al., 1994).

L'étude de Zweig-Frank et al. (1994) vise à déterminer si, chez les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité, il existe un lien entre l'automutilation et d'autres facteurs de risque psychologiques, tel que la dissociation ou le diagnostic. L'échantillon de cette étude comprend 61 sujets qui manifestent un trouble de la personnalité borderline et 60 sujets atteints d'un autre trouble de la personnalité ; de ces derniers, 32 s'automutilent volontairement. Les auteurs ont déterminé les facteurs de risque psychologiques en examinant les antécédents d'exploitation sexuelle, de violence physique et de séparations ou de perte durant l'enfance (cotes obtenues au moyen de l'Indice de lien parental). Ils ont évalué la dissociation au moyen de la « Dissociative Experiences Scale » (Échelle des réactions dissociatives). Une hypothèse était que les sujets avec trouble de la personnalité borderline ont vécu des expériences traumatiques sévères durant l'enfance, qu'il traitent les souvenirs traumatiques à travers la dissociation et qu'ils s'automutilent afin d'obtenir un soulagement d'un état dysphorique dissociatif. Les résultats de Zweig-Frank et al (1994) n'ont pas réussi à démontrer que les facteurs de risque psychologiques, incluant l'abus sexuel et physique durant l'enfance, séparent les hommes ayant des troubles de personnalité borderline qui s'automutilent de ceux qui ne s'automutilent pas (même chose pour les autres troubles



de la personnalité). Ces résultats ne confirment donc pas la théorie voulant que la dissociation, due à un passé d'abus, explique pourquoi les patients borderline s'automutilent.

Selon Burgers (1991), nous devons être à l'affût de périodes automutilatoires lorsque les patients démontrent de la confusion, une désorganisation de la pensée ou une évidente inaptitude à penser clairement, même si les processus de pensée anormaux sont difficiles à discerner chez les patients borderline. L'automutilation est caractéristique des borderline et devrait être considérée comme référent clinique lorsque le patient s'automutilant se présente pour de l'aide (Soloff & al., 1994b). Par contre, selon eux, l'automutilation n'est pas associée à une augmentation du sérieux de la tentative ni à la létalité des tentatives.

En conclusion, la revue de ces études concernant les personnes ayant un trouble de personnalité borderline démontre que ces individus sont davantage portés vers des comportements d'automutilation plutôt que vers des véritables tentatives de suicide. De plus, il a même été décrit précédemment par certains auteurs que, pour les individus borderline, le geste suicidaire renvoie à un sentiment de toute puissance à travers la conduite d'autodestruction.

## Hypothèses de recherche

### *Formulation des hypothèses*

À partir de la recension qui a été présentée plus haut, mais essentiellement à partir de l'étude de Fulwiler et al. (1997), nous pouvons formuler les six hypothèses suivantes :

*Première Hypothèse* : Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépression majeure parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide que parmi ceux ayant fait des automutilations.

*Deuxième Hypothèse* : Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépendance à l'alcool parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.

*Troisième Hypothèse* : Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépendance aux drogues autres que l'alcool parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.

*Quatrième Hypothèse* : Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de personnalité antisociale parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.

*Cinquième Hypothèse* : Il y aura plus de sujets ayant souffert du trouble de conduite à l'adolescence parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.

*Sixième Hypothèse* : Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de personnalité borderline parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.

*Définition des variables*

*Variables dépendantes* (définies selon le DSM-IV )

- Le trouble de dépression majeure.
- Le trouble de dépendance à l'alcool.
- Le trouble de dépendance aux drogues.
- Le trouble de personnalité antisociale.
- Le trouble de conduite.
- Le trouble de personnalité borderline.

*Variable indépendante* (définie selon le score de la LSARS)

Les comportements autodestructeurs, deux niveaux :

1. automutilations (score LSARS entre 0 et 3,5)
2. tentatives de suicide (score LSARS entre 4 et 10)

## Chapitre 2

### Méthode

Ce deuxième chapitre présente les différentes sections de la méthode qui servira à vérifier les hypothèses de recherche qui ont été présentées. Ainsi, l'échantillon, les instruments de mesure, de même que la procédure pour la cueillette de données seront explicités.

## Échantillon

### *Sujets*

Un total de 243 hommes francophones ont été évalués dans deux établissements de détention (« prisons ») du Québec. La participation de tous les sujets se fait sur une base volontaire. Pour l'ensemble des sujets invités à participer à la recherche, 74% avaient accepté. Les taux de refus ont été jugés acceptables, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1991). Parmi ces 243 sujets masculins, 68 sujets ont présenté des comportements autodestructeurs. Compte tenu qu'un dossier est incomplet, la suite du texte présente les analyses pour 67 sujets.

### *Données socio-démographiques*

L'échantillon de 67 sujets est réparti en deux groupes, soit ceux ayant fait des tentatives de suicide (38 sujets) et ceux ayant fait de l'automutilation (29 sujets). L'âge des sujets de l'échantillon varie entre 21 et 56 ans, avec une moyenne de 34,7 ans et un

écart-type de 9,23. Au niveau du statut marital des détenus, 68,7% des sujets sont célibataires, 16,4% sont mariés ou conjoints de fait, alors que 14,9% sont séparés ou divorcés. De plus, en ce qui a trait aux années de scolarité, on retrouve 67,1% des sujets qui ont complété entre sept et onze années d'études. Seulement 13,4% des participants ont obtenu un diplôme collégial ou universitaire. La moitié des sujets, plus spécifiquement 50,7%, avaient une profession comme travailleur manuel (manœuvre ou journalier dans la construction). Par ailleurs, pour ce qui est du statut d'incarcération, 52,2% des sujets sont prévenus alors que 47,8% sont sentencés. Également, 50,7% des hommes incarcérés ont déjà fait preuve de violence puisqu'ils ont commis au moins un délit violent (selon la classification de Statistiques Canada). Finalement, on obtient une moyenne de 4,57 ans concernant le temps écoulé depuis le dernier comportement autodestructeur (tentative de suicide ou d'automutilation) des sujets rencontrés à la première semaine d'incarcération.

### Instruments de mesure

#### *Questionnaire socio-démographique*

Il s'agit d'une série de questions concernant les données socio-démographiques afin d'acquérir une description de l'échantillon. On y retrouve des questions sur l'âge, le statut marital, le niveau de scolarité, le statut d'incarcération (prévenu ou sentencé), la durée de la sentence et le type de délits.

### *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale (LSARS)*

La *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) (Smith, Conroy & Ehler, 1984), graduée de 0 à 10 sur une échelle à intervalle égal, a servi à mesurer le degré de gravité des comportements autodestructeurs, en général (quoique l'instrument semble, à prime abord, destiné aux «suicide attempts»). Cette échelle est une des deux meilleures mesurant la gravité et elle possède un large support empirique (Leenaars et al, 1997). Cet instrument de mesure a été validé au Québec dans le cadre d'une recherche antérieure (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999). La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée et sur les circonstances entourant l'incident. La gravité de la méthode réfère à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé. La sévérité de la méthode est ensuite modifiée par l'évaluation des circonstances entourant le comportement autodestructeur. La LSARS a servi ici à distinguer les deux groupes de comportements autodestructeurs. Les scores de référence utilisés pour l'automutilation sont de 0 à 3,5 et, pour les tentatives de suicide, de 4 à 10. Par exemple, un score de 3,5 à la LSARS signifie que, de façon générale, la personne établit une communication de différentes manières, fait son geste suicidaire en public et ne prend pas de précautions sur les moyens ou la méthode pour agir seul ou pour montrer la blessure infligée. La mort est donc très improbable. Inversement, un score de 7 signifierait que la mort est une issue probable, à moins que des soins médicaux vigoureux et de premier ordre, dans une courte période de temps, soient administrés à la personne suicidaire.

Par ailleurs, Walsh et Rosen, (1988) soulignent que la distinction entre «tentative de suicide» et «automutilation» pourrait être établie uniquement à partir de la létalité associée aux dommages corporels infligés (létalité qui réfère au risque de mourir). Or, dans la LSARS, il ne s'agit là que d'un des éléments importants, l'autre étant les circonstances entourant le geste. Notons aussi que la méthodologie utilisée ici privilégie l'approche descriptive de la LSARS plutôt que l'utilisation de la variable «intention de mourir» (retenue notamment par Fulwiler & al., 1997). Cette dernière variable est, en effet, difficile à mesurer et bien incertaine.

Un canevas d'entrevue (Appendice B) a été construit pour faciliter la cotation de la LSARS, à partir notamment d'éléments déjà testés en milieu carcéral (Daigle & al., 1999). La gravité de l'incident a donc été évaluée à partir des réponses données par les détenus aux questions de l'entrevue. Pour ce qui est de la fidélité de la cotation, deux assistants de recherche ont d'abord coté les 30 premiers protocoles. Un troisième assistant a ensuite coté 10 de ces protocoles. La fidélité inter-juges pour 30 protocoles de la LSARS a été évaluée à 0,92 (coefficient intra classe). La fidélité inter-juges est également de 0,92 pour les 10 protocoles des trois juges.

#### *Structured Clinical Interview for DSM (SCID I et II)*

Le *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990) est un guide d'entretien structuré permettant d'identifier chez un individu les principaux diagnostics des axes I et II du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (version française du SCID qui porte sur le DSM-III-R, par Lise Bordeleau, 1997). Le SCID-I mesure les différents troubles de l'axe I et, notamment pour les fins



de cette recherche: le trouble de dépression majeure et le trouble de dépendance lié à une substance (alcool et drogues). Le SCID-I possède une fidélité test-retest de 0,61. Le SCID-II évalue les douze troubles de la personnalité et, notamment pour cette recherche-ci: le trouble borderline, le trouble antisocial et, indirectement, le trouble de conduite (avant l'âge de 15 ans). Le SCID-II a, en terme de fidélité, un Kappa de Cohen de  $K = .69$ , un  $K = .51$  pour le groupe B du DSM-III-R, ainsi que 1% de faux diagnostics. Trois assistants de recherche (étudiants de deuxième cycle) ont reçu une formation spécifique à l'administration du SCID. L'entretien nécessaire à l'administration du SCID est approfondi et dure environ 120 minutes. L'accord inter juges, calculé avec 22 protocoles de ce projet-ci, est total, soit 1.

### Procédure

Trois assistants de recherche ont rencontré sur place, dans la première semaine de leur incarcération, les 243 détenus volontaires. Chaque sujet a été rencontré individuellement pour une durée d'environ trois heures. Un formulaire de consentement a tout d'abord été signé (voir Appendice A). Les assistants complétaient eux-mêmes les instruments, suite à un entretien semi-structuré avec les hommes incarcérés. La LSARS est le premier test administré et sert à discriminer l'échantillon des 67 sujets qui ont eu des comportements autodestructeurs, puis les deux sous-groupes de ceux qui ont fait des tentatives de suicide ou des automutilations. L'administration de la LSARS est suivie de celle des SCID-I et SCID-II. Ce dernier comporte un questionnaire préalable que le sujet complète par lui-même et qui est composé de 120 questions auxquelles le sujet répond par oui ou par non.

## Chapitre 3

### Résultats

Ce chapitre présentera l'ensemble des résultats obtenus. La première partie sera consacrée aux analyses descriptives. Ensuite, les analyses permettant de vérifier les six hypothèses à l'étude seront abordées spécifiquement. Finalement, d'autres comparaisons sont présentées à titre d'analyse supplémentaire, en lien cette fois avec la variable «intention de mourir» souvent identifiée dans la recension des écrits (notamment chez Fulwiler & al., 1997).

### Analyses descriptives

Dans cette section, il sera question des descriptions statistiques au plan de la gravité des comportements autodestructeurs et du type de moyens utilisés. De plus, la comparaison entre ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs ainsi que la comparaison entre ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide sera effectuée en fonction des six diagnostics.

#### *Gravité des comportements autodestructeurs*

Tout d'abord, à titre indicatif, il importe de savoir quelle est l'ampleur des comportements autodestructeurs chez les hommes incarcérés. Ainsi la gravité des comportements autodestructeurs a été évaluée avec la LSARS, suite aux entretiens individuels réalisés avec chacun des détenus. Notons que c'est uniquement la dernière tentative de suicide ou d'automutilation, pour chaque détenu, qui a été retenue et investiguée. La gravité des comportements autodestructeurs, chez les hommes incarcérés, a ainsi été évaluée en moyenne à 4,76 (ÉT = 2,66) sur l'échelle de la LSARS de Smith, Conroy et Ehler (1984). Ce résultat est assez élevé si nous nous référons aux critères 3,5 et 5 de l'instrument (voir Tableau 2).

Tableau 2

## Critères pour la gravité des comportements autodestructeurs (LSARS)

Critère	Description
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, la méthode choisie implique une issue équivoque.
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.

Note. Traduction libre.

Nous pouvons aussi discriminer les comportements autodestructeurs considérés comme des automutilations plutôt que des tentatives de suicide, en se référant à la recension de notre recherche concernant la classification différentielle des comportements d'autodestruction de Pattison et Kahan (1983), classification déjà présentée au Tableau 1. Par ailleurs, il a été suggéré plus haut que le niveau le plus bas de l'échelle LSARS (soit un score entre 0 et 3,5) représente de l'automutilation, étant de faible létalité. Ainsi, dans 43,3% des comportements autodestructeurs, les hommes

incarcérés auraient fait de l'automutilation plutôt que d'avoir fait une véritable tentative de suicide. Inversement, toujours selon cette classification, il y a 56,7% des détenus qui auraient fait une réelle tentative de suicide en commettant des actes de gravité moyenne à élevée (soit un score entre 4 et 10).

Indépendamment de la méthodologie que nous avons adoptée ici avec la LSARS (et qui servira notamment à la vérification ultérieure des hypothèses), il a été énoncé préalablement dans la recension de la littérature qu'une autre façon d'évaluer la gravité des comportements autodestructeurs serait de se référer uniquement au type de moyens utilisés. Dans cette façon de faire, l'ingestion de substances (intoxication) ou la lacération seraient ainsi des moyens de gravité basse, alors que la pendaison (l'étranglement) serait plutôt de gravité élevée dans une population de détenus (McKee, 1998). Le Tableau 3 présente donc, selon ces deux niveaux de gravité, les moyens utilisés par les 67 participants de cette recherche-ci lors de leurs comportements autodestructeurs.

Tableau 3  
Moyens utilisés lors du comportement autodestructeur

Gravité	Moyen	Pourcentage/Fréquence	Total
Élevée	Pendaison, étranglement	18,8% (n = 12)	31,2%
	Oxyde de carbone	3,1% (n = 2)	
	Saut et précipitation	3,1% (n = 2)	
	Armes à feu	4,6% (n = 3)	
	Véhicule à moteur	1,6% (n = 1)	
Basse	Ingestion, intoxication	34,4% (n = 22)	68,8%
	Lacération	34,4% (n = 22)	
Indéterminée	Autres méthodes	1,6% (n = 1)	
	Ingestion, intoxication et pendaison	3,1% (n = 2)	

Ainsi, parmi les 67 détenus ayant eu un comportement autodestructeur, 64 d'entre eux ont pu être classés selon des moyens de gravité élevée ou basse (trois sujets ne correspondant pas aux deux critères retenus ici). Cette façon particulière de classer les incidents autodestructeurs, basée uniquement sur la méthode utilisée, indique qu'environ le tiers de ceux-ci sont considérés à gravité élevée. Ces résultats viennent contrecarrer ceux obtenus précédemment avec la LSARS qui prend en compte les aspects «moyen utilisé» et «circonstances» du geste. Avec la LSARS, c'étaient plutôt 56,7% des incidents qui étaient considérés être des «tentatives» (correspondant possiblement à des gestes de gravité élevée).

#### *Comparaison entre ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs*

Indépendamment de la vérification des hypothèses qui sera présentée plus loin, le Tableau 4 présente plus spécifiquement les résultats des comparaisons entre ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs, et ceci en fonction des six diagnostics retenus dans cette étude.

Tableau 4

Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs

Diagnostic	Comportements autodestructeurs		d1	X <sup>2</sup>
	OUI (N = 67)	NON (N = 172)		
Dépression majeure	32,8% (n = 22)	11,0% (n = 19)	1	16,28 **
Dépendance à l'alcool	64,2% (n = 43)	39,0% (n = 67)	1	12,35 **
Dépendance aux drogues (sauf alcool)	70,1% (n = 47)	46,5% (n = 80)	1	10,82 **
Trouble de personnalité antisociale	67,2% (n = 45)	37,2% (n = 64)	1	17,44 **
Trouble de conduite	67,2% (n = 45)	45,3% (n = 78)	1	9,19 *
Trouble de personnalité borderline	61,2% (n = 41)	15,1% (n = 26)	1	50,74 **

Note. \* p < .01      \*\* p < .001

Ces résultats indiquent qu'il y a toujours plus de détenus diagnostiqués parmi les 67 qui ont eu des comportements autodestructeurs (automutilations et tentatives de suicide) que parmi les 172 qui n'ont pas eu de comportements autodestructeurs. Les différences sont significatives au niveau des six diagnostics<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>

Par ailleurs, une analyse de régression multiple («stepwise») a été réalisée en incorporant les six diagnostics (covariables) du Tableau 4, de même que la présence ou non d'un comportement autodestructeur (variable dépendante). Le modèle de prédiction dégagé lors de cette analyse retient successivement trois variables: trouble de personnalité borderline et, presque au même niveau, dépendance à l'alcool et dépression majeure. Dans ce modèle, le pourcentage de sujets correctement classifiés s'établit à 78,24% avec la première variable, à 78,24% avec l'addition de la deuxième variable et à 79,08% avec la troisième.

*Comparaison entre ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide*

Le Tableau 5, quant à lui, présente les résultats des sujets qui ont fait (ou non) une véritable tentative de suicide, tentative définie en fonction d'un score de 4 et plus à la LSARS.

Les résultats du Tableau 5 démontrent qu'il y a toujours, et de façon significative, plus de détenus diagnostiqués parmi les 38 qui ont fait de véritables tentatives de suicide que parmi les 201 qui n'en ont pas fait<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Une analyse de régression multiple, utilisant cette fois la présence ou non d'une tentative de suicide comme variable dépendante, a retenu deux variables dans le modèle de prédiction: trouble de personnalité borderline et dépression majeure. Dans ce modèle, le pourcentage de sujets correctement classifiés s'établit à 84,1% avec la première variable et également à 84,1% avec l'addition de la deuxième variable.



Tableau 5

Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide (score de 4 et plus à la LSARS)

Diagnostic	Tentatives de suicide		df	X <sup>2</sup>
	OUI (N = 38)	NON (N = 201)		
Dépression majeure	36,8% (n = 14)	13,4% (n = 27)	1	12,44 **
Dépendance à l'alcool	65,8% (n = 25)	42,3% (n = 85)	1	7,12 *
Dépendance aux drogues (sauf alcool)	76,3% (n = 29)	48,8% (n = 98)	1	9,75 *
Trouble de personnalité antisociale	68,4% (n = 26)	41,3% (n = 83)	1	9,48 *
Trouble de conduite	71,1% (n = 27)	47,8% (n = 96)	1	6,94 *
Trouble de personnalité borderline	57,9% (n = 22)	22,4% (n = 45)	1	19,97 **

Note. \* p < .01      \*\* p < .001

## Vérification des hypothèses

Dans cette section, les résultats des hypothèses de recherche seront présentés.

Ces hypothèses sont :

- 1) *Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépression majeure parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide que parmi ceux ayant fait des automutilations.*
- 2) *Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépendance à l'alcool parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.*
- 3) *Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de dépendance aux drogues autres que l'alcool parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.*
- 4) *Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de personnalité antisociale parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.*
- 5) *Il y aura plus de sujets ayant souffert du trouble de conduite à l'adolescence parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.*
- 6) *Il y aura plus de sujets souffrant du trouble de personnalité borderline parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.*

Le Tableau 6 présente donc les résultats permettant de vérifier lequel des deux groupes (tentatives de suicide ou automutilations) est le plus diagnostiqué.

Tableau 6  
 Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués dans  
 les deux groupes formés selon la LSARS

Diagnostic	Comportements autodestructeurs		d1	X <sup>2</sup>
	Tentatives de suicide (N = 38)	Automu- tilations (N = 29)		
Dépression majeure	36,8% (n = 14)	27,6% (n = 8)	1	0,64 n.s.
Dépendance à l'alcool	65,8% (n = 25)	62,1% (n = 18)	1	0,10 n.s.
Dépendance aux drogues (sauf alcool)	76,3% (n = 29)	62,1% (n = 18)	1	1,59 n.s.
Trouble de personnalité antisociale	68,4% (n = 26)	65,5% (n = 19)	1	0,63 n.s.
Trouble de conduite	71,1% (n = 27)	62,1% (n = 18)	1	0,60 n.s.
Trouble de personnalité borderline	57,9% (n = 22)	65,5% (n = 19)	1	0,40 n.s.

Les résultats du Tableau 6 indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

#### Analyse supplémentaire

Dans cette section, une analyse supplémentaire est présentée en fonction de la variable «intention de mourir», dont l'importance a déjà été considérée dans la recension. Le Tableau 7 permet donc de vérifier s'il existe ou non une différence entre les deux groupes formés cette fois d'après ce que les répondants ont indiqué quant à leur intention de mourir lors de l'incident. Il est donc présumé ici que, même exprimée postérieurement à l'acte, «l'intention de mourir» correspondait alors à une «tentative de suicide» (et vice versa).

Tableau 7

Comparaison du nombre de sujets diagnostiqués chez ceux qui ont eu ou non l'intention de mourir

Diagnostic	Intention de mourir		dl	X <sup>2</sup>
	OUI (N = 53)	NON (N = 15)		
Dépression majeure	35,8% (n = 19)	20,0% (n = 3)	1	1,34 n.s.
Dépendance à l'alcool	64,2% (n = 34)	66,7% (n = 10)	1	0,32 n.s.
Dépendance aux drogues (sauf alcool)	66,0% (n = 35)	86,7% (n = 13)	1	2,40 n.s.
Trouble de personnalité antisociale	64,2% (n = 34)	80,0% (n = 12)	1	1,34 n.s.
Trouble de conduite	64,2% (n = 34)	80,0% (n = 12)	1	1,34 n.s.
Trouble de personnalité borderline	66,0% (n = 35)	46,7% (n = 7)	1	1,86 n.s.

Les résultats du Tableau 7 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre ceux qui disent avoir eu l'intention de mourir et ceux qui disent qu'ils n'avaient pas cette intention.

Chapitre 4

Discussion

Cette recherche visait essentiellement à établir le diagnostic différentiel des détenus québécois, ayant fait une tentative de suicide ou une automutilation, afin de mieux distinguer ces comportements autodestructeurs plus particulièrement en milieu carcéral. Dans la littérature, il a été partiellement déterminé que certains troubles mentaux seraient plus associés spécifiquement aux tentatives de suicide ou aux automutilations. En parallèle, rappelons que les concepts reliés à ces deux comportements d'autodestruction ont été définis pour cette recherche selon l'approche particulière de la LSARS. Dans cette section-ci, il importe donc d'analyser les résultats présentés au chapitre précédent.

Ce chapitre sera divisé en trois parties. Tout d'abord, les résultats obtenus dans le cadre de cette étude seront discutés. Ensuite, les forces et faiblesses de la présente recherche seront également abordées. Finalement, les conséquences des résultats présentés seront analysées, ainsi que les orientations que pourraient prendre les recherches futures.

## Discussion des résultats

### *Gravité des comportements autodestructeurs.*

D'abord, La gravité des comportements autodestructeurs, mesurée avec la LSARS, s'avère assez élevée. De ce fait, en se rapportant à cette échelle qui s'appuie

tant sur les moyens que sur les circonstances entourant le geste, 56,7% des hommes se retrouveraient dans la catégorie des tentatives de suicide. Ainsi, un peu plus de la moitié des détenus auraient réellement tenté de se suicider.

Cependant, pour ce qui est des tentatives de suicide commises en prison, certains agents correctionnels de l'établissement de détention de Trois-Rivières nous confiaient que, dans le cas de la pendaison par exemple, le détenu attendait généralement dans les cinq dernières minutes avant la tournée de surveillance des agents pour compléter les préparatifs avant de passer à l'acte. Ainsi, les agents correctionnels arrivaient le plus souvent à temps pour décrocher le détenu, lequel était donc identifié ensuite comme ayant fait une «tentative de suicide». Généralement, ces détenus utilisaient des draps comme moyen de pendaison, alors que, la plupart du temps, cette technique de grave létalité ne fonctionnerait que très rarement, du moins selon les dires des agents correctionnels. Avec la LSARS, l'utilisation de ce moyen aurait été classifiée comme une tentative de suicide. Ici, il semble pourtant que, parfois, ces «tentatives de suicide» peuvent être interprétées par des agents (ou intervenants) correctionnels comme des comportements manipulateurs, de faible létalité, régulièrement observées dans une réalité carcérale. La recherche témoigne donc de l'ampleur des comportements autodestructeurs en milieu carcéral, mais il semble que le niveau de gravité de ces comportements reste toujours relatif et discutable. Il n'en demeure pas moins que, en milieu carcéral, la situation est prise au sérieux et que des mesures de prise en charge radicales (isolation, jaquettes anti-suicide) peuvent même être prises suite à l'évaluation des individus suicidaires dépistés.

En ce qui a trait au pourcentage de comportements autodestructeurs qui étaient uniquement des automutilations (43,3%, soit 29 sur 67), les agents correctionnels (suite à des échanges avec eux sur la plupart des cas survenus en prison dont ils ont été témoins) faisaient, comme nous, davantage référence aux nombreuses marques observées sur le corps (au niveau des veines des poignets, des jambes et du cou) de plusieurs d'entre eux, souvent avec des lames de rasoir. De plus, ils ont constaté à l'occasion qu'il y avait eu une consommation concomitante d'alcool frelaté, (lequel peut atteindre un taux de 90% d'alcool) et/ou de médicaments (intoxication) avec la méthode de lacération.

Tel qu'énoncé dans la recension des écrits, une des façons d'évaluer la gravité des comportements autodestructeurs serait de se référer uniquement aux moyens utilisés. Certes, les résultats ont démontré que les hommes en milieu carcéral avaient tendance à utiliser des moyens considérés comme étant de faible létalité. En effet, dans notre recherche, peu de détenus avaient utilisé un moyen de forte létalité tel que la pendaison (18,8%), utilisant plutôt des moyens comme l'ingestion/l'intoxication de substances (34,4%) ou la lacération (34,4%). En guise d'analogie, notons que l'*Enquête sociale et de santé*, en 1998, rapportait que 35,9% des hommes suicidés de la population générale avaient utilisé la pendaison comme moyen lors de leur comportement autodestructeur. Dans cette enquête, l'ingestion/l'intoxication de substances (drogues ou alcool) avait été utilisée dans 13,4% des cas de suicide et la lacération dans 15,0% des cas de suicide (Boyer, St-Laurent, Prévaille, Légaré, Massé & Poulin, 2000).



Par ailleurs, pour mieux saisir la gravité des comportements autodestructeurs (tentatives de suicide ou automutilations), une question conçue pour les besoins de la présente étude permettait d'établir si la personne avait été conduite (ou s'était présentée d'elle-même) à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste suicidaire (voir Appendice B). Ainsi, dans la majorité des cas, les détenus ayant eu des comportements autodestructeurs n'ont pas nécessité une hospitalisation. Sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir, cette question aide à mieux évaluer l'importance de ces gestes suicidaires par le biais des circonstances et conséquences entourant l'acte.

En conclusion, rappelons que l'échelle LSARS de Smith et al. (1984) est une méthode d'évaluation qui permet de mesurer le degré de gravité qui s'étend de bas à élevé et ce, à partir de deux évaluations, soit la gravité actuelle de la méthode utilisée et celle des circonstances entourant la tentative. Dans notre recherche, suite aux échanges avec les agents correctionnels, ces derniers prennent la position que, plus souvent qu'autrement, les moyens et les circonstances entourant l'acte suicidaire seraient plutôt de faible létalité concernant les exemples survenus en prison. Selon eux, ces comportements autodestructeurs seraient qualifiés d'automutilatoires plutôt que de véritables tentatives de suicide, telles qu'évaluées selon la cotation de la LSARS. Par contre, au niveau des résultats, nous avons obtenu plus d'hommes incarcérés ayant fait des tentatives de suicide plutôt que des automutilations. Cependant, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes.

Cependant, notre recherche révèle, en se référant uniquement aux moyens utilisés, que les détenus utilisaient davantage des moyens de faible létalité (comme l'ingestion/l'intoxication de substances, la lacération), reflétant alors des comportements d'automutilation, plutôt que de forte létalité (telle la pendaison) se rapportant à de véritables tentatives de suicide, au moment de leurs comportements autodestructeurs.

*Sujets diagnostiqués qui ont eu ou non des comportements autodestructeurs et ceux qui ont fait ou non des tentatives de suicide.*

Il est intéressant de constater que la fréquence des troubles mentaux est plus élevée chez les délinquants qui ont des comportements autodestructeurs (voir Tableaux 4 et 5). Ainsi, les résultats révèlent que la dépression majeure, la dépendance à l'alcool ou à la drogue, le trouble de personnalité antisociale, le trouble de conduite et le trouble de personnalité borderline sont fortement associés aux comportements autodestructeurs. Selon une étude québécoise de Lesage et ses collaborateurs (1994) (citée dans Tousignant & Payette, 1997), 64% des cas de suicide avaient au moins un diagnostic de dépression majeure, de dépendance à l'alcool ou à la drogue ou un trouble de personnalité borderline et 28% avaient deux de ces trois diagnostics.

Certaines études antérieures ont aussi mesuré la prévalence des troubles mentaux et des tentatives de suicide dans un échantillon de détenus. Ainsi, les résultats de l'étude de Bland et al. (1990) révèlent que ceux qui avaient fait des tentatives de suicide présentaient des taux de prévalence du trouble de la personnalité antisociale (soit 1,5 fois) et d'épisodes dépressifs majeurs (2,3 fois) supérieurs à ceux des hommes incarcérés

qui n'avaient fait aucune tentative de suicide. De plus, ces derniers auteurs ont remarqué que, chez ceux qui avaient fait une tentative, le taux de prévalence d'alcoolisme était 1,2 fois supérieur et le taux de prévalence de dépendance à la drogue était 1,4 fois plus élevé.

Par ailleurs, la consommation d'alcool ou de drogues peut entraîner une augmentation de comportements suicidaires. En principe, la consommation de ces substances est formellement prohibée en milieu carcéral, sous peine de sanction. Or, il n'en demeure pas moins que la présence d'alcool ou de drogue est réelle dans les établissements de détention. Certains agents correctionnels nous confiaient qu'il était très difficile d'avoir un contrôle systématique sur la présence de ces substances à l'intérieur des murs et qu'il n'était donc pas rare de constater qu'un détenu était sous l'influence d'une drogue. Cette réalité peut avoir une incidence considérable sur les tentatives de suicide et les automutilations, particulièrement chez les détenus atteints de troubles mentaux.

Par contre, dans le cadre du processus de collecte de données, les assistants de recherche ont remarqué un manque au niveau des informations, manque quant aux annotations dans le dossier institutionnel des détenus en général, mais aussi plus spécifiquement chez ceux présentant un diagnostic de trouble mental (incluant les troubles de personnalité). En effet, nous avons constaté une absence des divers types d'interventions psychologiques effectuées, un manque de services psychologiques disponibles aux détenus présentant un risque suicidaire élevé, ainsi qu'une faible durée

ou un grand écart au niveau des suivis, même auprès des détenus présentant des troubles mentaux. Il s'est également avéré impossible de dégager une distinction entre les deux types de comportements autodestructeurs (tentatives de suicide ou automutilations) à partir des annotations retrouvées aux dossiers des détenus. Par exemple, il n'est pas inscrit au dossier à quel point des projets suicidaires ont été évoqués, quels sont les moyens dont dispose le détenu pour exécuter un geste suicidaire, le caractère létal de la méthode utilisée, l'existence de tentatives de suicide ou d'automutilations antérieures et l'utilisation actuelle de substances. Les dossiers institutionnels ne permettent pas d'établir une distinction au niveau des comportements autodestructeurs. Ainsi, le cas des dossiers institutionnels des détenus souffrant de troubles mentaux indique uniquement ceux à risque de commettre une tentative de suicide sans toutefois faire de distinction avec les comportements d'automutilation et ce, sans inscrire au dossier la série d'éléments à investiguer qui vient tout juste d'être énoncée.

Par ailleurs, la perception des agents correctionnels à l'égard des détenus souffrant de trouble mentaux est également un facteur important. Nous savons que ces derniers ont un rôle de premier plan quant au dépistage des individus suicidaires ou souffrant de troubles mentaux, et ceci dès leur première journée d'incarcération (procédure de classement des détenus). Notons qu'il n'y a pas de recherches qui se sont intéressées, dans les établissements de détention provinciaux, à la perception qu'ont les agents correctionnels des délinquants souffrant de troubles mentaux.

Par contre, une étude du Service correctionnel du Canada (1990), spécifique aux pénitenciers, a évalué les perceptions des agents correctionnels à l'égard des détenus souffrant de troubles mentaux, dans l'objectif de réunir des renseignements utiles à la planification des programmes de formation de ces agents. Les comparaisons établies entre les détenus en général et ceux souffrant de troubles mentaux ont révélé que les détenus souffrant de troubles mentaux étaient perçus comme étant moins prévisibles, moins rationnels et plus mystérieux que les autres détenus. De plus, les détenus en général étaient jugés plus manipulateurs que les détenus souffrant de troubles mentaux. De façon générale, les agents correctionnels se sont dits très inquiets de devoir travailler avec des détenus souffrant de troubles mentaux. Ainsi, 90% d'entre eux estimaient que cela ajoutait énormément de stress à leur tâche quotidienne. De plus, 89% étaient d'avis que les détenus souffrant de troubles mentaux devaient être gardés séparément du reste de la population carcérale. L'étude du Service correctionnel du Canada (1990) indique que les agents correctionnels sont vraiment préoccupés par les détenus souffrant de troubles mentaux et que ceux-ci souhaiteraient également avoir de meilleurs rapports avec eux. Finalement, cette étude ajoute que les agents correctionnels se sentent toujours mal préparés à affronter ceux qui souffrent de troubles mentaux. Or, l'étude du Service correctionnel du Canada (1990) nous renvoie à l'idée qu'il est possible, même pour les agents correctionnels des établissements de détention provinciaux, d'avoir la perception de se sentir mal préparés ou outillés à évaluer la gravité des comportements autodestructeurs chez les détenus souffrant de trouble mentaux.

En somme, la présence d'alcool ou de drogues, incluant les médicaments en milieu carcéral, peut avoir une incidence considérable sur les tentatives de suicide et les automutilations, particulièrement chez les détenus ayant des troubles mentaux. De plus, le manque d'annotations dans le dossier institutionnel des détenus peut refléter le manque de services appropriés au niveau des besoins que peuvent nécessiter les hommes incarcérés suicidaires et atteints de troubles mentaux. Finalement, la perception des agents correctionnels est un facteur important concernant le dépistage des détenus suicidaires et souffrant de troubles mentaux. En effet, notons que, dans cette recherche-ci, il a été confirmé qu'il y avait toujours plus de détenus diagnostiqués parmi ceux qui ont eu des comportements autodestructeurs (tentatives de suicide et automutilations) que parmi ceux qui n'en ont pas eus. Ainsi, tout comme il y avait toujours plus de détenus diagnostiqués parmi ceux qui ont fait de véritables tentatives de suicide (score de 4 et plus à la LSARS) que parmi ceux qui n'en ont pas faites.

#### *Vérification des hypothèses*

Les résultats obtenus n'ont pas su démontrer de différences significatives entre les sujets ayant fait des tentatives de suicide et ceux ayant fait des automutilations et ce, tant au niveau des troubles cliniques que des troubles de personnalité.

Tout d'abord, l'hypothèse 1 n'a pas été confirmée. Pourtant, dans sa recension, Lönngvist (2000) avait démontré qu'une haute fréquence de dépression était trouvée dans plusieurs études récentes sur les tentatives de suicide. Par ailleurs, l'hypothèse 1 était développée principalement à partir des résultats d'une étude portant également sur

un échantillon de détenus (Fulwiler & al., 1997). Dans cette dernière étude, 53% des sujets avaient un diagnostic de dépression majeure parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide, contrairement à 13% parmi ceux ayant fait des automutilations. Or, dans la recherche présentée ici, le pourcentage de sujets diagnostiqués était plus élevé chez ceux ayant fait des tentatives mais sans que cela ne soit significatif.

Quant aux hypothèses 2 et 3, elles n'ont pas été validées non plus. Pour ce qui est plus spécifiquement de l'hypothèse 2, la valeur du test de signification (0,10) permettrait même de dire que c'est plutôt chez ceux qui ont fait des tentatives qu'il y a plus de dépendance à l'alcool, contrairement à ce qui avait été prédit.

Hawton et al. (1989) avançaient dans leur étude que, pour les alcooliques, la majorité des comportements autodestructeurs incluent l'auto-empoisonnement et le reste, soit l'automutilation ou les deux. Selon eux, les alcooliques étaient plus portés que les non-alcooliques à s'automutiler. Par ailleurs, il a été énoncé dans la recension que, dans une population aussi spécifique que le milieu carcéral, les individus qui ont un trouble de dépendance à l'alcool ou à la drogue manifestent davantage des comportements automutilatoires plutôt que des tentatives de suicide. Fulwiler et ses collaborateurs (1997) avaient trouvé dans leur étude, mais sans que les différences ne soient significatives, que 63% des détenus avaient un diagnostic de dépendance à l'alcool dans le groupe d'automutilateurs, comparativement à 58% chez ceux qui ont fait des tentatives de suicide. De plus, on retrouvait un taux de 81% chez ceux qui avaient reçu un diagnostic de dépendance à la drogue dans le groupe d'automutilateurs

comparativement à 73% pour le groupe ayant fait des tentatives de suicide. Cependant, les résultats de la présente recherche n'ont pas su démontrer que les diagnostics de dépendance à l'alcool ou aux drogues seraient en plus grand nombre chez les automutilateurs.

Également, l'hypothèse 4 a été réfutée. Garvey et Spoden (1980) mentionnaient dans leur étude que l'intoxication avec des médicaments était la méthode la plus commune pour les gestes récents (71%) chez les troubles de personnalité antisociale. Ces auteurs concluaient que les antisociaux utilisent en général des moyens non violents pour leurs tentatives de suicide (ces moyens s'apparentant, pour nous, à de l'automutilation) et que le manque de sérieux des tentatives à l'étude suggère que les antisociaux n'ont pas vraiment l'intention de se suicider. De plus, Virkkunen (1976) affirmait dans son étude portant sur l'automutilation chez la personnalité antisociale que les coupures (lacérations) sont considérées comme un phénomène transitoire dans les prisons. Selon l'auteur, tous ceux avec ce diagnostic qui s'étaient infligé des coupures en milieu carcéral ont expliqué les gestes en stipulant que c'était parce qu'ils voulaient créer une diversion ou bien dans l'espoir d'avoir des tranquillisants ou encore pour être transférés vers l'aile psychiatrique parce que c'était plus facile là que dans les cellules. Chez les hommes, l'automutilation est plus souvent observée dans les prisons et les pénitenciers et est associée avec le trouble de personnalité antisociale (Fulwiler & al., 1997). Les résultats n'ont pas su démontrer qu'il y aurait plus de sujets souffrant du trouble de personnalité antisociale parmi ceux ayant fait des automutilations que parmi ceux ayant fait des tentatives de suicide.



L'hypothèse 5 n'a pas été validée. L'étude de Young et al. (1995) révélait que le trouble de conduite associé avec le nombre de diagnostics de dépendance à une substance était significativement relié à la tentative de suicide et l'automutilation. Toutefois, contrairement à nous, ces auteurs ne font pas la distinction entre les deux comportements autodestructeurs. Cependant, les résultats de l'étude de Fulwiler et al. (1997) ont démontré que 50% des détenus avaient fait des automutilations ayant reçu le diagnostic d'un trouble de conduite comparativement à 20% chez ceux qui ont fait des tentatives de suicide.

Tel qu'abordé dans la recension, l'incidence des milieux restrictifs pour jeunes contrevenants par exemple pourrait avoir une influence et faire en sorte que les délinquants ayant un trouble de conduite tendent vers des comportements automutilatoires dans le but de manipuler l'entourage. Par contre, il n'a pas été possible de démontrer ici de différences significatives quant à la distinction des comportements autodestructeurs au niveau de l'hypothèse 5.

Finalement, l'hypothèse 6 a, quant à elle, été aussi infirmée. Selon l'American Psychiatric Press (1999), le diagnostic le plus fréquemment rencontré en cas d'automutilations est pourtant celui du trouble de la personnalité borderline. Or, dans cette étude-ci, nous nous sommes appuyés sur cette prémisse pour formuler l'hypothèse 6, mais spécifiquement pour la population cible des hommes incarcérés. Dans la recension des écrits, il a été également mentionné que les actes les moins graves (entailles des poignets, coupures délicates ou parasuicides), sont spécialement attribués

aux individus avec une personnalité dite borderline (Soloff & al., 1994b). Selon eux, l'automutilation n'est pas associée à une augmentation du sérieux de la tentative ni de la létalité des tentatives.

Par ailleurs, le risque de survenue des comportements automutilatoires est nettement augmenté par l'intoxication ou le sevrage d'une substance (American Psychiatric Press, 1999).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, aux dires des agents correctionnels, la présence de drogues (incluant les médicaments) et d'alcool est un phénomène omniprésent dans les établissements de détention. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi nous retrouvons dans notre étude un taux plus élevé de trouble de personnalité borderline chez ceux qui avaient eu des comportements automutilatoires. Toutefois, il n'a pas été possible de prouver cette différence scientifiquement. Néanmoins, à titre de mesure préventive, nous devons être à l'affût de périodes automutilatoires lorsque les individus démontrent de la confusion, une désorganisation de la pensée ou une évidente inaptitude à penser clairement, même si les processus de pensée anormaux sont difficiles à discerner chez les individus borderline (Burgers, 1991).

En somme, rappelons que les six hypothèses de recherche énoncées dans le cadre de notre étude n'ont pu être confirmées. Par contre, en fonction notamment des résultats préalables de Fulwiler et al. (1997), notons que les hypothèses 1, 2, 3, et 5 correspondent à des diagnostics du tableau 6 comparant ces deux groupes (automutilations ou

tentatives de suicide) dans l'étude de ces auteurs. Cependant, seuls les résultats de l'hypothèse 1 vont dans le même sens que les résultats de Fulwiler et al (1997).

Rappelons aussi que ces auteurs avaient obtenu leurs résultats en utilisant la variable intention de mourir. Notons également qu'il y a peu ou pas d'études qui considèrent la notion de gravité médicale (létalité) de l'acte suicidaire. Cette variable constitue un facteur déterminant quant à la distinction des comportements autodestructeurs. Également, une autre explication pourrait s'attribuer au fait que, dans notre recherche, l'échantillon recueilli dans les deux groupes (tentatives de suicide=38, automutilations=29) peut s'avérer trop petit. Toutefois, il n'en demeure pas moins que, dans notre étude, l'échantillon de ces deux groupes est constitué du double de sujets comparativement à l'échantillon de ces deux mêmes groupes (tentatives de suicide=15, automutilations=16) dans l'étude de Fulwiler et al.(1997). De plus, notons également que ces auteurs avaient, à l'intérieur de ces petits échantillons, un certain nombre de sujets féminins dans leur recherche.

#### *Sujets diagnostiqués qui ont eu ou non l'intention de mourir*

Tout d'abord, la variable intention de mourir, dont l'importance a été considérée dans la recension, a été présentée comme analyse supplémentaire afin de vérifier, tel qu'utilisé comme méthodologie dans l'étude de Fulwiler et al. (1997), s'il existait des différences de proportion des diagnostics entre les deux groupes (tentatives de suicide ou automutilations) dans notre recherche. Dans leur étude, Fulwiler et ses collaborateurs (1997) avaient questionné les prisonniers durant l'entretien clinique au sujet de leur

intention de mourir en leur demandant : « Est-ce que vous vouliez mourir ou juste vous blesser vous-même ? » suivi de « Pourquoi vouliez-vous vous tuer/blesser vous-même ? » Traduction libre). Il s'agissait de départager méthodologiquement les deux types de comportements autodestructeurs. Ces auteurs ont ainsi déterminé que ceux qui avaient eu l'intention de mourir avaient fait de véritables tentatives de suicide («suicide attempt»). Par contre, ces derniers avaient classifié comme automutilateurs les prisonniers qui s'étaient infligé des blessures sur le corps objectivement vérifiables ou qui n'avaient pas eu l'intention de mourir.

Ainsi, comme il a été mentionné dans la recension des écrits, comment savoir quel mobile a déterminé le sujet et si, quand il a pris sa résolution, c'est la mort même qu'il voulait ou s'il avait quelque autre but (Durkheim, 1897/1981)? Un thème très important dans la compréhension d'un acte suicidaire non fatal est la question même de l'intention : « Pourquoi des gens s'adonnent-ils à des actes suicidaires non fatals ? » ou « À quoi veulent-ils en arriver ? » (Hjelmeland & Knizek, 1999). Une étude de Dear & al. (2000), abordée dans la recension, tentait de déterminer si les incidents d'automutilation classés comme manipulateurs peuvent également être classés comme une intention de se suicider de bas niveau et ne présentant aucun risque pour la vie. Or, les résultats ont démontré que les détenus ayant commis des actes d'automutilation n'étaient pas moins suicidaires au moment de leur acte que ceux qui avaient tenté de se suicider. De plus, ces auteurs affirmaient que les employés de la prison ne peuvent pas supposer que les prisonniers qui semblent manipulateurs ou qui ont des motifs manipulateurs n'étaient pas suicidaires lors de l'automutilation. En somme, il est

possible de constater que l'intention de mourir ne semble pas toujours se présenter comme un comportement palpable.

Finalement, tout comme Fulwiler et al (1997), nous avons demandé aux détenus dans notre recherche si, lors de leur dernière tentative de suicide ou automutilation, ils avaient à ce moment comme but de mourir, sinon quel était le but ? Cette question a été incluse dans le canevas d'entrevue (voir Appendice B). Cependant, à partir de la variable intention de mourir, nous n'avons pas tenté de départager ceux qui ont fait des tentatives de suicide de ceux qui ont fait des automutilations comme Fulwiler et ses collaborateurs (1997), puisque nous croyons que la façon de faire de ces auteurs était tout à fait invérifiable.

Même si l'intention de mourir est un concept difficile à établir, nous avons néanmoins vérifié, lors d'analyses supplémentaires, si les deux groupes ainsi identifiés se différenciaient au niveau des diagnostics. Les résultats obtenus dans notre étude indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont l'intention de mourir et les autres. Néanmoins, les résultats de cette analyse supplémentaire vont dans le même sens que les résultats de Fulwiler et al. (1997) pour ce qui est des quatre diagnostics qui se recourent dans les deux études: dépression majeure, dépendance à l'alcool, dépendance aux autres drogues et trouble de conduite. Le seul fait d'utiliser la variable «intention de mourir», quoique très discutable aux niveaux méthodologique et théorique, permet donc d'obtenir des résultats semblables à ceux de Fulwiler et al (1997).

Pour conclure cette partie, rappelons que cette recherche en milieu carcéral a été entreprise pour tenter de vérifier lequel des deux groupes (tentatives de suicide ou automutilations) est le plus diagnostiqué selon les différents diagnostics des axes I et II du DSM sélectionnés.

Cette étude a privilégié une méthode (LSARS) permettant de mesurer la gravité de l'acte suicidaire afin de discriminer ceux ayant commis des actes d'automutilation ou des tentatives de suicide parmi les détenus diagnostiqués. Dans cet esprit, cette recherche a permis de mieux documenter la problématique des comportements autodestructeurs et celle des détenus souffrant de troubles mentaux. En effet, ceci constituait un véritable problème, car il a été démontré qu'il y avait toujours plus de sujets diagnostiqués parmi ceux qui ont eu des comportements autodestructeurs que parmi ceux qui n'en ont pas eus. Néanmoins, une procédure rigoureuse de dépistage suicidaire devrait être entreprise par les intervenants correctionnels, particulièrement pour les détenus souffrant de troubles mentaux dans la première semaine suivant leur incarcération, afin de prévenir les comportements autodestructeurs en milieu carcéral.

#### Forces et faiblesses

La principale force de cette recherche, du moins en comparaison de celle de Fulwiler et al. (1997), réside dans le fait qu'elle possède un échantillonnage (N) relativement élevé. Les résultats de cette recherche peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population carcérale masculine dans les prisons provinciales. En effet, sur une période de 16 semaines, un total de 243 hommes francophones ont été évalués

dans deux établissements de détention du Québec, soit ceux de Québec (172 sujets) et de Trois-Rivières (71 sujets). Parmi ces 243 sujets, un échantillon (N) de 67 sujets avait eu des comportements autodestructeurs comparativement à un échantillon de 31 sujets dans l'étude de Fulwiler et al (1997).

On peut aussi noter que pour l'ensemble des sujets invités à participer à la recherche, 74% avaient accepté. Les taux de refus ont été jugés acceptables, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1991).

Une autre force réside dans la rigueur des instruments (LSARS, SCID-I et II) sélectionnés dans le cadre de cette étude. En effet, l'échelle LSARS est une des deux meilleures mesurant la gravité des comportements autodestructeurs et elle possède un large support empirique (Leemaars & al, 1997). De plus, cet instrument de mesure a été validé dans le cadre d'une recherche antérieure (Daigle & al., 1999). Également, le SCID-I possède une fidélité test-retest de .61. Le SCID-II a, en terme de fidélité, un Kappa de Cohen de .69. L'accord inter juges, calculé sur 22 protocoles du SCID-I et II, était total entre les deux évaluateurs.

Par contre, nous avons vu dans la littérature que la variable intention de mourir utilisée par Fulwiler et al. (1997) est très discutable et n'est peut-être pas la façon idéale pour diviser les deux groupes de comportements autodestructeurs. C'est pourquoi nous avons choisi l'échelle LSARS.

Cependant, la principale faiblesse de cette recherche réside dans deux problèmes que nous avons rencontrés avec l'utilisation de l'échelle LSARS. Tout d'abord, la façon de trancher les scores en deux (0 à 3,5 = automutilations et 4 à 10 = tentatives de suicide) pour les comportements autodestructeurs a été établie théoriquement en fonction des définitions de chaque score. Cette façon de faire est critiquable parce qu'un autre chercheur pourrait procéder autrement. Ceci donne lieu à une interprétation qui n'a pas été validée. Deuxièmement, on a seulement considéré la dernière tentative de suicide, car c'était la seule investiguée dans le cadre d'une recherche plus large (voir Appendice B). L'absence de différences significatives entre les deux groupes de comportements autodestructeurs est peut-être attribuable à la division des scores à la LSARS, laquelle serait possiblement inadéquate. D'autre part, des différences significatives auraient pu éventuellement être identifiées si l'échantillonnage avait été encore plus grand.

#### Conséquences de la recherche et orientations futures

Cette recherche permettra de sensibiliser la population générale sur la réalité que, dans une population carcérale, les hommes en détention constituent une clientèle à risque de suicide, particulièrement ceux atteints de troubles mentaux. Cette recherche a permis d'observer des indices comportementaux à l'aide de la LSARS, tels que les tentatives de suicide et les automutilations chez les détenus. De plus, la recherche a su cerner différents facteurs personnels tels que la dépression, la dépendance à l'alcool ou à la drogue et les troubles de la personnalité en plus de démontrer qu'il existait une



relation avec les comportements autodestructeurs. Cela permet de connaître davantage la clientèle à risque que sont les hommes en détention.

Dans de futures recherches, il serait tout à fait pertinent de recommander que la division des scores (0 à 3,5) de la LSARS pour l'automutilation soit d'abord validée par des experts chercheurs et cliniciens dans le domaine de la prévention du suicide. Pour ce faire, il s'agirait d'envoyer une copie de l'instrument et de demander à cinq experts où ils croient, le plus objectivement possible, qu'on devrait inscrire le score de l'automutilation, par exemple. L'objectif serait d'obtenir une bonne validation (accord) inter juges. Une autre piste serait d'évaluer plusieurs comportements autodestructeurs plutôt qu'uniquement le dernier et de faire une moyenne. Nous pourrions aussi ne considérer, parmi ces comportements, que celui dont le score était le plus élevé selon la LSARS. Dans ce contexte, il pourrait aussi être pertinent d'éliminer les comportements remontant à plus de dix ans ou de ne considérer que ceux ayant apparus au cours de la dernière année ou des six derniers mois. Enfin, une autre recherche pourrait reprendre les mêmes hypothèses à l'étude, mais cette fois en comparant le type de sentence (provincial ou fédéral), afin de vérifier si le fait d'avoir une longue sentence a une incidence sur le type de comportements autodestructeurs chez les hommes incarcérés.

## Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'établir le diagnostic différentiel des hommes incarcérés au Québec ayant fait des tentatives de suicide ou des automutilations. En effet, c'est un ensemble de facteurs individuels (troubles mentaux, troubles de la personnalité, comportements autodestructeurs avant l'incarcération) confronté à plusieurs contraintes institutionnelles qui pourraient expliquer cette problématique suicidaire chez les hommes en détention.

La recherche a démontré que les détenus utilisaient davantage des moyens de faible létalité, tels que l'ingestion/l'intoxication de substances ou la lacération plutôt que des moyens de forte létalité telle la pendaison lors de leurs comportements autodestructeurs. Ainsi, dans 68,8% des cas, ces comportements s'apparentaient à de l'automutilation.

La recherche a aussi confirmé qu'il y avait toujours plus de détenus diagnostiqués parmi ceux qui ont eu des comportements autodestructeurs (tentatives de suicides et automutilations) que parmi ceux qui n'en ont pas eus. Par contre, cette étude n'a pas su démontrer de différences significatives quant aux hypothèses de recherche entre les détenus ayant fait des tentatives de suicide et ceux ayant fait des automutilations tant au niveau des variables des troubles cliniques que des troubles de personnalité. Ainsi, ceci pourrait s'expliquer par la difficulté d'établir la distinction entre les deux comportements autodestructeurs qui sont à l'étude.

## Références

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.). (version internationale). (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- American Psychiatric Press (1999). *DSM-IV: Diagnostics différentiels*. (Washington, DC, 1995). Traduction française par M.B. First, A. Frances, H.A. Pincus, Masson : Paris.
- Bernheim, J.C. (1987). *Les suicides en prison*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J., & Orn, H. (1990) Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 407-413.
- Bonin, B., & Sechter, D. (2000). Évaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé. Dans T. Lemperière (Éd), *Dépression et suicide* (pp.103-121). Paris : Acanthe.
- Boyer, P., Dardennes, R., Even, C., Gaillac, V., Gérard, A., Lecrubier, Y., Le Pen, C., & Weiller, E. (1999). *Dépression et santé publique. Données et réflexion*. Paris : Acanthe.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, & et al. (Éds), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-367). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P. Hass, 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.
- Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A., & Mann, J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1715-1719.

- Burgess, J.W. (1991). Relationship of depression and cognitive impairment to self-injury in borderline personality disorder, major depression and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 38, 77-87.
- Caroli, F., Gaillard, J., & Vacheron, M.N. (2000). Conduites suicidaires et dépression : Aspects psychopathologiques. Dans T. Lemperière (Éd), *Dépression et suicide* (pp.49-72). Paris : Acanthe.
- Chagnon, F., Renaud, J., & Farand, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile : Phénomènes distincts ou manifestation d'une même problématique ? *Criminologie*, 34(2), 85-102.
- Chavagnat, J.J., & Granc, R. (2000). Prise en charge du suicidant. Dans T. Lemperière (Éd), *Dépression et suicide* (pp.129-152). Paris : Acanthe.
- Cookson, H. M. (1977). A survey of self-injury in a closed prison for women. *British Journal of Criminology*, 17(4), 332-347.
- Corbitt, E.M., Malone, K.M., Hass, G.L., & Mann, J.J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39, 61-72.
- Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Mezzich, J., Cornelius, M.D., Febrega, H. Jr., Ehler, J.G., Ulrich, R.F., Thase, M.E., & Mann, J. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 152, 358-364.
- Cremniter, D. (2000). Impact du suicide sur l'entourage et les soignants. Dans T. Lemperière (Éd), *Dépression et suicide* (pp.191-204). Paris : Acanthe.
- Daigle, M.S. (1996). Comparaison de deux stratégies de dépistage des détenus suicidaires. *VIII<sup>e</sup> Colloque provincial de l'Association québécoise de suicidologie, Chicoutimi*.
- Daigle, M.S. (1998). Les comportements suicidaires des hommes incarcérés: une réalité à multiples facettes, *Vis-à-Vis*, 8(2), 15-19.
- Daigle, M. S., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(3), 41-45.

- Dear, G.E., Thomson, D.M., & Hills, A.M. (2000). Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175.
- Durkheim, E. (1897/1981). *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Engström, G., Persson, B., & Levander, S. (1999). Temperament traits in male suicide attempters and violent offenders. *European Psychiatry*, 14, 278-283.
- Facy, F. (1991). Toxicomanie et comportement suicidaire. Approche épidémiologique. *Bulletin de Psychologie*, 401, 308-318.
- Faranza, A.R. (1996). *Bodies under seige: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2<sup>e</sup> ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Farmer, K. A., Felthous, A. R., & Holzer, C. E. (1996). Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of Forensic Sciences* 41(2), 240-246.
- Favazza, A.R., & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 134-140.
- Friedman, R.C., Aronoff, M.S., Clarkin, J.F., Corn, R., & Hurt, S.W. (1983). History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 140(8), 1023-1026.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S.L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *The Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 25(1), 69-77.
- Garvey, M.J., & Spoden, F. (1980). Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 21(2), 146-149.
- Guillaud-Bataille, J.-M., & Terra, J.-L. (1996). L'impact des troubles dépressifs : Qualité de vie et santé publique. Dans T. Lemperière (Éd), *Aspects évolutifs de la dépression* (pp.141-160). Paris : Acanthe.
- Hatzitaskos, P.K., Soldatos, C.R., Sakkas, P.N., & Stefanis, C.N. (1997). Discriminating borderline from antisocial personality disorder in male patients based on psychopathology patterns and type of hostility. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(7), 442-446.

- Hawton, K., Fagg, J., & McKeown, S.P. (1989). Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol & Alcoholism*, 24(1), 3-9.
- Haycock, J. (1992) The clinical management of people threatening suicide. *Jail Suicide Update*, 4(4), 8-11.
- Hillbrand, M. (1993). Self-injurious behavior in correctional and non correctional psychiatric patient. *Journal of Offender Rehabilitation*. 19(3/4), 95-102.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois. *Santé mentale au Canada*, 38(1), 1-5.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B.L. (1999). Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal suicidal behavior: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. *Archives of Suicide Research*, 5, 275-281.
- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat Editeur.
- Kowalski, P., Crawford, S., & Smith, K. (1986). Comparison of mild vs. Serious adolescent attempters. *Annual meeting of the American association of suicidology*, (19th), 62-65.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Gaétan Morin.
- Larivière, M.A.S., & Polvi, N.H. (1998). Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada 1996-1997. *Les suicides en prison – Une revue de la littérature*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- 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, 139-51.
- Lester, D., & Danto, B. (1993). *Suicide behind bars: prediction and prevention*. Philadelphia: The Charles Press.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. London: Routledge.
- Liebling, A. (1998). *Deaths of offenders: The hidden side of justice*. London, UK: Waterside Press.



- Lineham, M.M., Rizvi, S.L., Welch, S.S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In K. Hawton, & K.V. Heeringen (Eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 147-178). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Lönqvist, J.K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In K. Hawton, & K.V. Heeringen (Eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-120). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- McKee, G. R. (1998). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- 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.
- Murphy, G.E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance Abuse. In K. Hawton, & K.V. Heeringen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-146). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Philippe, A. (2000). Épidémiologie des suicides et des tentatives de suicide: Le devenir des tentatives de suicide. Dans T. Lemperrière (Éd), *Dépression et suicide* (pp.3-21). Paris : Acanthe.
- Scharbach, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris : Presses universitaires de France.
- Socco, P., & al (2000). The role of psychopathology and suicidal intention in predicting suicide risk: A longitudinal study. *Psychopathology*, 33(3), 134-150.
- Sécurité publique du Québec. (1994). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec*. Québec: Ministère de la sécurité publique du Québec.
- Service correctionnel du Canada (1990). Ce que pensent les employés du secteur correctionnel des délinquants souffrant de troubles mentaux. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2(3), 1-5.

- Service correctionnel du Canada (1992). Les suicides de détenus : mise au point. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4(3), 6-9.
- Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(4), 215-243.
- Soloff, H.P., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994a). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1316-1323.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994b). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality Disorders*, 8(4), 257-267.
- Soucy, N. (1996). Le profil de la clientèle des Services correctionnels du Québec. *Faits et chiffres*, 1-7.
- Spitzer, R. L., Williams, J., Gibbon, F., & First, M. B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R*, Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Tousignant, M., & Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Vajda, J., & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 437-445.
- Van Moffaert, M.M.M.P. (1990). Self-mutilation: Diagnosis and practical treatment. *Psychiatry in Medecine*, 20(4), 373-382.
- Van Moffaert, M.M.M.P. (1997). Angoisse et troubles psychiatriques associés en détention. *Best of Psychiatry*, 19, 6-8.
- Verona, E., Patrick, C.J., & Joiner, T.E. (2001). Psychopathy, antisocial personality and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462-470.
- Virkkunen, M. (1976). Self-mutilation in antisocial personality (disorder). *Acta Psychiatrica Scandinava*, 54, 347-352.

- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorder. In M. Helsen, R.T., Ammerman & L. Sisson (Eds), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 305-322). New York: Plenum Press.
- Weekes, J. R., & Morison, S. J. (1992). La violence autocentrée : distinctions entre les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4(3), 11-13.
- Whitters, A.C., Cadoret, R.J., Troughton, E., & Widmer, R.B. (1987). Suicide attempts in antisocial alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(10), 624-626.
- Young, S.E., Mikulich, S.K., Goodwin, M.B., & Hardy, J. (1995). Treated delinquent boy's substance use: Onset, pattern, relationship to conduct and mood disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 37(2), 149-162.
- Zisook, S., Goff, A., Sledge, P., & Shuchter, S.R. (1994). Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in psychiatric out patient clinic. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(1), 27-31.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors and self-mutilation in male patients with BPD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(5), 266-268.

Appendice A

Formulaire de consentement

## Projet de dépistage systématique et de prise en charge des hommes incarcérés suicidaires

### 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 hommes incarcérés 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 un assistant 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'assistant 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 le participant peut le contacter pour de plus amples informations.

Appendice B

Canevas d'entrevue

Canevas d'entrevue

Date de l'entrevue: \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Il est important qu'on passe à travers toutes les questions. Si vous ressentez le besoin de parler plus en profondeur, on pourrait le faire à la fin.

**Tentative de suicide ou automutilation.**

1. À quand remonte votre dernière tentative de suicide ou d'automutilation?

\_\_\_\_\_

2. Est-ce que vous aviez, à ce moment, comme but de mourir? Sinon, quel était le but?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé(s)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note: Vérifier s'il y a eu consommation concomitante d'alcool ou de médicaments avec la méthode de suicide ou s'il y a eu plusieurs méthodes concomitantes de suicide.

Ingestion, intoxication: sorte et quantité

\_\_\_\_\_

Lacération: objet et étendue des dommages

---

Pendaison, étranglement: type de lien et d'ancrage

---

Oxyde de carbone: endroit et étanchéité de la méthode

---

Saut et précipitation: endroit et étendue des dommages

---

Arme à feu: type et étendue des dommages

---

Véhicule à moteur: détails de l'accident

---

Autres méthodes: spécifiez

---

4. Où vous trouviez-vous?

---

5. Y avait-il d'autres personnes présentes sur le lieu lors de votre tentative?

---

6. Avez-vous recherché de l'aide au moment de votre tentative?

---



7. Y avait-il des possibilités que vous soyez découvert par quelqu'un au moment de votre tentative?

---

8. Aviez-vous planifié votre tentative avant de la commettre?

---

---

9. En aviez-vous parlé à quelqu'un avant de passer à l'acte?

---

10. Qu'est-ce qui s'est produit après votre tentative, qu'avez-vous fait?

---

---

11. Y a-t-il eu des conséquences à votre tentative?  
(Effets secondaires, hospitalisation, etc.)

---

12. Qu'est-ce qui vous motivait à agir ainsi? Qu'est ce qui s'est produit pour que vous en veniez à tenter de vous suicider?

---

---

13. Quelles étaient les circonstances de vie au moment de la tentative?

---

---

14a. Aviez-vous déjà fait d'autres tentatives de suicide?

---

14b. Si oui, à combien de reprises?

---

14c. Quels moyens aviez-vous utilisés lors de ces tentatives?

---

---

14d. Où vous trouviez-vous?

---

15. Vous est-il déjà arrivé de vous blesser volontairement (mutiler) sans but de vous suicider?

---

---

17. Y a-t-il une intervenante qui puisse témoigner sur votre tentative de suicide?  
(Nom, où se trouve-t-elle)

---