

LA PRÉVENTION DU SUICIDE
DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS



**Organisation
mondiale de la Santé**

IASP

*International Association
for Suicide Prevention*

Département de la santé mentale et des toxicomanies
Organisation mondiale de la santé

© Organisation mondiale de la santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Éditions de l'OMS, 20, av. Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264; téléc. : +41 22 791 4857; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (téléc. : +41 22 791 4806; courriel : permissions@who.int).

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur des cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par les Services de production de documents de l'OMS, Genève, Suisse

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	4
FAITS GÉNÉRAUX SUR LE SUICIDE.....	2
LES DÉTENUS FORMENT UN GROUPE À RISQUE ÉLEVÉ	3
PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU CORRECTIONNEL	5
Élaboration de profils suicidaires	5
<i>Profil 1 : Détenus en attente de procès</i>	5
<i>Profil 2 : Détenus condamnés</i>	6
Facteurs de risque communs à tous les établissements.....	7
<i>Facteurs situationnels</i>	7
<i>Facteurs psychosociaux</i>	7
<i>Femmes</i>	8
<i>Jeunes</i>	8
Évolution possible des profils avec le temps.....	9
ÉLÉMENTS CLÉS D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SUICIDE	9
Formation.....	9
Dépistage du risque de suicide chez les détenus	11
Observation après l'admission.....	13
Gestion des cas après le dépistage.....	14
<i>Surveillance</i>	15
<i>Communication</i>	15
<i>Intervention sociale</i>	17
<i>Environnement physique et architecture</i>	18
<i>Traitement de santé mentale</i>	19
En cas de tentative de suicide	19
<i>Tentatives prétendument manipulatrices</i>	20
En cas de suicide	22
Sommaire des pratiques exemplaires.....	23
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25

AVANT-PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes au fil des siècles; d'après le philosophe français Albert Camus, dans *Le mythe de Sisyphe*, c'est le seul problème philosophique sérieux.

Ce grave problème de santé publique exige notre attention, mais sa prévention et son contrôle ne sont malheureusement pas des tâches faciles. Des recherches de pointe indiquent que, bien que possible, la prévention du suicide suppose toute une série de mesures, allant de l'établissement des meilleures conditions possibles pour élever nos enfants et nos jeunes, jusqu'au traitement efficace des troubles mentaux, en passant par le contrôle environnemental des facteurs de risque. La diffusion appropriée d'information et la sensibilisation jouent un rôle essentiel dans la réussite des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'OMS a lancé SUPRE, son initiative mondiale de prévention du suicide. Le présent livret est la version révisée de l'un des documents préparés dans le cadre du SUPRE, destinée à certains groupes sociaux et professionnels particulièrement concernés en matière de prévention du suicide. Il constitue un maillon dans une longue chaîne diversifiée impliquant une vaste gamme de personnes et de groupes, dont les professionnels de la santé, les éducateurs, les organismes sociaux, les gouvernements, les législateurs, les communicateurs sociaux, les services chargés de l'application de la loi, les familles et les collectivités.

Nous sommes particulièrement redevables envers le D^r Heather L. Stuart, du département de Santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Queen's de Kingston (Ontario), au Canada, qui avait produit une version antérieure de ce livret. Nous remercions également les experts ci-dessous, auxquels nous voulons exprimer toute notre gratitude pour leur contribution :

D^r Annette Beautrais, École de médecine de Christchurch, Christchurch, Nouvelle-Zélande
D^r Øivind Ekeberg, Hôpital Ullevål, Université d'Oslo, Oslo, Norvège
Professeur Robert D. Goldney, Université d'Adelaide, Gilberton, Australie
Professeur Richard Ramsay, Université de Calgary, Calgary, Canada
Professeur Lourens Schlebusch, Université du Natal, Durban, Afrique du Sud
D^r Airi Värnik, Université Tartu, Tallinn, Estonie
Professeur Julio Arboleda-Flórez, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada.

La présente mise à jour du livret a été entreprise en collaboration avec le Groupe de travail sur le suicide dans les prisons, de l'International Association for Suicide Prevention (IASP). Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs contributions à la version mise à jour :

D^r Norbert Konrad, Institut de psychiatrie légale Charité, Berlin, Allemagne
D^r Marc S. Daigle, Université du Québec à Trois-Rivières et Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Canada
D^r Anasseril E. Daniel, École de médecine de l'Université du Missouri, Columbia (Missouri), États-Unis
D^r Greg Dear, Université Edith Cowan, Joondalup, Australie
D^r Patrick Frottier, J.A. Mittersteig, Vienne, Autriche
M. Lindsay M. Hayes, National Center on Institutions and Alternatives, Mansfield, États-Unis
Professeur Ad Kerkhof, Vrije Universiteit, Amsterdam, Pays-Bas
Professeur Alison Liebling, Institut de criminologie de Cambridge, Cambridge, Royaume-Uni
D^r Marco Sarchiapone, Université du Molise, Campobasso, Italie

La collaboration de l'IASP avec l'OMS dans ses activités relatives à la prévention du suicide est grandement appréciée.

Les ressources sont diffusées à grande échelle, dans l'espoir qu'elles soient traduites et adaptées aux situations locales – condition

Page iv

préalable essentielle à leur efficacité. Les commentaires et les demandes d'autorisation pour la traduction et l'adaptation sont les bienvenus.

D^r José M. Bertolote
Coordonateur, Traitement des troubles mentaux et cérébraux
Département de la santé mentale et des toxicomanies
Organisation mondiale de la santé

LA PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

Le suicide est souvent la cause la plus courante de décès en milieu correctionnel. Les prisons et pénitenciers sont tenus de protéger la santé et la sécurité de la population carcérale et tout manquement à cette obligation les expose à des poursuites judiciaires. Lorsqu'il est monté en épingle par les médias, un suicide dans un établissement correctionnel peut facilement prendre de l'ampleur et susciter un scandale politique. De plus, le comportement suicidaire de certains détenus constitue un événement stressant pour les agents et pour les autres détenus qui y sont confrontés. Par conséquent, la prestation de services adéquats de prévention et d'intervention en matière de suicide est bénéfique tant pour les détenus que pour l'établissement où ces services sont offerts. C'est dans ce contexte que les établissements correctionnels du monde entier luttent pour prévenir le suicide des détenus.

Les établissements correctionnels diffèrent en ce qui a trait aux populations de détenus et aux conditions locales : détenus à court terme, délinquants en attente de procès, détenus condamnés, pratiques sévères de détermination des peines, surpopulation¹, possibilités d'activités², périodes d'isolement, conditions sanitaires, contexte socioculturel, prévalence du virus HIV ou du SIDA, degrés de stress³ et accès à des services de santé de base ou à des services de santé mentale. Chacun de ces facteurs peut influencer sur les taux de suicide de différentes façons. Néanmoins, il reste possible de réduire le nombre de suicides en milieu correctionnel en appliquant certains principes et procédures de base⁴.

Le présent document s'adresse aux administrateurs d'établissement correctionnel responsables du développement ou de la mise en œuvre de programmes de santé mentale dans leur établissement, et, plus directement, aux agents correctionnels et au personnel responsable de la sécurité et de la garde de détenus

suicidaires. Outre certains renseignements généraux sur le suicide, nous présentons ici les éléments clés d'un programme complet de prévention du suicide visant à réduire le nombre de suicides en milieu correctionnel.

FAITS GÉNÉRAUX SUR LE SUICIDE

Le suicide au sein de toute collectivité constitue un grave problème de santé. L'Organisation mondiale de la santé estime qu'une tentative de suicide a lieu à environ toutes les trois secondes et un suicide, à environ toutes les minutes. Cela signifie que plus de gens meurent par suicide qu'au cours de conflits armés. Par conséquent, la réduction du nombre de suicides est devenu un important objectif en matière de santé à l'échelle mondiale⁵.

Les causes du suicide sont complexes⁶. Certaines personnes semblent particulièrement vulnérables au suicide lorsqu'elles sont placées devant un événement difficile de leur vie ou une combinaison de facteurs de stress. Le défi dans la prévention du suicide consiste à repérer les personnes les plus vulnérables et les circonstances propices au suicide, pour ensuite intervenir efficacement. À cette fin, des chercheurs ont cerné certains facteurs génériques qui interagissent et exposent une personne à un risque de suicide plus élevé : facteurs socioculturels, psychiatriques, biologiques, génétiques, de stress social, etc. Les interactions entre ces facteurs sont complexes et mal compris. Néanmoins, en combinaisons diverses, ces facteurs ont permis de définir certains groupes à risque élevé – des populations particulièrement préoccupantes en raison d'un taux de suicide souvent supérieur à la moyenne :

- Jeunes hommes (de 15 à 49 ans);
- Personnes âgées, notamment les hommes âgés;
- Autochtones;
- Personnes atteintes de troubles mentaux;
- Personnes atteintes d'alcoolisme ou de toxicomanie;

- Personnes ayant déjà effectué une tentative de suicide;
- Personnes en détention.

De nombreuses caractéristiques des détenus suicidaires peuvent être communes à tous les détenus et peu d'études ont permis de cerner des caractéristiques distinctives chez les détenus qui se suicident. Une étude-cas témoin autrichienne⁷ a cerné quatre facteurs individuels particuliers (antécédents de tentative de suicide ou de déclarations à teneur suicidaire, diagnostic psychiatrique, psychotropes prescrits durant la période de détention, incarcération pour un délit très violent) et un facteur environnemental (détention en cellule individuelle). Il n'a pas été établi clairement si ces mêmes facteurs sont importants ailleurs dans le monde.

LES DÉTENUS FORMENT UN GROUPE À RISQUE ÉLEVÉ

En tant que groupe, les détenus présentent des taux de suicide plus élevés que leurs homologues dans la société⁸ et certaines données indiquent que ces taux augmentent même là où les nombres de détenus diminuent⁹. Non seulement constate-t-on plus de comportement suicidaires dans les établissements correctionnels, mais c'est tout au cours de leur vie que de nombreuses personnes ayant vécu l'incarcération présentent des pensées et des comportements suicidaires. De même, les détenus en attente de procès présentent un taux de tentative de suicide d'environ 7,5 fois (6 fois pour les détenus condamnés) celui des hommes hors de prison dans la population en général¹⁰. Ces données dénotent également un problème de base quant à la compréhension des causes du suicide en situation de détention : D'une part, les personnes qui enfreignent la loi présentent déjà beaucoup de facteurs de risque de comportement suicidaire avant l'incarcération (ils « importent » donc ensuite le risque suicidaire en prison) et leur taux de suicide est également plus élevé même après leur libération¹¹. Ceci ne signifie pas que les services correctionnels n'ont pas de responsabilité quant au suicide des délinquants; au contraire, ces personnes vulnérables doivent être traitées pendant qu'elles sont à portée de la main, en prison. D'autre part, la détention est un événement stressant de plus, même pour des détenus non

vulnérables, considérant que cet événement prive une personne de ressources importantes.

Toute combinaison des facteurs individuels et environnementaux ci-dessous peut expliquer que les taux de suicide soient plus élevés en milieu correctionnel :

- Les prisons sont des lieux de dernier recours pour des groupes vulnérables qui comptent traditionnellement parmi ceux qui présentent le plus haut taux de risque de suicide : jeunes hommes, personnes souffrant de troubles mentaux, personnes privées de leurs droits sociaux, personnes isolées, toxicomanes, personnes ayant déjà tenté de se suicider, etc.
- L'effet psychologique de l'arrestation et de l'incarcération, les symptômes de sevrage chez les toxicomanes, la crainte de recevoir une longue sentence, ou les stress quotidiens reliés à la vie en prison peuvent nécessiter trop de stratégies d'adaptation pour un détenu moyen, sans parler des plus vulnérables.
- Certains établissements peuvent même ne pas avoir prévu de politiques et procédures officielles pour repérer et traiter les détenus suicidaires. En particulier, même après un dépistage initial à partir d'indicateurs de risque élevé, la surveillance subséquente des niveaux de détresse des détenus est souvent inadéquate et il y a donc peu de chance de détecter un risque aigu.
- Même avec des politiques et procédures appropriées, le personnel des services correctionnels, des soins de santé et des soins de santé mentale peut, de par la surcharge de travail ou les lacunes de sa formation, ne pas déceler les signes annonciateurs précoces d'un suicide.
- Les milieux correctionnels sont parfois isolés des programmes de santé mentale de la communauté et leur accès aux professionnels et aux traitements est alors limité ou inexistant.

PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU CORRECTIONNEL

Certains établissements correctionnels ont mis en œuvre des programmes exhaustifs de prévention du suicide et dans certains pays, des normes et lignes directrices nationales en matière de prévention du suicide en milieu correctionnel ont été établies. Le nombre de suicides et de tentatives de suicide peut être grandement réduit par la mise en œuvre de programmes de prévention complets^{12,13,14,15}. Bien que certaines caractéristiques propres à chacun de ces programmes diffèrent en fonction des ressources locales et des besoins des détenus, ils partagent plusieurs activités et éléments communs pouvant correspondre aux pratiques exemplaires dans le domaine.

Élaboration de profils suicidaires

Une première étape importante dans la réduction du taux de suicide chez les détenus est l'élaboration de profils suicidaires pouvant être utilisés pour cibler les groupes et situations à risque élevé. Par exemple, des études montrent que les détenus en attente de procès diffèrent des détenus condamnés pour certains facteurs de risque clés du suicide. Cependant, dans certains endroits, les populations représentées par ces profils se retrouvent dans un seul et même établissement⁴.

Profil 1 : Détenus en attente de procès

Les détenus en attente de procès qui se suicident pendant leur détention sont généralement des hommes, jeunes (de 20 à 25 ans) et célibataires, qui en sont à leur première infraction et qui ont été arrêtés pour une infraction mineure, généralement reliée à la consommation ou au trafic de drogues. Ils sont généralement sous l'effet de drogues ou de l'alcool au moment de leur arrestation et ils se suicident à un stade précoce de leur détention¹⁶, souvent dans les toutes premières heures (en raison de l'isolement soudain, du choc de l'incarcération, du manque d'information, de l'insécurité devant

l'avenir). Chaque établissement peut réduire le risque de suicide dans ses murs en prêtant attention aux procédures de réception et de la première nuit, aux processus d'accueil et aux niveaux de soins fournis aux détenus. Une deuxième période à risque pour les détenus en attente de procès est l'approche de la comparution, surtout lorsqu'un verdict de culpabilité et une sentence sévère sont appréhendés. Pour ce type de détenu, une grande part de tous les suicides ont lieu dans les trois jours de la comparution¹⁷. De plus, après 60 jours d'incarcération, un certain type d'épuisement émotif a été observé, assimilable au « *burn-out* »¹⁸.

Profil 2 : Détenus condamnés

Comparativement aux détenus en attente de procès, les détenus condamnés qui se suicident en prison sont généralement des délinquants violents, plus vieux (de 30 à 35 ans), et ils se suicident après avoir passé beaucoup de temps en détention (souvent de quatre à cinq années). Leur suicide peut être précipité par un conflit au sein de l'établissement avec d'autres détenus ou avec l'administration, un conflit familial ou une rupture, ou encore une décision judiciaire défavorable comme l'échec d'un appel ou le refus de la libération conditionnelle.

L'incarcération peut représenter la perte de la liberté, la perte du soutien familial et social, la peur de l'inconnu, la peur de la violence physique ou sexuelle, l'incertitude et la peur devant l'avenir, la honte et le sentiment de culpabilité devant l'infraction commise et la peur ou le stress liés aux piètres conditions de détention. Au fil du temps, l'incarcération ajoute au stress par les conflits au sein de l'établissement, la victimisation, la frustration judiciaire et l'effondrement physique et émotif. Par conséquent, le taux de suicide des détenus purgeant une peine de longue durée semble augmenter avec la durée de la détention¹⁸. Les condamnés à perpétuité semblent particulièrement à risque^{3,19}.

Facteurs de risque communs à tous les établissements

Outre les profils spécifiques définis ci-dessus, les détenus suicidaires en attente de procès ou condamnés présentent certaines caractéristiques communes qui peuvent être utilisées pour aider à mieux orienter les programmes de prévention du suicide.

Facteurs situationnels

Les suicides se produisent généralement par pendaison, lorsque les victimes sont détenues dans des cellules d'isolement ou de ségrégation et lorsque les effectifs sont au plus bas niveau, notamment la nuit ou la fin de semaine. De plus, beaucoup de suicides ont lieu lorsque les détenus sont seuls même si, techniquement, ils partagent leur cellule avec quelqu'un d'autre^{3,20}.

Il existe également une forte corrélation entre le suicide d'un détenu et les quartiers qui lui sont assignés. Plus précisément, un détenu placé en isolement (ou dans des quartiers similaires) et incapable d'affronter une telle situation, peut présenter des risques de suicide accrus. De telles dispositions prévoient généralement le confinement du détenu dans une cellule 23 heures sur 24, durant des périodes prolongées. Un nombre disproportionné de suicides surviennent dans ces cellules spéciales²¹.

Facteurs psychosociaux

Un piètre soutien social et familial, un comportement suicidaire antérieur (surtout dans l'année précédente ou dans les deux années précédentes) et des antécédents de troubles psychiatriques ou émotifs sont courants chez les détenus qui se suicident. De plus, les détenus suicidaires vivent souvent de l'intimidation²², de récents conflits entre détenus, des infractions disciplinaires ou des situations préjudiciables²³. Quels que soient les facteurs de stress et les vulnérabilités en cause, le parcours commun final menant un détenu au suicide semble être des sentiments de désespoir, le rétrécissement des perspectives d'avenir et la perte des

options de réaction. Le suicide en vient à être perçu comme la seule issue d'une situation désespérée. Par conséquent, les personnes qui expriment du désespoir ou qui avouent leurs intentions ou projets suicidaires devraient être considérées comme étant à haut risque de suicide.

Femmes

Bien que la vaste majorité des suicides qui surviennent en milieu correctionnel touchent des hommes (comme la vaste majorité des détenus sont des hommes), les femmes en détention présentent également un risque élevé de suicide⁴. Les détenues en attente de procès tentent de se suicider beaucoup plus souvent que les femmes en général^{4,24} et les hommes détenus. De plus, les taux de suicide chez les femmes incarcérées semblent être considérablement plus élevés que chez les hommes incarcérés²⁵. Elles présentent également des taux élevés de maladie mentale grave²⁶. Bien qu'il n'existe pas encore de profils de risque plus précis pour les détenues en attente de procès et pour les détenues condamnées, les femmes mal soutenues sur les plans social et familial, au comportement suicidaire antérieur, avec des antécédents de troubles psychiatriques ou émotifs devraient être ciblées par les programmes de prévention du suicide.

Jeunes

L'expérience de l'incarcération peut être particulièrement difficile pour de jeunes délinquants qui sont alors séparés de leur famille et de leurs amis. Les jeunes détenus en détresse sont particulièrement dépendants des relations de soutien entretenues avec le personnel³. Par conséquent, séparer et isoler de jeunes détenus peut conduire à un risque supplémentaire d'actes suicidaires, lesquels peuvent se produire en tout temps durant leur incarcération²⁷. Le risque de suicide chez les jeunes placés dans des établissements correctionnels pour adultes devrait être considéré comme étant particulièrement élevé²⁸.

Évolution possible des profils avec le temps

Les profils peuvent être utiles pour identifier des groupes potentiellement à haut risque qui auraient besoin de dépistage et d'intervention plus poussés. Avec la mise en œuvre de programmes de prévention du suicide fructueux, les profils de risque peuvent cependant changer avec le temps¹⁸. De même, les conditions locales particulières peuvent exiger la modification du profil classique des détenus à haut risque dans un milieu correctionnel donné. Par conséquent, les profils ne doivent servir que pour guider l'identification des groupes et situations potentiellement à haut risque. Dans la mesure du possible, ils doivent être élaborés en tenant compte des conditions locales et révisés régulièrement afin d'intégrer tout changement éventuel. Les facteurs de risque ne sont pas des paramètres de prévision infaillibles et ne devraient pas être utilisés sans évaluation clinique rigoureuse. Ce qui est particulièrement déroutant, lorsqu'on tente de dépister les prisonniers à risque, c'est que le profil de ceux qui finissent par se suicider semble plus « normal » que le profil de ceux qui ne feront que tenter de le faire²⁹.

ÉLÉMENTS CLÉS D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Tous les établissements correctionnels, peu importe leur taille, devraient se doter d'une politique raisonnable et exhaustive de prévention du suicide qui intègre les éléments clés présentés dans les sections ci-dessous. Bien entendu, ce n'est pas la responsabilité des agents correctionnels eux-mêmes, mais bien celle des autorités des établissements correctionnels que d'approuver et de mettre en œuvre ces programmes.

Formation

L'élément essentiel de tout programme de prévention du suicide est la formation appropriée du personnel correctionnel, lequel forme l'épine dorsale de tout établissement, qu'il s'agisse de détention

préventive, de longue durée ou juvénile. Très peu de suicides sont effectivement prévenus par les intervenants de la santé mentale et de la santé ou par d'autres professionnels, car les tentatives de suicide ont généralement lieu en cellule et souvent en fin de soirée ou la fin de semaine, lorsque le personnel spécialisé n'est plus présent auprès des détenus. Ces incidents doivent donc être prévenus par le personnel correctionnel qui a reçu une formation en prévention du suicide et qui est devenu plus attentif aux détenus sous sa garde. Les agents correctionnels sont souvent le seul personnel présent 24 heures sur 24 et ils constituent donc la première ligne de défense dans la prévention du suicide. Le personnel correctionnel, tout comme les intervenants de la santé mentale et de la santé, ne peut dépister des risques, faire une évaluation ou prévenir un suicide s'il n'a reçu aucune formation.

Tous les agents correctionnels, comme les intervenants de la santé mentale et de la santé, doivent recevoir une formation initiale sur la prévention du suicide, suivie de formation de perfectionnement annuelle. La formation initiale sur la prévention du suicide doit notamment traiter, au minimum, des questions suivantes : conditions du milieu correctionnel propices au comportement suicidaire, attitudes du personnel à l'égard du suicide, facteurs potentiels prédisposant au suicide, périodes de risque de suicide élevé, signes et symptômes avant-coureurs, récents suicides ou sérieuses tentatives de suicide dans l'établissement et éléments de la politique de l'établissement en matière de prévention du suicide. De plus, tout le personnel quotidiennement en présence des détenus devrait recevoir une formation standard en premiers soins et en réanimation cardio-pulmonaire. Tout le personnel doit également recevoir une formation sur l'utilisation du matériel d'urgence dans chaque aire de l'établissement. Afin d'assurer une intervention d'urgence efficace en cas de tentative de suicide, des exercices d'intervention doivent être prévus dans la formation initiale et dans la formation annuelle de tout le personnel²⁰.

Dépistage du risque de suicide chez les détenus

Après que le personnel correctionnel a reçu une formation sur les facteurs de risque du suicide et qu'il est familier avec ceux-ci, l'étape suivante consiste à mettre en œuvre un dépistage structuré du risque de suicide chez les détenus nouvellement admis³⁰. Comme les suicides surviennent souvent dans les premières heures suivant l'arrestation et la détention (pour les détenus en attente de procès), le dépistage du suicide doit alors avoir lieu presque immédiatement à l'arrivée dans l'établissement pour être efficace. Pour plus d'efficacité, chaque nouveau détenu doit faire l'objet d'un examen de dépistage à son arrivée, puis à nouveau si la situation ou les conditions changent. Souvent, les établissements correctionnels disposent d'un nombre insuffisant d'intervenants de la santé mentale. Il est donc important de définir des indicateurs simples, pour que les agents correctionnels puissent eux-mêmes assurer un dépistage approprié³¹. En général, les questionnaires de dépistage doivent comporter des variables statiques (historiques et démographiques) et dynamiques (situationnelles et personnelles)³².

Lorsque les ressources le permettent, le dépistage du risque de suicide peut avoir lieu dans le cadre d'une évaluation médicale et psychologique à l'admission, effectuée par les professionnels concernés de l'établissement. Si le dépistage du risque de suicide est confié aux agents correctionnels, ils doivent avoir reçu une formation adéquate³³ et disposer d'une liste de contrôle qui les aide à évaluer le risque de suicide^{30,31,34,35}. Par exemple, dans le cadre d'une évaluation en milieu correctionnel, des réponses affirmatives à un ou plusieurs des items suivants pourraient dénoter un risque de suicide accru et le besoin d'une intervention plus poussée :

- Le détenu est sous l'effet de drogues ou de l'alcool ou a des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme.
- Le détenu manifeste des degrés inhabituellement élevés de honte, de culpabilité et d'inquiétude à l'égard de l'arrestation et de l'incarcération.
- Le détenu manifeste du désespoir ou de la peur devant le futur, ou montre des signes de dépression (larmes, absence d'émotion, absence d'expression verbale, etc.).

- Le détenu admet avoir des pensées suicidaires³⁶ (il est faux de croire qu'il ne faut pas demander à une personne si elle pense présentement au suicide, sous prétexte de ne pas lui donner d'« idées absurdes »).
- Le détenu a été traité par le passé pour des problèmes de santé mentale.
- Le détenu souffre présentement de troubles psychiatriques ou a des comportements inhabituels ou bizarres (difficulté de concentrer son attention, se parler à soi-même, entendre des voix, etc.).
- Le détenu a déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide ou avoue envisager le suicide.
- Le détenu reconnaît ses projets de suicide (les informations provenant de la famille et des codétenus doivent aussi être prises en compte²⁴).
- Le détenu reconnaît avoir, ou semble avoir, peu de ressources de soutien internes ou externes.
- L'agent responsable de l'arrestation ou du transport estime que le détenu présente des risques de suicide.
- Les dossiers de l'établissement indiquent que le détenu a déjà présenté des risques de suicide au cours d'une période de détention antérieure.

Ces listes de contrôle jouent un rôle important dans un programme complet de prévention du suicide pour diverses raisons :

- Elles fournissent au personnel d'admission une série structurée de questions sur des points à surveiller.
- S'il y a peu de temps pour mener une évaluation approfondie, elles servent d'aide-mémoire pour le personnel affairé.
- Elles facilitent la communication entre les agents correctionnels et les intervenants de la santé mentale et de la santé.
- Elles fournissent un document à des fins juridiques attestant qu'un détenu a été soumis à une évaluation des risques de suicide à son arrivée à l'établissement et par la suite, selon l'évolution de la situation.

Même si un examen médical est effectué par le personnel des soins de santé, il demeure important d'utiliser une liste de contrôle structurée pour les mêmes raisons. Dès qu'un risque de suicide accru a été décelé, le dossier du détenu doit être annoté en conséquence pour que l'information soit transmise au personnel du poste de travail suivant ou d'un autre organisme ou établissement. Enfin, l'utilité de ces listes de contrôle ne se limite pas à l'admission; elles ne sont pas conçues comme outils d'évaluation uniques et ponctuels des risques. Elles peuvent être utilisées en tout temps pendant la détention pour dépister un risque de suicide et le besoin d'une intervention par une vaste gamme d'intervenants correctionnels et de la santé mentale adéquatement formés. En cas de dépistage concluant, un intervenant de la santé mentale doit voir le détenu dans un très bref délai^{31,34}.

Malheureusement, l'information sur les facteurs de protection potentiels est très limitée³⁷ – ces renseignements pourraient faciliter l'évaluation du risque et la rendre plus précise.

Observation après l'admission

En dépit de leur importance, les procédures de dépistage jouent un très petit rôle dans la prévention des suicides en milieu correctionnel. Tout ce qu'un instrument de dépistage peut faire, c'est d'informer le personnel qu'un détenu en particulier présente un risque de suicide élevé pendant sa période d'incarcération : il ne peut pas permettre de prévoir le moment où pourrait avoir lieu une tentative de suicide, ni quels en seront les facteurs déclencheurs. Comme beaucoup de suicides en milieu correctionnel ont lieu après la période initiale de détention (parfois après plusieurs années), il ne suffit pas d'évaluer les détenus au moment de leur arrivée dans l'établissement, mais il faut également le faire à intervalles réguliers. Pour être efficace, la prévention du suicide doit faire appel à l'observation continue. Tout le personnel doit être formé pour être vigilant durant toute la période d'incarcération d'un détenu. À cette fin, le personnel peut recueillir des indices du risque de suicide potentiel d'un détenu au cours des périodes suivantes :

- Vérifications de sécurité de routine pour déceler des indications d'intentions suicidaires ou de maladie mentale :

larmes, insomnie, apathie, agitation extrême ou allers et retours continuels; changement soudain de l'humeur, des habitudes d'alimentation ou du sommeil; don de ses biens personnels; perte d'intérêt dans les activités ou dans les relations; refus répété de prendre des médicaments ou demande d'augmentation de la dose de médicaments.

- Conversations avec un détenu à l'approche de sa comparution ou pendant d'autres périodes critiques (décès d'un membre de sa famille, divorce, etc.) afin de détecter tout sentiment de désespoir ou toute intention suicidaire.
- Supervision des visites de la famille ou d'amis afin de repérer tout litige ou problème pouvant survenir au cours de la visite. Les membres de la famille doivent être invités à avertir le personnel s'ils craignent que le détenu nourrisse des pensées suicidaires.
- En raison du nombre disproportionné de suicides survenant dans les situations d'isolement, les détenus doivent être soumis à un bref examen de leur état mental à leur admission dans les secteurs d'isolement spéciaux pour s'assurer que des préoccupations relatives à leur santé mentale ou au risque de suicide ne constituent pas une contre-indication à leur placement dans ces secteurs.
- Les agents doivent cultiver le type de relation avec le détenu qui incite celui-ci à faire état de sa détresse ou de son désespoir, le cas échéant.

Gestion des cas après le dépistage

Après le dépistage, une surveillance et un suivi adéquats et appropriés sont nécessaires. Par conséquent, un processus de gestion des cas doit être établi avec des politiques et procédures clairement définies, établissant les responsabilités de placement, de supervision soutenue et d'intervention en santé mentale pour les détenus qui sont considérés comme étant à haut risque de suicide.

Surveillance

Une surveillance adéquate des détenus suicidaires est cruciale, particulièrement durant le poste de travail de nuit (où les effectifs sont à leur plus bas niveau) et dans des établissements où le personnel n'est pas toujours affecté en permanence à un secteur (cellules d'un poste de police, par exemple). Le degré de surveillance doit être proportionnel au niveau de risque. Les détenus considérés comme étant activement suicidaires nécessitent une supervision constante. Les détenus qui ont éveillé les soupçons du personnel quant à leur potentiel suicidaire mais qui ne l'admettent pas ouvertement peuvent ne pas nécessiter une supervision constante, mais doivent être observés plus fréquemment (par exemple une observation attentive à de 5 à 15 minutes d'intervalle). Cependant, comme une tentative de suicide par pendaison peut ne prendre que trois minutes pour entraîner des dommages permanents au cerveau et de cinq à sept minutes pour être mortelle, des rondes même à intervalles de 10 à 15 minutes pourraient s'avérer insuffisantes pour un détenu présentant un risque de suicide aigu. Une supervision et un contact humain ininterrompus doivent être assurés pendant qu'un détenu à risque est maintenu en isolement. Du counseling individuel pourrait donner l'occasion au détenu d'exprimer ce qu'il ressent et permettre une surveillance clinique³⁸. Il ne faut pas laisser seuls les détenus à risque, mais prévoir de l'observation et de la compagnie^{8,33}.

Communication

Certains signes comportementaux présentés par le détenu peuvent dénoter des intentions suicidaires et leur détection et leur communication peuvent contribuer à prévenir le suicide. Il existe essentiellement trois stades de communication dans la prévention du suicide chez les détenus :

- Communication entre l'agent responsable de l'arrestation ou du transport et le personnel de l'établissement correctionnel;
- Communication entre le personnel de l'établissement (agents correctionnels, intervenants de la santé mentale et de la santé);

- Communication entre le personnel de l'établissement et le détenu suicidaire²⁰.

À divers niveaux, la prévention commence au point d'arrestation. Au premier contact, les déclarations d'une personne et son comportement au moment de l'arrestation, durant son transport à la prison et à son arrivée sont cruciaux pour la détection d'un comportement suicidaire. L'arrestation est souvent un moment de grande instabilité et de grande émotivité pour la personne arrêtée. Les agents qui effectuent l'arrestation doivent être très attentifs à la personne qu'ils arrêtent, car elle peut à ce moment-là manifester un comportement suicidaire, de l'anxiété ou du désespoir devant la situation. Un comportement antérieur peut également être confirmé par des parents ou amis. Tout renseignement pertinent relatif au bien-être de la personne arrêtée doit être communiqué par l'agent responsable de l'arrestation ou du transport au personnel de l'établissement.

Comme un détenu peut devenir suicidaire à un moment ou l'autre durant sa période de détention, les agents correctionnels doivent rester vigilants, partager l'information et référer le détenu de façon appropriée aux intervenants de la santé mentale et de la santé. Au minimum, les dirigeants de l'établissement doivent veiller à ce que le personnel approprié soit dûment informé de l'état de chaque détenu soumis à des mesures de précaution relativement à son comportement suicidaire. Des rencontres d'équipe multidisciplinaire (agents correctionnels, intervenants de la santé mentale et de la santé) doivent avoir lieu à intervalles réguliers pour discuter de l'état d'un détenu soumis à des mesures de précaution. De plus, l'autorisation de mesures de précaution pour un détenu, tout changement à ces mesures de précaution et l'observation d'un détenu qui y est soumis doivent être consignés par écrit sur des formulaires désignés distribués au personnel approprié. L'établissement de ces documents doit être à la fois complet et immédiat, ainsi que sa diffusion à tout le personnel en relation avec le détenu.

Intervention sociale

Les détenus arrivent en milieu correctionnel avec certaines prédispositions au suicide. Celles-ci, combinées à la crise de l'incarcération et à des facteurs de stress quotidiens de la vie en milieu correctionnel culminent parfois dans un effondrement émotif et social pouvant mener au suicide. L'isolement social et physique et le manque de ressources de soutien accessibles intensifient le risque de suicide. Par conséquent, un important élément dans la prévention du suicide en milieu correctionnel est l'interaction sociale significative³³.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la majorité des suicides en milieu correctionnel se produisent lorsqu'un détenu est isolé du personnel et des codétenus. Par conséquent, le placement dans des cellules ou quartiers d'isolement, même s'il est fondé, peut néanmoins accroître le risque de suicide. Si l'isolement est la seule option possible pour un détenu suicidaire, une observation constante doit être prévue²³. Idéalement, le détenu suicidaire devrait être logé dans un dortoir ou dans une cellule à plusieurs détenus. Dans certains établissements, le soutien social est assuré par le recours à certains détenus « compagnons », « écoutants » ou pairs aidants spécialement formés, ce qui semble influencer favorablement sur le bien-être des détenus potentiellement suicidaires, car ils peuvent ne pas avoir confiance dans les agents correctionnels, mais être plus à l'aise avec des codétenus^{39,40}. Des visites de membres de la famille peuvent également favoriser le soutien social et constituer une source d'information sur le risque de suicide d'un détenu.

Il est cependant important de noter que des interventions sociales mal structurées ou mal surveillées peuvent également comporter des risques. Par exemple, des détenus très suicidaires placés dans des cellules partagées ont plus facilement accès à des instruments mortels. Des compagnons de cellule peu compatissants peuvent ne pas alerter le personnel correctionnel en cas de tentative de suicide. Par conséquent, le placement d'un détenu suicidaire dans une cellule partagée ne doit jamais être envisagé comme solution de remplacement à une surveillance et à un soutien social rigoureux par le personnel dûment formé de l'établissement³.

Environnement physique et architecture

Les suicides en milieu correctionnel ont surtout lieu par pendaison, à l'aide de draps, de lacets de chaussure ou de vêtements. Un environnement sécuritaire contre le suicide serait une cellule ou un dortoir dont on a éliminé ou réduit au minimum les points d'accrochage et l'accès non surveillé à des instruments mortels.

Des détenus activement suicidaires peuvent nécessiter des vêtements sécuritaires ou de moyens de contention. Comme les moyens de contention peuvent susciter la controverse, des politiques et procédures claires doivent être définies pour leur utilisation. Celles-ci doivent prévoir les situations où des moyens de contention sont appropriés ou inappropriés, des méthodes garantissant que les solutions les moins restrictives soient utilisées en premier, les questions de sécurité, la durée limite d'utilisation, les modalités de surveillance et de supervision pendant l'utilisation des moyens de contention et l'accès aux intervenants de la santé mentale.

Avec l'évolution de la technologie, l'observation par caméra est de plus en plus employée pour remplacer l'observation directe par le personnel correctionnel dans certains établissements. Cependant, les angles morts de caméra combinés à la charge de travail des opérateurs de caméra peuvent susciter des problèmes. Il est ainsi tragique de constater que de nombreux suicides sont survenus sous l'œil de la caméra d'observation. De plus, la plupart des détenus n'aiment pas être soumis à une observation constante sans soutien émotif ni respect⁴. Par conséquent, la surveillance par caméra ne doit jamais être utilisée pour remplacer l'observation d'un détenu suicidaire par un agent et, si elle est utilisée, elle ne doit servir qu'à compléter l'observation directe.

Traitement de santé mentale

Les détenus souffrant de troubles mentaux qui présentent un grave risque de suicide devraient avoir accès à un traitement psychopharmacologique selon les normes actuelles en vigueur⁴¹. Une fois qu'il a été établi qu'un détenu présente un grave risque de suicide, une évaluation ultérieure et un traitement par des intervenants de la santé mentale sont indiqués. Cependant, dans de nombreux milieux correctionnels, l'accès aux intervenants de la santé mentale est compliqué par le fait que les ressources internes en santé mentale sont limitées et les relations, le cas échéant, avec des ressources externes de santé mentale et de santé nécessaires sont également limitées¹¹.

Afin de répondre pleinement aux besoins des détenus en matière de santé et de santé mentale, les établissements correctionnels doivent entretenir de solides relations avec les programmes publics extérieurs s'ils ne disposent pas des ressources et du personnel suffisants à l'interne. Ce qui signifie que les systèmes judiciaires et correctionnels, de santé mentale et de santé doivent être inter-reliés pour que le suicide soit prévenu en milieu correctionnel. Suivant l'endroit, cela peut exiger des ententes de service coopératives entre plusieurs organismes (hôpitaux généraux, services d'urgence, établissements psychiatriques, programmes communautaires de santé mentale, programmes de désintoxication, etc.).

En cas de tentative de suicide

En cas de tentative de suicide, le personnel correctionnel doit avoir reçu une formation suffisante pour sécuriser les lieux et prodiguer des premiers soins au détenu, en attendant l'intervention du personnel médical de l'établissement ou du personnel d'urgence externe. La formation du personnel correctionnel en premiers soins est un élément clé pour l'intervention sur les lieux. En effet, la prestation sur place de premiers soins par le personnel correctionnel doit faire partie de toute procédure d'intervention standard officielle. Pour éviter les retards, des canaux de communication efficaces avec

le personnel de santé et des procédures d'intervention d'urgence doivent être planifiés à l'avance, afin qu'ils soient en place au moment d'un incident. De l'équipement d'urgence doit être maintenu en bon état de fonctionnement, soumis à des essais périodiques et conservé à portée de la main sur les lieux. Tout le personnel doit recevoir une formation sur le matériel de réanimation, auquel il doit avoir facilement accès. Chaque membre du personnel doit savoir quoi faire en cas de tentative de suicide⁴².

Une évaluation psychologique complète du détenu doit également être effectuée le plus tôt possible après l'incident (dès que l'état de santé du détenu le permet). Cette évaluation doit avoir lieu dans un endroit tranquille où une entrevue adéquate ne peut être interrompue et où le détenu et la personne qui l'évalue peuvent être physiquement confortables. L'évaluation doit clarifier les facteurs qui ont précipité l'acte autodestructeur, le degré d'intention suicidaire, les problèmes sous-jacents (tant chroniques qu'aigus) auxquels le détenu est confronté, la présence ou l'absence de troubles mentaux, la probabilité d'autres actes autodestructeurs à court terme (p.ex. des idées suicidaires intenses auxquelles le détenu trouve difficile de résister) et le type d'aide nécessaire que le détenu est susceptible d'accepter.

Tentatives prétendument manipulatrices

Dans certaines situations, les détenus qui effectuent des actes ou tentatives suicidaires sont considérés comme manipulateurs. On attribue à ces détenus l'utilisation de comportements suicidaires pour en tirer un certain contrôle sur leur environnement, comme le transfert dans un hôpital ou dans un milieu moins contraignant^{43,44}. La possibilité d'une tentative de suicide mise en scène en vue d'une évasion ou pour tout autre mauvais motif doit également rester une préoccupation permanente de tous les agents, notamment ceux qui travaillent dans des établissements à sécurité maximale et super-maximale. Des détenus à la personnalité antisociale ou sociopathes peuvent être plus enclins à des tentatives manipulatrices, car ils ont généralement de la difficulté à s'adapter aux conditions de contrôle excessif et de vie en collectivité des milieux correctionnels⁴⁵. De plus,

pour certains détenus, le comportement autodestructeur peut être un moyen de réduire la tension⁴⁶. Pour des femmes détenues, l'automutilation répétée (entailles, brûlures, etc.) peut être une réaction au stress provoqué par le confinement et la culture carcérale. De fait, l'automutilation et les tentatives de suicide ne sont pas faciles à différencier, même si on interroge le détenu sur ses intentions⁴⁷. Certaines données indiquent que de nombreux incidents impliquent à la fois un degré élevé d'intention suicidaires et de prétendus motifs manipulateurs comme le désir d'attirer l'attention sur sa détresse émotive ou d'influer sur le traitement de son dossier, par exemple pour éviter le transfert dans un autre établissement où les visites familiales seraient moins fréquentes⁴⁸.

Si le personnel correctionnel estime que certains détenus pourraient tenter de contrôler ou de manipuler leur environnement par des comportements autodestructeurs, il aura tendance à ne pas prendre l'acte suicidaire au sérieux – pour ne pas céder à la manipulation. Ce qui est particulièrement vrai si un détenu a des antécédents d'infractions aux règles⁴⁴. Cependant, les tentatives de suicide, peu importe leur motivation, peuvent entraîner la mort, même si ce n'était pas le but recherché initialement. En raison du nombre limité des méthodes à leur disposition en prison, les détenus peuvent choisir des moyens dangereusement efficaces (p. ex. la pendaison), même en l'absence d'un désir véritable de mourir ou parce qu'ils ne mesurent pas le risque que comporte la méthode employée⁴⁹. Les tentatives assorties d'une intention suicidaire moindre devraient être vues comme étant plus expressives que calculées, c'est-à-dire comme un moyen dysfonctionnel de manifester un problème. La bonne réaction consiste alors de s'informer des problèmes du détenu, et non de le punir. L'inattention à l'égard des comportements autodestructeurs ou la punition de détenus autodestructeurs par l'isolement peuvent empirer le problème en rendant nécessaire pour ces détenus de prendre des risques sans cesse plus grands. Par conséquent, pour des détenus potentiellement autodestructeurs qui peuvent passer à l'acte, des programmes préconisant une étroite supervision, du soutien social et l'accès à des ressources psychosociales sont tout aussi cruciaux.

En cas de suicide

En cas de suicide, des procédures doivent être en place pour signaler officiellement l'incident par écrit et en faire rapport, de même que pour assurer la réflexion constructive nécessaire afin d'améliorer les mesures futures de prévention du suicide. Par conséquent, les agents correctionnels et les intervenants de la santé mentale doivent faire la récapitulation de chaque incident afin de tenter de :

- reconstruire la séquence des événements qui ont mené au suicide;
- cerner les facteurs pouvant avoir conduit au décès du détenu et qui pourraient avoir été négligés ou gérés inadéquatement;
- évaluer la qualité des interventions d'urgence;
- tirer les conséquences sur le plan des politiques afin d'améliorer les efforts de prévention futurs.

De plus, les agents correctionnels et tous les autres membres du personnel de l'établissement qui ont connu le suicide d'un détenu sous leur supervision peuvent vivre toute une gamme de sentiments, tout comme les codétenus, allant de la colère au ressentiment, en passant par la culpabilité et la tristesse. Ces personnes peuvent tirer profit de rencontres structurées de verbalisation/déconditionnement (« debriefing ») ou du soutien structuré de la part de leurs pairs ou de professionnels.

Bien que les suicides en série y soient rares, les milieux correctionnels constituent l'un des environnements propices à ceux-ci⁴. L'étude de suicides en série de détenus a indiqué que le risque de suicide subséquent semble limité à la période de quatre semaines suivant immédiatement le suicide initial, et qu'il diminue avec le temps⁵⁰. Les jeunes détenus peuvent être particulièrement vulnérables aux tentatives de suicide par imitation⁵¹. Le personnel doit être conscient de cette période de risque accru. Les stratégies visant à réduire le risque de comportement suicidaire contagieux comprennent les soins psychiatriques aux détenus souffrant de troubles psychiatriques, le retrait ou le traitement des détenus particulièrement susceptibles de tenter un suicide et la gestion prudente par les autorités de la diffusion de la nouvelle d'un suicide.

Sommaire des pratiques exemplaires

Premièrement, la culture organisationnelle et la coopération entre le personnel semblent être cruciales pour la mise en place fructueuse de programmes de prévention du suicide en milieu correctionnel. Les pratiques exemplaires de prévention du suicide dans ces établissements sont fondées sur l'élaboration et la documentation d'un plan exhaustif de prévention du suicide comprenant les éléments suivants :

- Un programme de formation (avec sessions de perfectionnement) pour le personnel correctionnel et le personnel de soins, visant à les aider à repérer les détenus suicidaires et à réagir de façon appropriée devant des détenus en crise suicidaire.
- Il faut accorder une attention particulière à l'environnement correctionnel général (niveaux d'activité, sécurité, culture et relations entre le personnel et les détenus). La qualité du climat social est particulièrement importante dans la réduction des comportements suicidaires. Bien que les établissements correctionnels ne puissent jamais être des milieux exempts de stress, les administrateurs de ces établissements doivent mettre en œuvre des stratégies efficaces pour y réduire au minimum l'intimidation et toute autre forme de violence et pour maximiser les relations de soutien entre les détenus et le personnel. La qualité des relations entre le personnel et les détenus est cruciale pour réduire les niveaux de stress des détenus et pour maximiser la probabilité que les détenus aient suffisamment confiance envers le personnel pour lui révéler toute pensée suicidaire lorsqu'ils se sentent dépassés ou désespérés.
- Des procédures pour assurer le dépistage systématique des risques de suicide à l'arrivée des détenus à l'établissement et durant toute leur période de détention, afin de repérer les personnes à risque élevé.
- Un mécanisme pour maintenir la communication entre les membres du personnel à l'égard des détenus à risque élevé.

- Des procédures écrites qui énoncent les exigences minimales relatives au logement des détenus à risque élevé, à la fourniture de soutien social, aux vérifications visuelles régulières et à l'observation constante des détenus hautement suicidaires et à l'utilisation appropriée de moyens de contention en dernier recours pour contrôler les détenus autodestructeurs.
- Les détenus souffrant de troubles mentaux et ayant besoin de traitements doivent recevoir ceux-ci (interventions pharmacologiques ou psychosociales) et faire l'objet d'une observation rigoureuse.
- L'établissement de ressources internes suffisantes ou de liens avec des services publics externes de santé mentale pour assurer l'accès à des intervenants de la santé mentale, au besoin, pour évaluation et traitement plus poussés.
- Une stratégie de réévaluation et d'objectivation après un suicide, afin de définir des moyens d'améliorer la détection, la surveillance et la gestion des risques de suicide en milieu correctionnel.

CONCLUSION

En conclusion, bien qu'il ne soit pas toujours possible de prévoir avec précision l'éventualité d'un suicide ou d'une tentative de suicide chez un détenu, ni le moment où surviendra l'événement, les dirigeants d'établissements correctionnels, les agents correctionnels et les intervenants de la santé mentale et de la santé sont les mieux placés pour repérer, évaluer et traiter des comportements potentiellement suicidaires. Même si tous les suicides de détenus ne peuvent être évités, beaucoup peuvent l'être et la réduction systématique de ces décès n'est possible que si des programmes exhaustifs de prévention du suicide sont mis en œuvre dans les établissements correctionnels du monde entier.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Huey MP, McNulty TL. Institutional conditions and **prison suicide**: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005, 85(4): 490-514.
- ² Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 355-360.
- ³ Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In : Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006, 16-28.
- ⁴ Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 2005, 307-334
- ⁵ World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
- ⁶ Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- ⁷ Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 494-498.
- ⁸ Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
- ⁹ Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: 1242-1244.
- ¹⁰ Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: 257-269.
- ¹¹ Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: 119-123.

¹² Cox JF, Morschauer PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18(4): 178-184.

¹³ Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22(4): 477-487.

¹⁴ White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes, *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, 46-57.

¹⁵ Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(5): 485-493.

¹⁶ Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-267.

¹⁷ Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: 256-261.

¹⁸ Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 68-73.

¹⁹ Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 30-38.

²⁰ Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puisis, *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, 317-328.

²¹ Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, 139-155.

²² Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28(3): 279-299.

-
- ²³ Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28(3): 207-221.
- ²⁴ Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
- ²⁵ Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(1): 27-35.
- ²⁶ Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: 545-550.
- ²⁷ Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26(3): 146-148.
- ²⁸ Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
- ²⁹ Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22(6): 833-842.
- ³⁰ Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(1): 63-75.
- ³¹ Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005, 4(1): 53-62.
- ³² Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10(1): 1-12.
- ³³ Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: Wasserman D, Wasserman C. *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press, in press.

³⁴ Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 343-354.

³⁵ Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.

³⁶ Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256(2): 87-92.

³⁷ Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(4): 370-376.

³⁸ Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12(1): 1-12.

³⁹ Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25(1): 19-26.

⁴⁰ Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2(1): 20-27.

⁴¹ Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34(2): 165-175.

⁴² Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.

⁴³ Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.

⁴⁴ Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.

⁴⁵ Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 370-385.

⁴⁶ Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 18-29.

⁴⁷ Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(6): 670-681.

⁴⁸ Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: 160-175.

⁴⁹ Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: 1170-1174.

⁵⁰ Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.

⁵¹ Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(6): 667-685.