Ministère
de la Sécurité
publique

Recherche sur la prévention du suicide en établissement de détention

Présentée à la sous-ministre associée à la Direction générale des services correctionnels

22 décembre 2020

Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration

Direction générale des services correctionnels

Votre gouvernement

Québec

Analyse, recherche et rédaction par :
Chantale Leclerc
Division de la recherche, de la reddition de compte et de l'évaluation de programmes
22 décembre 2020

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX 5

LISTE DES FIGURES 6

INTRODUCTION 8

Méthodologie 9

1. LE SUICIDE AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES PAYS À REVENU ÉLEVÉ. 11

1.1 Épidémiologie 11

Au Québec 11

Au Canada et dans les pays à revenu élevé 11

1.2 Étiologie 13

Groupes à risque élevé 13

Facteurs associés au suicide 15

Dépistage 16

Indices émotionnels et cognitifs 17

Élément de prévention 18

Contexte de crise 18

1.3 Institutions et organismes québécois ayant des responsabilités en matière de prévention du suicide 19

Ministère de la Santé et des Services sociaux 19

Institut national de santé publique du Québec 20

Association québécoise de prévention du suicide 20

Bureau du coroner 21

Protecteur du citoyen 21

Conclusion du chapitre 1 21

2. LE MILIEU CARCÉRAL 22

2.1 Description du milieu 22

2.2 Le mandat des Services correctionnels 22

Valeur d'intervention 23

Philosophie et énoncé de principes en matière de sécurité 24

Philosophie d'intervention en matière de réinsertion sociale des personnes contrevenantes 24

2.3 Le suicide en milieu carcéral 24

2.4 Profil des PI décédées 25

Données carcérales 27

Données criminelles 30

Données sociodémographiques 31

Données liées au suicide 37

Problématiques de santé et psychosociales *44*
Conclusion du chapitre 2 47

3. LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL 48

3.1 L'évolution des pratiques en matière de prévention du suicide aux Services correctionnels 48
Origine des mesures en prévention du suicide *49*
Fondement de l'instruction provinciale *50*
Portrait de la problématique du suicide *51*
Rapport spécial du Protecteur du citoyen *51*
Description de l'instruction sur la prévention du suicide *52*
Évaluation de l'instruction sur la prévention du suicide *62*
3.2 Autres instructions 63
3.3 Enquêtes de la Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection 64
3.4 Programmes en santé mentale et prévention du suicide dans d'autres administrations 67
Service correctionnel du Canada *68*
Services correctionnels dans les autres provinces *68*
Autres pays *71*
3.5 Contraintes de l'organisation 75
Conclusion du chapitre 3 76

4. LES RECOMMANDATIONS 78

4.1 Connaître la clientèle 78
4.2 Individualiser l'intervention 80
4.3 Principes de continuité et de complémentarité 83
Conclusion du chapitre 4 86

5. CONCLUSION GÉNÉRALE 87

ANNEXES 89

Annexe 1 : Définitions 90
Annexe 2 : Sécurité proactive 92
Annexe 3 : Pratiques inspirantes 93
Annexe 4 : Partage des responsabilités 95

RÉFÉRENCES 96

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre de PI décédées par suicide selon les manquements disciplinaires constatés au cours leur dernière période d'incarcération pour la période 2013-2018 à 2017-2018 30

Tableau 2 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide, selon le sexe et la PMQI pour la période de 2013-2014 à 2017-2018 32

Tableau 3 : Nombre de PI décédées par suicide selon l'ED et le réseau correctionnel et taux par établissement pour la période de 2013-2014 à 2017-2018 39

Tableau 4 : Niveaux de risque et intervention préconisée à la suite de l'administration de la GEDPAS 58

Tableau 5 : Nombre de recommandations de la DVIEI par catégorie pour les enquêtes administratives menées sur les cas de suicide pour la période de 2013-2014 à 2017-2018 65

Tableau 6 : Recommandations 1 à 9 découlant du principe de connaissance de la clientèle 80

Tableau 7 : Recommandations 10 à 14 découlant du principe d'individualisation de l'intervention 83

Tableau 8 : Recommandations 16 à 26 découlant des principes de continuité et de complémentarité 85

Tableau 9 : Exemples de pratiques inspirantes dans les ED en matière de prévention du suicide 93

Tableau 10 : Proposition de partage des responsabilités entre le MSP et le MSSS selon cinq objectifs 95

Liste des figures

Figure 1 : Suicides, provinces et pays comparables au Canada 2010-2012 (nombre de décès pour 100 000 habitants) 12

Figure 2 : Comparaison du Québec avec certains États américains en 2016 12

Figure 3 : Nombre de PI décédées par suicide, selon la PMQI et en fonction de la mise en place de pratiques de prévention du suicide pour la période 2005-2006 à 2017-2018 26

Figure 4 : Nombre de PI décédées par suicide et PMQI pour la période 1996-1997 à 2007-2008 27

Figure 5 : Nombre et proportion de PI prévenues et de détenues pour la période 2013-2014 à 2017-2018 28

Figure 6 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le statut pour la période 2013-2014 à 2017-2018 29

Figure 7 : Durée de la peine des huit PI décédées par suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018 29

Figure 8 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la présence d'antécédents criminels pour la période 2013-2014 à 2017-2018 30

Figure 9 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le type d'infraction actuelle (infraction principale ou la plus grave) pour la période 2013-2014 à 2017-2018 31

Figure 10 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le groupe d'âge pour la période 2013-2014 à 2017-2018 34

Figure 11 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide en ED selon l'état matrimonial pour la période 2013-2014 à 2017-2018 35

Figure 12 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide en ED selon le niveau de scolarité pour la période 2013-2014 à 2017-2018 36

Figure 13 : Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité déclaré au Québec en 2018 36

Figure 14 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la source de revenus pour la période 2013-2014 à 2017-2018 37

Figure 15 : Nombre de PI décédées par suicide selon la durée du séjour pour la période 2013-2014 à 2017-2018 40

Figure 16 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon les antécédents suicidaires connus pour la période 2013-2014 à 2017-2018 41

Figure 17 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le moyen pour la période 2013-2014 à 2017-2018 42

Figure 18 : Nombre de PI décédées par suicide selon le moment où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018 42

Figure 19 : Nombre de PI décédées par suicide selon le jour de la semaine où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018 43

Figure 20 : Nombre de PI décédées par suicide selon le mois où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018 43

Figure 21 : Nombre de PI décédées par suicide selon la saison où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018 44

Figure 22 : Nombre de PI décédées par suicide selon les problématiques psychosociales pour la période 2013-2014 à 2017-2018 45

Figure 23 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide ayant fait l'objet d'un dépistage à l'admission pour la période 2013-2014 à 2017-2018 53

Figure 24 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la réalisation de l'évaluation du risque à l'aide de l'EERS pour la période 2013-2014 à 2017-2018 55

Figure 25 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le résultat du plus récent niveau de risque suicidaire évalué par l'un des outils (EERS ou GEDPAS) pour la période 2013-2014 à 2017-2018 56

Figure 26 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon l'administration de la grille GEDPAS pour la période 2013-2014 à 2017-2018 57

Figure 27 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon qu'une intervention a été effectuée ou non pour la période 2013-2014 à 2017-2018 59

Figure 28 : Nombre de PI décédées par suicide en Ontario*, comparé au Québec, pour la période 2013-2014 à 2017-2018 70

Figure 29 : Suicides de prisonniers de l'État de Victoria 1984–2013 74

Introduction

Le suicide est évitable

Le suicide est une cause importante de décès prématuré et évitable. Il s'agit d'un problème de santé publique[1] [2] [3] majeur partout dans le monde. C'est un enjeu sociétal qui attire l'attention de nombreux acteurs[4].

Chaque jour au Québec, il se produit en moyenne trois suicides et huit hospitalisations en raison d'une tentative de suicide[5]. Le nombre inférieur de suicides comparés à celui des tentatives peut tenir au fait que l'ambivalence est presque toujours présente chez les personnes suicidaires. En effet, même parmi les personnes qui envisagent sérieusement le suicide, peu le font, car elles finissent par trouver d'autres solutions. Avant de poser son geste suicidaire, une personne essaye tous les moyens qu'elle connaît pour atténuer sa souffrance et résoudre ses problèmes. La pensée du suicide apparaît au fur et à mesure des obstacles rencontrés pour régler ses difficultés. Elle ne sait plus quoi faire d'autre et le niveau de détresse devient intolérable. Toutefois, le processus suicidaire en est un réversible[6]. Lorsqu'une personne trouve une solution positive à ses problèmes, sa souffrance diminue et ses idées suicidaires s'estompent.

Si le lien entre le suicide et certains facteurs de risque est bien établi, il faut éviter le piège de la généralisation; l'individualisation de l'approche et la complémentarité des interventions étant à privilégier[7]. En outre, le contexte – ici, le milieu carcéral — est un élément indispensable à la compréhension du risque de suicide.

La prévention du suicide fait partie des priorités des Services correctionnels du ministère de la Sécurité publique (MSP) depuis de nombreuses années. Des efforts ont d'ailleurs été consentis par l'organisation pour enrichir ses pratiques et contrer ce phénomène. Or, force est de constater que la situation relevée actuellement dans les établissements de détention (ED) québécois nécessite des améliorations. Non seulement une hausse marquée du nombre des suicides a été observée en 2017-2018 pour atteindre dix cas, mais des suicides féminins ont été déplorés en 2016 et en 2017 alors que cela ne s'était jamais produit avant. Au cours de la période 2014-2015 à 2018-2019, le suicide est la première cause de décès dans les ED[8]. Les Services correctionnels sont à ce point préoccupés qu'ils ont résolu de s'engager dans la présente démarche afin de mieux comprendre cette problématique et de mieux intervenir.

Objectifs de la recherche et limites

Une hausse significative du nombre des suicides a été observée dans les ED du Québec durant l'année financière 2017-2018 qui s'est élevé à 10 cas alors que la moyenne annuelle des suicides au cours des 12 dernières années est de 6,3 (voir Figure 3 à la page 26). Toutefois, il ne s'agit pas d'un pic puisque pendant cette même période, un nombre maximal de 13 suicides a été atteint à deux reprises soit en 2005-2006, puis en 2011-2012. Au demeurant, des suicides féminins ont été répertoriés en 2016 et en 2017; situation totalement inédite. C'est ainsi que les Services correctionnels souhaitent, par cette recherche, mieux documenter les spécificités de la population carcérale, explorer les effets de l'instruction en prévention du suicide en milieu carcéral et en tirer des constats.

Le projet s'articule autour de quatre sous-objectifs : décrire le phénomène du suicide dans l'ensemble de la population générale, présenter un portrait détaillé du suicide dans la population carcérale québécoise, examiner les procédures et les actions des Services correctionnels en matière de prévention du suicide et résumer les pratiques d'autres administrations correctionnelles en la matière. À partir des données recueillies, des recommandations seront formulées.

Ce projet s'intéresse aux aspects ayant trait spécifiquement à la *prévention* du suicide, laquelle comprend notamment le dépistage, les interventions, les démarches visant à désamorcer une crise, la formation des intervenants et la recherche. En revanche, les gestes posés lors de la survenue d'un passage à l'acte et de la postvention en sont exclus, par exemple, prodiguer les premiers soins, utiliser des équipements d'urgence ou faire un débreffage.

Méthodologie

Ce rapport se veut le fruit d'une recension sur le thème du suicide et sa prévention dans la population générale et particulièrement chez les personnes incarcérées (PI) au Québec, mais aussi dans d'autres administrations. Sans prétendre rendre compte de tous les écrits sur le sujet, l'analyse s'appuie sur les résultats d'un certain nombre de recherches déterminantes et de documents de référence importants pour la compréhension du phénomène. Les études et articles retenus répondaient aux critères d'inclusion dans notre revue documentaire, c'est-à-dire qu'ils sont rédigés en français ou anglais, proviennent de sources reconnues et portent sur des domaines d'intérêt tels que le suicide et sa prévention, la santé mentale, le milieu carcéral et des questions connexes.

La recherche se fonde également sur l'analyse des renseignements issus d'une collecte de données sur la population étudiée soit les PI s'étant suicidées dans un ED du Québec. De cette population, un échantillon de 32 cas de suicides a été initialement considéré. Ce groupe est constitué de tous les suicides survenus entre l'année 2013-2014 et l'année 2017-2018[a]. Le choix de cet échantillon est basé sur le souhait d'obtenir de l'information contemporaine et le plus exhaustif possible du phénomène du suicide en ED. Toutefois, deux cas ont dû être abandonnés, car leur dossier social est demeuré introuvable. Ainsi, un échantillon de 30 cas a été finalement retenu.

[a] D'après le Bilan annuel des événements selon la procédure 3 1 H 08 produit par la Direction générale adjointe à la sécurité en 2020, un total de douze suicides sont répertoriés en 2017-2018. Or, deux de ces cas se sont produits à l'extérieur d'un ED et ne sont donc pas comptabilisés par la Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration. Ainsi, la présente étude tient compte de dix décès par suicide pour l'année 2017-2018 plutôt que douze.

Pour chacun, le dossier social de l'ED, le dossier administratif correctionnel, le rapport d'enquête de la Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection (DVIEI)[b] du MSP ainsi que le rapport d'enquête du coroner[c] ont été consultés. De façon méthodique, un ensemble de variables préalablement sélectionnées ont été extraites de ces dossiers (ex. : âge, durée du séjour, dépistage effectué, problématiques observées), lorsque disponibles. La collecte de données a été réalisée à partir d'une grille afin de standardiser l'information contenue dans les documents ciblés. Toutefois, et malgré le caractère systématique de cette démarche, plusieurs renseignements se sont avérés manquants. En outre, certaines données sont issues de l'autodéclaration des PI limitant ainsi leur fiabilité.

L'ensemble de l'information recueillie est néanmoins suffisamment substantiel pour permettre de dégager des constats et des recommandations à l'intention des autorités des Services correctionnels.

À noter que dans le présent document, la terminologie applicable aux Services correctionnels est utilisée (voir Annexe 1 : Définitions, page 90).

[b] La DVIEI s'appelait la Direction de l'inspection et de la vérification interne avant 2019.

[c] Au moment d'écrire ce document, quatre rapports d'enquête du coroner n'avaient pas encore été produits sur le total de 30 cas. Cela n'a toutefois pas d'impact négatif sur la collecte de données puisque l'accès à 26 rapports était suffisant pour apporter un éclairage satisfaisant.

1. Le suicide au Québec, au Canada et dans les pays à revenu élevé

Ce chapitre aborde les éléments ayant trait à l'épidémiologie, à l'étiologie du sujet étudié ainsi qu'aux rôles et aux responsabilités de différents acteurs en matière de suicide et de sa prévention.

1.1 Épidémiologie

Cette section traite de la prévalence et de l'incidence du suicide dont les renseignements ont été obtenus auprès de sources de renseignements québécoises, canadiennes et internationales. Il est toutefois permis de penser que les données publiées sous-estiment la réalité considérant la stigmatisation associée à ce phénomène.

Au Québec

Dans son rapport mis à jour en 2018 sur la mortalité par suicide[9], l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) relate que le nombre de suicides enregistrés pour 2016 était de 1 128. Il est en régression depuis 1999[10]. Au Québec, la proportion de mortalité par suicide est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (3 :1) et ce ratio est près de la tendance constatée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[11] dans les pays à revenus élevés (3,5 : 1).

Selon des données québécoises de 2013 à 2015, le groupe d'âge des 45 à 64 ans présentait le taux de suicide le plus haut autant chez les hommes que chez les femmes. Depuis le sommet atteint au cours des années 1990, le taux de suicide relevé auprès des jeunes de 15 à 24 ans a fortement diminué. Par ailleurs, le suicide est plus fréquent dans le monde rural qu'en milieu urbain tant chez les hommes que chez les femmes[12].

Dans son rapport sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide au Québec[13], le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) indique que la proportion des Québécois ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie est de 4,4 % et que les femmes sont trois fois plus nombreuses à avoir déclaré avoir fait une tentative durant la dernière année. Un Québécois sur dix affirme avoir sérieusement songé au suicide au cours de sa vie.

Le suicide a des répercussions importantes sur l'entourage de la personne suicidaire ou décédée d'un suicide. Ainsi, sept à dix personnes seront profondément affectées par le décès à la suite d'un suicide. Si le suicide se produit dans un lieu de travail, l'impact sera encore plus grand. Les survivants du suicide pourront eux-mêmes développer une souffrance ou des symptômes psychologiques[14].

Au Canada et dans les pays à revenu élevé

Le suicide est la 9e cause de décès au Canada selon l'Agence de la santé publique du Canada[15]. Toujours d'après l'Agence[16], 11,87 % de la population canadienne (15 ans et plus) ont pensé au suicide et 3,1 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Selon le Conference Board du Canada (voir Figure 1), le Canada se situe au 5e rang du classement du nombre de suicides parmi les 16 pays de comparaison de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) entre 2010 et 2012.

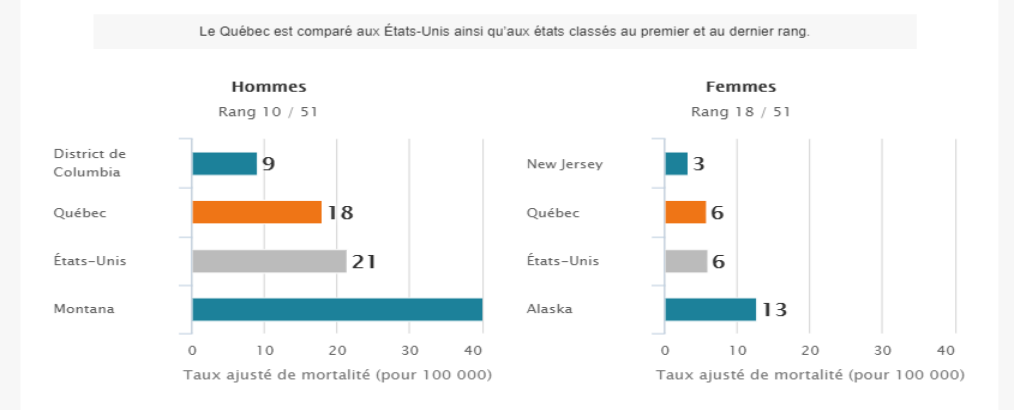
L'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario avaient les taux de suicide moyens les plus faibles du Canada durant la même période. Le Québec occupait la 9e place parmi les dix provinces, devant le Nouveau-Brunswick.

Figure 1 : Suicides, provinces et pays comparables au Canada 2010-2012 (nombre de décès pour 100 000 habitants)

Sources : Statistique Canada; OCDE; Le Conference Board du Canada, avril 2017

Aux États-Unis, le suicide est un problème croissant[17]. Le taux de suicide a augmenté de 30 % entre 1999 et 2016 selon le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies qui a, d'ailleurs, appelé les États à relancer les politiques de prévention de suicide. La Figure 2 permet de comparer le Québec avec les États-Unis et les états classés au premier et dernier rang du taux de mortalité par suicide.

Figure 2 : Comparaison du Québec avec certains États américains en 2016



Source : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Santéscope, 2020

1.2 Étiologie

Il est ici question des causes et des facteurs de risque associés au suicide et à sa prévention. La crise suicidaire est traditionnellement envisagée comme une problématique d'ordre psychosocial et médical. Il s'agit le plus souvent d'un problème transitoire, mais qui peut être récurrent chez certains.

Selon l'INSPQ[18], le taux de suicide s'accroît progressivement avec l'augmentation des inégalités matérielles et sociales. Le parcours commun menant au suicide semble être constitué de sentiments de désespoir, du rétrécissement des perspectives d'avenir et de la perte de la capacité à réagir. Le suicide paraît alors la seule issue.

Au Québec, la cause et les circonstances des décès par suicide sont toujours établies par le coroner, habituellement dans le cadre d'une enquête. Celui-ci intervient systématiquement lorsqu'un décès survient dans un ED (voir page 21).

Groupes à risque élevé

Selon des sources de données canadiennes et internationales, certaines populations présentent un risque plus élevé de suicide :

- Les hommes : ils sont plus susceptibles de décéder par suicide que les femmes par une proportion de trois hommes pour une femme[19].
- La population autochtone : une personne autochtone est de deux à trois fois plus vulnérable au suicide qu'une personne allochtone[20]. Le suicide touche certains segments de la population de façon disproportionnée, comme certaines collectivités des Premières Nations et toutes les régions inuites, où le taux de suicide peut être de cinq à vingt fois plus élevé que la moyenne nationale[21].
- Les personnes faisant partie de groupes défavorisés sur le plan matériel et social ont un risque accru de suicide. Pour la période 2009-2013, la mortalité par suicide des hommes et femmes défavorisés est le double de celle des hommes et femmes favorisés[22].

- Les personnes en **situation d'isolement social** : le sentiment d'isolement et le manque de soutien social vont de pair avec la dépression, un sentiment de solitude et de désespoir. Ce sentiment se manifeste lorsqu'une personne se sent déconnectée de son cercle social proche, soit son/sa partenaire, sa famille et ses amis. La présence de conflits constitue également un facteur contribuant au suicide. Entretenir des relations personnelles positives et durables permet de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage[23].
- Les jeunes de **15 à 24 ans** : le suicide est la deuxième cause de décès dans cette population[24]. La jeunesse représente une période de transitions et de stress et durant laquelle peuvent apparaître des problèmes de santé mentale. Par surcroît, les jeunes peuvent être plus sujets aux tentatives de suicide par imitation (voir encadré). Néanmoins, comme indiqué précédemment, le taux de suicide pour ce groupe a fortement diminué au cours des dernières années.
- Les personnes âgées de **65 ans et plus** : cette population est confrontée à de nombreux deuils de fin de vie et est plus vulnérable au suicide[25].
- Les personnes **homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles** : ces personnes présentent des taux de suicide plus élevés que la moyenne et 46 % d'entre elles ont commis au moins une tentative de suicide[26].
- Les personnes **ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées** : ce groupe est particulièrement fragile au suicide[27]. Près de 25 % des personnes décédées par suicide avaient été admises à l'hôpital pour une blessure auto-infligée dans l'année précédant leur mort.
- Les personnes **ayant un problème de santé mentale**[28] [29] [30] : les données probantes démontrent clairement que la maladie mentale, en particulier la dépression, est le facteur de risque le plus important du suicide. Selon les sources, de 80 % à 90 % des personnes qui se sont suicidées étaient atteintes d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation de substances. En outre, 9,2 % des personnes qui se sont suicidées ont connu un épisode psychotique (y compris la schizophrénie). D'autres troubles sont également relevés par exemple : trouble de la personnalité, anxiété, troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, anorexie, trouble du stress post-traumatique, trouble du sommeil. Or, la majorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanies ne consulteraient pas les ressources professionnelles croyant que leurs problèmes vont se régler d'eux-mêmes[31].
- Les personnes **ayant un problème de consommation de substances**[32] [33] : 25,7 % des personnes qui se sont suicidées avaient reçu un diagnostic de consommation problématique de substances (40,8 % chez les 15-29 ans). Le lien est important avec la consommation d'alcool. L'usage de cannabis est associé aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide; le risque augmente si la consommation est grande.
- Les personnes **ayant des affections somatiques**[34] [35] : les personnes ayant une douleur physique (maux de dos, arthrite, etc.) sont plus à risque d'avoir un comportement suicidaire.

Mimétisme

Il a été prouvé que l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de conduites suicidaires chez les personnes vulnérables[2].

Des stratégies de réduction de risque de comportement suicidaire contagieux doivent être mises en place et inclure le traitement de certaines personnes vulnérables.

D'autres problèmes de santé sont signalés, par exemple : insuffisance pondérale, sclérose en plaques, épilepsie, personnes séropositives.

- Les personnes issues d'un groupe minoritaire peuvent rencontrer des difficultés d'intégration et de stigmatisation les exposant à un risque plus élevé de suicide[36]. Chez les personnes immigrantes, ce risque n'est toutefois pas homogène et est étroitement lié au pays d'origine.
- Les personnes incarcérées : ces personnes forment un groupe vulnérable au suicide[37]. La privation de liberté, la perte d'intimité, le rejet, la peur et la violence qui caractérisent les ED sont mis en cause au même titre que les problèmes de toxicomanie et de santé mentale qui s'observent particulièrement dans ce groupe[38] [39] [40]. Ainsi, les groupes à risque énumérés ci-dessus se retrouvent concentrés chez cette clientèle.

Malgré ce qui précède, l'appartenance à l'un des groupes mentionnés ci-dessus n'est pas pour autant prédicteur de comportements suicidaires. Ainsi, bien que les hommes soient surreprésentés dans les statistiques de suicide, la majorité des hommes ne se suicideront pas.

Facteurs associés au suicide

De nombreux facteurs de risque sont liés au suicide. Tout comme pour les groupes à risque, ce ne sont pas des paramètres de prédiction. Ils peuvent changer avec le temps. Ces facteurs devraient seulement être considérés dans le cadre d'une évaluation clinique rigoureuse.

D'après le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), le suicide est associé à des causes multiniveaux. Ainsi, certaines causes peuvent se trouver au niveau intra-individuel d'une personne (biologiques, neuropsychologiques, psychologiques), alors que d'autres se situent au niveau de sa famille, de son milieu de travail, de la société, etc. Les facteurs reliés au suicide peuvent être distingués selon qu'ils augmentent le risque (facteurs de risque) ou qu'ils le diminuent (facteurs de protection)[41].

Le MSSS, pour sa part, identifie quatre groupes de facteurs pouvant influencer à la hausse ou à la baisse le taux de suicide[42] :

Antécédents familiaux de suicide

L'idée du suicide peut devenir plus acceptable chez une personne qui a perdu un proche par ce moyen. Les personnes touchées par le suicide présentent elles-mêmes un risque accru de suicide et de trouble mental[2].

De solides preuves appuient la nature héréditaire du comportement suicidaire et le fait que des facteurs génétiques représentent au moins une partie du risque de suicide transmissible[31]. D'où l'importance de connaître les antécédents de la famille immédiate de la personne dont on évalue le risque.

Les facteurs **prédisposants** : ce sont les éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser une personne (ex. : antécédents suicidaires dans la famille, isolement social, problèmes psychiatriques).

Les facteurs **contribuants** : ce sont des éléments qui accentuent la vulnérabilité de la personne (ex. : consommation excessive d'alcool ou de drogue, instabilité familiale, divorce, milieu socioéconomique défavorisé, discrimination, victimisation, impulsivité).

Les facteurs **précipitants** : ce sont des déclencheurs du comportement suicidaire (ex. : rupture amoureuse, décès d'un proche, conditions de vie difficile, accessibilité des moyens et disponibilité des ressources).

Les facteurs de **protection** : ce sont les éléments qui s'opposent aux facteurs précédents et qui constituent les ressources adaptatives de la personne (ex. : soutien social, sentiment d'appartenance, bonne santé, optimisme, bonnes stratégies d'adaptation, habiletés à résoudre des problèmes, pratique religieuse, bonne situation socioéconomique, restriction des moyens).

Comme on l'a vu précédemment, un cumul de plusieurs facteurs de risque vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. Néanmoins, la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs à un moment donné ne conduit pas nécessairement à un comportement suicidaire, chaque cas devant être considéré dans sa singularité.

Traumatismes

Les traumatismes et les abus augmentent les facteurs de stress psychosociaux et peuvent entraîner la dépression et les comportements suicidaires chez des personnes déjà vulnérables[2].

Restriction des moyens

Limiter l'accès et l'attrait des moyens de suicide et réduire la létalité des moyens existants est un élément essentiel en prévention du suicide, car il permet ainsi une réflexion salutaire et du temps pour désamorcer la crise[2].

Sur la base des facteurs de risques mentionnés plus haut, des organisations œuvrant en prévention du suicide ont développé une expertise en matière de dépistage et de prise en charge des personnes suicidaires. Elles sont présentées brièvement à la page 19.

Dépistage

Dans la littérature, on dénombre quelque 75 facteurs associés au suicide[43] qu'il est impossible d'évaluer dans une seule rencontre avec une personne potentiellement suicidaire. De cette multitude, sont généralement retenus sept facteurs qui sont le plus liés au suicide, qui sont le plus près dans le temps du passage à l'acte suicidaire et sur lesquels l'intervenant et la personne suicidaire ont un pouvoir dans l'immédiat :

1. La planification (COQ[d])
2. Les tentatives de suicide antérieures
3. La capacité à espérer du changement
4. L'usage de substances
5. La capacité à se contrôler
6. La présence des proches
7. La capacité à prendre soin de soi

[d] COQ : Comment, où et quand?

Ces facteurs constituent le fondement de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) qui est utilisée pour approfondir l'évaluation du risque suicidaire et dont il sera question à la page 57.

Pour l'évaluation de chacun de ces facteurs, une vigilance particulière[44] devrait être accordée à ceux qui ont :

- Accru la solitude de la personne et lui ont donné le sentiment de n'appartenir à aucun groupe humain;
- Miné son estime de soi ou sa confiance en autrui;
- Dégradé sa dignité;
- Exposé son existence à la mort, à la violence à l'humiliation.

Ainsi, les facteurs qui contribuent au suicide sont multidimensionnels. La prise en compte de ceux-ci est essentielle à l'élaboration d'une stratégie efficace de prévention du suicide qui peut répondre adéquatement aux besoins uniques des populations dont les taux de suicide sont plus élevés[45].

Indices émotionnels et cognitifs[46]

On peut aussi observer certaines émotions chez la personne suicidaire qui peut se montrer :

- triste;
- découragée;
- agressive;
- irritable;
- ennuyée, comme si elle n'avait pas de plaisir.

Des modifications du fonctionnement cognitif peuvent survenir et la personne suicidaire peut :

- avoir de la difficulté à se concentrer;
- parler de façon confuse et incohérente;
- manquer de motivation;
- avoir des pertes de mémoire;
- être indécise.

La plupart des personnes qui songent au suicide partagent leurs pensées avec au moins une autre personne ou appellent une ligne téléphonique d'urgence ou un médecin, ce qui constitue un signe d'ambivalence et non une détermination à se tuer[47]. Elles peuvent chercher de l'aide même le jour prévu du suicide. Le fait de s'engager dans une telle démarche est de nature à diminuer la tension[48].

Malheureusement, certaines personnes perçoivent négativement toute forme d'appui ou d'assistance, craignant ainsi de révéler leur vulnérabilité et de devenir victimes d'ostracisme. En outre, l'intention de se suicider peut être niée par la personne suicidaire. Il faut toutefois se rappeler que l'activité cognitive de la personne suicidaire n'est pas optimale, elle peut avoir de la difficulté à évaluer ses options et à prendre les meilleures décisions pour elle-même[49].

La difficulté du dépistage vient aussi du fait que la crise suicidaire peut se cacher sous une apparence trompeuse. Elle peut ainsi se manifester par une

Signaux transmis

On entend souvent que tout suicidaire signale de façon plus ou moins manifeste son intention de se suicider. En revanche, d'autres soutiennent que certains suicidaires n'ont jamais exprimé, même subtilement, un tel signal d'alarme ou un appel à l'aide. Il faut toutefois envisager le fait qu'ils auraient pu communiquer leur détresse s'il y avait eu quelqu'un disposé à les entendre.

conduite provocante ou agressive qui dissimule la crise suicidaire. À l'inverse, elle peut se montrer très discrète en présentant une attitude calme, voire détachée. Elle peut également emprunter le masque d'une amélioration soudaine où la satisfaction et la sérénité succèdent au désespoir auparavant exprimé. L'intervenant qui fait face à une telle personne doit être formé pour reconnaître la souffrance psychique derrière cette attitude.

L'idée fataliste parfois répandue selon laquelle il est impossible de prévenir le suicide ne tient pas compte de la nature compulsive du geste qui est commis dans un moment de crise et où des moyens de suicide sont accessibles. Des solutions existent pour aider ces personnes et les connaissances sont assez solides pour nous permettre d'agir auprès d'elles[50].

Élément de prévention

Il est primordial de mettre en œuvre des actions visant à atténuer les facteurs de risque identifiés et de renforcer les facteurs de protection dans le cadre d'une démarche globale de prévention du suicide. Il est ainsi possible de faire infléchir le nombre de suicides.

Il y a peu de recherches sur ce qui fonctionne ou non en matière de prévention du suicide. Toutefois, la Commission de la santé mentale du Canada a effectué une recherche documentaire à l'échelle internationale sur le suicide et sa prévention de 2002 à 2016. Dans son rapport de 2018[51], la Commission a mis en évidence certains des principaux constats émanant de données probantes. Plusieurs de ces constats apparaissent tout au long du présent document.

Contexte de crise

Il est impossible de passer sous silence le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19 qui a été annoncée officiellement en mars 2020 par OMS[52]. Au Québec, comme ailleurs, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré dans les jours qui ont suivi. La vie quotidienne de tous les individus a été affectée. Les responsabilités, les pratiques, les normes et les priorités de tous les secteurs d'activités ont été chamboulées. Il en va de même aux ED dont le milieu fermé pose de grands défis en matière de prévention de la propagation de la maladie. Les enjeux sanitaires ont conduit au confinement de PI qui se trouvaient déjà isolées. Cette pandémie, à l'instar d'autres crises sanitaires (SRAS, grippe H1N1, virus Ebola, grippe espagnole), a le potentiel d'exacerber les facteurs de risque reconnus, de mener à divers symptômes tels que ceux du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété et peut entraîner une hausse des suicides ou des idéations suicidaires, dans les mois qui suivent les événements [53]. Des facteurs spécifiques au contexte de la COVID-19 comme la peur de contracter le virus et de contaminer les autres, l'exposition répétée aux médias ainsi que l'isolement et la stigmatisation envers les personnes atteintes de la COVID-19 sont liés à une hausse de la détresse psychologique et à l'augmentation de symptômes de troubles mentaux et peuvent contribuer au risque suicidaire[54]. En réponse, la communauté scientifique se montre préoccupée par une possible augmentation des comportements suicidaires en particulier chez les personnes vulnérables. Les experts soulignent que dans les conditions particulières de milieu fermé, il importe de maintenir l'accès aux services d'aide psychosociale en s'assurant qu'ils soient considérés comme des services essentiels[55].

1.3 Institutions et organismes québécois ayant des responsabilités en matière de prévention du suicide

Les ED sont des univers plutôt isolés. Néanmoins, depuis plusieurs décennies, ces milieux tendent à s'ouvrir à la collectivité que ce soit afin d'y recevoir des services ou encore pour se soumettre au contrôle d'une autorité externe.

Il y a toute une gamme d'experts au sein de la société qui partagent la responsabilité d'assurer le bien-être des PI. Il s'agit notamment de la police, des criminologues, des psychologues, des médecins, des sociologues et des chercheurs.

Cette section permet d'identifier les organisations de la communauté qui ont un rôle à jouer auprès des personnes aux prises avec une problématique de suicide et qui peuvent collaborer avec le milieu carcéral.

La Loi canadienne sur la santé (LCS) est l'instrument législatif fédéral qui porte sur le régime d'assurance maladie financé par l'État. La LCS énonce l'objectif premier de la politique canadienne de la santé, qui est « […] de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre » (1985, ch. C-6, art. 3).

Au Canada, les rôles et les responsabilités en matière de soins de santé sont répartis entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Conformément à la LCS, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la gestion, de l'organisation et de la prestation des services de santé à leurs résidents. Cela s'applique également aux personnes détenues dans des établissements correctionnels provinciaux et territoriaux de même qu'à toutes les personnes purgeant une peine dans la collectivité.

Dans le cadre de ce régime, tous les services correctionnels à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale sont tenus d'offrir des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux qui sont incarcérées dans leurs établissements.

Au Québec, comme ailleurs au Canada, le suicide est reconnu comme un problème de santé publique et les politiques de préventions du suicide relèvent prioritairement du MSSS et de ses organismes.

L'examen des services offerts au Québec met en lumière l'implication de plusieurs institutions et organisations dont les actions visent une clientèle suicidaire où les intervenants agissent auprès de celle-ci.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le MSSS a pour mission[56] « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec ». Le MSSS exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec les établissements de santé et de services sociaux répartis dans toute la province. Sa vision est : « L'accès et le bien-être de tous au cœur de nos actions ».

En octobre 2019, le gouvernement du Québec a annoncé[57] la mise en œuvre prochaine d'une nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide, mesure phare préconisée par l'OMS. Aucune stratégie de ce type n'est en place au Québec depuis 15 ans. De telles stratégies nationales permettent de responsabiliser toute la société face à la prévention du suicide, de coordonner les actions, d'organiser adéquatement les ressources et d'adopter des pratiques cliniques fondées sur les meilleures connaissances. Elles autorisent

aussi le soutien de projets en prévention qui associent les milieux communautaires et le milieu de la santé et des services sociaux.

Institut national de santé publique du Québec

L'INSPQ[58] est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Il a pour objectif de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. En l'occurrence, il publie une fois par an, le rapport *Le suicide au Québec*[59]. En promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, les travaux de l'INSPQ visent à contribuer au développement d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive et à bonifier l'offre d'interventions en promotion de la santé mentale auprès de la population. Les travaux ont également pour but de favoriser l'intervention précoce de prévention de la dépression.

Le Bureau d'information et d'études en santé des populations[60] est constitué de professionnels multidisciplinaires dédiés à la surveillance et à l'analyse épidémiologique de la santé des populations. L'une de ces équipes a pour objectifs de valider la base de données créée pour réaliser la surveillance des suicides et de proposer une liste d'indicateurs de surveillance reliée à l'ampleur de la maladie, à l'utilisation des services de santé, à la multimorbidité ainsi qu'à la consommation de substances.

Association québécoise de prévention du suicide

L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)[61] est un organisme à but non lucratif qui, depuis 1986, a pour mission d'œuvrer au développement de la prévention du suicide au Québec. Les personnes et les organisations aux prises avec une problématique de suicide peuvent compter sur l'appui de cette ressource. Elle vise entre autres à :

- mobiliser l'opinion publique et les décideurs face à l'ampleur de la problématique du suicide;
- promouvoir des mesures qui favorisent l'émergence d'un contexte sociopolitique propice à la prévention du suicide;
- soutenir les centres de prévention du suicide et toute autre ressource œuvrant en faveur de cette cause;
- favoriser la responsabilisation et la concertation des différents milieux susceptibles de devenir partenaires.

Le gouvernement du Québec a posé plusieurs gestes significatifs en matière de prévention du suicide, dont celle de l'établissement de la ligne 1 866 APPELLE, d'une démarche d'implantation des bonnes pratiques et le développement d'une stratégie numérique en prévention du suicide[62].

L'AQPS propose la mise en place de mesures pour améliorer le bilan du nombre de suicides, dont celles-ci :

- L'optimisation de l'accès à la psychothérapie. On estime que 90 % des personnes décédées par suicide étaient aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale. La psychothérapie est reconnue comme traitement efficace, mais son accès est problématique au Québec et encore davantage dans les ED.
- La mise en place de mesures ciblées pour les groupes affichant des taux de suicide plus élevés. Élaborer des stratégies spécifiques et des programmes intégrés en prévention du suicide pour répondre aux besoins de ces groupes.

- Développer et renforcer les programmes d'apprentissage spécialisés. Il importe de continuer à former les intervenants et de développer de nouveaux outils ou de bonifier ceux existants.

L'AQPS est partenaire du MSP et participe aux efforts communs visant la prévention du suicide chez sa clientèle, notamment par le développement d'outils et de formation du personnel.

Bureau du coroner

Le coroner[63] est un officier public (médecin, avocat ou notaire) nommé par le gouvernement et placé sous l'autorité du coroner en chef. Il intervient systématiquement dans certaines situations notamment lorsqu'un décès est survenu dans des circonstances violentes (ex. : un suicide), obscures ou à la suite de négligence. Il réalise des investigations et produit des rapports permettant de présenter des conclusions portant entre autres sur les causes et circonstances et des recommandations.

Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen[64] est un ombudsman impartial et indépendant. Il a pour mission d'assurer le respect des droits des citoyens et citoyennes dans leurs relations avec les services publics (un ministère ou un organisme du gouvernement du Québec, un établissement du réseau de la santé et des services sociaux).

En sa qualité d'ombudsman correctionnel, le Protecteur du citoyen conduit des enquêtes à la suite de plaintes qu'il reçoit concernant les Services correctionnels. Par ses interventions, il veille au respect des droits fondamentaux des PI.

Le MSP et le Protecteur du citoyen tiennent des rencontres annuelles permettant d'identifier et de résoudre des problématiques observées dans le milieu correctionnel. La prévention du suicide fait partie des préoccupations qui font l'objet d'un suivi régulier.

Conclusion du chapitre 1

En somme, le suicide est un phénomène présent au Québec comme partout dans le monde. À l'échelle mondiale, une personne se suicide toutes les 40 secondes et aucune région ni aucune tranche d'âge ne sont épargnées[65]. La manifestation du comportement suicidaire est complexe et met en relief certaines trajectoires de vie. Elle nécessite également d'être mieux comprise afin de mieux la prévenir. En cette matière, plusieurs institutions et organisations ont pour mandat de développer une expertise et d'intervenir à différents niveaux et en concertation.

2. Le milieu carcéral

Ce chapitre dresse un portrait global du milieu carcéral québécois et du phénomène du suicide en détention. Il y est aussi présenté le profil des PI composant l'échantillon à l'étude soit 30 cas de suicides survenus entre 2013-2014 et 2017-2018.

2.1 Description du milieu

Pour bien saisir le sujet étudié, il est nécessaire de connaître le contexte et l'environnement dans lequel il se situe. Le système carcéral compte 17 ED dont la capacité « réelle » était, pour 2013-2014, d'environ 4 900 places. À titre indicatif, les ED ont admis plus de 43 560 PI en 2013-2014[66].

La peine privative de liberté peut servir diverses fins : punir, dissuader, neutraliser ou protéger la société. Mais les ED ont aussi un autre but : préparer le retour en communauté des PI. Les ED sont ainsi responsables des programmes de garde, d'hébergement, d'évaluation, d'encadrement et d'accompagnement des personnes prévenues et des personnes condamnées à une peine d'incarcération de moins de deux ans.

On trouve dans la clientèle incarcérée un nombre important de personnes issues de groupes vulnérables tels que ceux mentionnés au chapitre 1 : hommes, personnes souffrant de troubles mentaux, personnes isolées, personnes toxicomanes, personnes provenant d'un groupe minoritaire, etc. Cette diversité constitue un défi pour le personnel des ED qui doit gérer des cas complexes et désamorcer des situations à potentiel critique.

Un ED constitue un concentré de facteurs de stress pour les PI et même pour le personnel en raison des enjeux de sécurité que sous-tend ce type d'environnement. C'est également un univers de méfiance, de rumeurs et de tensions[67]. La première incarcération peut affecter la PI à différents niveaux, l'amenant à se positionner en mode survie, c'est le choc carcéral. L'ED prive une personne de ressources importantes et génère un sentiment de précarité. Selon le cas, l'incarcération peut représenter la privation de liberté, l'affaiblissement du soutien familial et social, la perte d'emploi, de maison ou de biens, la peur de l'inconnu, la crainte de la violence physique ou sexuelle, l'incertitude devant l'avenir, la honte et le sentiment de culpabilité et le stress lié aux conditions de détention. La liberté d'action étant l'apanage du personnel correctionnel, les PI se retrouvent souvent dans l'incertitude et l'attente soit de recevoir une réponse, soit de pouvoir agir. Les PI doivent alors développer des stratégies d'adaptation spécifiques à ce milieu afin de reprendre un certain contrôle sur leur vie[68], mais certaines n'y parviennent pas ou difficilement.

L'incarcération peut amener la PI à vivre de l'intimidation, des agressions, des conflits, des infractions disciplinaires, de la frustration judiciaire et des changements dans l'administration de la peine (ex. : transfert dans un autre établissement, refus de permission de sortir). Dans ce cadre, des comportements suicidaires peuvent apparaître. Ainsi, il ne faut pas chercher un siège unique au suicide en milieu carcéral puisqu'on l'observe dans toutes sortes de conditions.

2.2 Le mandat des Services correctionnels

Cette section présente les responsabilités, principes et valeurs sur lesquels s'appuient les politiques et les plans d'action des Services correctionnels.

Comme prévu à l'article 1 de la Loi sur le système correctionnel du Québec (RLRQ S-40.1), le concept de réinsertion sociale des personnes contrevenantes apparaît au premier plan :

> Les Services correctionnels du MSP, la Commission québécoise des libérations conditionnelles ainsi que leurs partenaires des organismes communautaires et tous les intervenants de la société intéressés au système correctionnel favorisent la réinsertion sociale des personnes contrevenantes. Dans le respect des droits fondamentaux de ces personnes, ils contribuent à la protection de la société en les aidant à devenir des citoyens respectueux des lois tout en exerçant sur elles un contrôle raisonnable, sécuritaire et humain, en reconnaissant leur capacité à évoluer positivement et en tenant compte de leur motivation à s'impliquer dans une démarche de réinsertion sociale.

Toutefois, l'article 2 de cette Loi vient préciser le caractère prépondérant des objectifs de sécurité sur ceux de réinsertion sociale :

> La protection de la société, assurée par des mesures restrictives de liberté adaptées à la personne, et le respect des décisions des tribunaux sont les critères prépondérants dans la poursuite de la réinsertion sociale des personnes contrevenantes.

L'article 3 de la Loi mentionne que les Services correctionnels doivent remplir ce mandat de manière collaborative :

> En collaboration avec les institutions et les organismes avec lesquels ils partagent leur mission, les Services correctionnels contribuent à éclairer les tribunaux et assurent la prise en charge, dans la communauté ou en détention, des personnes qui leur sont confiées en favorisant la réinsertion sociale des personnes contrevenantes.

Les Services correctionnels sont notamment chargés :

- d'évaluer les personnes qui leur sont confiées ;
- d'élaborer et d'offrir des programmes et des services de soutien à la réinsertion sociale des personnes contrevenantes et de favoriser leur accès à des programmes et services spécialisés offerts par des ressources de la communauté.

Il s'agit d'un système qui préconise une prise en charge équivalente pour tous en tenant compte de la spécificité des personnes qui lui sont confiées. Singulièrement, le travail des différents intervenants est réalisé dans un cadre normatif axé sur la sécurité avec un souci d'efficience et à l'aide d'outils standardisés, lesquels pourraient conduire à perdre de vue l'individualité de la personne et à décourager l'implication personnelle. Autre paradoxe, cet environnement à la visée sécuritaire bien établie et nécessitant une attitude ferme et coercitive s'accompagne d'une mission de réinsertion sociale qui, elle, se base sur une attitude de tolérance, de souplesse et d'empathie. La coexistence de logiques d'intervention opposées est possible, mais elle est susceptible de mener à des résultats hétérogènes ainsi qu'à des conflits entre les membres du personnel[69].

Valeur d'intervention

Selon les Services correctionnels[70], la personne contrevenante est en droit de s'attendre à une intervention qui se fait :

- en fonction de la reconnaissance que toute personne a la capacité d'évoluer positivement;
- sur la base de l'engagement à fournir une intervention soutenue par du personnel compétent et intègre, avec comme objectif affiché de diminuer les risques de récidive;

- dans le respect des droits fondamentaux des personnes qui leur sont confiées, en n'imposant que les limitations nécessaires et requises conformément aux lois et règlements en vigueur;
- en évitant toute forme de discrimination, en faisant preuve de neutralité, d'objectivité et d'honnêteté.

Philosophie et énoncé de principes en matière de sécurité

Les Services correctionnels doivent assurer avec respect et dignité l'encadrement et l'accompagnement de toute personne qui leur est confiée[71]. Il est en effet aujourd'hui reconnu que la sécurité ne doit pas être réduite uniquement à des moyens de contrôle, mais qu'elle doit viser les rapports entre les membres du personnel, la clientèle correctionnelle et les intervenants communautaires. La création d'un environnement sécuritaire passe notamment par la qualité des relations entre la clientèle correctionnelle et les intervenants. Ainsi, un climat favorisant des relations positives diminue la tension et la manifestation de comportements violents[72]. Ces principes pourront se concrétiser aux Services correctionnels dans une approche dont l'implantation est à venir, soit la sécurité proactive abordée à la page 92.

Philosophie d'intervention en matière de réinsertion sociale des personnes contrevenantes

La mise en œuvre de ces interventions se traduit par des activités et des programmes qui visent à soutenir le cheminement de la personne et à mieux la connaître, à consolider une relation de confiance, à mettre à contribution son réseau familial et social et à lui offrir des services adaptés à ses besoins.

L'intervention correctionnelle doit donc être guidée par les principes[73] qui suivent.

- Principe de la connaissance de la clientèle : pour mieux évaluer, mieux intervenir et mieux prendre des décisions, il est essentiel de bien connaître la personne contrevenante.
- Principe de l'individualisation : implique une évaluation personnalisée, la détermination d'un niveau d'investissement et d'intervention en fonction des risques et besoins, un ajustement de l'intervention et de l'investissement, lorsque requis.
- Principe de continuité : prendre en compte des actions entreprises antérieurement ou à venir par les intervenants correctionnels, ou par les partenaires de la communauté afin d'assurer la cohérence dans l'intervention.
- Principe de complémentarité : la contribution des partenaires et des ressources de la communauté est indispensable afin de rendre des services adaptés aux besoins des personnes qui leur sont confiées.

2.3 Le suicide en milieu carcéral

Cette section permet d'exposer des données sur la prévalence, l'incidence et l'étiologie du suicide en ED. Les PI composent un groupe affichant un taux de suicide plus élevé que dans la population générale[74] [75]. Le suicide est la première cause de mortalité dans les ED québécois[76] alors qu'il constitue la neuvième cause de décès dans la population canadienne[77]. Il faut toutefois se rappeler que la population carcérale n'est pas représentative de la population générale. En effet, comme il sera mentionné plus loin, ce groupe est majoritairement masculin, peu scolarisé, défavorisé sur les plans social et économique et souvent aux prises avec des problèmes de santé ou de nature psychosociale.

Comme déjà mentionné, le milieu carcéral est un lieu au régime de vie stricte où chaque comportement est normé et codé. La gestion de la population carcérale est principalement axée sur l'évaluation et la prédiction du risque. Les besoins des PI, même ceux relevant de la santé mentale, sont souvent traités à l'instar des questions de sécurité ou comme des problèmes de comportement. Plongées dans un univers inconnu, les PI doivent acquérir de nouvelles habitudes de vie et réviser leurs valeurs; certaines y parvenant mieux que d'autres. Ainsi, des PI peuvent protester par de la violence, des actes perturbateurs, des gestes d'automutilation ou encore l'incapacité ou le refus de suivre les règlements de l'ED. Ces réactions peuvent donner lieu à des mesures disciplinaires et à des périodes d'isolement qui, bien que parfois nécessaires, ont le potentiel d'exacerber les problèmes de la PI[78]. Plutôt que d'interpréter systématiquement ces conduites de manière négative, il faudrait envisager que la PI peut exprimer ainsi son opposition avec le milieu carcéral auquel elle ne s'identifie pas.

Les difficultés des PI sont analogues à travers le monde. La littérature propose des modèles pour comprendre et expliquer la vie en détention. L'un d'eux adopte une perspective sociologique selon laquelle la prison constitue un milieu de privations[79]. Celles-ci concernent des besoins humains essentiels : la privation de la liberté, de biens et de services, de relations avec des personnes de l'autre sexe, d'autonomie et de sécurité. Ces privations majeures maintiennent la PI en situation d'infériorité et peuvent affecter son estime d'elle-même. Les PI doivent alors développer des mécanismes pour s'adapter à ces restrictions, avec plus ou moins de succès. De ce point de vue, le milieu carcéral pourrait ainsi devenir suicidogène. Il faut également considérer que le comportement suicidaire de certaines PI constitue un événement stressant pour le personnel correctionnel et les autres PI.

Un autre modèle adopte une perspective psychologique voulant que les PI présentent beaucoup de facteurs de risque avant l'incarcération et « importent » ces caractéristiques en détention[80]. Selon le modèle d'importation, c'est à l'extérieur de l'ED que se trouve l'explication des comportements observés en détention. La PI apporte en prison sa personnalité, ses antécédents et ses difficultés. Se pose ensuite la question de la capacité d'adaptation à un milieu fermé et coercitif. Ainsi, l'effet psychologique de l'arrestation et de l'incarcération, les symptômes de sevrage, la crainte de recevoir une longue sentence ou de ne pas obtenir de libération anticipée, les stress quotidiens reliés à la vie en prison peuvent nécessiter trop de stratégies d'adaptation pour certaines PI. Ce faisant, le milieu carcéral constitue un agglomérat de personnes à haut risque de suicide.

Tenant compte de ces modèles, la vulnérabilité des PI est présente avant l'incarcération et l'expérience de l'emprisonnement exacerbe celle-ci. En conséquence, certaines PI réagissent et connaissent des problèmes d'adaptation. Elles n'arrivent pas du tout à s'acclimater à la prison et peuvent adopter des stratégies d'évitement telles que l'évasion, les drogues ou le suicide[81]. Cette mésadaptation ne désengage pas les Services correctionnels de leur responsabilité en matière de prévention du suicide. Au contraire, l'incarcération peut être une période propice pour intervenir, car les ED sont souvent un lieu de dernier recours pour ces personnes.

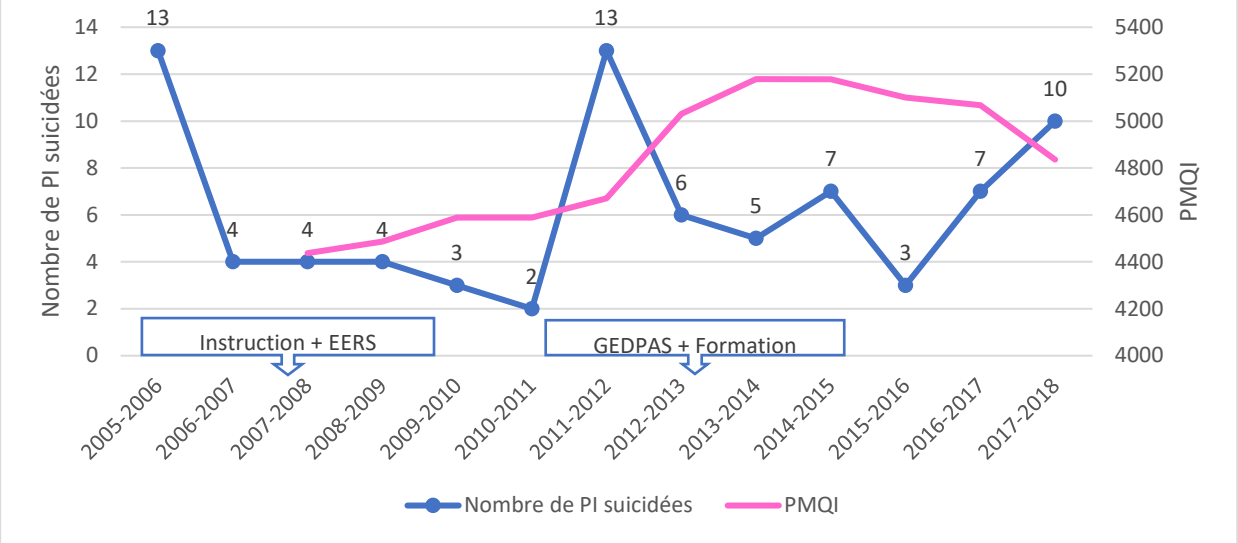
2.4 Profil des PI décédées

Cette section expose les résultats de la collecte de données utilisées pour la présente étude. Celle-ci concerne un échantillon de 30 cas de suicides de PI survenus dans un des ED du Québec durant la période de 2013-2014 à 2017-2018. Les renseignements sont issus de sources interne et externe. À cet effet, DACOR, les dossiers sociaux et les rapports d'enquête du coroner et de la DVIEI ont été consultés.

Sont ici exposées les données carcérales, criminelles, sociodémographiques et les problématiques psychosociales qui ont été recueillies. Il est à noter que certaines variables sont présentées en regard de la population moyenne quotidienne en institution (PMQI).

À la lumière des informations contenues à la Figure 3, le nombre de dix suicides observés en ED en 2017-2018 est préoccupant sans toutefois être alarmant, puisqu'il n'atteint pas le sommet de 13 suicides survenus en 2005-2006, puis en 2011-2012. En outre, ce nombre plus élevé peut trouver son explication dans le fait qu'il inclut exceptionnellement des suicides féminins, lesquels sont un fait très rare aux Services correctionnels. Par ailleurs, il est noté que la PMQI est en progression dans la période comprise entre 2007-2008 et 2013-2014, puis elle a légèrement fléchi entre les années 2014-2015 et 2017-2018. Aucun lien ne peut être fait avec la courbe des suicides, qui, elle, est en dents de scie. Il est constaté une diminution de suicides à la suite de la mise en place de l'instruction sur la prévention du suicide et de l'introduction de l'outil « Échelle d'évaluation du risque suicidaire » (EERS) en 2008-2009. Mais cette baisse est suivie d'une remontée en 2011-2012, laquelle s'explique difficilement. Malgré l'arrivée en 2013-2014 de l'outil GEDPAS (détaillé à la page 57) et de la formation de membres d'une équipe d'intervention spécialisée (EIS) (présentée à la page 54), la courbe ne s'est jamais stabilisée. La question de l'effet des pratiques mises en œuvre au fil du temps sera discutée à la page 48.

Figure 3 : Nombre de PI décédées par suicide, selon la PMQI et en fonction de la mise en place de pratiques de prévention du suicide pour la période 2005-2006 à 2017-2018[e]

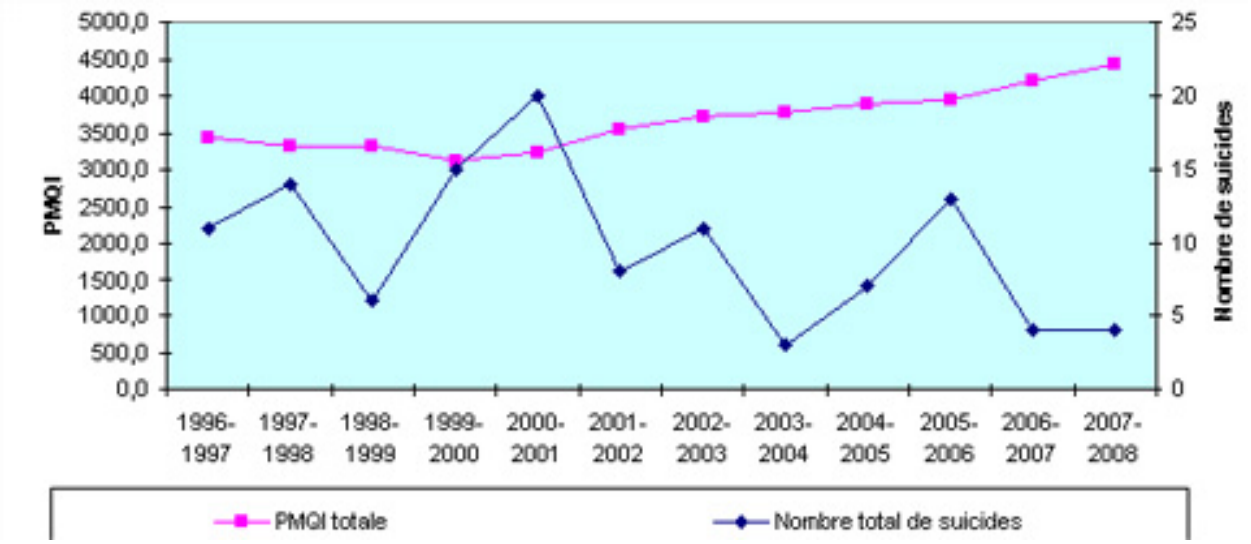


Source : StatInfo et Direction des programmes, MSP, 2018

[e] Le nombre déclaré de suicides était de sept en 2014-2015, mais comme deux dossiers sont demeurés introuvables, la recherche ne tient compte en fait que de cinq cas de suicides pour cette année.

À titre comparatif, ci-dessous les données pour la période antérieure à celle de la présente étude :

Figure 4 : Nombre de PI décédées par suicide et PMQI pour la période 1996-1997 à 2007-2008



Source : La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec, MSP, 2009

On constate que la courbe des suicides est en dents de scie évoluant indépendamment de celle de la PMQI (Figure 4), à l'image de ce qui est observé dans la période de référence actuelle (Figure 3).

À titre informatif, les Services correctionnels ont dénombré une moyenne de 34,2 tentatives de suicide annuellement pour la période de 2014-2015 à 2018-2019, les données variant de 22 à 46 par année[82].

Données carcérales

Statut

Les PI dans un ED québécois ont soit le statut de prévenu ou celui de détenu.

Prévenus : ces PI sont détenues dans l'attente de leur procès ou de l'issue de celui-ci. Les données démontrent que deux moments critiques pour le suicide sont observés chez elles :

A. Suicide à un stade précoce

   La PI peut faire face au choc de l'incarcération, à l'isolement soudain, au manque d'information et au sentiment d'insécurité quant à l'avenir.

B. Suicide à l'approche ou à la suite d'un événement stressant

La clientèle des ED est constituée de PI prévenues dans une proportion de 45 % alors que les PI s'étant suicidées occupaient majoritairement (73 %) ce statut (voir Figure 6 et Figure 7). En raison de leur statut carcéral, les prévenus n'ont pas accès à tous les services offerts aux personnes contrevenantes comme une évaluation des besoins et des programmes. Ils peuvent aussi vivre de l'angoisse à l'approche d'une comparution ou lorsqu'un verdict de culpabilité ou une sentence sévère est appréhendé. Les PI ayant le statut de prévenu comprennent également des condamnés à perpétuité en attente d'un transfert au pénitencier et des PI qui anticipent une telle peine. Celles-ci forment une clientèle particulièrement fragile au suicide[83].

Détenus : ces PI sont détenues afin de purger une peine d'emprisonnement après avoir été trouvées coupables d'une infraction à une loi ou à un règlement en vigueur. Certaines peines, et donc les séjours, sont de courtes durées (voir page 29) et peuvent ne laisser que peu de temps pour l'intervention et le traitement, le cas échéant.

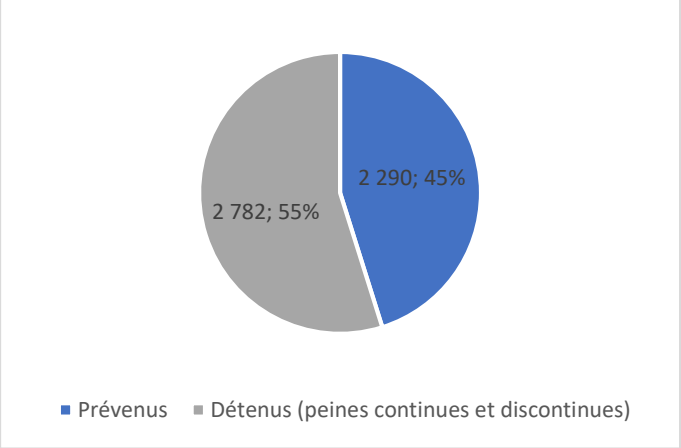
A. Suicide précipité par un conflit

Ces PI peuvent développer un différend avec des détenus ou l'administration carcérale, un conflit familial ou une rupture. Elles peuvent également devoir composer avec une décision judiciaire défavorable (ex. : échec d'un appel ou refus de libération conditionnelle).

B. Suicide après avoir passé beaucoup de temps en détention

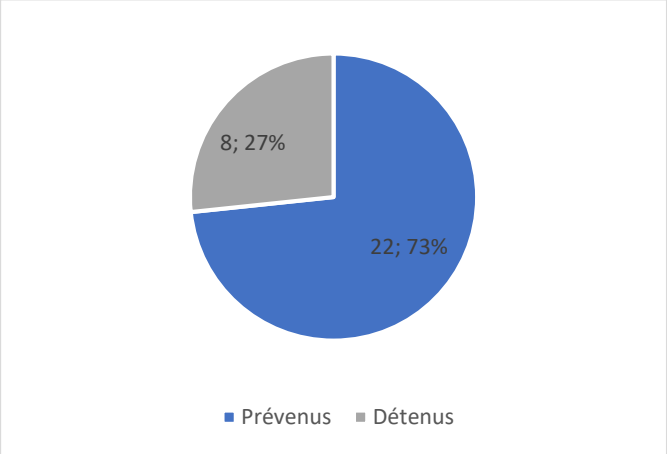
Ces PI peuvent se décourager et ne pas se sentir capables de se rendre au bout de leur peine, de surmonter leurs problèmes réels ou redoutés ou de faire face à ce qui les attend après leur libération.

Figure 5 : Nombre et proportion de PI prévenues et de détenues pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : StatInfo, MSP, 2018

Figure 6 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le statut pour la période 2013-2014 à 2017-2018

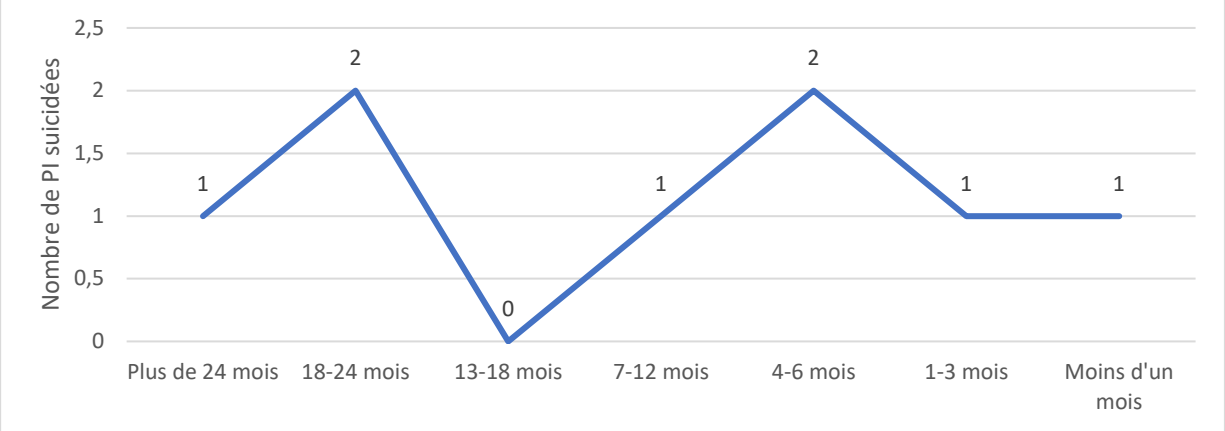


Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Durée de la peine

Au niveau provincial[f], les séjours sous statut de détenu sont relativement brefs (moyenne de 69,2 jours en 2017-2018[g]). La moitié des PI s'étant suicidée faisait face à une courte peine, soit moins de six mois (voir Figure 7). Elles pouvaient espérer sortir au plus tard aux deux tiers, soit après quelques mois. Ce délai s'est tout de même avéré intenable pour ces PI ou encore la perspective d'une libération prochaine n'était pas de nature à soulager leur souffrance.

Figure 7 : Durée de la peine des huit PI décédées par suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

[f] Les peines administrées par les ED québécois sont inférieures à 2 ans.

[g] Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Manquements disciplinaires

En cas de manquement[84] aux règlements ou de mauvaise conduite, un rapport disciplinaire peut être produit. Dans un tel cas, un comité de discipline rencontre la PI et étudie le rapport de manquement, rend une décision et, s'il y a lieu, statue sur la sanction à imposer.

Les manquements peuvent témoigner de problèmes de comportements, de traits d'opposition à l'autorité ou de l'adoption de valeurs délinquantes, mais peuvent également être le reflet d'une grande difficulté d'adaptation au milieu carcéral. Dans près de la moitié des cas, les PI qui se sont suicidées ont été impliquées dans au moins un manquement au cours de leur dernière incarcération (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de PI décédées par suicide selon les manquements disciplinaires constatés au cours leur dernière période d'incarcération pour la période 2013-2018 à 2017-2018

Un ou plusieurs manquements	Aucun manquement
14	16

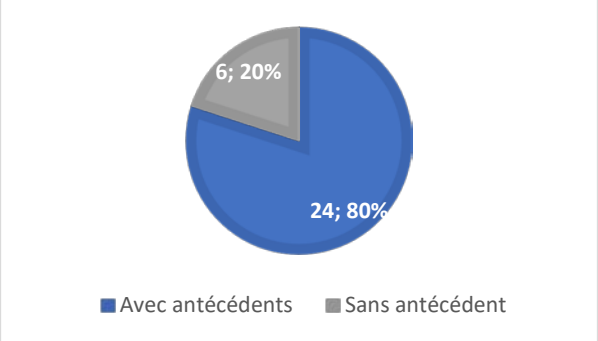
Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Données criminelles

Antécédents criminels

Une grande majorité (24 sur 30) des PI suicidées avait des antécédents criminels (voir Figure 8). Le risque de suicide est accru chez les PI ayant des antécédents criminels et le demeure, même après la libération[85] [86].

Figure 8 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la présence d'antécédents criminels pour la période 2013-2014 à 2017-2018

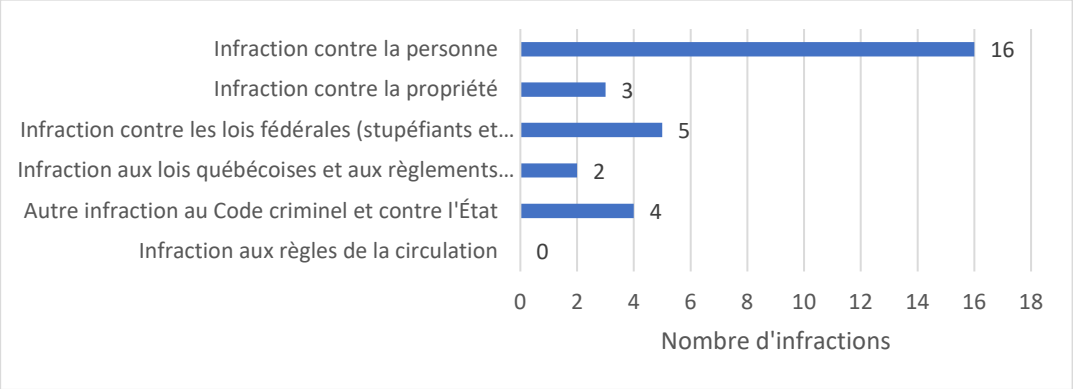


Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Classes d'infractions

Les infractions commises par les PI s'étant suicidées et qui ont mené à leur arrestation ou leur condamnation sont très diversifiées en nature et en gravité. Elles vont du non-paiement d'amende au meurtre en passant par la possession de stupéfiants, le vol qualifié et la conduite avec les facultés affaiblies. Dans la population carcérale, les infractions contre la propriété sont les plus fréquentes dans une proportion de 31,1 %[87] alors que les infractions contre la personne sont prépondérantes (53 %) chez les PI de notre échantillon (voir Figure *9*). Parmi ces infractions contre la personne se retrouvent plusieurs crimes très violents tels que les voies de fait graves, l'agression armée, la tentative de meurtre et le meurtre. Des difficultés dans la gestion des émotions et dans le contrôle de soi ou une problématique de consommation de substances peuvent sous-tendre la commission de ce type de délits.

Figure 9 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le type d'infraction actuelle (infraction principale ou la plus grave) pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Données sociodémographiques

Sexe

Conformément à la tendance dans les autres pays du monde[88], les femmes sont peu nombreuses (6,1 %) dans les ED québécois. Toutefois, leur représentation est en augmentation depuis plusieurs années[89]. Les femmes en détention comptent pour 10 % des suicides et, ce faisant, elles sont légèrement surreprésentées dans notre échantillon de suicides carcéraux (voir Tableau 2).

Pour leur part, les hommes sont très présents et constituent 93,9 % de cette population. Dans notre échantillon, les hommes forment 90 % des PI qui se sont suicidées.

Tableau 2 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide, selon le sexe et la PMQI pour la période de 2013-2014 à 2017-2018

	Masculin	Féminin
Nombre de suicide	27	3
Proportion de suicide	90 %	10 %
PMQI	4763	309
Taux	93,9 %	6,1 %

Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Le profil des femmes incarcérées est assez différent de celui des hommes et leurs besoins sont distincts que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale[90]. Les Services correctionnels souscrivent à une approche sexospécifique appliquée à la recherche voulant que l'examen de l'échantillon soit fait selon le genre. La présente étude adhère à cette vision et en tient compte dans sa collecte de données et dans son analyse. Toutefois, l'échantillon comporte un très petit nombre de femmes (3) restreignant ainsi la portée des conclusions spécifiques aux femmes qui pourraient en être tirées.

Les femmes incarcérées présentent des taux élevés de maladie mentale grave[91]. Elles souffrent plus souvent que les hommes des problèmes de santé mentale tels que : dépression, anxiété, stress post-traumatique, dépendance aux substances psychoactives, désordre psychotique, trouble de la personnalité limite et traits antisociaux[92]. Au surplus, l'incarcération affecte singulièrement les femmes et les conséquences sont disproportionnées par rapport aux hommes incarcérés. Ainsi, elles sont particulièrement marquées par la rupture de liens avec leurs proches et leurs enfants[93]. Par ailleurs, le milieu carcéral a pour effet de réactiver chez elles des traumatismes vécus durant l'enfance ou à l'âge adulte.

Le rapport *Pour une proposition d'un modèle innovateur en matière de gestion des Services correctionnels pour la clientèle féminine*[94] produit en 2018 vise à guider les décisions et actions à venir pour la clientèle contrevenante féminine tenant compte des besoins spécifiques de celle-ci. Il suggère l'adoption de plusieurs changements dans la gestion du parcours carcérale pour les femmes afin que le rôle d'accompagnement des membres du personnel devienne prépondérant et qu'une approche sexospécifique soit appliquée dans un environnement sécurisé et adapté aux femmes.

À cet égard, les *Règles de Bangkok* de l'Organisation des Nations unies[95][148] concernant le traitement des femmes incarcérées s'appuient sur différentes recherches qui font ressortir la vulnérabilité et la détresse mentale des femmes et le fait qu'elles sont à haut risque d'automutilation et de suicide, notamment à leur arrivée en prison et dans les jours qui suivent. Or, la rupture de services que crée l'incarcération, la gestion administrative des dossiers et la faible disponibilité des médecins spécialistes sont autant de barrières à l'accès aux soins de santé mentale et à l'amorce d'une prise en charge pour les femmes qui ne consultent pas à l'extérieur. À cet égard, la règle 16 stipule que :

« L'élaboration et l'application de stratégies, en consultation avec les services des soins de santé mentale et de protection sociale, pour prévenir le suicide et l'automutilation chez les détenues et l'offre, aux personnes à risque, d'un appui spécialisé approprié tenant compte des différences entre les sexes doivent faire partie

de toute politique globale de soins de santé mentale dans les prisons pour femmes ». Il est ainsi dénoncé que trop souvent les initiatives en prévention du suicide réfèrent à des solutions techniques telles que des restrictions visant à réduire les possibilités de suicide aux dépens d'interventions qui abordent les causes de la détresse mentale.

En complément de la règle 16, la règle 35 spécifie que :

« Le personnel pénitentiaire doit être formé à la détection des besoins en santé mentale et des risques d'automutilation et de suicide chez les détenues, qu'il doit aider en leur apportant un soutien et en renvoyant leur cas à des spécialistes ».

Les trois suicides féminins répertoriés dans le cadre de la présente étude se sont produits à l'Établissement de détention Leclerc de Laval (EDLL) en 2016 et 2017. Aucune femme ne s'était suicidée dans un ED québécois jusqu'alors[h]. La survenue de ces événements est consécutive au déplacement de la clientèle féminine de la Maison Tanguay[i] vers l'EDLL qui a débuté en février 2016. Au moment du transfert de la clientèle féminine à l'EDLL, celui-ci hébergeait également des hommes. La mixité a pris fin en mai 2017. Ce transfert ne semble pas avoir été effectué dans les conditions les plus favorables.

En septembre 2016, le Protecteur du citoyen[96] a dénoncé certains problèmes à l'EDLL tel que : non-accès aux effets personnels et à des produits d'hygiène, fouilles à nu dans des lieux ne permettant pas de préserver l'intimité, hébergement dans un même secteur de femmes aux profils incompatibles, privation de médicaments. Les éléments évoqués plus haut ont eu pour résultat de générer d'importantes difficultés d'adaptation autant de la part des PI que de celle du personnel.

Cette situation rappelle un cas similaire survenu au Royaume-Uni en 2016 où la fermeture de la prison pour femmes Holloway a conduit au transfert de plusieurs d'entre elles dans une prison éloignée de leur domicile, ce qui leur a occasionné de nombreuses difficultés dont celle d'être privées de visites de la famille et des enfants[97]. Une grande détresse a été observée chez plusieurs PI ayant vécu cet événement.

Âge

L'âge moyen des PI pour l'année 2017-2018 est de 36,7 ans comparativement à 42,3 ans dans la population générale québécoise[98]. Ce nombre est relativement stable dans le temps connaissant une légère augmentation avec les années. L'âge moyen des PI qui se sont suicidées est de 38,7 ans. L'âge moyen chez les femmes incarcérées s'étant suicidées est toutefois beaucoup plus élevé : 49,7 ans. Le groupe des 25-44 ans ressort clairement comme celui ayant le taux de suicide le plus élevé, suivi du groupe des 45-64 ans (voir Figure 10).

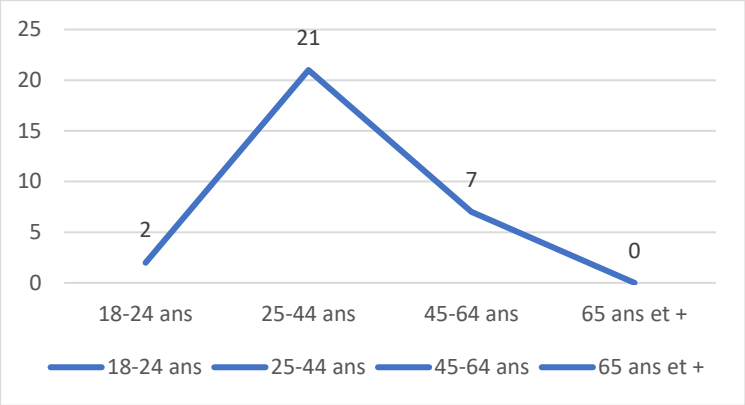
C'est l'inverse dans la population générale (voir page 11) où les hommes de 45 à 64 ans ressortent comme le groupe ayant le taux de suicide le plus élevé, suivi des hommes de 25 à 44 ans. Chez les femmes, la tendance est la même que celles des hommes même si les taux de suicide sont nettement inférieurs.

Néanmoins, le taux des jeunes de 18 à 24 ans demeure faible faisant écho à la réduction du taux de suicide observée pour cette catégorie d'âge dans la population québécoise.

[h] L'autre ED qui accueille une clientèle féminine est l'Établissement de détention de Québec – Secteur féminin.

[i] Cet établissement a cessé ses opérations en février 2016.

Figure 10 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le groupe d'âge pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Nations autochtones

En 2017-2018, la PMQI autochtone était de 349,4 comparativement à 4 835,4 dans la population générale[j] et ce nombre tend à s'accroître avec les années. La nation inuite est celle qui est la plus représentée avec un total de 200,8. Suivent les Cris (39,9), les Innus (37,8), les Algonquins (32,3) et les Attikameks (22,9), et d'autres nations.

Malgré une surreprésentation au sein de la population carcérale[99], les détenus autochtones ne sont, proportionnellement, pas plus susceptibles de se suicider que les détenus non autochtones[100]. Dans notre échantillon, une seule PI était identifiée[k] comme autochtone, il s'agit d'une personne inuite.

Les facteurs individuels qui influent sur le suicide chez les Autochtones ne semblent pas différents de ceux que l'on constate parmi les non Autochtones, mais la prévalence de ces facteurs et les interrelations entre eux se distinguent dans le cas de ces collectivités en raison de leur histoire de colonisation et de leurs interactions subséquentes avec les institutions sociales et politiques de la société canadienne[101]. Ainsi, la continuité culturelle (identités traditionnelles) s'avère un important facteur de protection chez les Premières Nations et les communautés autochtones d'Amérique du Nord[102]. En outre, pour des PI membres de certaines communautés, ce qui les affecte le plus n'est pas l'incarcération comme telle, mais la crainte d'être rejeté par leur milieu d'appartenance ou leur famille.

Dans le cas de PI déjà sujettes à risque ou souffrant de problèmes de santé mentale, il est essentiel de s'assurer qu'elles aient accès à des services d'aide tels que la psychiatrie, la psychologie, du soutien par les pairs et des méthodes autochtones d'aide et de guérison[103].

La barrière linguistique pour certaines PI doit aussi être considérée. Ainsi, l'inuktitut est la langue maternelle de 97,2 % des Inuits[66].

[j] Source : Infocentre, MSP, 2019

[k] Cette donnée est à prendre avec précaution, car ce ne sont pas toutes les PI autochtones qui se reconnaissent comme telles lors de leur admission à l'ED, cette identification étant volontaire.

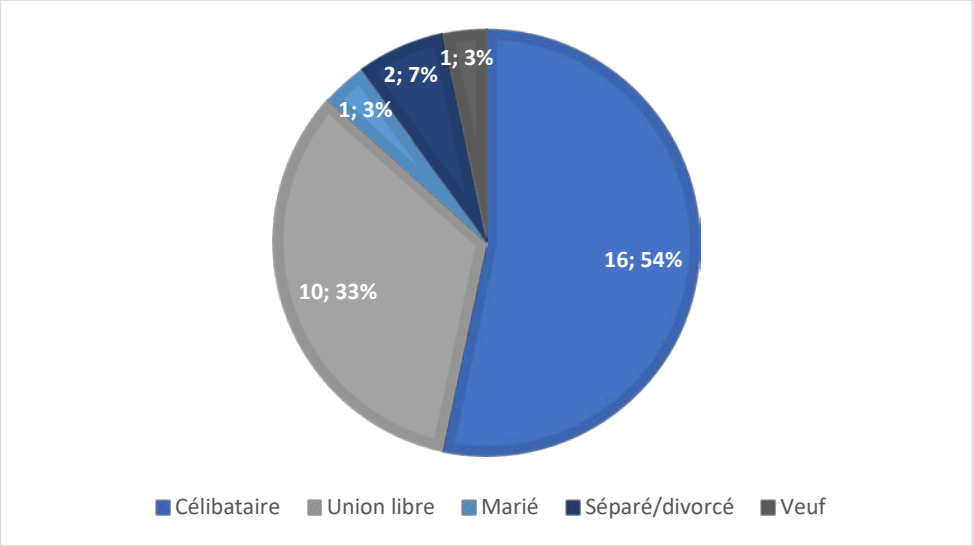
Il est difficile pour une PI inuite d'expliquer à un intervenant qui ne la comprend pas qu'elle a des idées suicidaires. Néanmoins, plusieurs d'entre eux ont adopté l'anglais comme langue seconde et un nombre grandissant d'entre eux parlent le français.

En l'absence d'ED au Nunavik, ces citoyens sont incarcérés dans l'un des ED du « sud » du Québec[l], loin de leur communauté, où les contacts avec leur milieu sont restreints. En 2014-2015, le nombre de personnes inuites admises en détention était de 898. La plupart (89 %) étaient prévenues.

État matrimonial[m]

La moitié des PI de l'échantillon avait le statut de célibataire et le tiers vivaient en union libre (voir Figure 11). À titre comparatif, dans la population générale, les personnes mariées sont les plus nombreuses (34 %), suivies des célibataires avec 29,4 %[n]. Le fait de vivre seul accroît le risque de vulnérabilité quant à la santé mentale. En revanche, le mariage est considéré comme un facteur de protection, les personnes mariées étant les moins susceptibles de se suicider[104] [105]. En plus de contrer la solitude, le mariage peut influencer positivement le niveau de vie compte tenu du statut socioéconomique favorable qu'il permet.

Figure 11 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide en ED selon l'état matrimonial pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

[l] Les PI inuites sont le plus souvent incarcérées à l'ED de Saint-Jérôme et l'ED d'Amos pour les hommes et à l'EDLL pour les femmes.

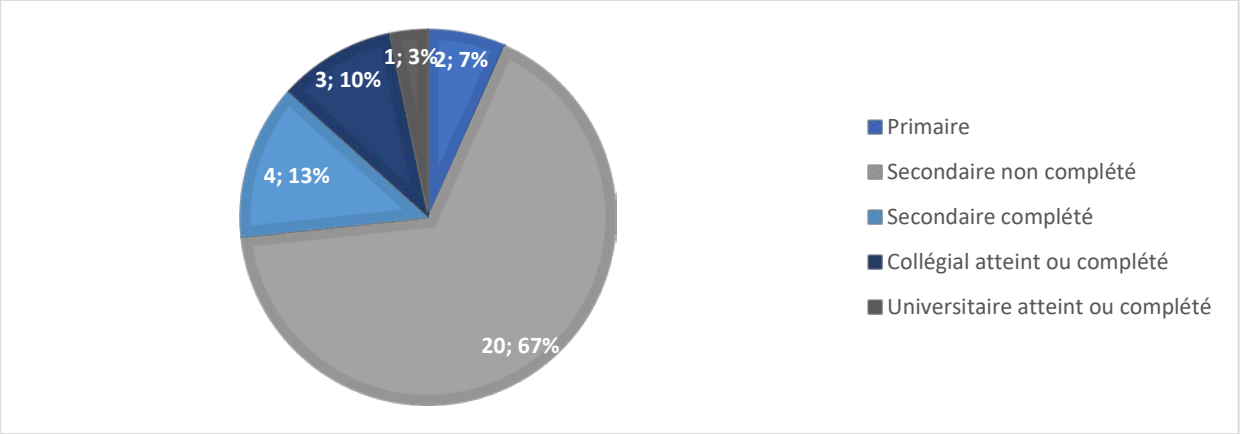
[m] Données à prendre avec précaution, car il s'agit d'une variable autodéclarée.

[n] Source : Institut de la statistique du Québec, 2017

Scolarité[o]

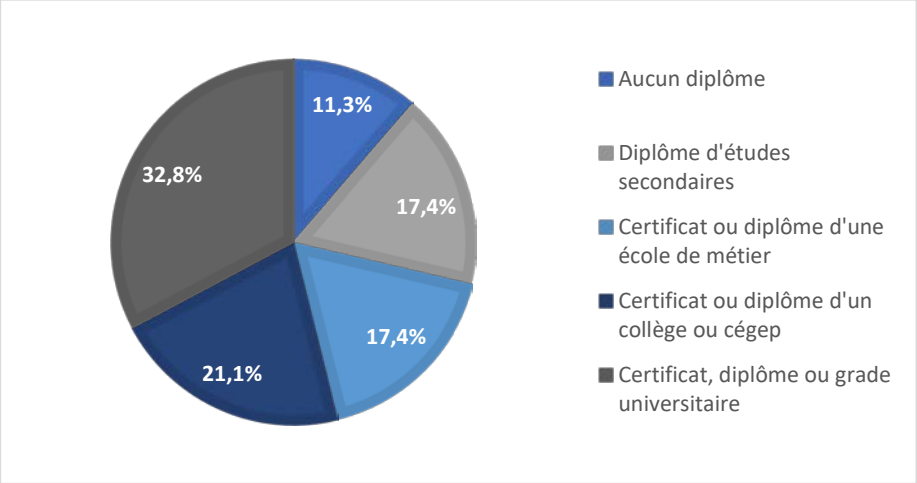
Tout comme pour les autres PI, celles qui composent l'échantillon possèdent une scolarité largement inférieure à celle de la population générale (voir Figure 13). Une forte majorité (73,4 %) n'a pas terminé ses études secondaires limitant fort probablement leurs ressources adaptatives dans plusieurs sphères de la vie (voir Figure 12).

Figure 12 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide en ED selon le niveau de scolarité pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Figure 13 : Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité déclaré au Québec en 2018



Source : Institut de la statistique du Québec, 2019

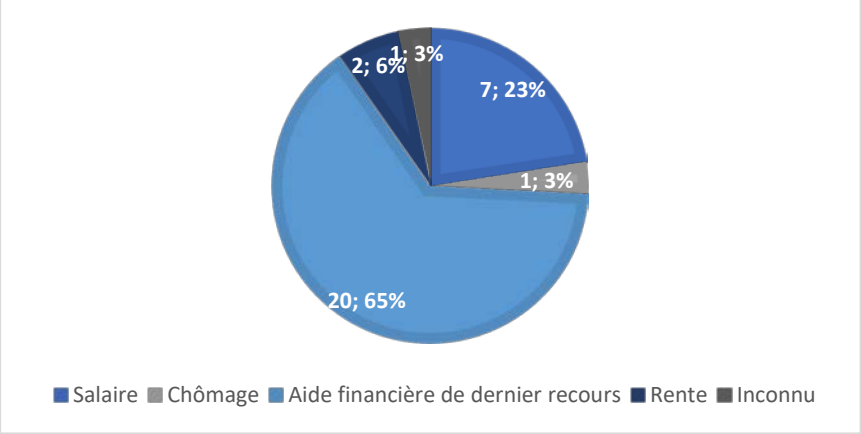
[o] Données à prendre avec précaution, car il s'agit d'une variable autodéclarée.

Source de revenus[p]

Les deux tiers des PI s'étant suicidées comptaient sur des prestations d'aide financière de dernier recours avant leur admission (voir Figure 14). Cette réalité a un impact défavorable sur les conditions de vie et les perspectives d'avenir de ces personnes. À titre comparatif, en mars 2018, le taux d'assistance sociale des personnes de 18 à 64 ans au Québec n'était que de 6 %[106].

Une forte relation existe entre l'absence d'emploi rémunéré et le suicide, mais ce lien est complexe[107]. Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus enclines à se retrouver sans emploi. La perte d'emploi, la saisie immobilière et l'insécurité financière qui en découle sont associées à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool[108].

Figure 14 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la source de revenus pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Données liées au suicide

Localisation

Les suicides se produisent tant dans les grands ED que dans les petits (voir Tableau 3). On remarque que les PI s'étant suicidées étaient majoritairement incarcérées dans un établissement du Réseau correctionnel de Montréal (RCM). Mais cette donnée doit être mise en perspective, car les ED de cette région ont aussi une PMQI plus élevée que celle des deux autres régions, soit les réseaux correctionnels de l'Est-du-Québec (RCE) et de l'Ouest-du-Québec (RCO). Ainsi, le taux de suicide du RCM (0,62 %), celui du RCE (0,59 %) et celui du RCO (0,57 %) sont très près de la moyenne provinciale (0,60 %).

Parmi les établissements, Baie-Comeau possède le taux le plus élevé de suicide (2,54 %) alors que Montréal et Sherbrooke se distinguent par des taux plus bas (respectivement 0,35 % et 0,33 %). L'EDLL, qui est l'objet d'une attention particulière dans ce rapport, présente un taux plus élevé (1,14 %) que la moyenne provinciale.

[p] Données à prendre avec précaution, car il s'agit d'une variable autodéclarée.

L’EDLL accueille spécifiquement une clientèle féminine dont les caractéristiques ont été abordées à la page 30. Il est à noter que les ED de Percé, de Roberval, de Sept-Îles et de Trois-Rivières n’ont connu aucun suicide durant la période de référence.

Tableau 3 : Nombre de PI décédées par suicide selon l'ED et le réseau correctionnel et taux par établissement pour la période de 2013-2014 à 2017-2018

Réseau correctionnel	Établissement	Nombre de PI suicidées	PMQI entre 2013-2014 et 2017-2018	Taux de suicide par établissement
Montréal	Montréal	5	1 412,5	0,35 %
	Rivière-des-Prairies	6	585,6	1,02 %
	Leclerc de Laval	3	262,1[q]	1,14 %
Sous-total Montréal		14	2 260,2	0,62 %
Ouest	Saint-Jérôme	2	447,1	0,45 %
	Hull	2	234,1	0,85 %
	Sherbrooke	1	298,8	0,33 %
	Sorel-Tracy	1	100,9	0,99 %
	Amos	1	136,7	0,73 %
Sous-total Ouest		7	1 217,6	0,57 %
Est	Québec	5	751,3[r]	0,66 %
	Baie-Comeau	2	78,6	2,54 %
	New Carlisle	1	89,0	1,12 %
	Rimouski	1	125,2	0,80 %
	Roberval	0	113,5	0 %
	Trois-Rivières	0	281,8	0 %
	Percé	0	41,8	0 %
	Sept-Îles	0	31,6	0 %
Sous-total Est		9	1 512,8	0,59 %
Total		30	4 990,6	0,60 %

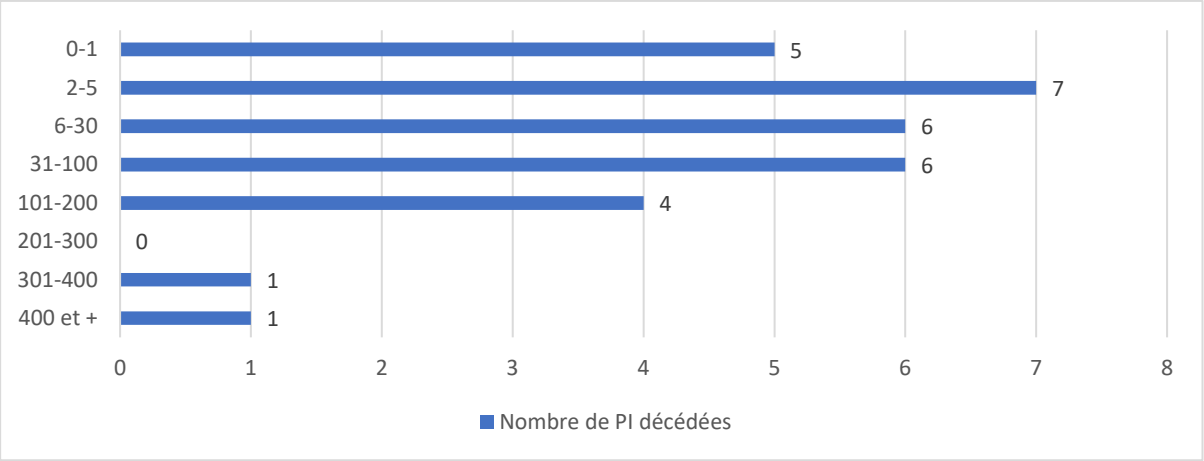
[q] La PMQI de l'EDLL est comptabilisée depuis 2014-2015 et inclut autant la clientèle masculine que féminine.
[r] La PMQI de l'ED de Québec inclut la clientèle masculine et féminine.

Source : Infocentre, MSP, 2018

Durée du séjour avant le suicide

La moyenne du séjour avant le suicide des PI composant l'échantillon est de 61 jours. Quatre-vingts pour cent (80 %) des suicides sont survenus dans les cent premiers jours de l'incarcération (voir Figure 15).

Figure 15 : Nombre de PI décédées par suicide selon la durée du séjour pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Comme il sera expliqué plus loin (page 53), dans de nombreux cas, le risque suicidaire des PI n'avait pas été détecté, car soit l'entrevue de dépistage n'a pas permis de le révéler ou soit il n'y a pas eu de rencontre de dépistage. De là l'importance de créer un contact avec chaque PI dès le début et tout au long de son incarcération pour établir des liens et être à l'affût d'indices révélateurs. Des rapports positifs entre le personnel et les PI ainsi que l'échange d'information entre les membres du personnel sont de nature à améliorer la connaissance de chaque PI. Ces aspects constituent des éléments mis de l'avant dans la philosophie d'intervention des Services correctionnels et dans les pratiques de la sécurité proactive, lesquelles seront abordées au chapitre 4.

Antécédent de suicide

Une PI possède des antécédents suicidaires lorsqu'elle a déjà fait une ou plusieurs tentatives, a eu des idéations suicidaires ou a eu des comportements autodestructeurs. Les antécédents comprennent également les tentatives et les suicides dans la famille et l'entourage.

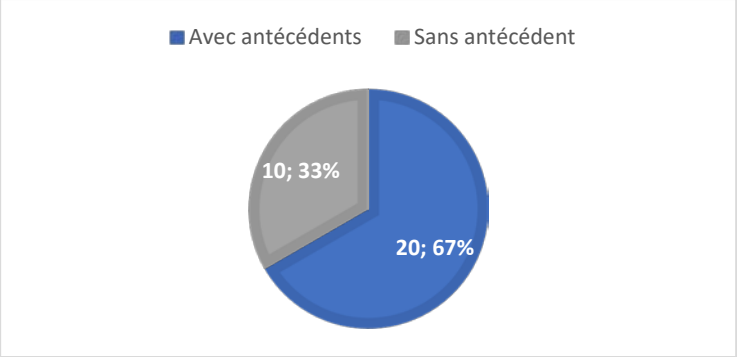
Les renseignements relatifs aux antécédents suicidaires d'une PI peuvent être obtenus à différents moments de son incarcération, par exemple au moment de l'accueil ou lors de l'évaluation du risque suicidaire effectuée au cours du séjour en détention. Les informations recueillies antérieurement sont aussi disponibles au dossier social ou dans DACOR, par l'intermédiaire d'une source externe (ex. : policier, médecin, famille) ou par le

biais des déclarations des PI. Il faut toutefois composer avec la possibilité que l'information demeure inconnue. En effet, d'une part, l'envie de révéler des conduites suicidaires peut varier selon la PI.

D'autre part, comme il sera vu à la section 3.3, il arrive que le renseignement, même lorsque recueilli, ne soit pas versé au dossier de la PI comme il se doit. Ce constat est fondamental étant donné que les antécédents constituent un important facteur lié au risque de décès par suicide.

Selon les renseignements obtenus dans cette étude, les deux tiers des PI avaient des antécédents suicidaires (voir Figure 16). Mais ce nombre pourrait être sous-estimé puisqu'il s'agit d'une variable en bonne partie autodéclarée.

Figure 16 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon les antécédents suicidaires connus pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, 2018

Méthodes de suicide

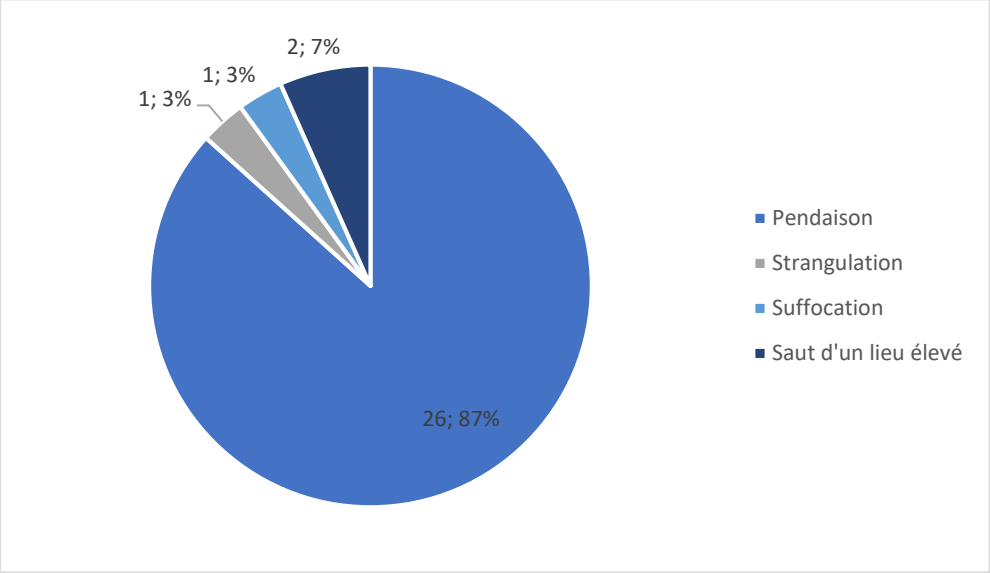
Les rapports du coroner permettent d'identifier les causes et les circonstances de décès des PI. Dans chacun des 30 cas étudiés, la cause du suicide a été clairement établie.

Comme dans la population générale[109], la pendaison, la strangulation et la suffocation sont les méthodes les plus communes pour s'enlever la vie (voir Figure 17). La pendaison est le moyen le plus utilisé en milieu carcéral puisque les conditions sécuritaires limitent les autres méthodes. En revanche, l'arme à feu et l'intoxication sont assez souvent employées dans les suicides qui surviennent dans la population générale, car l'accès à ces moyens est plus facile.

Même si l'idée de suicide fait son chemin dans l'esprit de la personne durant de nombreux jours ou semaines, l'acte de suicide constitue le plus souvent une réaction impulsive due à un facteur précipitant conjugué à une occasion de passer à l'acte[110]. L'accessibilité à des lieux en hauteur, à des médicaments ou à un environnement physique permettant la pendaison apparaît donc comme des facteurs de risque majeur[111].

En conséquence, des actions sont réalisées dans les ED visant à limiter l'accès à certains moyens de suicide et des correctifs sont apportés à la suite de recommandations des rapports d'enquête ayant décelé des lacunes sur ce plan.

Figure 17 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le moyen pour la période 2013-2014 à 2017-2018



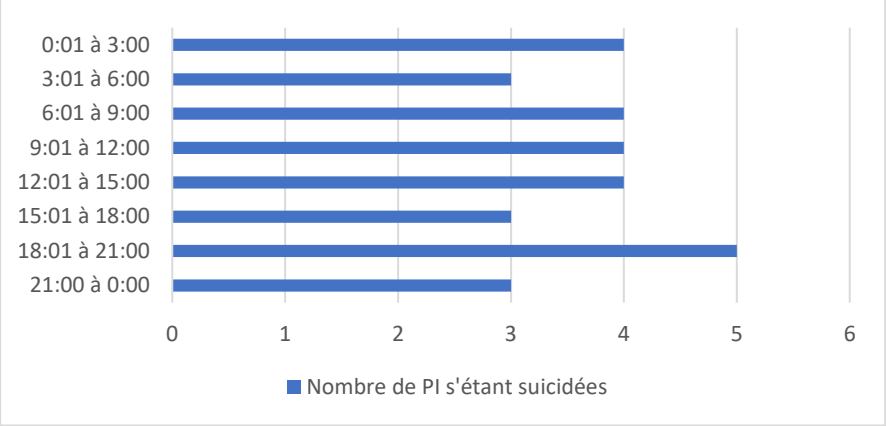
Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Moment du suicide

Les suicides se produisent généralement au moment où les PI sont en cellule d'isolement et que les effectifs sont à leur plus bas niveau, soit la nuit ou la fin de semaine, ainsi que lorsque les PI sont seules même dans les cas où, techniquement, elles partagent leur cellule avec quelqu'un d'autre. Un nombre disproportionné de suicides surviennent dans des cellules spéciales (confinement 23 h/24 h)[112].

Selon les cas étudiés, aucun moment de la journée ne ressort vraiment comme propice au passage à l'acte en ED hormis en début de soirée (voir Figure 18). La vigilance s'impose donc le jour comme la nuit.

Figure 18 : Nombre de PI décédées par suicide selon le moment où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018

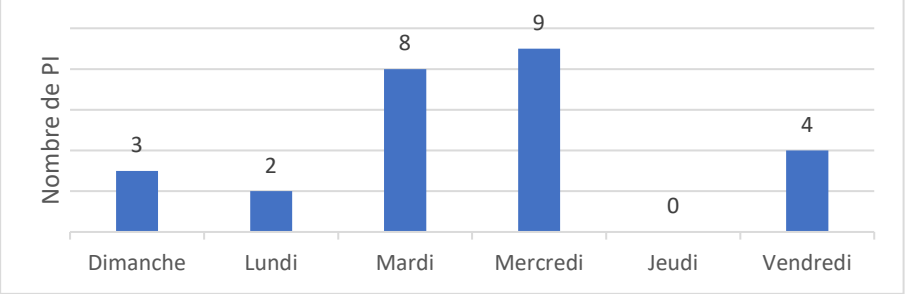


Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Toutefois, le jour de la semaine semble avoir un lien. Les mardis et mercredis voient un nombre particulièrement élevé de suicides se produire (voir Figure 19). Le Service correctionnel du Canada (SCC) observe également un plus grand nombre de suicides au milieu de la semaine atteignant un sommet le mercredi[113]. Une explication de cette situation pourrait résider dans le fait que les comparutions devant le Tribunal sont plus fréquentes en milieu de semaine. Comme on l'a vu plus précédemment, les PI en attente de procès sont plus fragiles. Il est d'ailleurs prévu dans l'instruction 2 1 I 06 sur la prévention du suicide que les PI ayant fait l'objet d'une comparution puissent bénéficier rapidement d'une rencontre avec un agent de dépistage du risque suicidaire (voir page 54).

Les samedis et dimanches ne sont pas en reste quant au nombre de suicides observés. L'organisation du travail de la fin de semaine est différente des autres jours sur plusieurs plans. Ainsi, les effectifs peuvent être restreints la fin de semaine. En outre, du personnel ayant moins d'ancienneté était souvent assigné la fin de semaine au début de la période étudiée. La vigilance auprès des PI pouvait s'en trouver réduite.

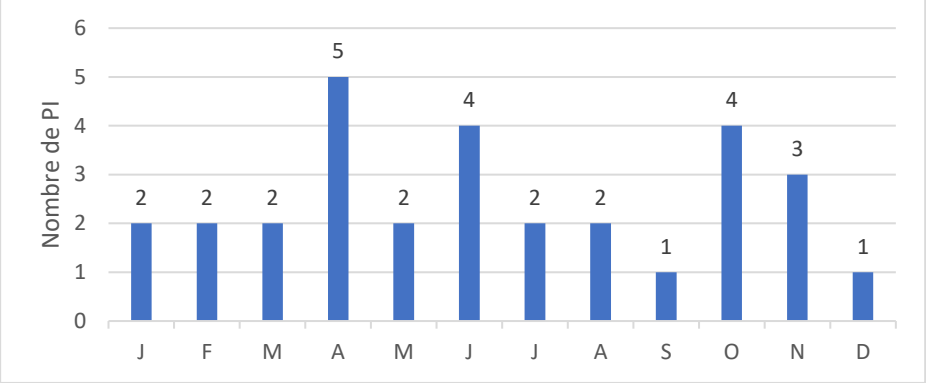
Figure 19 : Nombre de PI décédées par suicide selon le jour de la semaine où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Au demeurant, certaines périodes de l'année semblent plus propices (voir Figure 20). Les mois d'avril, de juin, d'octobre et de novembre ont vu un plus grand nombre de suicides se produire en ED.

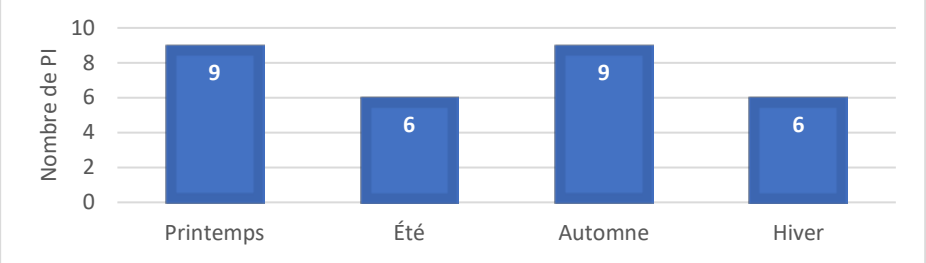
Figure 20 : Nombre de PI décédées par suicide selon le mois où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

En fonction des saisons, on constate un nombre plus élevé de suicides au printemps et à l'automne, mais aucune période de l'année n'est épargnée (voir Figure 21). Cette donnée est à comparer avec les résultats de travaux de recherche[114] qui portent à croire que les suicides dans la population générale suivent une tendance saisonnière avec un sommet au printemps et à l'été. Toutefois, ces études ne concernent pas spécifiquement la population carcérale, ce qui peut expliquer la variation des résultats.

Figure 21 : Nombre de PI décédées par suicide selon la saison où a eu lieu le suicide pour la période 2013-2014 à 2017-2018



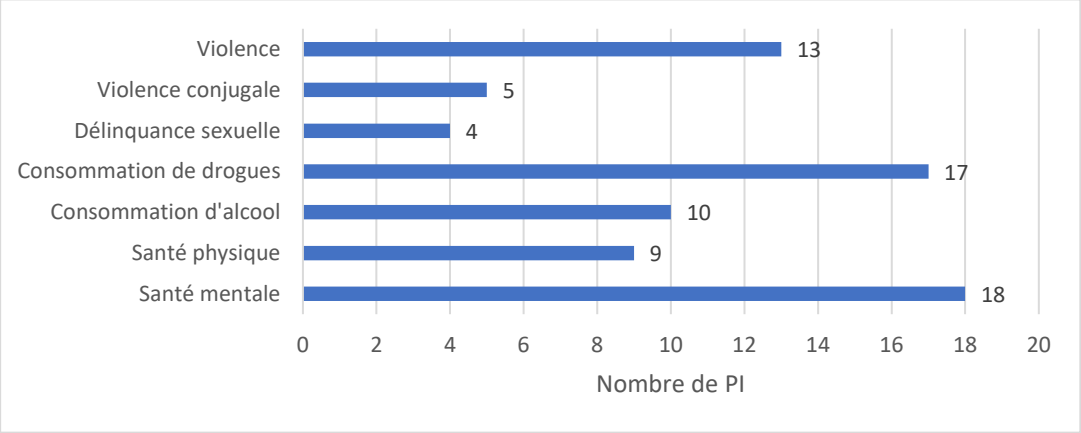
Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Problématiques de santé et psychosociales

Des renseignements relatifs aux problèmes des PI s'étant suicidées ont été recueillis dans le cadre de cette étude. Ils ont été regroupés en sept catégories : santé mentale, santé physique, consommation d'alcool, usage de drogues, délinquance sexuelle, violence conjugale et violence.

Les problématiques de chaque PI ont été repérées et dénombrées en fonction de l'information disponible dans les sources consultées. Chaque PI peut être aux prises avec plus d'un problème, ce qui explique que le total est supérieur au nombre de PI (voir Figure 22).

Figure 22 : Nombre de PI décédées par suicide selon les problématiques psychosociales pour la période 2013-2014 à 2017-2018[s]



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Santé mentale

Selon les données colligées, il ressort que plus de la moitié des PI s'étant suicidées (18 sur 30) présenteraient un ou plusieurs problèmes de santé mentale (voir Figure 22). L'information relevée fait état de troubles divers tels que : dépression, anxiété, schizophrénie, trouble bipolaire, troubles de la personnalité, trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du stress post-traumatique, troubles d'adaptation.

Dans le système DACOR, trois indicateurs de problèmes de santé mentale apparaissent et peuvent être sélectionnés : *psychiatrique*, *psychologique* et *dépressif*. À défaut de renseignements déjà consignés au dossier ou transmis par la PI elle-même, le dépistage des problèmes de santé mentale semble se limiter à l'observation de propos ou de comportements particuliers lors de l'admission ou en cours de détention. D'ailleurs, il s'avère que le personnel des ED n'a pas nécessairement accès aux informations se rapportant à la santé physique et mentale de la clientèle puisque les dossiers médicaux sont protégés par des règles d'accès à la confidentialité. Par ailleurs, certains de ces cas peuvent passer inaperçus, car certaines PI ont tendance à cacher leurs symptômes alors que d'autres ne reconnaissent pas du tout être aux prises avec de telles difficultés[115]. La stigmatisation associée à la demande d'aide lors de troubles mentaux ou en cas de verbalisations ou comportements suicidaires accentue la difficulté et augmente la résistance à l'intervention.

Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que ces problèmes demeurent méconnus pour plusieurs cas. Ce moyen de dépistage des problèmes de santé mentale n'est ni systématique ni efficace. Cette limitation pourrait être à l'origine d'une sous-estimation de la prévalence de cette problématique, rendant ardue l'évaluation des besoins de la clientèle par les membres du personnel.

[s] Les informations au dossier de la PI ont pu être obtenues par le biais de l'autodéclaration ou par l'intermédiaire d'une source externe. Il faut toutefois considérer que certaines PI peuvent être peu enclines à révéler certains de leurs problèmes. Une part importante des renseignements ont été recueillis dans les rapports d'enquête externe, puisque les dossiers sociaux sont plutôt pauvres dans ce type de détails. En outre, la variable « santé mentale » demeure difficile à compiler, car la confirmation d'un diagnostic officiel n'est pas toujours présente. Dans le doute, la variable a été considérée positivement.

De nombreuses études révèlent une incidence élevée de trouble de santé mentale chez les suicidés[116] [117] [118] [119] [120]. La recherche scientifique a démontré qu'entre 40 et 60 % des personnes décédées par suicide avaient consulté un médecin dans le mois précédant l'acte[121]. Sur les quelque 4 000 Canadiens qui se suicident chaque année, plus de 90 % sont aux prises avec des problèmes de santé mentale[122]. La dépression, la schizophrénie, les troubles de personnalité sont reliés au suicide. Néanmoins, la présence d'une pathologie mentale n'est pas déterministe, car la plupart des personnes qui souffrent de troubles mentaux ne poseront aucun geste suicidaire.

Une recherche menée par le CRISE en 2018-2019[123] a signalé que des troubles mentaux ont été trouvés dans un échantillon de 243 hommes incarcérés à l'ED de Québec et à celui de Trois-Rivières. De ce nombre, 43 détenus (17,7 %) présentaient une urgence suicidaire élevée ou un trouble mental grave.

Les problèmes de santé mentale sont donc bien représentés en détention[124] et pourtant l'accès aux professionnels, aux traitements et aux programmes de la communauté est limité en ED.

Santé physique

Les problèmes de santé physique sont présents chez 9 PI s'étant suicidées sur 30, ce qui constitue un nombre significatif (voir Figure 22). Les informations recueillies auprès de l'échantillon révèlent que plusieurs PI présentaient des problèmes de santé tels que : différents types de douleurs (dorsale ou due à l'arthrose par exemple), hépatite C, incontinence, épilepsie, fibromyalgie, apnée du sommeil, handicap ou état de rémission à la suite d'un cancer.

L'état de santé d'une personne peut affecter sa qualité de vie, son autonomie et sa santé mentale[125]. On a constaté que les comportements suicidaires sont deux à trois fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale[126]. Toutes les maladies associées à la douleur et au handicap physique peuvent être liées à un risque de suicide[127].

Lors de l'admission, les informations concernant les problèmes de santé physique suivants sont recueillies auprès de la PI : problème cardiaque, diabète et épilepsie. Les affections somatiques telles que la douleur chronique sont souvent peu considérées par le personnel en ED, lequel doit prioriser les cas urgents. Il faut rappeler que peu importe le type de problème de santé, une personne non incarcérée aurait accès à une prise en charge médicale pouvant apporter soulagement et réconfort, ce qui n'est pas nécessairement le cas en ED.

Consommation problématique de drogues et d'alcool

Les données recueillies laissent voir une importante prévalence du phénomène de consommation problématique (voir Figure 22). Ainsi, 10 PI avaient un problème de consommation de drogue, alors que 17 PI avaient un problème avec l'alcool. Ce type de problématique constitue un facteur de risque de suicide reconnu. Selon l'OMS, les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide[128]. Le risque de suicide augmente encore si, à cet usage, s'ajoutent des troubles psychiatriques. L'accès en temps opportun aux soins de santé ou psychosociaux est primordial pour réduire ce risque.

Violence

L'usage de comportements violents semble bien présent pour 13 PI sur 30 (voir Figure 22). À cet égard, bien que la commission de gestes autoagressifs et hétéro agressif peut être considérée comme des conduites opposées, les recherches ont montré que ces deux comportements coexistent et sont liés[129].

Autres problématiques

On constate que les PI aux prises avec des problématiques de violence conjugale (5 sur 30) et de délinquance sexuelle (4 sur 30) sont le moins représentés chez les PI s'étant suicidées (voir Figure 22). Il est néanmoins possible de relier la conduite suicidaire de ces PI à la stigmatisation associée à ce genre de délit. Par ailleurs, ces PI ont également pu être porteuses d'autres facteurs de risque de suicide (voir page 15) ayant davantage d'impact que les problèmes qui sous-tendent leur conduite délictuelle.

Conclusion du chapitre 2

À la fin de ce chapitre, on s'aperçoit qu'aucun profil type d'une PI décédée par suicide ne peut être dressé. Dans tous les cas, des facteurs de risque suicidaires étaient présents, mais dont le nombre et le type diffèrent.

Aucune des problématiques énumérées ci-dessus ne ressort comme étant déterminante et ne possède en soi de potentiel prédictif. D'ailleurs, la grande majorité des PI, qui sont également aux prises avec l'un de ces problèmes, ou une combinaison de ceux-ci, ne se suicident pas. Même la présence d'antécédents suicidaires ou de maladie mentale, qui sont fortement associés à ce risque, ne permet pas de prévoir, parmi les personnes qui en souffrent, qui va se suicider. En fait, la seule variable commune à toutes les PI de l'échantillon est leur statut d'incarcéré. En outre, peu importe le type de difficulté rencontrée, il faut aussi tenir compte de l'impression de manque de soutien. Selon la façon dont chacun vit la situation, l'écart perçu entre le support réel et idéal peut conduire à de la détresse ou à une moindre capacité de faire face à l'adversité.

En somme, les données recueillies offrent un certain éclairage quant aux facteurs de risque à considérer lors du dépistage. Le suicide dans un contexte carcéral est le résultat de la combinaison d'interactions de la vulnérabilité des personnes, de la survenue d'événements ou de facteurs défavorables et de la qualité de l'environnement. Plusieurs de ces éléments sont situationnels ou dynamiques, donc modifiables. Il est donc possible d'agir sur ces aspects. Ces constats sont de nature à influencer la façon de prévenir le suicide dans les ED. En effet, ils soulignent l'importance de relever la présence de symptômes qui peuvent être traités et de prodiguer des soins qui peuvent avoir un impact sur le risque de suicide.

3. La prévention du suicide en milieu carcéral

Les données présentées dans le chapitre précédent démontrent que le phénomène du suicide en milieu carcéral doit être pris au sérieux. Il est essentiel de poursuivre les efforts en vue d'en réduire la prévalence. Une réponse des Services correctionnels qui cible les besoins des PI à risque suicidaire comporte plusieurs avantages. Elle permet :

- d'atténuer la souffrance des PI;
- de diminuer les effets invalidants de l'état psychologique des PI pour optimiser leur participation aux programmes correctionnels;
- de prendre en considération le lien entre la santé mentale et le risque criminel;
- de concourir au maintien d'un milieu carcéral sécuritaire;
- de contribuer à sa mission de réinsertion sociale.

Il est utile de se rappeler les raisons pour améliorer les pratiques de prévention du suicide :

- Le taux de suicide en ED est plus élevé en milieu carcéral que dans la population générale[130] [131]. La réduction du nombre de suicides est un objectif important en matière de santé au Québec et à l'échelle mondiale.
- Les ED 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.
- Un suicide dans un ED qui fait l'objet d'attention médiatique peut prendre de l'ampleur et mobiliser considérablement l'appareil gouvernemental, le niveau politique, voire judiciaire.
- Le comportement suicidaire des détenus constitue un événement stressant pour les intervenants correctionnels et les autres PI qui y sont confrontés.

C'est pourquoi la prestation de services adéquats en matière de prévention du suicide est bénéfique tant pour les PI que pour les ED et pour la société.

Ce chapitre passe en revue différents aspects liés à la prévention du suicide en ED. Ainsi, on y aborde l'instruction sur la prévention du suicide des Services correctionnels, d'autres instructions pertinentes, des constats de recherche portant sur la problématique du suicide et sur les efforts des Services correctionnels pour favoriser sa mitigation, les enquêtes administratives effectuées à la suite d'un décès par suicide et finalement les programmes de prévention du suicide offerts dans d'autres administrations.

3.1 L'évolution des pratiques en matière de prévention du suicide aux Services correctionnels

Un programme de prévention du suicide est de nature à améliorer la connaissance, l'habileté et la confiance du personnel ayant à intervenir auprès de PI suicidaires. Or, aux vues des données recueillies (voir Figure *3* à la page 26), les suicides des PI semblent se produire en dépit des moyens mis en œuvre successivement par les Services correctionnels. Ainsi, malgré les outils et la formation mise en place depuis une dizaine d'années, le nombre de suicides a fluctué de façon indépendante au cours de cette période. Il y a lieu de se pencher sur les caractéristiques de l'instruction sur la prévention du suicide des Services correctionnels et de ses effets.

Origine des mesures en prévention du suicide

La question du suicide carcérale est apparue comme un enjeu pour les Services correctionnels au tournant des années 1990[132] où un groupe de travail a mené une étude sur le sujet. En effet, il est notable de constater que le phénomène à l'origine du présent rapport, soit une hausse des suicides, a déjà fait l'objet d'une réflexion analogue en 1989 dans un contexte de recrudescence présumée des suicides en ED. La collecte de données de l'époque a finalement démontré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation, dès lors que le nombre de suicides en 1989 était comparable aux années antérieures. Toutefois, il est compréhensible que la situation ait pu sembler alarmante, car plusieurs suicides ont eu lieu en peu de temps dans le même ED. Les chercheurs ont proposé l'effet d'entraînement comme explication à ce phénomène (voir encart sur le mimétisme page 14).

Néanmoins, certains constats ont été relevés dans cette étude :

- La population carcérale est à haut risque de suicide en raison de ses caractéristiques psychosociales et de facteurs liés à l'incarcération;
- Il y a peu de prévention;
- Les mesures d'intervention sont disparates;
- Il y a peu de formation;
- Il n'y a pas d'organisation spécifique et structurée dédiée à la prévention du suicide.

Par conséquent, le groupe de travail a recommandé la mise en place d'un programme provincial de prévention du suicide à l'instar de ce qui se faisait dans d'autres administrations.

L'implantation du programme dans tous les ED s'est déroulée de 1990 à 1993. Il prévoyait pour chaque ED :

- La désignation d'un responsable local
- La formation d'un comité de prévention du suicide
- La création des EIS composée d'agents des services correctionnels (ASC)
- L'évaluation annuelle du programme

À l'échelle provinciale, le programme prévoyait :

- Le développement et la planification d'une formation spécialisée de quatre jours spécifiques au milieu carcéral avec le Centre de prévention du suicide[t]
- L'utilisation de deux grilles d'évaluation :
    - critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral
    - grille d'évaluation du risque en milieu carcéral

Dans les années qui ont suivi, une grande enquête publique a été conduite par le Bureau du coroner[133] pour clarifier les causes et circonstances du décès par pendaison de douze PI en 1995 et 1996. L'enquête a fait ressortir des failles importantes notamment relativement aux procédures de dépistage et dans le mécanisme d'échange d'information. Elle a proposé l'abandon du programme de prévention du suicide de l'époque et a préconisé la mise en place d'un autre programme à être élaboré avec le concours d'intervenants externes tels que les centres de prévention du suicide, des psychiatres, des psychologues et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elle recommandait que ce programme fasse l'objet d'une évaluation au terme de cinq ans.

[t] Aujourd'hui, l'organisme collaborateur est l'AQPS.

Elle suggérait aussi de mieux repérer les PI souffrant de maladie psychiatrique ou en sevrage de drogue ou d'alcool en vue d'une prise en charge médicale. Pour combler ces lacunes, le MSP s'est associé au MSSS pour la réalisation d'un projet de recherche dans le but d'améliorer le dépistage. De cette étude a découlé l'utilisation systématique d'une grille d'évaluation du risque.

S'en est suivi la mise en place d'une EIS dans les ED. Cette équipe est composée d'ASC formés pour intervenir en contexte d'urgence suicidaire. Contrairement au SCC pour qui la prévention du suicide est un élément de sa Stratégie en matière de santé mentale[134], les Services correctionnels ont choisi de confier les activités de prévention du suicide à son personnel de garde plutôt qu'à du personnel spécialisé en soins de santé.

Fondement de l'instruction provinciale

Depuis 2005, une compilation des tentatives de suicide et des suicides en ED est effectuée annuellement par les Services correctionnels. C'est en 2008 qu'est officiellement instituée au niveau provincial l'instruction 2 1 I 06 intitulée *Prévention du suicide*, laquelle est présentée en détails à la page 52. Il ne s'agit donc pas d'un programme de prévention du suicide à proprement parler[135]. Dans son rapport de 1997[136], le Coroner dénonçait le fait qu'il n'y avait pas de véritable programme de prévention, mais seulement des instructions. C'est encore le cas aujourd'hui.

Cette instruction découle de l'obligation des Services correctionnels de respecter les droits à la vie et au secours garantis par les chartes et d'assurer la sécurité et la protection des personnes sous sa responsabilité, et ce, conformément à la Loi sur le système correctionnel du Québec. Elle a depuis été mise à jour à quelques reprises, la dernière modification datant de février 2014.

Cette instruction a pour but de prévenir l'apparition et l'aggravation de comportements pouvant mener au suicide. Elle vise à :

- faire connaître aux membres du personnel les pratiques en prévention du suicide;
- assurer le développement, le maintien, l'uniformité et la cohérence de ces pratiques;
- définir les responsabilités des divers intervenants;
- préciser les modalités d'échanges d'information (intérieur et extérieur);
- établir un mécanisme de référence.

L'instruction spécifie que le dépistage de la vulnérabilité du risque suicidaire doit être effectué auprès de toutes les PI lors de leur admission et qu'une intervention continue est prévue pour toutes celles présentant un risque ou un comportement suicidaire. Elle souligne l'importance de la communication entre les intervenants internes ou externes aux Services correctionnels et la référence des PI aux services appropriés.

Avec l'instruction est mis en place un nouvel outil de dépistage, soit l'EERS, laquelle sera abordée plus en détail à la page 54. Un second outil sera introduit en 2013 (voir page 57), la GEDPAS. Ces grilles sont ainsi devenues la pierre angulaire de la procédure de prévention du suicide des Services correctionnels.

Bien que notable, la réponse des Services correctionnels au problème de suicide carcéral ne s'aligne pas sur les multiples recommandations qui lui ont été adressées par le passé voulant que l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie des PI soient priorisés.

Les résultats obtenus jusqu'à maintenant avec la mise en œuvre de l'instruction sur la prévention du suicide militent en faveur d'une remise en question de l'avenue prise à l'époque par les Services correctionnels.

Portrait de la problématique du suicide

En 2009, un portrait de la problématique du suicide en milieu carcéral a été produit[137]. Cette étude conclut que la situation du Québec est peu enviable en matière de suicide en milieu carcéral lorsque comparée aux autres provinces et même avec des pays européens.

Ce portrait montre que la moyenne annuelle de cas de suicides dans les ED du Québec a, pour la période de 2003 à 2008, diminué de moitié par rapport à la moyenne de la période 1997-2002 démontant un signe encourageant. Malheureusement, les données subséquentes ont démontré que la tendance s'est plutôt renversée (voir Figure 6 à la page 29).

Il est rappelé dans ce rapport les cas dits « classiques » de suicide, lesquels continuent de se produire, soit dans les premières heures de l'arrivée en ED, soit lors d'un placement d'une PI en isolement ou encore dans des conditions où la communication est déficiente. Les constats de ce portrait de 2009 et ceux relevés dans la présente recherche présentent des similitudes laissant croire que la situation a peu évolué depuis cette époque.

Rapport spécial du Protecteur du citoyen

En 2011, le Protecteur du citoyen diffusait son rapport intitulé *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*[138]. Il faisait le constat que l'organisation des services de santé et de services sociaux pour les PI qui ont un problème de santé mentale présentait d'importantes lacunes, dont celles-ci :

- À l'admission, il n'y a pas de dépistage systématique des problèmes de santé mentale (sauf pour l'évaluation du risque suicidaire). N'étant pas dépistées, ces PI ont peu de chances de recevoir les services requis.
- Le personnel est peu appuyé dans l'intervention auprès des PI et ne dispose pas toujours d'un accès à du personnel soignant pour l'assister et le conseiller. Lors de situations de crise, le recours à l'isolement et à la contention peut s'avérer la seule alternative.
- L'accès à certains services, notamment en matière de réadaptation et de suivi psychosocial, est déficient. La consultation médicale en psychiatrie est aussi peu accessible.

On retrouve donc une offre de services qui ne répond pas aux besoins d'ensemble des PI. Cette situation complique la prise en charge adéquate des PI par le système carcéral et l'atteinte des objectifs correctionnels. Enfin, elle nuit par ailleurs aux efforts de réinsertion sociale à la suite de l'incarcération.

Dans ce contexte, le Protecteur du citoyen proposait qu'un partage clair des rôles et des collaborations soit instauré. Il soutenait que la responsabilité de la dispensation des services sociosanitaires aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale en milieu carcéral devait être dévolue au MSSS. Il recommandait de s'assurer que les objectifs que poursuivent les équipes soignantes et le personnel correctionnel fassent l'objet d'un meilleur arrimage, notamment par la réalisation en équipes multidisciplinaires de plans intégrés d'intervention visant à la fois l'atteinte des objectifs sociosanitaires et correctionnels. Il proposait également le développement d'une vision clinique cohérente permettant :

- la mise en place d'un dépistage systématique des problèmes de santé mentale à l'admission, puis la prise en charge adéquate et continue durant l'incarcération;
- le partage efficace de l'information pertinente entre les intervenants des services de santé et les intervenants correctionnels, partage qui respecte les règles relatives à la confidentialité;

- le soutien au personnel dans les situations de crise et l'offre de formation adaptée aux ASC concernant l'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;
- le développement des moyens novateurs pour favoriser l'accès aux services, comme le recours à la télépsychiatrie.

Description de l'instruction sur la prévention du suicide

L'instruction 2 1 I 06 sur la prévention du suicide[139] se base sur une approche globale qui comporte quatre volets : prévention, intervention, postvention et promotion de la santé mentale.

Volet 1 : Prévention

La prévention regroupe les interventions visant surtout à prévenir l'apparition de comportements suicidaires et leur aggravation. Selon l'instruction, tous les membres du personnel doivent être à l'affût de toute information pertinente permettant de cibler la présence de facteurs de vulnérabilité ou de risque suicidaire chez les PI, consigner au dossier cette information et la transmettre au chef d'unité (CU). Celui-ci doit alors décider des interventions à appliquer.

Il est possible de percevoir des signes avant-coureurs d'un risque suicidaire dans la vie quotidienne des PI (voir page 16) et les suicides ont généralement lieu en cellule. Le personnel correctionnel étant en première ligne dans la prévention du suicide, l'élément essentiel de l'instruction est donc la formation du personnel.

Formation

Le Programme d'intégration à la fonction d'agent des services correctionnels (PIFASC)[140], conçu par des spécialistes de l'École nationale de police du Québec et des Services correctionnels est offert depuis 2010. D'une durée de 376 heures, il s'échelonne sur une période de neuf semaines. Il a été élaboré selon une approche de développement de quatre compétences principales (prise en charge, accompagnement, encadrement et intervention en cas de crise) pour que l'étudiant puisse agir de manière efficace et sécuritaire tout en favorisant la réinsertion sociale de la PI.

Cette formation inclut des séminaires thématiques qui touchent les comportements humains tels que le suicide et sa prévention, la maltraitance des aînés, la violence, la toxicomanie, la santé mentale, la multiethnicité et l'itinérance. L'ensemble de ces thèmes composent seulement 4 % de la formation totale. La problématique du suicide, pour sa part, est abordée dans le cadre d'un séminaire de six heures dont l'objectif est essentiellement informatif. Il comporte différents sujets, dont les suivants : les assises légales et cliniques, les rôles et les responsabilités, les statistiques, les mythes et réalités, le processus de crise suicidaire, les facteurs de risque, le dépistage et les actions à prendre. En plus de ces éléments théoriques, la formation propose un volet éducatif visant l'utilisation de l'EERS.

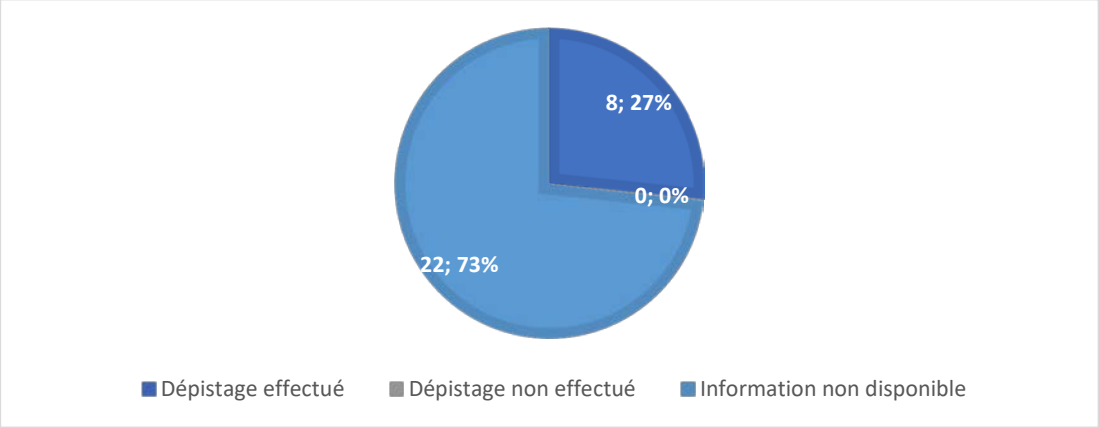
En 2013, les Services correctionnels ont mis en place un programme provincial de formation en prévention du suicide destiné à tous les membres de l'EIS à tous les CU. Une EIS est mise en place dans chaque ED. Les membres de l'EIS sont désignés par le directeur d'établissement autant que possible parmi le personnel ayant indiqué leur intérêt pour ce faire. Le programme de formation est donné par des formateurs accrédités par l'AQPS.

La formation nécessite une actualisation tous les trois ans. Malgré ce qui précède, seule la moitié des CU ont reçu cette formation en 2017-2018 et le processus de mise à jour de la formation chez les membres EIS n'est pas instauré[u]. En 2019, le nombre de membres actifs EIS était de 278[v] pour un effectif total d'ASC de 2 859[w]. Il est impossible de savoir sur quelle base ce nombre est retenu et s'il est suffisant pour répondre aux besoins des PI.

Dépistage systématique à l'admission

La première occasion de déterminer le risque de suicide a lieu lors de l'admission en ED où un ASC vérifie auprès de la PI si elle présente un tel risque. Il est fort difficile de savoir si ce dépistage a effectivement été réalisé dans les cas étudiés puisque, pour la majorité d'entre eux, l'information n'était pas disponible (réf. : Figure 23). Les renseignements relatifs aux « tentatives de suicide » et aux « antécédents suicidaires » doivent être inscrits obligatoirement dans le système DACOR et dans le formulaire de classement. La procédure exige que toutes les mises à jour subséquentes doivent être effectuées immédiatement. Le cas échéant, cette information doit être transmise au CU. Or, il sera mentionné plus loin que des lacunes importantes en la matière se sont avérées (voir page 64).

Figure 23 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide ayant fait l'objet d'un dépistage à l'admission pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

[u] Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2020
[v] Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2020
[w] Source : Étude des crédits 2018-2019

Évaluation par un agent au dépistage

L'EERS est utilisée par un agent au dépistage auprès de toutes les PI nouvellement admises. Pour l'entrevue, un endroit favorisant l'échange et la confidentialité doit être disponible; exigence qui n'est pas toujours respectée selon les informations recueillies (voir page 64). L'agent au dépistage doit consulter le dossier social de la PI en prévision de cette rencontre.

Lorsque la PI répond « oui » à au moins une des neuf questions comprises dans l'outil de l'EERS, l'agent au dépistage doit aussitôt consigner l'information dans DACOR et la transmettre sans délai au CU ou à un autre responsable du quart de travail. Ce dernier a pour responsabilité d'adapter l'intervention auprès de la PI potentiellement suicidaire selon sa situation durant une période pouvant aller jusqu'à 30 jours. Les outils d'évaluation remplis et tout autre renseignement pertinent doivent être versés dans le système DACOR ainsi qu'au dossier social de la PI sous un onglet spécialement identifié. Cette information doit être transmise lors d'un transfert d'établissement. Toutefois, comme le démontre la collecte de données, ces bonnes pratiques ne sont pas toujours suivies.

Par la suite, les membres du personnel doivent constamment être à l'affût de toute information permettant de déceler la présence de facteurs de vulnérabilité ou de risque suicidaire chez les PI dont ils sont responsables, même lorsque celle-ci n'a donné aucun signe à ce sujet à l'occasion du dépistage.

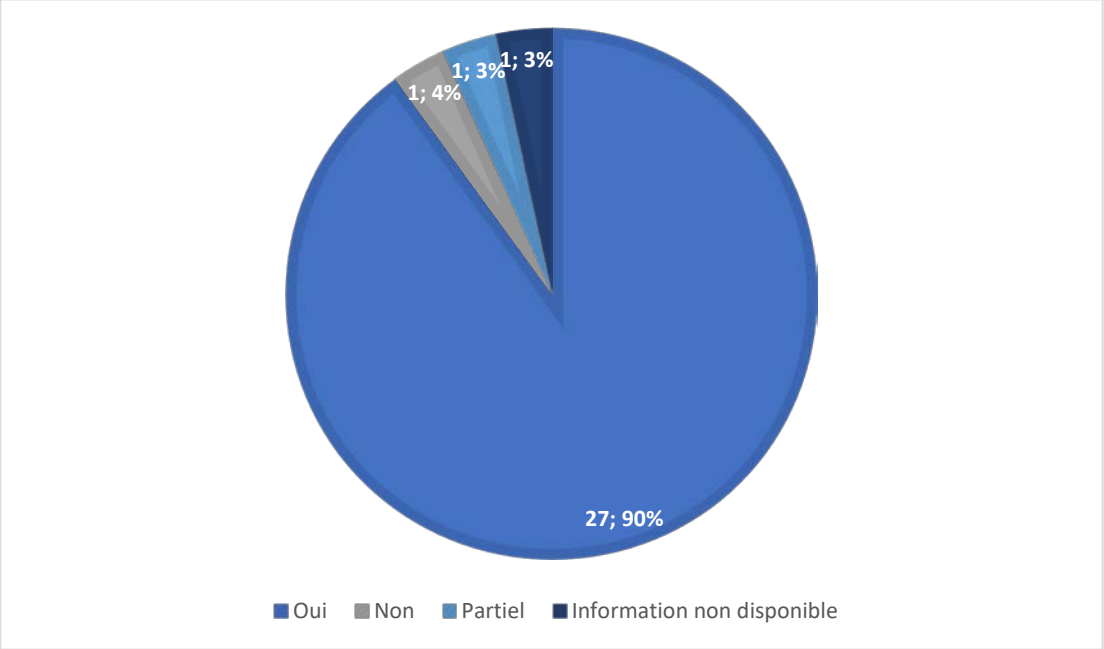
Profil d'aidant

Certaines attitudes et compétences sont indispensables pour établir un lien de confiance et intervenir avec une personne suicidaire. La capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre et celle de savoir composer avec une personne agressive plutôt que de réagir d'une manière défensive est essentielle. Un intervenant empathique aura l'aptitude à mettre des mots pour des personnes désespérées, mais qui demeurent silencieuses.

Ils doivent également être attentifs à la survenance d'événements risquant d'accroître la vulnérabilité suicidaire de cette PI (ex. : retour à la suite d'une comparution à la Cour, d'une évaluation psychiatrique, changement de statut de la PI, suicide d'une autre PI, etc.). À partir du moment où de telles situations se présentent, cette PI doit être rencontrée dans les plus brefs délais par l'ASC responsable de son suivi ou par tout autre membre du personnel mandaté par le CU. Toutefois, les informations recueillies font ressortir des lacunes sur ce plan comme il sera vu à la page 64.

L'analyse des cas étudiés montre que l'administration d'une EERS a été effectuée au moins une fois au cours de la dernière incarcération chez la majorité des PI suicidées (27 sur 30), mais il y a peu d'évidence que l'exercice a pu être répété en fonction de la survenue d'événements le nécessitant (voir Figure 24 à la page 55). En outre, certaines grilles EERS se sont avérées mal remplies ou encore l'interprétation des résultats était non conforme. Au surplus, les formulaires EERS étaient souvent absents du dossier et le niveau de risque n'était pas toujours inscrit sur le document. À cela s'ajoute le fait que les CU, pourtant responsables de l'application des moyens découlant de l'évaluation, ne sont pas tous formés sur la prévention du suicide.

Figure 24 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon la réalisation de l'évaluation du risque à l'aide de l'EERS pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Le dépistage consiste à repérer les PI vulnérables et les circonstances propices au suicide. Lorsqu'une PI déclare elle-même qu'elle a des idées suicidaires, le système réagit facilement et met en œuvre sa procédure. Ce qui est difficile, c'est de prévenir un suicide qui n'est pas annoncé clairement ou qui ne l'est pas du tout. C'est pourquoi cette tâche représente un défi. Comme mentionné précédemment, plusieurs facteurs de risque sont présents chez un grand nombre de PI et il est difficile de discerner parmi ces PI celles qui sont, ou deviendront, à risque.

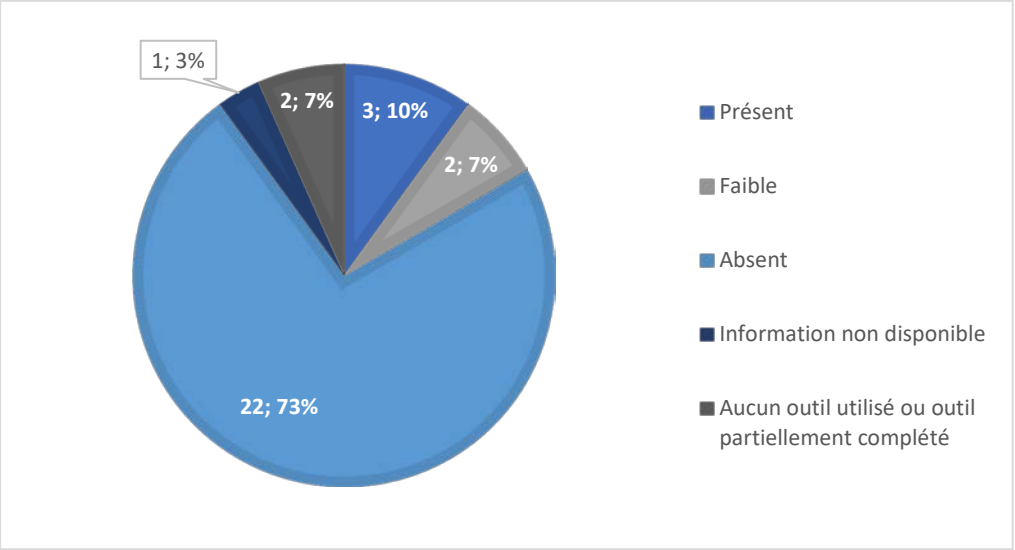
Le stress et la peur vécus dans un environnement carcéral sont peu propices au dévoilement. Les agents doivent cultiver un type de relation qui incite la PI à exprimer son désespoir. Il est judicieux d'obtenir l'avis des codétenus et d'autres membres du personnel (enseignants, animateurs, etc.) qui sont susceptibles d'observer des signes ou des changements dans le comportement de la PI.

Il est difficile d'établir le volume de dépistage journalier, puisque chaque PI doit faire l'objet d'un dépistage au moins une fois lors de l'admission, mais elle peut aussi l'être à d'autres occasions au cours de son séjour carcéral. À ce propos, il est utile de connaître le nombre de PI admises dans les établissements de la province qui atteignait une moyenne quotidienne de 120 et une moyenne annuelle de 43 920, pour la période 2013-2014 à 2017-2018[x]. Il faut rappeler qu'il y a 278 membres EIS au total, lesquels ne sont pas tous présents chaque jour.

[x] Source : Infocentre, 2020.

Dans la Figure 25, il est remarquable de noter que le plus récent niveau de risque évalué est identifié comme « présent » chez seulement trois PI s'étant suicidées, ce qui signifie que 27 PI se sont suicidées malgré le fait que le niveau de risque était évalué comme absent ou faible ou encore que cette information n'apparaît pas sur la grille de dépistage.

Figure 25 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon le résultat du plus récent niveau de risque suicidaire évalué par l'un des outils (EERS ou GEDPAS) pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Selon l'OMS[141], malgré l'importance des procédures de dépistage, ces dernières ne jouent pas un très grand rôle dans la prévention du suicide en milieu carcéral. Il informe ponctuellement le personnel du niveau de risque d'une PI, mais il ne permet de prévoir ni le moment où pourrait se produire un suicide, ni quels seraient les facteurs déclencheurs. Les trajectoires de vie sont souvent complexes, c'est pourquoi la prévention du suicide ne doit pas se restreindre à la passation d'une grille lors de l'admission. En fait, l'expérience montre qu'il ne suffit pas d'évaluer les PI à leur arrivée, mais il est nécessaire de le faire à intervalles réguliers tout au long de l'incarcération. En outre, pour être efficace, la prévention du suicide doit faire appel à l'observation régulière par du personnel formé et à l'affût d'indices de risque chez les PI[142].

Volet 2 : Intervention

Ce volet regroupe toutes les actions posées par les membres du personnel avant, pendant et après une crise suicidaire.

À la suite de l'information qui lui est acheminée par un membre du personnel ou par toute autre personne, le CU ou le responsable du quart de travail décide des interventions appropriées à appliquer dans les circonstances.

Ainsi, le CU peut demander à un membre EIS une intervention plus précise à l'aide de la GEDPAS. Cet outil a été introduit en 2013 afin de bonifier l'offre de service en prévention du suicide. Cette grille est employée pour approfondir l'évaluation du risque suicidaire. Elle comporte les sept facteurs qui sont le plus associés au suicide tel que vu au chapitre 1. Un projet visant à tester cette grille et son application par les membres EIS avait été planifié en 2019 par les Services correctionnels, mais sa réalisation n'a pas encore débuté.

La grille GEDPAS n'est pas conçue pour être utilisée comme un simple questionnaire, mais comme un outil clinique servant à guider l'intervention. Elle favorise une intervention orientée vers les solutions et permet d'assurer la cohérence et la continuité des actions préventives.

La grille de dépistage est fort utile, mais il est aussi souhaitable de s'attarder aux caractéristiques et vulnérabilités particulières de la PI. Il faut se rappeler que pour les PI fragiles, les exigences de la prison peuvent dépasser leurs ressources personnelles.

Pour estimer le danger, le membre EIS explore la situation et travaille sur l'ambivalence en posant une question relative à chacun des sept facteurs. Cette façon de faire a pour but de faire émerger des solutions et de cibler des leviers d'intervention.

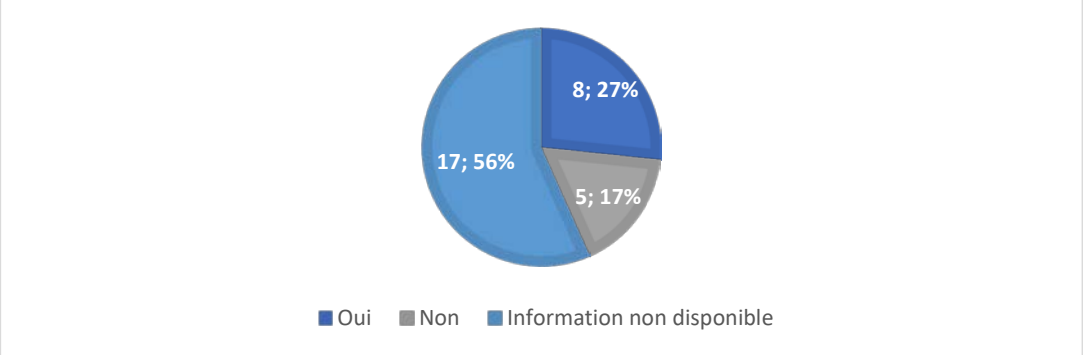
Comportements manipulateurs

Si le personnel estime que certaines PI pourraient essayer 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 cette manœuvre. Cependant, les tentatives de suicide, peu importe leur motivation, peuvent entraîner la mort même si ce n'était pas le but recherché[48].

En outre, la manipulation est une solution prévisible, voire normale, pour une personne en situation de privation et qui tente de se reconstituer un univers acceptable[81].

Les gestes suicidaires assortis d'une intention ambivalente devraient être considérés comme un moyen mésadapté de manifester un problème. Pour certains, c'est une question de survie. Le problème ici n'est pas la façon de qualifier le comportement, mais de déterminer la bonne manière d'y réagir. Elle pourrait consister alors à s'informer des difficultés de la PI et la soutenir plutôt que l'ignorer.

Figure 26 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon l'administration de la grille GEDPAS pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

L'administration de la GEDPAS mène à une estimation finale :

Tableau 4 : Niveaux de risque et intervention préconisée à la suite de l'administration de la GEDPAS

Code couleur	Niveau de risque	Intervention préconisée
Vert	Absence de risque	Orienter
Jaune	Risque faible	Référer
Orange	Risque grave à court terme	Accompagner
Rouge	Risque grave imminent	Accompagner

Au regard des résultats obtenus, le membre EIS doit fixer un but à atteindre, puis trouver des solutions, le tout en collaboration avec la PI. L'objectif étant de lui permettre de se réapproprier le contrôle de son existence.

Dans l'échantillon étudié, il a été possible de constater que 27 % des cas (voir : Figure 26) ont fait l'objet d'une évaluation avec la GEDPAS. Cette information demeure toutefois inconnue pour une moitié des dossiers (56 %).

Les résultats du plus récent niveau de risque sont exposés à la Figure 25. Le niveau est considéré comme présent pour 10 % des cas et faible pour 7 % des cas. Il est notable que le niveau de risque ait été estimé absent pour la majorité (76 %) des PI suicidées. Or, manifestement, tous ces cas présentaient un niveau de risque grave qui n'a pourtant pas été détecté. Selon ce qui est préconisé dans la GEDPAS, le niveau absent ne mène pas à une intervention de type « référer » ou « accompagner », mais plutôt de type « orienter » (voir Tableau 4). Ces PI n'ont peut-être pas reçu le niveau d'intervention requis par leur véritable niveau de risque.

Selon les circonstances et les besoins de la PI, le CU peut décider de l'une ou plusieurs des interventions suivantes :

En cas de crise suicidaire :

- la référence immédiate à un membre de l'EIS en vue de désamorcer la crise ou;
- la référence aux soins de santé pour la prise en charge de cette PI.

D'ordre sécuritaire :

- l'utilisation d'une cellule adaptée, c'est-à-dire dépourvue de composantes (grillage, crochet, tuyau, couverture, etc.) ou d'objets pouvant faciliter le passage à l'acte suicidaire;
- l'utilisation d'une cellule à occupation double (il peut dans ce cas, s'il l'estime approprié, aviser le codétenu de la situation);
- l'utilisation d'une cellule avec caméra;
- l'utilisation d'une cellule d'isolement (capitonnée);
- l'utilisation de matériel antisuicide, notamment une jaquette, une couverture;

- le recours à des mesures d'attention spéciale;
- le recours à des rondes régulières ou non effectuées par des membres du personnel.

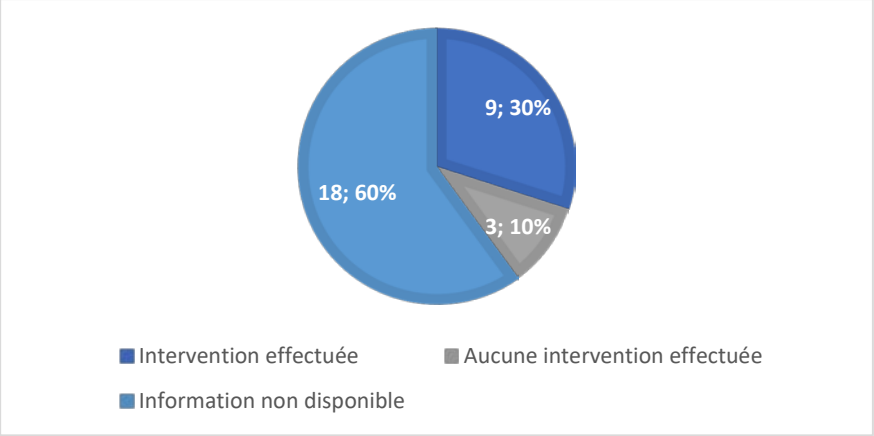
De suivi :

- la référence au titulaire de cas, à un agent de probation, à un conseiller en milieu carcéral (CMC) ou à un membre de l'EIS;
- la référence aux services de soins de santé de l'ED lorsque son état de santé (physique ou mental) le requiert;
- une discussion de cas entre les intervenants impliqués dans le dossier, incluant l'animateur de pastorale;
- le recours à un contrat de non-suicide;
- la référence à un intervenant spécialisé externe (ex. : centre de prévention du suicide).

La majorité des cas de l'échantillon (18 sur 30) ont fait l'objet d'une intervention en matière de prévention du suicide alors que trois cas n'en ont pas bénéficié (voir Figure 27). Pour les autres situations (9 sur 30) cette donnée est demeurée inconnue puisqu'il n'était pas accessible dans les dossiers consultés. Cette observation met de nouveau en lumière une pauvreté de détails dans les dossiers sociaux.

Selon l'information recueillie, la référence aux services de soins de santé ne paraît pas être une solution privilégiée par les membres du personnel. Du reste, il y a peu d'évidence que le recours à une ressource spécialisée externe soit une option souvent utilisée.

Figure 27 : Nombre et proportion de PI décédées par suicide selon qu'une intervention a été effectuée ou non pour la période 2013-2014 à 2017-2018



Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, MSP, 2018

Restriction des moyens

Comme mentionné plus haut, les suicides en ED se produisent surtout par pendaison, strangulation et suffocation. Le saut d'un lieu élevé est aussi un moyen employé. Il faut éliminer ou réduire au minimum les points d'accrochage et l'accès non surveillé à des endroits problématiques.

Les enquêtes des dossiers de PI s'étant suicidées ont révélé d'importantes lacunes en matière de sécurité de l'environnement. Il en ressort que des corrections de différentes natures ont été effectuées subséquemment.

Surveillance

Après le dépistage, une surveillance et un suivi doivent être assurés aussi longtemps que requis. Selon l'OMS[143], le degré de surveillance doit être proportionnel au niveau de risque de la PI. La surveillance est cruciale, surtout si la PI à risque est seule en cellule. D'ailleurs, l'instruction 2 1 I 06 spécifie que l'isolement doit être utilisé en dernier recours et pour une durée limitée.

Une pendaison peut entraîner des dommages permanents au cerveau en moins de trois minutes et est mortelle après cinq à sept minutes[144]. Les rondes rapprochées toutes les quinze minutes pourraient s'avérer insuffisantes dans le cas d'un risque grave. Une supervision et un contact humain doivent être assurés en continu pour la PI en isolement, ce qui a souvent manqué dans les cas étudiés.

Volet 3 : Postvention

Les activités de postvention réfèrent aux mesures prises à l'endroit de la population correctionnelle, ainsi que des membres du personnel.

Elles visent à amoindrir les réactions vécues à la suite d'un événement chez les PI ainsi qu'auprès des membres du personnel impliqués en leur offrant un service de soutien par des rencontres de groupe ou individuelles.

Intervention après une tentative

Une évaluation de la PI doit être effectuée le plus tôt possible après l'incident. Cette évaluation doit permettre de comprendre ce qui s'est passé : clarifier les facteurs précipitants, les problèmes sous-jacents (chroniques et aigus), la présence de troubles mentaux, la persistance d'idées suicidaires et le type d'aide que la PI est susceptible d'accepter.

Interventions postsuicides

Les ED demandent systématiquement la tenue d'une enquête interne en cas de suicide. Le rapport issu de cette enquête fournit un éclairage sur l'événement et offre souvent des recommandations pour limiter le risque futur au sein de l'ED. À celles-ci s'ajoutent les constats du coroner. Les ED doivent faire un suivi rigoureux des recommandations émises par les autorités et effectuer les corrections requises.

Volet 4 : Promotion de la santé mentale

Cette section concerne les interventions qui visent le mieux-être et le développement de la santé mentale. En effet, il importe d'agir sur les facteurs de risque suicidaire et sur la promotion du bien-être et de la bonne santé mentale des PI. Ce volet fait référence à des activités qui permettent aux PI d'acquérir ou de développer des habiletés, d'être mieux informées et d'amorcer une démarche en vue d'un changement. Les activités suivantes sont mentionnées à titre d'exemple : programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, programmes d'amélioration de la condition physique, de loisirs et de passe-temps. Bien qu'il s'agisse d'un volet constitutif de l'instruction, et qui n'est pas le moindre, la promotion de la santé mentale est bien peu élaborée. Cela laisse perplexe quant à l'importance réellement accordée par les Services correctionnels sur ce sujet. À ce propos, il faut noter que la plupart de des programmes énumérés ci-dessus ne sont pas à la

portée des PI en détention provisoire alors que les PI décédées par suicide avaient majoritairement ce statut. Les instructions, toutefois, s'appliquent à tous.

Services de soins de santé en ED

La prévention du suicide implique l'accessibilité à des services de santé mentale, que ce soit par le biais de personnel spécialisé en santé ou la formation du personnel de l'établissement à intervenir sur ce plan. L'objectif en la matière devrait être de pouvoir éduquer, dépister, évaluer et traiter les PI présentant un risque selon un continuum de soins.

Les soins de santé en ED sont des interventions qui doivent viser le mieux-être et le développement de la santé mentale. Or, l'instruction est quasi muette à ce sujet soulevant le doute sur le caractère prioritaire de ce type de services. Pourtant, des preuves solides d'efficacité ont été trouvées pour les stratégies populationnelles qui tendent vers une meilleure détection et un traitement adéquat de la dépression, notamment[145].

Il ressort que les services offerts en santé mentale dans plusieurs ED sont minimaux et ne sont pas adaptés à la condition et aux besoins des PI[146]. Le dépistage à l'admission des troubles de la santé mentale des PI est sommaire, expéditif et n'est pas de nature à atteindre son objectif. Par surcroît, il est effectué par des membres du personnel n'ayant pas d'expertise en santé et à travers toute une série d'autres démarches de nature administrative et sécuritaire. Les ASC pourraient ne pas se sentir outillés pour soutenir une PI qui présente un problème de santé mentale et n'ont pas davantage de temps pour le faire. Face à cette lacune, en cas de crise, ils peuvent devoir s'en remettre à des interventions plus robustes et sécuritaires plutôt qu'un accompagnement psychosocial[147].

Il existe bien quelques initiatives locales ayant pour but de gérer et de soutenir les PI atteintes de maladie mentale et certains acteurs de la communauté sont impliqués dans la prévention du suicide comme l'AQPS. Pourtant, malgré les recommandations en ce sens du Protecteur du citoyen, il semble subsister un écart important entre la dispensation des services sociosanitaires prodigués dans la communauté et ceux offerts en milieu carcéral. Il existe aussi des disparités entre les ED. Ce contraste est préoccupant si l'on tient compte du fait que la clientèle en milieu carcéral est d'emblée une clientèle à risque élevé, celle-ci étant aux prises avec plusieurs facteurs prédisposants (page 13).

Les ED ont des responsabilités en matière de santé à l'égard des PI en vertu notamment de l'instruction Soins de santé (4D3) présentée à la page 6464 où il est spécifié que les services devraient être comparables à ceux offerts dans la collectivité. Aussi, selon la Charte des droits et libertés[148].

- Toute personne arrêtée ou détenue doit être traitée avec humanité et avec le respect dû à la personne humaine (art. 25).
- Toute personne détenue dans un établissement de détention a droit d'être soumise à un régime distinct approprié à son sexe, son âge et sa condition physique ou mentale (art. 26).

Ainsi, la peine de prison ne peut avoir pour effet de priver du droit à l'accès aux soins. Mais la reconnaissance de ce droit est tributaire d'une application effective. Les services de santé offerts en ED s'inscrivent dans une culture qui privilégie les aspects sécuritaires au détriment d'une approche clinique.

Depuis 2017, le réseau de la santé[y] offre des services de soins infirmiers en tout temps en ED[z]. Un médecin tient une clinique habituellement à temps partiel.

Bien que tous les types de problèmes de santé puissent être traités par l'équipe médicale, il s'avère que la priorité va souvent aux soins pour des problèmes urgents de santé physique, faute des ressources suffisantes. Il n'y aurait que très peu de PI dont la condition le nécessite, qui obtiendraient une consultation avec un psychiatre[149], car ces services sont rares dans les ED.

Le réseau de la santé n'offre pas ou peu de programmes et de services particuliers pouvant satisfaire ces besoins en ED alors que les Services correctionnels n'ont ni le mandat ni l'expertise pour poser des actes de nature thérapeutique. Contrairement à d'autres services correctionnels au Canada[150] [151], au Québec il n'y a bien souvent aucun accès à un psychologue ou à un autre professionnel spécialisé. Il y a certes le CMC, l'agent de probation et l'agent de pastorale, qui peuvent offrir du soutien, mais ils ne possèdent pas nécessairement une formation spécialisée en santé mentale. En outre, l'existence d'un double dossier (dossier social pour le personnel carcéral et dossier médical pour le personnel soignant) présente un risque de cloisonnement des renseignements qui peut empêcher d'apprécier correctement la nature et l'urgence du risque suicidaire. Ainsi, des enjeux liés à la confidentialité sont en cause.

Évaluation de l'instruction sur la prévention du suicide

Les programmes de prévention du suicide sont essentiels pour diminuer les suicides en milieu carcéral[152]. Ce milieu peut présenter une offre de services en prévention du suicide, mais qui n'aura pas l'efficacité souhaitée si elle est appliquée partiellement, si elle ne s'attaque pas au problème dans sa globalité et si elle s'inscrit dans un contexte peu favorable. On peut se demander si l'instruction sur la prévention du suicide des Services correctionnels est adéquate et, le cas échéant, si elle est bien appliquée.

Il y a eu certes des progrès en matière de prévention du suicide depuis les années 1990. Il est toutefois difficile de se prononcer sur l'efficacité de l'instruction sur la prévention du suicide, puisqu'elle n'a jamais été évaluée. En effet, elle n'a pas encore fait l'objet d'un examen malgré les recommandations émises en ce sens[153] [154]. Pourtant, la prévention du suicide devrait être appuyée par la volonté ministérielle ainsi que des budgets et des ressources qui sont essentiels à sa mise en œuvre et à sa pérennité. Actuellement, les ressources consenties sont affectées au maintien des équipes EIS et des comités de prévention du suicide locaux ainsi qu'à la portion de formation sur la prévention du suicide offerte dans le cadre du PIFASC[aa]. L'actualisation aux trois ans de la formation des membres EIS n'est pas autorisée et il en va de même pour la formation initiale d'un certain nombre de CU.

De surcroît, la recherche en matière de prévention du suicide en ED pourrait être d'une grande utilité, cependant très peu de projet de cette nature ont été menés à terme aux Services correctionnels hormis le portrait de la problématique en 2009 (voir : page 49) et la présente étude. Ce type de recherche aurait pu permettre de comprendre, par exemple, pourquoi la tendance à la baisse enregistrée jusqu'en 2010-2011 ne s'est pas perpétuée. Néanmoins, une étudiante de l'Université de Montréal mène actuellement un projet qui vise à dresser un portrait des interventions en matière de prévention du suicide, lequel devrait être déposé aux Services correctionnels à l'automne 2020.

---

[y] À l'époque 2013-2018, les soins de santé en ED étaient sous l'égide du MSP ou du MSSS selon le cas.

[z] Sauf l'ED de Montréal et l'ED de Québec où le transfert reste à finaliser.

[aa] Programme d'intégration à la fonction d'agent des services correctionnels

Il y aurait eu lieu de mettre en place un véritable programme de prévention du suicide, tel qu'il a été recommandé[155]. En outre, une évaluation de ce programme devrait être effectuée[156] à l'image de ce qu'il se fait au SCC[157] et en France[158].

Les résultats de ce programme pourraient être mesurés par différents indicateurs tels que :

- Le nombre de suicides et de tentatives[bb]
- Le nombre de personnes formées
- Le nombre de personnes qui ont bénéficié du programme
- La mesure montrant le rapport coût-efficacité
- La mise en place de nouvelles pratiques

Des indicateurs de progrès :

- Le pourcentage de réduction du taux de suicide
- Le nombre d'interventions de prévention du suicide mises en œuvre avec succès
- L'évaluation des nouvelles pratiques
- La mise à jour des formations

La prévention du suicide nécessite des orientations, un plan et des stratégies qui tiennent compte du fait qu'il n'existe aucune solution unique. Ces efforts doivent se baser sur :

- Les connaissances (scientifiques et fondées sur la pratique)
- Le soutien des autorités (volonté) : faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les politiques et pratiques
- Une stratégie (plan d'action pour atteindre les objectifs)
- La mise en œuvre (formation, outils)
- L'évaluation de l'atteinte des objectifs et des pratiques mises en place

Allant au-delà des exigences de l'instruction, des ED ont mis en place au niveau local des activités ou des outils permettant d'offrir de meilleurs services en prévention du suicide. Des exemples de ces pratiques sont présentés à l'Annexe 3 : Pratiques inspirantes à la page 90. Les ED pourraient accroître encore leur contribution en faisant connaître leurs bonnes pratiques à l'ensemble du réseau.

3.2 Autres instructions

Un examen des politiques et pratiques en vigueur aux Services correctionnels est utile à la compréhension de l'ensemble des activités de prévention et d'intervention effectuées auprès des PI suicidaires. Ainsi, quatre autres instructions ont été répertoriées dans lesquelles il est fait référence plus ou moins directement à la prévention du suicide et la santé mentale :

[bb] Cette donnée devrait prendre en compte le fait qu'il s'agit ici de comparer de très petits nombres. Ainsi, une légère hausse du nombre de suicides d'une année à l'autre pourrait faire augmenter de beaucoup le taux de suicide.

Demande d'assistance à un directeur pour la détention d'une personne (3 1 A 02)

L'agent de la paix qui confie une PI aux Services correctionnels doit déclarer qu'elle est en bonne santé physique et mentale et qu'elle a reçu les soins appropriés. Les membres du personnel doivent vérifier les informations fournies par l'agent de la paix.

Prise en charge d'une personne incarcérée et gestion des documents légaux (2 1 A 01)

À l'occasion de l'admission d'une PI en ED, les membres du personnel doivent procéder à un dépistage systématique du risque suicidaire (réf. page 53) en s'enquérant de ses antécédents suicidaires, puis en les inscrivant dans DACOR. Le cas échéant, cette information est aussi transmise au CU.

Classement d'une personne incarcérée dans un établissement de détention (2 1 I 03)

Le classement est effectué durant le processus d'admission et consiste à attribuer un secteur de vie à une PI le plus approprié à son statut et ses besoins. Les idéations suicidaires font partie des besoins investigués et doivent mener à une intervention appropriée.

Soins de santé (4D3)

Cette instruction, qui date de 2000, a pour but de s'assurer que les traitements médicaux des PI qui viennent d'être admises soient poursuivis jusqu'à la prise en charge du médecin de l'ED. Elle énonce des principes directeurs, dont les suivants :

- La privation de liberté constituée par l'incarcération et les sanctions décrétées par le comité de discipline sont les seules contraintes pouvant être imposées à la PI.
- Toute PI a droit à des services de santé comparables à ceux disponibles dans la communauté pour des besoins comparables.

Cette instruction est laconique et se réduit à l'angle pharmacologique en négligeant tout autre aspect des soins de santé tels que l'évaluation, le traitement et la prévention. La santé mentale n'est abordée que de façon implicite. De fait, elle ne reflète pas la situation actuelle des rôles et responsabilités de chaque acteur impliqué, qu'il fasse partie de l'équipe du personnel médical du réseau de la santé ou du personnel des Services correctionnels.

Enquête administrative (3 1 H 0 2)

Lorsqu'un suicide survient, une demande d'enquête est adressée par le directeur de l'ED au directeur de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection. L'objectif de ce type d'enquête est d'examiner la conformité des interventions effectuées en regard des instructions qui s'appliquent et de formuler des recommandations.

3.3 Enquêtes de la Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection

Les enquêtes de la DVIEI ont pour cible l'examen de la conformité des interventions effectuées en regard des instructions et la formulation des recommandations. Elles fournissent des indications précieuses sur la façon dont sont appliquées les instructions et procédures. Elles mettent aussi en lumière les lacunes et les moyens d'y remédier.

En vertu de l'instruction 3 1 H 0 2, les 30 cas de PI suicidées de l'échantillon ont fait l'objet d'une enquête administrative conduite par la DVIEI. La majorité des recommandations ont trait directement à la prévention du suicide et sont incluses dans un plan d'action s'adressant à l'entité visée, habituellement l'ED, parfois la Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration (DGA-PCA).

Les plans d'action consultés montrent que des correctifs sont apportés au fur et à mesure et tenant compte de la réalité des milieux. Toutefois, les recommandations de la DVIEI et les moyens utilisés ne semblent pas bénéficier d'une diffusion générale aux autres ED, écartant ainsi la généralisation des bonnes pratiques dans tout le réseau.

Pour les besoins de la présente recherche, toutes les recommandations se rapportant spécifiquement à la prévention du suicide ont été répertoriées, puis regroupées en cinq catégories[cc] :

Tableau 5 : Nombre de recommandations de la DVIEI par catégorie pour les enquêtes administratives menées sur les cas de suicide pour la période de 2013-2014 à 2017-2018

	Catégories de recommandations	Nombre
A	Communication et échange d'information (à l'interne et à l'externe)	24
B	Mesures d'intervention et surveillance (mesures spéciales, rondes, caméra, etc.)	23
C	Évaluation du risque et suivi (formation, évaluations, etc.)	23
D	Contrôle de la qualité de la prestation de travail (conformité, éthique, etc.)	17
E	Sécurité de l'environnement (mobilier, matériel antisuicide, etc.)	12

Une analyse globale de ces résultats montre que les difficultés recensées par les enquêteurs sont importantes et multiples.

A. La communication et l'échange d'information

La communication et l'échange d'information concernent le plus grand nombre de recommandations. Dans son rapport de 1997, le coroner soulevait le même problème, ce qui donne à penser que bien peu a été fait en la matière depuis cette époque. La communication, sous toutes ces formes, est pourtant essentielle pour repérer les PI suicidaires et intervenir auprès d'elles. Il est possible d'établir plusieurs occasions de communication en milieu carcérales :

- Entre l'agent responsable de l'arrestation ou du transport et le personnel de l'ED;
- Entre les membres du personnel : ASC, intervenant de la santé, agent de probation, etc.;
- Entre le personnel et la PI suicidaire;

[cc] Certaines recommandations couvrent différents aspects et ont été associées à deux catégories.

- Entre des PI et la PI suicidaire;
- Entre des PI et le personnel au sujet de la PI suicidaire.

Les impacts des lacunes dans la communication et l'échange d'information ont des conséquences majeures. Ainsi des informations cruciales passent sous le radar et ne parviennent pas à l'agent responsable du dépistage. Par exemple, le fait qu'une PI a utilisé des services de santé mentale dans les semaines, les jours, ou les heures précédant leur incarcération, sachant qu'il s'agit d'un facteur de risque de suicide reconnu.

Des omissions dans l'échange d'information augmentent le risque de « faux négatifs » lors de l'évaluation. Ces PI non correctement dépistées le sont, car on les connaît peu et qu'on ne cherche pas vraiment à les connaître. Cette situation n'est pas acceptable dans un contexte de prévention du suicide.

Une bonne communication entre le personnel et les PI va de pair avec des attitudes facilitantes. Or, la bienveillance est peu compatible avec un milieu où règnent la méfiance, les rumeurs et la tension[159].

On remarque également des lacunes dans l'utilisation du système DACOR et dans la communication écrite. À cet égard, la collecte de données dans les dossiers sociaux relevant de cette étude a mis au jour une tenue de dossier dans laquelle les informations concernant la prévention du suicide sont souvent dispersées alors qu'elles devraient être regroupées à un seul endroit. Le classement de l'ensemble du dossier est aléatoire, les notes sont peu détaillées ou incomplètes et des formulaires sont absents.

B. Les mesures d'intervention et la surveillance

Les résultats des enquêtes montrent que même chez les PI ayant fait l'objet d'un dépistage, les mesures d'intervention instaurées n'étaient pas toujours adéquates. On a noté du laxisme dans la surveillance et des prises de décisions arbitraires. Ainsi, des informations pertinentes sur les signes et symptômes d'une PI et sur les interventions effectuées n'ont pas été consignées et communiquées. La surveillance de l'évolution du niveau de détresse des PI peut s'avérer inadéquate et, ce faisant, il y a peu de chance de détecter un changement dans le niveau de risque.

Ces difficultés d'intervention peuvent avoir différentes causes :

- des connaissances insuffisantes de la part du personnel correctionnel;
- des croyances et attitudes non appropriées;
- une collaboration et un leadership défaillants;
- un manque de ressources humaines et matérielles.

C. L'évaluation du risque et le suivi

Au regard des informations recueillies à ce sujet, il est permis de se demander si le personnel est suffisamment outillé et appuyé pour reconnaître les PI suicidaires et intervenir auprès d'elles. Il est noté, par exemple, que la grille d'évaluation n'était pas toujours complétée correctement par le membre EIS. À ce propos, certaines évaluations du risque ont parfois été faites tardivement ou par du personnel non adéquatement formé. Certaines décisions de CU n'étaient pas conformes à l'instruction. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles est effectué ce type d'évaluation n'étaient pas propices aux échanges et à la confidence dans tous les cas. Il devient donc probable de passer à côté d'un risque suicidaire.

Aucune évaluation de la qualité du processus de dépistage n'a été réalisée à ce jour. Il est alors impossible de s'assurer que les outils de dépistage sont efficaces, sont utilisés adéquatement et que les décisions qui

en découlent sont appropriées. Ainsi, rien ne permet de soutenir que les mécanismes mis en place en ED pour le dépistage fonctionnent.

Il faut aussi rappeler que la formation des membres EIS n'est pas mise à jour selon le calendrier prévu. Au surplus, les CU, qui sont pourtant responsables des décisions, ne sont pas tous formés sur ce plan. Il n'est donc pas possible d'affirmer qu'il y a un nombre suffisant de personnels qualifiés dans l'ED pour intervenir efficacement en prévention du suicide.

D. Le contrôle de la qualité de la prestation de travail

Il ressort des enquêtes que la conformité aux instructions a souvent posé problème. Ainsi, les procédures ne sont pas toujours suivies et la supervision fait parfois défaut. Également, des omissions ou des manquements ont été observés dans la fréquence des rondes ou encore dans la saisie des informations dans les formulaires, le dossier social ou dans DACOR, par exemple. Certaines recommandations en la matière visaient la prise des mesures pour s'assurer que le personnel comprend ses devoirs et responsabilités et que les attributions sont respectées.

E. La sécurité de l'environnement

À plusieurs reprises, les enquêtes ont démontré que des efforts additionnels étaient nécessaires pour limiter l'accès aux moyens de suicide. Ainsi, la présence de points de suspension en cellule ou encore une surveillance insuffisante des PI à risque ont été dénoncées. Même si elle est complexe, la restriction des moyens, surtout de pendaison, a une incidence déterminante, sinon ultime, sur la prévention.

Avec l'évolution de la technologie, la surveillance par caméra est parfois employée en remplacement de l'observation directe. Cependant, cette méthode peut donner un faux sentiment de sécurité. Même à distance, l'observation doit être continuelle, ce qui n'a pas toujours été appliqué dans les cas étudiés. Également, il est permis de penser que les PI identifiées à risque ne souhaitent pas être soumises à une vigie constante qui est effectuée sans soutien émotif ni respect. L'utilisation de la caméra est un moyen complémentaire et ne devrait jamais remplacer l'observation en présentiel incluant la communication.

Les enquêtes de la DVIEI sont surtout centrées sur la conformité opérationnelle de la prévention du suicide en ED. Bien qu'essentiels, ces résultats n'accordent que peu d'attention à tout un pan de ce domaine d'intervention qui sont davantage d'ordre organisationnel et clinique et qui ne sont pas mis en lumière lors de ces enquêtes. C'est ainsi que l'identification des facteurs de risque et l'accès aux traitements, qui doivent pourtant faire partie d'un programme de prévention du suicide, ne sont pas examinés par la DVIEI.

3.4 Programmes en santé mentale et prévention du suicide dans d'autres administrations

Il est primordial de documenter les pratiques et expériences d'autres administrations en matière de prévention du suicide à des fins de comparaison et d'amélioration des pratiques.

Service correctionnel du Canada

Les Services de santé du SCC[160] ont pour objectif de veiller à ce que « chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ». Les services doivent être comparables à ceux de la collectivité.

L'approche interdisciplinaire est privilégiée et la prestation des soins est assurée par des professionnels de la santé tels que des médecins, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et tout autre spécialiste compétent. Du personnel infirmier offre également des services de santé physique et mentale.

L'approche du SCC en matière de prévention du suicide et d'intervention[161] s'appuie sur sa Stratégie en matière de santé mentale. Elle repose sur la recherche et a pour but de réduire le nombre de comportements suicidaires ainsi qu'à les prévenir. Le SCC met en œuvre un cadre clinique visant à cerner et prendre en charge les PI vulnérables au suicide, à mieux intervenir auprès d'elles et à fournir une approche uniforme pour l'évaluation et l'intervention cliniques. De cette façon, le SCC s'engage :

- à évaluer la santé mentale de toutes les PI dans un délai de 24 heures après leur arrivée;
- à offrir des ressources et des évaluations adéquates aux PI susceptibles d'avoir des pensées et des comportements suicidaires;
- à dispenser une formation appropriée au personnel, y compris aux agents correctionnels, notamment sur la santé mentale et les interventions en cas de suicide et d'automutilation, et à les munir des outils nécessaires pour bien répondre aux vulnérabilités des PI. La plupart de ces formations sont offertes par des professionnels de la santé, comme des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux, ou en collaboration avec eux;
- à fournir des renseignements sur la prévention du suicide aux PI et aux employés du SCC.

Les employés du SCC sont encouragés à apprendre à connaître les PI afin qu'ils puissent remarquer de tels changements de comportement et les aiguiller vers un spécialiste en santé mentale approprié.

Concrètement, un infirmier procède à une évaluation de la santé mentale et du risque suicidaire à l'arrivée de la PI. L'Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire est alors utilisée. Entre le 3e et le 14e jour de l'admission, un deuxième dépistage est effectué auprès de la PI. Celle-ci est également soumise à une batterie de tests psychométriques. Les PI qui ont des difficultés sont prises en charge et peuvent se voir offrir une aide psychologique, du soutien psychosocial, un traitement pharmacologique ou des programmes structurés de thérapie. Ainsi, un continuum de soins en santé mentale est mis en place en détention (incluant des soins hospitaliers) et des services de santé mentale en collectivité.

Services correctionnels dans les autres provinces

Toutes les autres provinces canadiennes, les territoires et le palier fédéral ont adhéré à une Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel[162] dans le cadre d'un partenariat fédéral, provincial et territorial. Elle se base sur une série de principes directeurs dont celui selon lequel les soins de santé mentale doivent être conformes aux normes de la collectivité.

Dans le milieu correctionnel, les PI atteintes de troubles mentaux ou de maladies mentales pourront bénéficier rapidement des services essentiels et du soutien dont elles ont besoin pour optimiser leur santé mentale et leur bien-être. En mettant l'accent sur la continuité des soins, l'accès aux services est accru pour les PI avant, pendant et après leur prise en charge par le système correctionnel. Cela a pour but d'améliorer les résultats

obtenus individuellement sur le plan de la santé et contribuera, au bout du compte, à la sécurité des collectivités.

La vision adoptée dans le cadre de cette stratégie est la suivante « Favoriser le mieux-être tout au long du continuum de soins : établir un lien entre les services ».

L'un des éléments clés de cette stratégie est la prévention et la gestion des cas de suicide et d'automutilation. Le dépistage rapide du risque de suicide ou d'automutilation est requis pour établir un traitement de la santé mentale ainsi que des plans de surveillance et de soutien. Les membres du personnel sont formés pour reconnaître les symptômes et les facteurs qui peuvent indiquer un risque élevé de suicide ou d'automutilation et pour intervenir de manière appropriée.

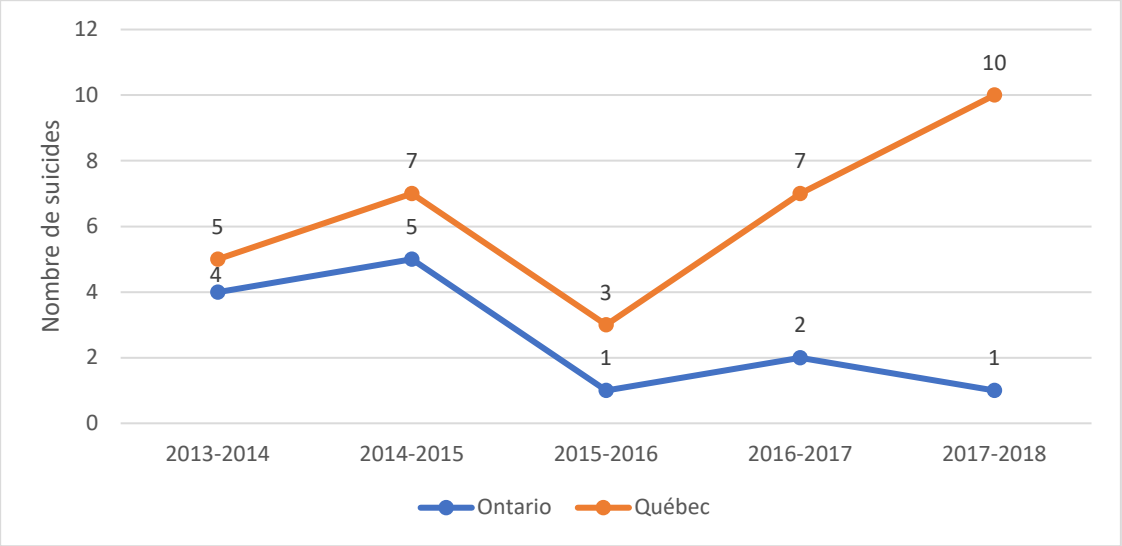
Ainsi, le risque éventuel de suicide et d'automutilation fait l'objet d'un dépistage à l'évaluation initiale. Les PI qui ont un risque de suicide ou de comportement d'automutilation sont aiguillées vers un professionnel de la santé mentale en vue d'une évaluation et des services de santé mentale adéquats au moment opportun. Les PI qui présentent ce risque bénéficient d'une surveillance et sont logées dans un environnement sécuritaire qui maximise les interactions avec le personnel et les autres personnes et réduit au minimum les périodes d'isolement.

Par ailleurs, des partenariats sont établis avec des organisations gouvernementales, y compris les autorités régionales de la santé, des fournisseurs de services de la collectivité et des organisations non gouvernementales afin d'agir sur les facteurs qui peuvent influer sur la santé mentale et le bien-être des PI.

La situation de l'Ontario

Les services correctionnels de l'Ontario gèrent un parc de 25 établissements en milieu fermé composé de centres correctionnels, de prisons, de centres de détention et de centres de traitement[163]. Les PI sont hébergées dans l'un ou l'autre de ces établissements en fonction de leur statut et de leurs besoins. En 2018-2019, la capacité carcérale était de 8 683[164]. Bien que le nombre de PI soit plus élevé en Ontario qu'au Québec, le nombre de suicides répertoriés dans les établissements ontariens est plus faible (voir Figure 28).

Figure 28 : Nombre de PI décédées par suicide en Ontario*, comparé au Québec, pour la période 2013-2014 à 2017-2018



*Les données de l'Ontario étaient exactes en mai 2020, mais elles sont peut-être sous-estimées, car des enquêtes subséquentes pourraient les modifier.

Source : Direction des programmes, MSP, 2020

Les services correctionnels de l'Ontario ont misé sur l'intervention de personnels spécialisés auprès de la clientèle, lesquels travaillent en équipe pluridisciplinaire[165].

Les infirmiers :

- sont le pivot de l'équipe médicale
- dispensent des soins de première ligne aux PI
- évaluent l'état de santé des PI
- participent au processus de réadaptation des PI

Les psychologues et psychométriciens, en tant que spécialistes de la médecine légale ou de la psychologie correctionnelle :

- font partie de l'équipe chargée de répondre aux besoins thérapeutiques des contrevenants dans la communauté et dans les ED;
- sont responsables des programmes d'évaluation et de thérapie (toxicomanie et alcoolisme, maîtrise de la colère, apprentissage des compétences sociales et psychothérapie traditionnelle de groupe).

Les travailleurs sociaux :

- participent à de nombreux aspects des programmes correctionnels et aident les PI à assumer leurs responsabilités en tant que membres de la société;
- rédigent des rapports sur les antécédents sociaux et font l'évaluation psychosociale des PI pour appuyer le personnel dans le choix des niveaux de sécurité appropriés et des programmes adaptés;

- offrent du counseling à court et à long terme aux PI, individuellement et en groupe, ainsi qu'aux familles;
- aident les PI à s'adapter à la détention et à acquérir les compétences qui leur permettront de réussir leur réinsertion sociale.

Autres pays

En 2017 est parue une étude visant à comparer les données sur les suicides en ED dans 24 pays à revenu élevé pour la période 2011-2014[166]. Six pays ayant plus de cinq suicides affichaient des taux supérieurs à 100 pour 100 000 PI : la Belgique, la Finlande, la France, la Norvège, le Portugal et la Suède. Les pays australasiens et nord-américains détenaient des taux plus faibles, allant de 23 à 67 suicides pour 100 000 prisonniers. Les données ont fait ressortir des taux relativement bas aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Irlande (respectivement 23, 27, 40 et 47 pour 100 000 PI). Ces données sont toutefois à considérer avec précaution, car les administrations n'ont pas toutes la même définition du suicide en détention. Par exemple, la France inclut dans ses statistiques les personnes décédées dans les milieux communautaires.

La situation en France

L'administration pénitentiaire de la France assume une double mission[167] : participer à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique et favoriser la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Elle est organisée de manière à assurer l'individualisation des peines. Cette administration gère un parc de 188 établissements pénitentiaires[168]. Chaque jour, elle a la responsabilité de 80 000 personnes écrouées, c'est-à-dire qu'elles sont soit prévenues ou soit condamnées à une sentence à être purgée en milieu fermé (détenues ou non).

L'administration pénitentiaire française participe à la Stratégie nationale de prévention du suicide[169] mise en œuvre par le ministère des Solidarités et de la Santé. Un plan national d'action de prévention du suicide des personnes écrouées est en vigueur depuis 2009, lequel a donné lieu à une réelle prise de conscience des professionnels sur la problématique du suicide des personnes écrouées, et d'installer durablement une vigilance accrue à cet égard. Entre autres mesures, des services médico-psychologiques et une unité d'hospitalisation pour les personnes écrouées nécessitant des soins psychiatriques ont été mis en place à partir de 2010[170].

Un dispositif des codétenus de soutien (CDS), instauré en 2010, est actuellement en place dans certains établissements pénitentiaires. Ces CDS agissent comme des sentinelles et constituent des acteurs de la prévention du suicide et leur action est complémentaire à celle de l'ensemble des membres du personnel. Leur mission consiste à écouter et repérer des codétenus en situation de souffrance psychologique. Spécialement sélectionnés, les CDS sont accompagnés par des bénévoles de la Croix-Rouge française et reçoivent une formation aux gestes de premiers secours, à la détection des risques suicidaires et à l'écoute active.

Ce plan national d'action de prévention du suicide des personnes écrouées a fait l'objet d'un audit conjoint de l'inspection générale des services judiciaires et de l'inspection générale des affaires sociales en 2015.

Ce plan comporte un ensemble de mesures, articulées autour de cinq grands axes :

- le renforcement de la formation des personnels pénitentiaires à l'évaluation du potentiel suicidaire;
- l'application de mesures particulières de protection pour les personnes écrouées en crise;
- le développement de la pluridisciplinarité au sein de la détention;

- la lutte contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire;
- la mobilisation de l'ensemble des membres de la « communauté carcérale » (intervenants, associations, famille, codétenus, autorités judiciaires et partenaires du ministère de la Justice).

Le taux de mortalité par suicide en détention, calculé à partir de la population moyenne détenue, a baissé de 4 points de pourcentage (de 18,4 à 14,3 %) de 2009 à 2017, et de 3 points entre 2016 et 2017 (passant de 17,3 en 2016 à 14,3 % en 2017). Cette diminution du nombre de suicides est d'autant plus remarquable qu'elle se situe dans un contexte de forte augmentation de la population pénale. L'ensemble des initiatives mises en place par le ministère de la Santé au cours de la dernière décennie pourrait expliquer ce déclin du nombre de suicides[171].

La situation en Australie

Les services correctionnels de l'Australie administrent 111 établissements de détention. La capacité carcérale était de 36 730 en 2017[172]. Leur mission[173] est de gérer les contrevenants dans un environnement sûr, sécurisé et humain et leur offrir des possibilités de réadaptation et de réinsertion.

Les services correctionnels australiens offrent toute une gamme de services de soins de santé physique et mentale. En plus du dépistage à l'aide d'un questionnaire effectué par du personnel infirmier à l'admission, une partie importante des stratégies de prévention dans les ED implique des évaluations régulières, des conseils aux PI à risque par des membres d'une équipe médicale qui peuvent inclure des psychiatres, des psychologues, des infirmières psychiatriques, des travailleurs sociaux ou d'autres personnels qualifiés. Ces programmes sont conçus pour augmenter l'interaction positive entre le personnel correctionnel et les PI. L'un des objectifs des services correctionnels australiens est de créer un milieu carcéral plus favorable, soit en visant la normalisation de l'environnement et la réduction des facteurs de stress. Des services différenciés sont également offerts pour la clientèle féminine et autochtone.

L'Australian Institute of Criminology a mené une étude sur les décès en ED en 2016[174] qui conclut que le suicide demeure une cause importante de décès en prison, mais que ce n'est plus la plus fréquente. Bien que les décès auto-infligés aient constitué la moitié de tous les décès en prison entre 1980 et 1998, ils ont diminué au point qu'entre 2004 et 2013, ils représentaient environ un quart des décès en prison. Cette baisse reflète les progrès considérables réalisés par les services correctionnels australiens dans l'élaboration de politiques et de pratiques efficaces.

L'Australie est divisée en États et Territoires, lesquels ont la responsabilité d'administrer les services correctionnels de leur administration et de mettre en place les services appropriés. Il n'y a pas d'approche nationale, les diverses juridictions ont développé leur propre programme. Sont ici présentées la réalité des Services correctionnels de la Nouvelle-Galle du Sud et celle des Services correctionnels de Victoria.

État de la Nouvelle-Galle du Sud

Les Services correctionnels de la Nouvelle-Galle du Sud[175] ont mis sur place un programme pour réduire le suicide et l'automutilation chez les personnes dont ils ont la charge. Il s'inscrit dans une gamme coordonnée de stratégies, de processus, d'unités et d'équipes qui collaborent également avec des services spécialisés en santé mentale dans la collectivité. Dans le cadre de ce processus, ils font appel à des professionnels comme des psychologues, des infirmières et des psychiatres pour identifier et traiter les personnes à risque suicidaire et/ou qui sont atteintes de maladie mentale. Les PI identifiés comme étant à risque ont accès à des unités et à des équipes spécialisées. Des services sont également offerts en matière d'évaluation et d'intervention pour les PI souffrant de troubles graves de la personnalité et du comportement. Cette prise en charge vise à faciliter l'accès aux services de traitement des besoins criminogènes, puis à une réinsertion

sociale sécuritaire. Le cadre de prévention du suicide exige de multiples approches et qui peuvent être classées selon trois niveaux :

Prévention primaire : Ce sont des stratégies visant à créer un environnement physique et social dans l'ED qui limite le stress chez les PI et le personnel. Elles comprennent des processus complets de dépistage et d'orientation afin de réduire les facteurs de stress dès l'admission. D'autres mesures incluent des politiques de lutte contre l'intimidation au sein de la population carcérale ainsi que l'offre d'activités scolaires et professionnelles et divers programmes. Un service de formation et de soutien spécialisé permet au personnel de développer les compétences nécessaires pour gérer les PI à risque de suicide.

Prévention secondaire : Ce sont des stratégies visant à soutenir les PI identifiés comme étant à risque de suicide ou d'automutilation. Elles concernent les politiques et procédures relatives à la garde sécuritaire, au dépistage et à une équipe d'intervention en cas de risque suicidaire.

Prévention tertiaire : Ce sont des stratégies intensives qui s'adressent aux PI identifiées comme le plus à risque d'automutilation ou de suicide. Une surveillance accrue, l'offre de services d'intervention psychologique et l'aiguillage vers une unité spécialisée comme des unités de gestion de crise s'appliquent à ce niveau.

État de Victoria

Les Services correctionnels de Victoria ont la responsabilité des prévenus et des détenus de tous types de sentences. La capacité carcérale est d'environ 7 000 PI.

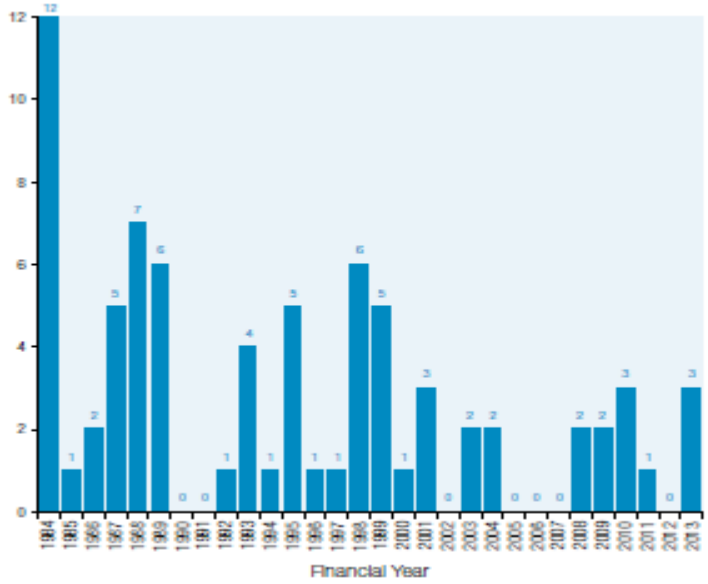
Ils ont développé un cadre pour la prévention du suicide carcéral qui s'appuie sur des résultats de la recherche et qui identifie des approches correctionnelles fondées sur des données probantes[176]. À l'entrée en ED et lors d'un transfert, une évaluation de la santé physique et mentale est effectuée auprès de toutes les PI.

Des omnipraticiens et des infirmières en santé mentale fournissent des soins de santé mentale dans tous les ED, avec le soutien d'un psychiatre en visite dans la plupart des endroits. En outre, une gamme de services spécialisés est disponible couvrant les troubles cognitifs et les troubles psychiatriques. Les services correctionnels de Victoria impliquent les professionnels de la santé, les amis et la famille dans la planification de la libération des PI afin qu'elles bénéficient du soutien approprié à leur sortie.

Toutes les PI présentant un risque de suicide subissent une première évaluation par un professionnel de la santé mentale dans les deux heures suivant l'identification du risque. Un plan de gestion des risques est élaboré par l'équipe d'examen des risques qui en fait également le suivi. Cette équipe est composée d'un coordonnateur de cas, d'un directeur représentant le Directeur général, d'un professionnel de la santé mentale et d'autres membres du personnel qui ont eu ou auront des contacts importants avec la PI.

Un examen indépendant des suicides survenus dans les ED de Victoria en 2013 a conclu que le système en place témoigne de l'emploi des meilleures pratiques en matière de prévention du suicide dans les prisons. Ce bon résultat est attesté par le faible taux de suicides et du degré de soin et d'attention accordés à la réduction du risque. En effet, les services correctionnels de Victoria ont connu une baisse notable des suicides carcéraux dénombrant 38 suicides pour la décade 1983-1993, 25 suicides pour la décade 1993-2003, puis 13 pour la décade 2003-2013 (voir Figure 29).

Figure 29 : Suicides de prisonniers de l'État de Victoria 1984–2013



Source : Correctional Suicide Prevention Framework, Justice Health, Department of Justice et Regulation, State Government Victoria, 2015

Bien que ces résultats soient encourageants, les services correctionnels de Victoria entreprendront des consultations et des recherches supplémentaires pour proposer des réponses thérapeutiques améliorées s'appuyant sur des études indiquant que les stratégies d'isolement et d'observation ont un impact antithérapeutique pour la PI qui vit un moment de crise personnelle et de stress majeur.

Ainsi, de telles interventions restrictives ne réduisent pas nécessairement le risque de comportement suicidaire à long terme. Il s'agira donc d'envisager des approches de non-ségrégation et des modèles de gestion de cas bonifiés intégrant les dimensions de sécurité relationnelle où le personnel connaît les PI, fait preuve de compréhension et de compassion à leur égard et offre des réponses appropriées à leurs besoins.

La situation en Irlande

La mission du Service pénitentiaire irlandais est d'assurer la sécurité, la dignité des soins et la réhabilitation des prisonniers pour des communautés plus sûres. Ce service comprend dix établissements fermés et deux centres ouverts. Il administre 12 établissements dont la capacité carcérale est de 4 375[177]. Dans son plan stratégique 2019 — 2022[178], il a adopté plusieurs priorités, dont celle d'améliorer le soutien de toutes les PI par :

- l'optimisation des soins de santé;
- l'amélioration du bien-être psychologique;
- la bonification des services de réinsertion sociale.

En plus des soins de santé tels que ceux offerts en communauté (soins de santé de base, santé mentale, traitement de la toxicomanie et de la déviance sexuelle et autres soins), une place importante est accordée

au service de psychologie. La mission du Service de psychologie[179] est de participer à celle du Service pénitentiaire en donnant aux PI les moyens de réaliser leur potentiel et de contribuer à des communautés plus sûres.

Il a pour but de :

- réduire les niveaux de récidive par une intervention psychologique;
- réagir et avoir un impact positif sur la santé mentale des PI;
- soutenir et développer le personnel au sein du Service et établir des partenariats avec tous les services impliqués dans le travail avec les PI;
- apporter une contribution positive à une détention plus sûre;
- fournir une perspective psychologique fondée sur des données probantes.

Ce service[180] fait partie de l'équipe multidisciplinaire clinique et opérationnelle (médecins généralistes, infirmiers, psychiatres-conseils, aumôniers et intervenants en toxicomanie) de chaque ED, dont l'objectif est d'offrir des services d'évaluation psychologique et d'intervention adaptés aux PI sur la base des meilleures pratiques et des lignes directrices nationales et internationales. Les interventions psychologiques comprennent des approches individuelles et de groupe et visent à traiter les problèmes de santé mentale (ex. : troubles de l'humeur et de l'anxiété, troubles de la personnalité, syndrome de stress post-traumatique, automutilation et comportements suicidaires, troubles de l'alimentation, psychose et schizophrénie). Ces psychologues sont également impliqués dans l'évaluation des risques et des besoins et dans la gestion des cas complexes. Ils ont des contacts étroits avec les familles et les organismes communautaires pour appuyer la transition de la garde à la collectivité.

Le Service de psychologie s'appuie sur le modèle anglais défini dans le *Guide de pratiques positives pour les contrevenants*[181] selon lequel l'accroissement de l'accès aux thérapies psychologiques est un défi important, mais qui présente des avantages, notamment :

- La diminution des comportements délinquants qui sont liés à la santé ou aux problèmes de santé mentale;
- la résorption d'autres symptômes et la diminution des taux de dépression;
- la réduction ou la prévention de l'apparition de problèmes de santé mentale plus graves;
- l'accroissement de la qualité de vie des contrevenants en prison ou dans la communauté;
- la baisse des taux de tentatives de suicide et de suicides accomplis;
- l'amélioration de la santé et de la protection sociale des femmes et de leur famille.

En ce qui a trait spécifiquement à la prévention du suicide, les PI présentant un risque sont placées sous un régime particulier qui se base sur l'évaluation, les soins et le travail d'équipe. En outre, une formation des intervenants portant sur le trouble de la personnalité et l'automutilation a permis une réduction dans les cas signalés de comportements à haut risque. Le Service pénitentiaire irlandais estime que l'adoption d'une approche multidisciplinaire et coordonnée peut diminuer le nombre de comportements à haut risque pouvant entraîner la mort en détention et les admissions à l'hôpital, le tout ayant une incidence sur les coûts.

3.5 Contraintes de l'organisation

La recherche montre qu'il existe des obstacles à la mise en place de stratégies de prévention dans certains environnements particuliers comme les prisons[182]. Même avec des politiques et procédures appropriées, le personnel des ED, en raison de la surcharge de travail, de la bureaucratie, des lacunes en matière de

formation, du manque de soutien ou de l'organisation du travail peut ne pas déceler les signes annonciateurs de suicide. Pour qu'une stratégie de prévention du suicide soit complète et coordonnée, elle doit être dotée de ressources humaines et financières dédiées, d'un calendrier de mise en œuvre et d'objectifs à court, moyen et long terme et d'une reddition de compte. Ces aspects font défaut actuellement.

De surcroît, un ED est un milieu difficile. Les membres du personnel doivent composer quotidiennement avec des PI aux comportements pouvant perturber l'ordre et la sécurité. On y retrouve des prévenus qui vivent dans l'appréhension de leur procès et de la décision de la Cour et qui n'ont pas accès à tous les services de la population régulière comme une évaluation de ses besoins et des programmes.

Se trouvent également dans les ED des détenus qui purgent une peine dont la durée est relativement courte (moyenne de 69 jours). Ces conditions laissent peu de temps pour l'intervention et le traitement. Ce contexte peut sembler non favorable. Mais la gestion des personnes prévenues et de celles purgeant une peine inférieure à deux ans est pourtant la réalité des Services correctionnels. Ces derniers ont ainsi le devoir de développer une expertise en matière de courtes sentences et d'y trouver des solutions applicables.

En outre, s'appuyant sur les assises légales à partir desquelles il est constitué, l'ED fait toujours prévaloir ses enjeux de sécurité sur n'importe quel autre. Néanmoins, il doit faire concilier ces objectifs avec l'autre de ses finalités, la réinsertion sociale, le plaçant ainsi en situation d'ambigüité.

Par ailleurs, pour remplir sa mission, les Services correctionnels doivent interagir avec d'autres institutions de plusieurs juridictions. Il s'agit d'entités des gouvernements fédéral et provincial, d'organismes sans but lucratif et d'institutions privées. Chaque système a ses priorités, ses réalités politiques, son cadre législatif, ce qui peut conduire à une fragmentation de services. À cet égard, l'enjeu de la communication et particulièrement celui portant sur l'échange de renseignements confidentiels doit être traité par le moyen d'ententes avec ces institutions, et ce, au bénéfice de la clientèle qui reçoit des services.

Le contexte budgétaire est également moins favorable pour les ED québécois. Ainsi, ils disposent de moins de ressources que les établissements carcéraux fédéraux, par exemple en ce qui a trait à l'offre de programmes et de services spécialisés.

Malgré ce qui précède, il est possible et souhaitable de profiter du moment où la PI est sous la responsabilité des Services correctionnels pour amorcer un processus d'aide, puis assurer une continuité de services lors d'un transfert ou d'une libération. En effet, la phase de libération immédiate est fragile, car elle est souvent caractérisée par une confrontation à des difficultés sociales, financières et professionnelles[183].

Il s'agit donc de prévoir un continuum de soins et la prise en charge des PI doit être effectuée alors qu'elles sont incarcérées[184]. Évidemment, ces services devront être modulés en fonction du statut et de la durée du séjour.

Conclusion du chapitre 3

Somme toute, des progrès ont été réalisés en prévention du suicide en ED par la mise en place de différents outils, de formations et d'autres initiatives. Mais, au vu des résultats, des améliorations sont souhaitables sur plusieurs plans, dont celui visant à déployer les ressources requises et à considérer la prévention du suicide selon une perspective plus large. En effet, les activités actuelles se concentrent sur le dépistage ponctuel, ainsi que sur l'intervention d'urgence en cas de passage à l'acte. Ces actions ne sont pas suffisantes pour constituer un véritable programme de prévention du suicide en milieu carcéral. En accord avec les principes et la philosophie d'intervention des Services correctionnels énumérés plus haut, une approche plus globale de prévention du suicide doit compléter les procédures existantes. Cette approche doit instaurer un cadre qui décrit les fondements théoriques, la culture, l'environnement, la formation, les rôles et les responsabilités, les

outils, le soutien et les traitements offerts. Des objectifs doivent être formulés pour correspondre aux normes établies dans la communauté. Ce cadre doit s'assurer que les ED deviennent des milieux positifs, proactifs, favorables à la lutte contre le suicide et qui engagent tous les membres du personnel.

De tels changements comportent bien sûr des défis d'application, mais les efforts doivent tout de même y converger en s'inspirant notamment de pratiques ayant cours dans d'autres administrations qui obtiennent des résultats encourageants.

4.Les recommandations

Ce chapitre présente les recommandations découlant des constats relevés aux chapitres précédents. Il est proposé de mettre en place un véritable programme de prévention du suicide, lequel s'inscrirait dans une vision qui préconise la mise en place de services de soins de santé répondant aux besoins des PI. Tenant compte de la philosophie d'intervention présentée à la page 24, les recommandations énoncées s'inscrivent dans l'un des trois principes d'intervention correctionnelle présentés au chapitre 2 et qui sont : connaissance de la clientèle, individualisation, continuité et complémentarité.

4.1 Connaître la clientèle

Dans son objectif de mieux intervenir et prendre de meilleures décisions, il est essentiel de bien connaître les PI. À cet égard, la formation des membres du personnel devrait inclure des connaissances portant sur l'impact de l'incarcération et mettre plus d'emphase sur la prévention du suicide. Il s'agit également pour les membres du personnel de connaître et comprendre les caractéristiques des différents groupes qui composent la population carcérale et les défis auxquels ils font face.

Ainsi, la recherche indique que les femmes vivent de façon différenciée leur incarcération (voir page 3131). Les études appuient une intervention sexospécifique en ED, notamment en matière de santé mentale. Alors que le nombre de femmes emprisonnées est en augmentation, les normes internationales répondant aux besoins spécifiques de ces dernières devraient être appliquées en ED[185].

Comme il a été vu à la page 3434, la culture est à prendre en compte dans la prévention du suicide. Ainsi, des PI membres d'une communauté culturelle autre que la majorité, se sentant en marge, pourraient se montrer excessivement réservées avec les codétenus et les membres du personnel. Le dépistage et le suivi devraient considérer cette réalité.

Au surplus, les mesures de prévention ne devraient pas se restreindre aux PI identifiées à risque. Les interventions devraient plutôt s'adresser à la population carcérale de façon globale tout en étant adaptées aux clientèles spécifiques qui la constituent.

Les rencontres de dépistage du risque suicidaire devraient être systématiques comme l'instruction le prévoit et devraient toujours être effectuées par du personnel dument formé. Les actions qui découlent de ce dépistage ou d'autres observations doivent être menées avec rigueur, bienveillance et discernement. Ces rencontres devraient permettre l'expression des émotions, même provocantes et dérangeantes, laquelle permet de faire diminuer la souffrance chez la PI et d'amorcer une désescalade en cas de crise.

Par ailleurs, il est notoire que de nombreuses PI sont aux prises avec de multiples problématiques (ex. : trouble de santé mentale et toxicomanie concomitant), ce qui complexifie l'analyse et la nature des décisions à prendre. Afin d'appuyer les ASC, des balises pourraient être établies pour déterminer, dans leur charge de travail, les cas plus épineux dont le risque suicidaire pourrait être évalué par des professionnels de l'ED ciblés pour leur expertise ou du personnel des services de soins de santé ou en collaboration avec ceux-ci. Ou encore, des ASC pourraient être ciblés pour participer à une formation leur permettant d'augmenter leurs habiletés à intervenir. Il existe plusieurs types de formations de courtes durées destinées à améliorer la capacité des personnes ne détenant aucune expertise particulière à intervenir adéquatement lors d'une situation de crise.

La formation *Premiers soins en santé mentale*[186], développée par la Commission de la santé mentale du Canada, vise notamment à se sentir plus en confiance et à détenir les aptitudes nécessaires pour intervenir auprès d'une personne qui traverse une crise jusqu'à ce qu'un traitement approprié lui soit apporté ou que la crise se résorbe. Le participant apprend alors à reconnaître différents troubles et à réagir face à une personne qui présente une conduite suicidaire, des comportements psychotiques, une crise de panique ou qui est en état de surdose, par exemple. Cette formation est offerte aux nouveaux membres du personnel dans les services correctionnels australiens[187].

Au demeurant, un projet concernant l'évaluation qualitative de la grille GEDPAS devait se concrétiser en 2019, mais il a été reporté. Les résultats d'une telle recherche sont essentiels afin de s'assurer d'une utilisation optimale des outils de dépistage.

Des sessions d'accueil sont offertes aux PI dans la majorité des ED selon des modalités variables en matière de format et de contenu. Mais ils visent surtout à présenter les différentes étapes du processus carcéral, les services offerts et sont également l'occasion de formuler les comportements attendus et les conséquences en cas de manquement. La prévention du suicide devrait être systématiquement abordée lors de ces sessions, et ce, dans tous les ED. Par ailleurs, ces dernières pourraient aussi être l'opportunité d'apprendre à connaître ces nouveaux arrivants. Et dans un objectif de réciprocité, les membres du personnel devraient être encouragés à démontrer une attitude d'ouverture qui favorise l'échange et la création de liens.

Par ailleurs, les actions des membres du personnel doivent laisser voir aux PI qu'une importance est accordée à la mitigation des sources de stress, des tensions, des longs délais et d'autres irritants. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte de crise tel que celui d'une pandémie. Des conditions de vie décentes et raisonnablement prévisibles et l'assurance de ne pas risquer d'être menacé ou brutalisé sont essentielles pour démontrer aux PI qu'elles sont considérées avec dignité. Ces éléments devraient faire partie d'une politique portant sur la formation du personnel. D'ailleurs, la prévention d'un risque ne peut être opérante que dans un climat où il est possible d'entendre, de décoder et de traiter les signaux faibles. Si de nombreuses PI sont frustrées, agitées ou violentes, il sera difficile de discerner parmi elles, dans un bruit de fond élevé, celles qui vivent un drame personnel[188].

Des écarts marqués à l'égard des normes en matière de surveillance ont été relevés lors d'enquêtes sur des PI suicidées. La surveillance ne doit pourtant jamais faire l'économie de rigueur et de professionnalisme. Dans le même ordre d'idée, la surveillance par caméra ne doit jamais remplacer l'observation directe et le contact humain. Par ailleurs, certaines périodes de la semaine ou de l'année (voir page 42) ainsi que la survenue de certains événements dans la vie d'une PI (voir page 54) sont particulièrement associées au passage à l'acte suicidaire et doivent faire l'objet d'une plus grande vigilance.

Enfin, malgré les actions posées par les ED visant la restriction des moyens de suicide, il reste que 30 PI y ont tout de même eu accès. Pourtant, l'efficacité de cette mesure a été démontrée[189] [190]. Les PI suicidaires ciblent le plus souvent comme moyen la pendaison, car la substitution est rare. À cet effet, les ED devraient ne ménager aucun effort pour assurer un environnement sécuritaire particulièrement aux endroits où les PI se retrouvent seules.

Tableau 6 : Recommandations 1 à 9 découlant du principe de connaissance de la clientèle

Recommandations - Connaissance de la clientèle	
1	Bonifier le programme de formation initiale pour les ASC et les CU afin d'inclure des notions sur les impacts de la détention, des éléments culturels et l'intervention sexospécifique et d'enrichir le contenu sur la prévention du risque suicidaire et l'intervention en cas de crise.
2	Mettre à jour la formation aux membres EIS selon les critères établis.
3	Effectuer de façon rigoureuse tous les dépistages systématiques prévus lors de l'admission. L'évaluation du risque doit se faire en continu durant toute la détention jusqu'à la libération. Il pourrait être utile de mettre à profit des professionnels ciblés pour intervenir dans les cas complexes.
4	Évaluer, dans le cadre d'un projet de recherche, la performance de la grille GEDPAS utilisée en ED.
5	Bonifier la session d'accueil aux PI pour introduire l'offre systématique d'un contenu de base en matière de prévention du suicide ainsi que des occasions d'échanges favorisant la création de liens. Rendre cette session obligatoire.
6	Exercer une surveillance rigoureuse des PI conformément aux normes et pratiques.
7	Réduire les sources de stress (niveaux d'activité, irritants, insécurité, ambiance néfaste).
8	Privilégier l'observation directe et le contact humain pour la surveillance. Exercer une surveillance rigoureuse lors de moments critiques qui sont davantage associés au passage à l'acte suicidaire.
9	Éliminer l'accès aux moyens de suicide en ED.

4.2 Individualiser l'intervention

Comme on l'a vu, la PI suicidaire a le sentiment de ne plus avoir d'emprise sur son existence et croit que celle-ci n'a plus de sens. Une intervention appropriée devrait donc lui permettre de se réapproprier le contrôle de sa vie.

Même s'il n'est pas toujours possible de prévoir l'éventualité d'un suicide ni le moment où il surviendra, les membres du personnel ont un rôle essentiel à jouer pour repérer les comportements suicidaires. L'un des grands défis est de prévenir le suicide d'une PI dont le risque n'est pas facilement reconnaissable. C'est pourquoi la création de bonnes relations avec l'ensemble des PI est l'occasion de recueillir de l'information et d'évaluer périodiquement le risque des PI. C'est ce qui est à la base de la compréhension du risque[191]. Deux ingrédients essentiels au repérage du risque suicidaire sont le temps et la vie privée[192]. Cela implique l'observation continuelle des PI et des conditions favorisant la confidence.

Les conséquences découlant d'un manque de communication peuvent parfois être très graves. Au cours des dernières décennies, des recommandations soutenant l'importance de la communication ont été maintes fois formulées à l'intention des Services correctionnels. Une mauvaise communication que ce soit à l'interne ou à l'externe entre les différents intervenants a été relevée dans de nombreux cas de suicides. Les établissements qui maintiennent une approche interdisciplinaire et dont les canaux de communication sont ouverts préviennent les suicides[193].

Un aspect essentiel dans la prévention est l'interaction sociale significative puisque l'isolement physique constitue un facteur suicidaire fondamental[194]. Comme mentionné au point précédent, il importe que le personnel des ED saisisse toutes les occasions pour entrer directement en contact avec les PI. Il doit s'abstenir de se retrancher derrière les portes, de rester dans les couloirs ou dans les postes de garde, sauf lorsque cela est nécessaire[195]. Un climat positif qui favorise les échanges permet aux PI d'aborder avec confiance les membres du personnel avant qu'un problème ne s'aggrave. Il encourage de bons rapports avec les PI et la connaissance de leurs humeurs et de leur état d'esprit. Il s'agit d'amener la PI à accepter l'aide offerte, puis de l'accompagner, et ce, jusqu'à sa sortie. Ce climat positif implique l'emploi d'attitudes positives et cohérentes ainsi que des réponses sans délai indu aux demandes formulées par les PI. Bref, il faut passer d'une approche de type gestion administrative à une approche plus humaine. Et cela suppose un changement dans la culture et les façons de faire. À cet égard, les Services correctionnels évaluent actuellement la possibilité d'implanter dans ses politiques opérationnelles une approche d'après le concept de sécurité proactive, laquelle présente un potentiel intéressant en matière de prévention du suicide (voir Annexe 2 : Sécurité proactive à la page 92 pour plus de détails).

Dans cette perspective, les membres du personnel qui travaillent directement avec les PI doivent être en mesure d'entretenir des relations individualisées avec les PI sous leur responsabilité afin de mieux les connaître et d'offrir une intervention personnalisée. Que ce soit à l'occasion des rencontres de dépistage, d'évaluation ou lors des activités quotidiennes, il faut offrir du soutien à celles qui se confient et demandent de l'aide. Mais il s'agit aussi d'être proactif et d'aller vers les PI, de permettre l'expression des émotions, de se montrer disponible et disposé lorsque le besoin se manifestera. Cette approche favorise une détection plus efficace des problèmes.

Il faut également faire preuve de vigilance et évaluer la véracité d'une négation de risque de suicide. L'auto-évaluation des délinquants, de même que leur désaveu de toute pensée suicidaire ou de toute volonté de mourir, ne devrait en aucun cas constituer la seule source d'information utilisée pour déterminer le risque de suicide[196]. On l'a vu, plusieurs personnes à risque suicidaire n'appelleront pas activement à l'aide. C'est pourquoi les échanges avec les proches de la PI peuvent être d'une aide précieuse. Sans conteste, la stigmatisation, entourant les troubles mentaux et le suicide, dissuade beaucoup de personnes de demander du soutien. Par ailleurs, il ressort de la recension des écrits et de l'actuelle collecte de données qu'il faut être particulièrement attentif à certains moments connus comme critiques. Ainsi, de nombreux suicides se produisent peu de temps avant ou après une procédure judiciaire, ou encore après une visite ou un appel téléphonique dont la teneur était défavorable.

C'est pourquoi il serait utile d'envisager la mise sur pied d'un programme de soutien par les pairs comme celui des sentinelles implantées dans certains milieux. Une « sentinelle » est une personne qui est à même de déterminer si quelqu'un envisage de se suicider, puis d'intervenir. Cette approche ne remplace pas la vigilance des membres du personnel, mais s'avère complémentaire dans la mesure où ces derniers ne peuvent évidemment tout voir et tout entendre ce qui se passe dans leur secteur. L'expérience à cet effet de la France (voir page 71) ou celle de l'Australie[197] pourraient être explorées.

Comme mentionné précédemment, la nature du risque suicidaire est dynamique et non statique. Le comportement suicidaire est un état transitoire et le refus de recevoir de l'aide peut n'être qu'un effet de cette condition. C'est pourquoi il faut persévérer dans les efforts d'intervention et demeurer attentif tout au long de l'incarcération. Il faut donc s'attarder, non seulement aux PI identifiées à risque, mais aussi s'adresser à toutes celles potentiellement à risque, mais non (encore) identifiées. Par ailleurs, il est essentiel de cultiver l'espoir chez les PI et mettre l'accent sur toute autre option que le suicide. Il faut également aider les PI à développer leur capacité de résolution de problèmes. En outre, il faut éviter de considérer les attitudes et comportements suicidaires comme des gestes perturbant le bon fonctionnement des ED.

Selon l'OMS[198], les interventions auprès de PI devraient viser à dépister les comportements problématiques chez toutes les PI. Il faut soigner l'état mental de la PI et prendre en charge toute autre affection concomitante, notamment les problèmes de toxicomanie ou la présence de douleur chronique, par exemple. L'offre d'un suivi coordonné pour la transition vers la collectivité[199] compte également au nombre des recommandations qui découlent de l'analyse des données probantes en lien avec l'incarcération. Pourtant, les rapports faisant état de ce type de recommandations se multiplient sans pour autant que des changements notables soient effectués aux Services correctionnels.

L'isolement social et physique, le stress du milieu carcéral et le manque de ressources intensifient le risque de suicide. Pour ce motif, l'OMS[200] détermine comme élément important de la prévention du suicide en ED le contact humain. Ainsi, bien que parfois fondé, le confinement en cellule peut accroître le risque de suicide et l'observation doit être constante[201] [202]. Il est recommandé de ne pas laisser la PI seule, de lui offrir du soutien psychosocial, de consulter un spécialiste en santé mentale, lorsque c'est possible et de maintenir un contact et des suivis réguliers.

De même, il faut éviter de se fier excessivement à la surveillance vidéo pour prévenir les risques d'automutilation et de suicide[203]. Même dans le cas où la PI est placée en cellule double, cela ne remplace pas la surveillance et l'assistance des membres du personnel. Les technologies et les autres produits antisuicides ont tous en commun d'accroître la séparation entre les membres du personnel et la PI suicidaire, ce qui n'est pas souhaitable.

Dans le même ordre d'idée, il faut éviter de créer des obstacles qui découragent une PI de recourir au personnel de santé mentale.[204] Souvent, certaines conditions de nature préventive peuvent sembler punitives pour une PI (p. ex. : le retrait des vêtements personnels et la remise de vêtements sécuritaires, l'isolement cellulaire, la limitation des visites, du téléphone et de l'accès à la douche), ainsi qu'excessives et sans rapport à leur niveau de risque de suicide. En conséquence, une PI suicidaire ou déprimée peut être réticente à recourir aux services de santé mentale, sachant qu'ils sont minimaux, voire inexistants. Elle peut aussi nier qu'elle a un problème, sachant les pertes qu'elle encourt. Cette méthode traditionnelle d'hébergement des PI suicidaires dans des cellules de confinement est remise en question depuis de nombreuses années[205]. Ce procédé, au cours duquel une PI est dépouillée de tous ses vêtements et de ses biens afin de réduire les risques, est encore utilisé dans certaines administrations, dont au Québec, bien que les protocoles spécifient qu'il doit être réservé aux cas les plus graves. Toutefois, dans les ED de Nouvelle-Galles du Sud en Australie, aucune PI suicidaire ne doit être déshabillée, puis placée en cellule[206]. Si l'habillement crée un risque, la PI demeure correctement vêtue et fait l'objet d'une observation continue 24 heures sur 24. Cette administration correctionnelle reconnaît aussi que la stratégie d'isolement est antithérapeutique et elle envisage l'adoption d'approches fondées sur la sécurité relationnelle.

Tableau 7 : Recommandations 10 à 14 découlant du principe d'individualisation de l'intervention

Recommandations - Individualisation de l'intervention	
10	S'assurer que la plus grande priorité soit accordée à la communication des renseignements touchant les PI entre les différents intervenants (internes et externes) en ED.
11	S'assurer que les ASC adoptent une attitude proactive dans ses rapports avec les PI. Cela se manifeste par le fait d'initier et de maintenir des contacts positifs avec chacune des PI sous sa responsabilité afin de les connaître et de leur offrir un soutien personnalisé répondant à leurs besoins.
12	Envisager la possibilité d'implanter un programme de sentinelle en ED.
13	S'assurer que les PI souffrant de troubles physiques ou mentaux et celles ayant une problématique de toxicomanie reçoivent l'évaluation et le traitement requis (pharmacologique, médical et psychosocial).
14	Éviter l'isolement comme réponse à un comportement suicidaire. Privilégier l'aide et le contact humain et offrir du soutien répondant aux besoins de la PI.
15	Inclure dans la démarche de sécurité proactive les enjeux associés la prévention du suicide.

4.3 Principes de continuité et de complémentarité

Comme mentionné au chapitre 3, de nombreuses difficultés vécues par les PI concernent la santé physique et mentale, les problèmes de consommation, la déviance sexuelle, les problèmes de violence ou de violence conjugale. Ce sont toutes des problématiques qui relèvent du domaine de la santé ou des services sociaux. Au Québec, les interventions en santé et services sociaux sont du ressort du MSSS.

En 1989, le MSP et le MSSS ont signé un protocole d'entente qui reconnaissait le droit des PI à des soins sociosanitaires équivalents à ceux fournis à l'ensemble de la population. Suivant cette entente, le MSSS devait assumer l'organisation des services de santé de la clientèle correctionnelle au même titre qu'à tout citoyen. Les démarches visant à concrétiser ce protocole ont pris beaucoup de temps et il est finalement devenu caduc. Ce faisant, les services de santé sont demeurés sous la responsabilité du MSP. Ainsi, chaque ED devait assurer une couverture médicale adéquate, ce qui ne se faisait pas sans difficulté.

C'est en 2017 qu'a débuté le transfert graduel de la responsabilité de la prestation de ces services au réseau des établissements de la santé et des services sociaux. Au moment d'écrire ce rapport, tous les transferts ont été complétés sauf ceux de l'ED de Montréal et de l'ED de Québec.

En 2019, des balises[207] ont été élaborées visant à encadrer l'organisation des services de santé ainsi que le fonctionnement conjoint du MSP et du réseau de la santé. Il faut noter que l'arrimage entre les deux organisations n'est pas pleinement réalisé.

L'une de ces balises concerne la prévention du suicide et prévoit que tout le personnel, y compris celui provenant du réseau de la santé, doit être à l'écoute de tout signe permettant de reconnaître un potentiel suicidaire chez les PI. Ainsi, lorsque de tels signes sont perçus ou qu'une confidence est reçue, l'intervenant de santé doit suivre ces étapes :

- Écouter la PI et faire preuve d'empathie à son égard;
- Recueillir le plus d'informations possible afin de les transmettre immédiatement au personnel de l'ED qui poursuivra les interventions nécessaires avec la PI à l'aide, entre autres, de la grille EERS.

À la lecture de cette balise, il est possible de comprendre que l'intervenant de santé ait pour consigne de transférer la suite de l'intervention d'une PI, dont la condition relève de la santé mentale, à un membre du personnel ASC qui ne possède aucune expertise en la matière. Le rôle de l'intervenant de santé dans l'étape d'intervention auprès de la PI suicidaire mériterait d'être clarifié. En fait, comme mentionné plus haut, la responsabilité du suivi et du traitement en matière de santé mentale devrait être du ressort de l'intervenant en santé et non du personnel des Services correctionnels qui ne possède aucune expertise en matière de santé. Au demeurant, l'information médicale obtenue sur les PI lors de l'admission en détention est nettement insuffisante[208] restreignant l'orientation vers des soins opportuns. Ainsi, seul le personnel de soins de santé (ex. : infirmier, médecin) peut avoir accès aux renseignements confidentiels du dossier médical des PI et donner les suites appropriées. Des enjeux liés au partage d'informations confidentielles devraient être traités de façon à permettre aux Services correctionnels et au service de santé de bien jouer leur rôle, et ce, au bénéfice des PI.

Il est indéniable que les ASC ont un rôle important à jouer dans la démarche de prévention du suicide, notamment en matière de dépistage, et cela ne doit pas être remis en question. Il est toutefois utile de rappeler que le suicide et sa prévention sont des enjeux de santé publique[209] [210]. Ainsi, le mandat clinique de prévention du suicide en ED, dont la prise en charge et l'intervention, devrait être confié à du personnel spécialisé en santé mentale. Conformément à la mission du MSSS, au protocole d'entente MSSS-MSP et aux recommandations du Protecteur du citoyen, le MSSS est l'entité toute désignée pour coordonner l'offre de ces services en ED.

Compte tenu de ce qui précède, il serait approprié de s'assurer que le MSSS reconnaisse et assume pleinement sa responsabilité en matière de santé en milieu carcéral. Une telle démarche comprend des enjeux complexes, notamment d'ordre organisationnel et financier, et un tel objectif ne pourra être atteint qu'au terme d'un processus qui pourrait s'échelonner sur un horizon à moyen et long terme. Mais cette avenue apparaît incontournable aux vues des responsabilités et mandats dévolus au MSSS. Si une telle avenue était retenue, il serait opportun de convenir de modifier les pratiques en vigueur afin qu'elles reflètent les rôles et l'expertise de chacun. Si certaines mesures peuvent demeurer sous l'égide du MSP en conformité avec sa mission, d'autres devraient être dévolues au MSSS. L'ensemble des actions posées en matière de prévention du suicide pourraient être partagées entre les deux ministères, lesquels en deviendrait porteur ou coporteur en fonction de leur mandat respectif. À titre indicatif[dd], un partage de responsabilités selon cinq objectifs est présenté à l'annexe 4.

Le MSSS devrait prendre en charge cette clientèle selon un mode d'intervention thérapeutique comme cela se fait dans la population générale. Pourtant, encore aujourd'hui, les PI n'ont souvent qu'un accès à des services médicaux et infirmiers de base ainsi qu'à la pharmacothérapie. Le MSSS devrait offrir des services comparables à la communauté en matière de santé physique et de santé mentale et même développer davantage ces derniers tenant compte des particularités de cette clientèle.

[dd] Il s'agit d'une proposition à titre exploratoire à considérer en vue d'éventuelles discussions avec le MSSS.

Il devrait aussi agir sur les facteurs de risque reconnus du suicide. Et il ne fait aucun doute qu'il y a nécessité d'améliorer les services psychiatriques et psychologiques en détention. Une telle bonification des services médicaux serait de nature à permettre une diminution de la problématique suicidaire[211], à répondre à une multitude d'autres besoins connexes et ultimement à contribuer à la réinsertion sociale.

Par ailleurs, comme la majorité des PI[ee] seront mises en liberté un jour ou l'autre, le mandat du MSSS devrait inclure la consolidation de l'état de santé de chaque PI avant leur libération, laquelle devra ensuite être orientée vers les ressources appropriées, le cas échéant. En effet, pour demeurer stables et fonctionnelles, ces PI ont besoin de suivi et de l'accès à des services en lien avec leurs problématiques. Il est indiqué d'intégrer des services de la communauté au plan de libération, puis de faire les arrimages requis en évitant de se limiter à faire une simple référence.

Comme vu au chapitre 2, plusieurs organismes et institutions possèdent une expertise indéniable en services sociaux qui est complémentaire à la réussite de la mission du MSSS et de celle du MSP, lesquels doivent être mis davantage à contribution. Investir dans les services à la clientèle traitant les différents facteurs de risque est une autre façon de s'engager dans la prévention du suicide. Dans une optique de complémentarité, le MSSS et le MSP devraient entretenir des liens solides avec les ressources publiques extérieures et prévoir des ententes de services avec plusieurs organismes au bénéfice de tous les ED.

Le MSP, quant à lui, doit s'assurer que son personnel est apte à repérer les personnes à risque et il demeure responsable de la dispensation de la majorité des services en ED. Il devrait donc voir à l'amélioration de ses pratiques dans le mandat qui est le sien, soit en matière de sécurité, d'évaluation correctionnelle, d'offre de programmes et d'activités, de formation de son personnel et de soutien à la clientèle en matière de réinsertion sociale. L'implication du milieu de la recherche à cet égard est une voie à privilégier.

Au regard de la mise en place d'un éventuel programme de prévention du suicide en ED, celui-ci pourrait être sous la responsabilité conjointe du MSP et du MSSS. L'objectif global pourrait être de promouvoir, coordonner et soutenir les actions aux niveaux national, régional et local.

Tableau 8 : Recommandations 16 à 26 découlant des principes de continuité et de complémentarité

Recommandations – Continuité et complémentarité	
16	Mettre en place un programme provincial de prévention du suicide en ED sous l'égide du MSP et du MSSS.
17	Confier la coordination des interventions de santé et de la prévention clinique du suicide au MSSS.
18	Instaurer un continuum de soins incluant l'évaluation de la santé mentale et d'autres problèmes psychosociaux.
19	Mettre en place une offre de services (incluant des services adaptés à certaines clientèles) visant à réduire les facteurs de risques, à augmenter les facteurs de protection et à promouvoir la santé mentale.

[ee] Certaines PI détenues à titre préventif dans un ED recevront une sentence d'incarcération à vie.

20	Mettre en place un mécanisme permettant l'échange d'information personnelle ciblée entre le MSP et le MSSS.
21	Mettre à jour les instructions et s'assurer qu'elles soient respectées.
22	Développer davantage des partenariats avec des organisations spécialisées en prévention du suicide.
23	Établir des liens avec les organismes externes visant à s'assurer de la prise en charge par ces ressources en détention et lors de la libération
24	Améliorer l'offre de programmes et d'activités en ED en collaboration avec les ressources externes.
25	Mener des projets de recherche visant l'évaluation des outils actuels et l'intégration des meilleures pratiques en matière de prévention du suicide.
26	Évaluer les actions réalisées en ED en prévention du suicide.

Conclusion du chapitre 4

L'instauration d'une culture favorisant le développement de relations positives et de qualité avec les PI, d'une meilleure connaissance de la clientèle, d'une intervention individualisée et cohérente ainsi que l'intégration de services complémentaires offerts par les partenaires des Services correctionnels, notamment en matière de soins de santé, est toujours d'actualité et doit être prônée. Ce type d'approche concourt à l'humanisation et à la normalisation de l'environnement carcéral, s'éloignant ainsi de celle qui préconise la simple neutralisation des PI. Ces aspects s'inscrivent parfaitement dans l'une des finalités des ED qui est celle de favoriser une réinsertion sociale réussie.

5. Conclusion générale

Chaque jour, les ED de la province hébergent des PI à risque suicidaire. Le principal défi est de les repérer.

Comme mentionné précédemment, les PI présentent un taux de suicide plus élevé que leurs homologues dans la société[212]. Il est possible de faire fléchir ce taux en intensifiant les efforts de prévention. Même si le risque zéro n'existe pas, il peut et doit être réduit.

Concernant les suicides survenus en 2017-2018, bien que préoccupant à juste titre, il ne s'agissait pas de situation alarmante puisqu'ils n'ont pas atteint les pics de 13 suicides des années de 2005-2006 et de 2011-2012. Néanmoins, il est question d'une recrudescence, si l'on considère la moyenne des années 2005-2006 à 2017-2018 qui est de 6 suicides.

Comme on l'a vu, la personne suicidaire veut soulager une détresse psychologique qui est devenue intolérable. La décision de s'enlever la vie est le fait de personnes qui souffrent et dont la pensée ne repose pas sur une logique rationnelle. Ce choix est le résultat d'une conjonction de facteurs qui rendent la personne vulnérable (ex. : maladie mentale), associés à des événements de vie (ex. : difficultés financières) et à un contexte socioenvironnemental qui augmente le stress (ex. : être incarcéré) ou qui restreint les ressources du réseau social (ex. : non-accès à un psychologue), à la survenue d'éléments déclencheurs (ex. : rupture) et tout en tenant compte des moyens létaux disponibles (ex. : points de suspension). Ces facteurs de risque qui sont présents dans la population générale se retrouvent concentrés dans une population carcérale. Les ressources adaptatives (facteurs de protection) de la PI sont déficientes ce qui l'amène à ressentir du désespoir et de l'impuissance. De nombreuses PI arrivent en ED en mauvaise santé et aux prises avec différents problèmes. Elles se heurtent malheureusement à un accès insuffisant aux soins et aux traitements qu'elles requièrent.

Il a été mentionné au chapitre 2 que les facteurs de risque contribuent à la détermination des populations qui sont vulnérables au risque, mais ne permettent pas d'identifier les individus qui présenteront ce risque. En effet, la majorité des PI ne se suicideront pas, malgré leurs problèmes, leur vulnérabilité et leur souffrance. Il est donc impossible de dresser un profil type de la PI qui se suicide. La prévention du suicide n'implique donc pas de solution unique. Elle nécessite une combinaison d'activités visant à traiter les facteurs de stress individuels, sociaux et institutionnels.

Un modèle d'intervention proactif s'adressant à l'ensemble de la clientèle carcérale et adapté aux particularités des groupes qui la composent doit être privilégié. À cet égard, trois suicides féminins ont été déplorés à l'EDLL entre 2016-2017 et 2017-2018, alors qu'il n'y en avait jamais eu auparavant dans les ED québécois. Il est possible que les bouleversements liés au transfert d'établissement aient pu amplifier le niveau de stress et de détresse d'une clientèle déjà vulnérable. Les études se multiplient voulant que le meilleur moyen de répondre aux besoins de cette clientèle est de favoriser une approche sexospécifique.

On l'a vu, le dépistage individuel initial, bien qu'essentiel, est non suffisant. Il présente un portrait à un moment donné et doit donc être constamment réactualisé. En outre, il n'y a pas assez de données probantes pour déterminer les avantages du dépistage[213]. C'est pourquoi il faut éviter de faire de la grille de dépistage la pierre angulaire de la démarche de prévention du suicide. D'autres actions sont nécessaires. Cela implique qu'il vaut mieux intervenir auprès d'un grand nombre de PI tout au long de l'incarcération pour prévenir les décès. Les activités de prévention en milieu carcéral doivent atteindre tous ceux qui en ont besoin. Il est évident que les ED constituent des lieux où sont agglomérés un grand nombre de PI à risque de suicide.

L'une des solutions pourrait résider dans le fait de mettre en place une **démarche globale de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale** afin d'assurer une meilleure communication, d'offrir des soins appropriés, d'intégrer des bonnes pratiques et de restreindre les moyens de suicide. Se basant sur l'expérience des autres administrations, les Services correctionnels pourraient développer un modèle adapté à sa réalité qui consiste à gérer une clientèle dont le séjour en ED est relativement court. Ce modèle doit aussi tenir compte des besoins et aux particularités de ces personnes.

Toutes les données recensées en matière de prévention du suicide carcéral mènent aux mêmes conclusions. Ainsi, l'**amélioration de la qualité des soins de santé et des services psychosociaux** est un pan essentiel de tout programme de prévention du suicide. Un meilleur dépistage de la santé mentale et un meilleur traitement sont des actions qui ont démontré leur efficacité pour réduire le taux de suicide en population générale. Or, il n'y a pas de raison de croire que de tels bienfaits ne peuvent être observés en ED.

Par voie de conséquence, l'évaluation et le traitement des PI au regard de leurs différentes problématiques constituent une voie d'action incontournable[214]. Il s'agit en fait de tisser un filet de sécurité pour les PI en détresse. La prévention du suicide doit être une priorité sanitaire partagée, laquelle engage plusieurs acteurs dont le MSSS est un incontournable.

Un **leadership** porté par les plus hauts responsables des organisations concernées est essentiel pour établir une culture qui équilibre les exigences de la sécurité de l'ED et les besoins de santé des PI. Répondre à ces besoins le plus tôt possible dans le cursus carcéral peut, non seulement améliorer la santé des PI, mais elle peut réduire la mortalité des PI et la recherche indique que cela peut également diminuer la criminalité et donc la réincarcération[215]. Il ne fait aucun doute qu'une volonté ministérielle et interministérielle incluant les ressources nécessaires est essentielle pour y arriver.

La bonification des politiques et des façons de faire doivent être menées de front avec une collecte de données permettant d'en évaluer les progrès ainsi que des activités de **recherche** afin de s'assurer que les interventions soient fondées sur des données probantes et axées sur les résultats. Actuellement, les Services correctionnels compilent uniquement le nombre de suicides et de tentatives de suicide en ED, ce qui donne un portrait partiel de la réalité. Les données se rapportant à l'évaluation des personnes, le nombre de personnes considérées à risque et leur niveau, les décisions prises et les moyens employés devraient être collectées afin d'obtenir un historique du comportement suicidaire en ED.

Ce rapport avait pour but de comprendre le phénomène du suicide en milieu carcéral et de proposer des actions pour faire face à cette problématique. Bien que certains aspects n'aient été que partiellement documentés considérant les limites d'accès à certaines informations, un portrait global a pu néanmoins être dressé et des recommandations ont pu être formulées.

En substance, la prévention du suicide en ED doit s'appuyer sur des actions permettant une meilleure connaissance de la clientèle pour tous les membres du personnel. Elle doit miser sur une intervention à la fois individuelle et globale. Les efforts de prévention et d'intervention doivent être déployés de manière à atteindre toutes les PI qu'elles aient été dépistées ou non. Elle passe également par l'attribution des responsabilités aux intervenants qui sont les mieux habilités en misant sur l'expertise du MSSS. Enfin, il est dans l'intérêt de tous de mettre en place une démarche itérative d'évaluation et d'amélioration des pratiques en prévention du suicide qui est fondée sur des données probantes.

Il est maintenant temps pour les Services correctionnels d'offrir une réponse en matière de prévention du suicide qui soit à la hauteur de ses préoccupations.

Annexes

Annexe 1 : Définitions

Annexe 2 : Sécurité proactive

Annexe 3 : Pratiques inspirantes

Annexe 4 : Partage des responsabilités

Annexe 1 : Définitions

Dans le présent document, la terminologie applicable aux Services correctionnels est utilisée[216] [217].

Admission : procédure administrative visant à inscrire une personne dans un ED en vertu d'un mandat d'incarcération, d'un renvoi sous garde ou d'autres procédés judiciaires qui permettent à un officier de la justice ou à un agent de la paix d'incarcérer une personne. Une personne dont le statut change ou qui est transférée dans un autre ED ne fait pas l'objet d'une nouvelle admission. Pour une peine de détention, il n'y a qu'une admission.

Agent de dépistage : membre du personnel ayant complété la formation spécifique pour l'administration de l'« EERS ».

Agent des services correctionnels (ASC) : personne travaillant dans les établissements des Services correctionnels, chargée de surveiller les personnes détenues et de leur apporter le soutien adéquat.

Antécédents suicidaires : historique des événements personnels et familiaux permettant de connaître les causes d'un état suicidaire. Un antécédent suicidaire comprend les tentatives de suicide, les idéations suicidaires et les comportements autodestructeurs chez la personne admise ainsi que les suicides, tentatives de suicide et crise suicidaire dans la famille de l'entourage. On peut aussi considérer l'exposition au suicide dans le milieu de vie de la personne, soit qu'elle a été témoin d'un geste suicidaire ou qu'elle est intervenue auprès d'une personne ayant posé un geste suicidaire.

Dossier administratif correctionnel (DACOR) : système de gestion informatisé permettant aux intervenants des Services correctionnels et de la Commission québécoise des libérations conditionnelles de gérer, lorsque nécessaire, les activités d'éclairage des tribunaux et les interventions d'hébergement, de prise en charge ou d'examen du dossier du contrevenant pendant toute la durée de sa peine.

Dossier médical : documentation concernant l'état de santé d'une PI, régie par les règles de confidentialité, et permettant au service de santé de chaque ED de consulter les antécédents médicaux de la personne afin de lui permettre d'avoir accès aux soins qui correspondent à sa situation.

Dossier social : dossier d'une PI propre aux ED et regroupant l'ensemble des renseignements la concernant et utiles à son suivi.

Échelle d'évaluation du risque suicidaire (EERS) : outil d'évaluation adopté par les Services correctionnels pour réaliser le dépistage du risque suicidaire.

Équipe d'intervention spécialisée (EIS) : membres du personnel désignés par le directeur d'établissement ayant complété le programme provincial de formation en prévention du suicide et ayant pour rôle d'intervenir, à l'intérieur d'un ED, dans les situations où une personne présente un risque suicidaire ou tente de se suicider.

Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) : outil d'évaluation adopté par les Services correctionnels pour approfondir l'évaluation du risque suicidaire dans le but de déterminer les interventions à effectuer.

Matériel antisuicide : jaquette, couverture, lit, courroie, casque ou tout autre équipement sécuritaire de nature à prévenir le suicide (ex. : tentative de pendaison) ou à entraver les mouvements d'une personne agitée ou violente.

Mesures d'attention spéciale : ensemble des règles particulières à la surveillance d'une PI dont l'état le requiert (ex. : risque suicidaire élevé).

Manquement à la discipline : violation par une PI de ses obligations de respect des autres PI et des membres du personnel ainsi que de leurs biens et de ceux de l'ED, conformément aux dispositions de l'article 68 du Règlement d'application de la Loi sur le système correctionnel du Québec.

Personnes incarcérées (PI) : personne détenue dans un ED, dans l'attente de son procès ou de l'issue de celui-ci, ou qui purge une peine d'emprisonnement après avoir été reconnue coupable d'une infraction à une loi ou à un règlement en vigueur, ou qui y est admise à la suite d'une demande d'un agent de la paix conformément au Code criminel ou à d'autres lois connexes.

Population moyenne quotidienne en institution (PMQI) : nombre moyen de PI présentes chaque jour dans un ED; cette population est établie à partir des présences à 23 h 59 dans les ED.

Programmes : ensemble d'éléments cohérents et structurés visant spécifiquement à entraîner une modification des comportements chez la personne contrevenante. Par exemple, le programme Parcours a pour objectif de développer chez la personne contrevenante la reconnaissance des conséquences de ses actes, l'identification de certains facteurs en lien avec sa délinquance et la prise en considération de moyens socialement acceptables pour répondre à ses besoins. Il existe aussi des programmes visant des problématiques spécifiques telles que la violence, la déviance sexuelle, la toxicomanie ou le jeu compulsif. Le programme a nécessairement un début et une fin, des objectifs très précis et peut souvent avoir un caractère obligatoire.

Suicide : action de se donner la mort.

Annexe 2 : Sécurité proactive

Le personnel correctionnel est tenu d'assurer une surveillance efficace et constante de la population carcérale. Il est essentiel dans ce milieu de constituer et de maintenir un environnement sécuritaire. Toutefois, et conformément à la philosophie et à l'énoncé de principe en matière de sécurité présentés à la page 24, la sécurité ne doit pas être réduite à des moyens de contrôle, mais elle doit viser également les rapports entre les personnes. La création d'un environnement sécuritaire passe par la qualité des relations entre la clientèle correctionnelle et les intervenants. Pour ce faire, le personnel doit miser sur la communication et le respect encourageant ainsi un climat positif et calme.

En cohérence avec l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) en matière de sécurité dynamique[218], le MSP est en voie de proposer l'intégration du concept de la sécurité proactive[ff] dans ses politiques opérationnelles. Celle-ci permet de mieux connaître les PI, de créer un environnement propice au développement de relations positives favorisant la diminution des tensions et la manifestation de comportements violents notamment. Selon l'ONUDC, la prise en charge des PI d'après un tel modèle concourt à la prévention du suicide.

La sécurité proactive est l'une des composantes du principe de sécurité globale appliquée aux Services correctionnels. Le concept de sécurité proactive, adopté par les Services correctionnels en 2019, se définit comme étant l'ensemble des actions posées par les membres du personnel contribuant à l'optimisation de la sécurité globale, par la valorisation des interactions humaines, positives et respectueuses. Il s'agit de pratiques qui misent sur une présence constante des ASC auprès des PI dans tous les secteurs de vie. La sécurité proactive facilite la connaissance approfondie des PI et permet de déceler et de désamorcer des tensions et des conflits. Cette approche favorise les échanges et le respect réciproque.

Plus spécifiquement, la sécurité proactive vise :

- Le développement de liens de confiance entre les PI et les membres du personnel, et aussi envers l'organisation;
- Une perception positive qu'ont les PI face à leurs conditions de détention;
- Une perception positive qu'ont les PI face à leurs chances de réinsertion sociale future;
- La connaissance des PI et de ce qui se passe en détention.

Un plan d'action prévoyant son implantation a débuté en 2019 et les démarches sont en cours. Déjà, en septembre 2016, le Protecteur du citoyen[219] enjoignait les Services correctionnels à adopter des normes en la matière qui soient applicables dans les ED. Il déplorait qu'à certains endroits, le personnel n'ait quasiment aucune interaction avec les PI.

La mise en place d'une telle pratique est toute désignée dans le contexte du phénomène étudié, car elle partage des visées communes avec celles de la prévention du suicide et présente un potentiel fort intéressant. Ainsi, le maintien de contacts réguliers et personnalisés peut devenir l'occasion de vérifier l'état de santé physique et mentale des PI et peut contribuer à désamorcer des crises suicidaires réelles ou en puissance. Il apparaît judicieux d'inclure dans la sécurité proactive les enjeux associés la prévention du suicide.

[ff] Ce concept est aussi connu sous l'appellation de sécurité dynamique.

Annexe 3 : Pratiques inspirantes

Pour les besoins de ce rapport, des exemples de pratiques inspirantes ont été recueillis dans le réseau des ED. Elles sont issues de l'initiative du milieu et ont pour but de répondre aux besoins perçus en fonction des ressources disponibles localement. Elles sont de différentes natures et visent soit à aider directement les PI, soit à soutenir le personnel dans son intervention auprès de ces dernières. Toutes inspirantes, ces pratiques devraient néanmoins faire l'objet d'une évaluation. Il pourrait être fort utile de diffuser aux autres ED celles dont le potentiel est concluant.

Tableau 9 : Exemples de pratiques inspirantes dans les ED en matière de prévention du suicide

Types de pratiques	Exemples
Mise en place d'un mécanisme de rencontres multidisciplinaires (ou comité de cas complexe)	Tenue de rencontres où un gestionnaire, un membre du personnel professionnel, un CU, un ASC, un membre du personnel de soins de santé, l'agent de service de pastoral et parfois un intervenant d'un organisme communautaire peuvent être présents. Ces rencontres visent à établir un plan d'action des meilleures pratiques à adopter pour une PI présentant des problématiques multiples (ex. : santé mentale, risque suicidaire, désorganisation).
Programme de surveillance accrue des PI à risque suicidaire	Mise en place de mesures de surveillance dépassant ce qui est prévu dans l'instruction. Garde à vue dans son unité d'une PI à risque en attendant la tenue d'une rencontre avec un membre EIS.
Collaboration avec des partenaires aux fins de perfectionnement	Formation et perfectionnement sur le suicide et la santé mentale.
Activités ou conférences en lien avec la prévention suicide et/ou la santé mentale	Activité entourant la Semaine de la prévention du suicide, capsules vidéo, films thématiques, concours de dessins et de poèmes, présentation d'organismes, conférences de personnes inspirantes.
Partenariat avec des organismes communautaires pour obtenir du soutien aux PI	Partenariat avec un centre de prévention du suicide, organisme spécialisé dans les troubles de la personnalité, ou d'autres organismes. De la formation, du soutien téléphonique et des rencontres sont offerts.
Partenariat avec des organismes communautaires en prévision de la libération d'une PI	Partenariat avec un centre de prévention du suicide, avec une communauté autochtone ou d'autres organismes. Du soutien téléphonique et des rencontres sont offerts.
Pairs aidants	Accompagnement d'une PI dans ses activités quotidiennes par un pair aidant.

Outils bureautiques et technologiques	Bottin pour situation d'urgence, utilisation d'une messagerie dédiée à la prévention du suicide, schéma des étapes à suivre dans le processus de libération pour les PI présentant un risque suicidaire, document de procédures et de références, matériel informatif distribué aux PI.

Source : Direction générale adjointe aux programmes, au conseil et à l'administration, 2020

Annexe 4 : Partage des responsabilités

Le but d'un tel partage des responsabilités est d'améliorer la coordination et l'accessibilité à des services essentiels de soins de santé en favorisant une approche d'intervention intégrée entre le MSSS et le MSP. L'objectif ultime étant de s'assurer d'un traitement professionnel et uniforme.

Tableau 10 : Proposition de partage des responsabilités entre le MSP et le MSSS selon cinq objectifs

Objectifs	Actions (exemples)	Responsable
Sécuriser	Restreindre l'accès aux moyens	MSP
Prévenir	Mettre en place une stratégie de prévention ayant une incidence positive sur la santé mentale des PI.	MSP-MSSS
Dépister	Détecter de façon précoce et continuelle les PI à risque de suicide à l'occasion des entrevues de dépistage et lors des contacts quotidiens.	MSP-MSSS
Stabiliser	Accompagner une PI qui est en détresse. Fournir de l'aide afin de répondre à ses besoins.	MSSS
Orienter et traiter	Décider des interventions cliniques qui sont adaptées à la PI et l'orienter, au besoin, au service approprié.	MSSS

Références

[1] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes, 2001.

[2] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[3] LESAGE, A., ST-LAURENT, D., GAGNÉ, M. & LÉGARÉ, G. *Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec,* 37 (2), 239–255, 2002. https://doi.org/10.7202/1014954ar

[4] CRISE. Promouvoir des changements sociaux ou politiques pour prévenir le suicide. Prévention du suicide : synthèses de connaissances, 2019. https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/champ-dinteret/promouvoir-des-changements-sociaux-ou-politiques-pour-prevenir-le-suicide

[5] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, 2012.

[6] http://cps-le-faubourg.org/wp-content/uploads/Les-phases-du-processus-suicidaire.pdf

[7] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*, 2001.

[8] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Bilan annuel des événements provenant des rapports synthèses d'événements produits selon la procédure administrative 3 1 H 08.* Direction générale adjointe à la sécurité, 2020.

[9] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, 2018.

[10] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, 2018.

[11] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[12] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Mortalité par suicide*, Indicateurs synthèses, Santéscope, 2020.

[13] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, 2012.

[14] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le suicide au Canada : infographique*, 2016.

[15] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le suicide au Canada : infographique*, 2016.

[16] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Données sur le suicide au Canada : infographique*, 2019.

[17] https://www.lapresse.ca/international/etats-unis/201806/07/01-5184845-le-suicide-en-hausse-de-30-aux-etats-unis-depuis-1999.php

[18] LEVESQUE, P., GAGNÉ, M., PELLETIER, É., PERRON, P. A. (2018). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/etat-du-suicide-au-quebec-les-plus-recentes-donnees

[19] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, 2018.

[20] KIRMAYER, L. J., G. M. Brass, T. Holton, K. Paul, C. Simpson, C. Tait. *Suicide chez les Autochtones du Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007.

[21] GOUVERNEMENT DU CANADA. *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 2016.

[22] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les inégalités sociales de santé au Québec – La mortalité par suicide*, sur le site Santéscope, 2018. https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/la-mortalite-par-suicide

[23] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[24] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[25] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[26] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[27] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[28] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[29] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[30] LESAGE, A., ST-LAURENT, D., GAGNÉ, M. & LÉGARÉ, G. *Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec,* 37 (2), 239–255, 2002. https://doi.org/10.7202/1014954ar

[31] LESAGE, A., ST-LAURENT, D., GAGNÉ, M. & LÉGARÉ, G. *Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec,* 37 (2), 239–255, 2002. https://doi.org/10.7202/1014954ar

[32] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[33] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[34] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[35] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[36] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[37] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[38] GOUVERNEMENT DU CANADA. *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 2016.

[39] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[40] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[41] CRISE. *Comprendre le suicide et ses facteurs associés. Prévention du suicide : synthèses de connaissances*, 2019. https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/champ-dinteret/comprendre-le-suicide-facteurs-associes

[42] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[43] FANZOLATO, Sylvie. *Les faces cachées de l'intervention en situation de crise*, 2e édition, Éditions Modulo, 2013.

[44] VANDEVOORDE, JÉRÉMIE. *Évaluer le risque de suicide*, Éditions Mardaga, 2018.

[45] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Direction de la recherche. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, juin 2000.

[46] https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide/

[47] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives. *Prévenir le suicide : Ressources pour les conseillers*, 2006.

[48] TERRA, J. L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, France, décembre 2003.

[49] VANDEVOORDE, JÉRÉMIE. *Évaluer le risque de suicide*, Éditions Mardaga, 2018.

[50] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[51] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[52] https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19

[53] http://www.sprc.org/sites/default/files/LinksBetweenPublicHealthCrisesSuicide.pdf

[54] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 – quelques pistes*, 8 mai 2020.

[55] Lemieux, A.J., Damasse, J., & Morin-Major, J-.K. *Gestion de la COVID-19 avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés : Une réponse rapide.* Montréal, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2020.

[56] https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats/

[57] https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1953/

[58] https://www.inspq.qc.ca/

[59] LEVESQUE, P., PELLETIER, É. & PERRON, P. A. *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 – Mise à jour 2020.* Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2642

[60] https://www.inspq.qc.ca/gestion-et-analyse-de-l-information/le-biesp

[61] https://www.aqps.info/

[62] ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Comment prévenir le suicide au Québec*, septembre 2018.

[63] https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/quest-ce-quun-coroner.html

[64] https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr

[65] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[66] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral.html

[67] VACHERET, MARION. *Relations sociales en milieu carcéral. Une étude des pénitenciers canadiens*, Déviance et Société, Vol. 26, 2002, Partiel. 83-104.

[68] THIBODEAU, LISE. *Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XX^e siècle : perspectives sociodémographiques et macroéconomiques*, thèse de doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal, août 2015.

[69] VACHERET, M., G. Lemire. Anatomie de la prison contemporaine. Deuxième édition. Les Presses de l'Université de Montréal, 2007.

[70] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement/valeurs-philosophies.html

[71] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement/valeurs-philosophies/philosophie-securite.html

[72] https://rpv.msp.gouv.qc.ca/proxy/1571d537/https/www.int.msp.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/images_nouvelles/services_correctionnels/2017/depliant_philo.pdf

[73] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement/valeurs-philosophies/philosophie-reinsertion-sociale.html

[74] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[75] BERNHEIM, JEAN-CLAUDE. *Les suicides en prison*. Éditions du Méridien, 1987.

[76] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Bilan annuel des événements provenant des rapports synthèses d'événements produits selon la procédure administrative 3 1 H 08.* Direction générale adjointe à la sécurité, 2020.

[77] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Le suicide au Canada : infographique, 2016.

[78] DUPUIS, TANYA, R. MACKAY ET J. NICOL. *Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé mentale et le système de justice pénal (Étude générale)*, Bibliothèque du Parlement, 2013.

[79] SYKES, GRESHAM M. The society of captives, Princeton University Press, 1958.

[80] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[81] VACHERET, M., G. Lemire. Anatomie de la prison contemporaine. Deuxième édition. Les Presses de l'Université de Montréal, 2007.

[82] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Bilan annuel des événements provenant des rapports synthèses d'événements produits selon la procédure administrative 3 1 H 08.* Direction générale adjointe à la sécurité, 2020.

[83] ECK, M. ET AL. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[84] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral/personnes-incarcerees/droits-responsabilites.html

[85] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[86] ECK, M. et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[87] CHÉNÉ, B., E. Chouinard. *Profil des femmes confiées aux Services correctionnels en 2015-2016.* Direction générale des services correctionnels, MSP, 2018.

[88] https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/french_gn_13.pdf

[89] CHÉNÉ, B., E. Chouinard. *Profil des femmes confiées aux Services correctionnels en 2015-2016.* Direction générale des services correctionnels, MSP, 2018.

[90] https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/french_gn_13.pdf

[91] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[92] COMITÉ DE TRAVAIL SEFPQ-DGSC. *Rapport pour une proposition d'un modèle innovateur en matière de gestion des services correctionnels pour la clientèle féminine « Une voix différente »,* 21 juin 2018.

[93] GIROUX, L. et S. FRIGON. *Profil correctionnel 2007-2008 : Les femmes confiées aux Services correctionnels,* Services correctionnels, ministère de la Sécurité publique, 2011.

[94] COMITÉ DE TRAVAIL SEFPQ-DGSC. *Rapport pour une proposition d'un modèle innovateur en matière de gestion des services correctionnels pour la clientèle féminine « Une voix différente »,* 21 juin 2018.

[95] OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME., *Règles de Bangkok*, 2011

[96] PROTECTEUR DU CITOYEN. Rapport annuel d'activités 2015-2016, Québec, 2016. https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/nouvelles/communiques/rapport-annuel-2015-2016-faits-saillants-ombudsman-correctionnel-du-quebec

[97] https://www.womeninprison.org.uk/news-and-campaigns.php?s=2018-03-06-press-release-after-holloway

[98] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Le Québec chiffres en main*, 2019.

[99] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale, délinquance et activité criminelle*, ICIS, 2008.

[100] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. Direction de la recherche. *Instruments d'évaluation du risque de suicide : Examen de la documentation actuelle*, mai 2017.

[101] KIRMAYER, L. J., G. M. Brass, T. Holton, K. Paul, C. Simpson, C. Tait. *Suicide chez les Autochtones du Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007.

[102] GOUVERNEMENT DU CANADA. *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 2016.

[103] KIRMAYER, L. J., G. M. Brass, T. Holton, K. Paul, C. Simpson, C. Tait. *Suicide chez les Autochtones du Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007.

[104] https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm

[105] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, 2012.

[106] MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, *Mars 2018,* Service de l'analyse et de l'information de gestion, 2018. https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/MTESS_stats-AS_2018-03.pdf

[107] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[108] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[109] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, 2018.

[110] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Direction de la recherche. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, juin 2000.

[111] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[112] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Direction de la recherche. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, juin 2000.

[113] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2017*, Direction de la recherche, 2017. https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-3010-fr.shtml

[114] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[115] VACHERET, M., D. Lafortune. *Prisons et santé mentale, les oubliés du système.* Médecine & Hygiène, Déviance et Société, Vol. 35, p. 485 à 501, 2011.

[116] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives. *Prévenir le suicide : Ressources pour les conseillers*, 2006.

[117] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, module Conduites autoagressives/suicidaires, Version 1.0, 2011.

[118] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Direction de la recherche. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, juin 2000.

[119] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, 2012.

[120] ECK, M. ET AL. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[121] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes, 2001.

[122] GOUVERNEMENT DU CANADA. *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 2016.

[123] https://crise.ca/projet/depistage-systematique-et-prise-en-charge-des-hommes-incarceres-suicidaires/

[124] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale, délinquance et activité criminelle*, ICIS, 2008.

[125] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, 2012.

[126] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[127] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*, 2001.

[128] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[129] 'DONNELL, ORLA & HOUSE, ALLAN & WATERMAN, MITCH. *The co-occurrence of aggression and self-harm: Systematic literature review*. Journal of affective disorders. 175C. 325-350. 10.1016/j.jad.2014.12.051, 2014.

[130] LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND. *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

[131] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Direction de la recherche. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, juin 2000.

[132] BOUDREAULT, FRANCE ET AL. *Étude sur le phénomène du suicide en milieu carcéral.* Rapport présenté au sous-ministre associé des Services correctionnels du Québec, avril 1990.

[133] DAVID, A. M. *Rapport d'enquête du coroner*, gouvernement du Québec, 1997.

[134] https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3042-fr.shtml

[135] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Instruction 2 1 I 06 Prévention du suicide*, 4 février 2014.

[136] DAVID, A. M. *Rapport d'enquête du coroner*, gouvernement du Québec, 1997.

[137] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, Direction générale des services correctionnels. *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec*, février 2009.

[138] PROTECTEUR DU CITOYEN. *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*, Québec, 2011.

[139] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Instruction 2 1 I 06 Prévention du suicide*, 4 février 2014.

[140] ÉCOLE NATIONALE DE POLICE. *Programme d'intégration à la fonction d'agent des services correctionnels : Structure et caractéristiques*. Document d'information, PSC-1002, 2016.

[141] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[142] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[143] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[144] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[145] LESAGE, A., ST-LAURENT, D., GAGNÉ, M. & LÉGARÉ, G. *Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec,* 37 (2), 239–255, 2002. https://doi.org/10.7202/1014954ar

[146] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral/personnes-incarcerees/droits-responsabilites.html

[147] VACHERET, M., D. Lafortune. *Prisons et santé mentale, les oubliés du système.* Médecine & Hygiène, Déviance et Société, Vol. 35, p. 485 à 501, 2011.

[148] http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12

[149] VACHERET, M., D. Lafortune. *Prisons et santé mentale, les oubliés du système.* Médecine & Hygiène, Déviance et Société, Vol. 35, p. 485 à 501, 2011.

[150] https://www.csc-scc.gc.ca/sante/index-fra.shtml

[151] https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/corr_serv/careers_in_corr/careers/careers_fr.html

[152] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[153] BOUDREAULT, FRANCE ET AL. *Étude sur le phénomène du suicide en milieu carcéral.* Rapport présenté au sous-ministre associé des Services correctionnels du Québec, avril 1990.

[154] DAVID, A. M. *Rapport d'enquête du coroner*, gouvernement du Québec, 1997.

[155] DAVID, A. M. *Rapport d'enquête du coroner*, gouvernement du Québec, 1997.

[156] BOUDREAULT, FRANCE ET AL. *Étude sur le phénomène du suicide en milieu carcéral.* Rapport présenté au sous-ministre associé des Services correctionnels du Québec, avril 1990.

[157] SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2017*, Direction de la recherche, 2017. https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-3010-fr.shtml

[158] http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html

[159] VACHERET, MARION. *Relations sociales en milieu carcéral. Une étude des pénitenciers canadiens*, Déviance et Société, Vol. 26, 2002, Partiel. 83-104.

[160] https://www.csc-scc.gc.ca/sante/index-fra.shtml

[161] https://www.csc-scc.gc.ca/sante/092/MH-strategy-fra.pdf

[162] https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/fc159630.pdf

[163] https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/corr_serv/facilitieslocationsandvisitinghours/facilities_fr.html

[164] http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/Servicescorrectionnels/R%C3%A8glementdel%E2%80%99affaireJahn/FinalReportIndependentReviewerFrench_fr.html#basic_facts

[165] https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/corr_serv/careers_in_corr/careers/careers_fr.html

[166] FAZEL, S., RAMESH, T., HAWTON, K. *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*, Lancet Psychiatry. 2017 Dec; 4(12) : 946–952.

[167] http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-missions-de-ladministration-penitentiaire-12017.html

[168] http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/

[169] http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html

[170] ECK, M. ET AL. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[171] ECK, M. ET AL. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[172] https://www.prisonstudies.org/country/australia

[173] https://www.corrections.sa.gov.au/about/mission-and-vision

[174] http://aic.gov.au/publications/tandi/tandi513

[175] https://www.correctiveservices.justice.nsw.gov.au/Pages/CorrectiveServices/programs/at-risk-offenders/at-risk-offenders.aspx

[176] https://www.corrections.vic.gov.au/correctional-suicide-prevention-framework

[177] https://www.prisonstudies.org/country/ireland-republic

[178] https://www.irishprisons.ie/wp-content/uploads/documents_pdf/Irish-Prison-Services-Strategy-2019-2022.pdf

[179] http://www.irishprisons.ie/wp-content/uploads/documents_pdf/psychology_strategy_2016.pdf

[180] https://www.irishprisons.ie/prisoner-services/psychology-service/

[181] https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/offenders-positive-practice-guide.pdf

[182] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[183] ECK, M. et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[184] https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2018-08/apo-nid186946.pdf

[185] https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irrc-877-james-ashdown-fre.pdf

[186] https://mhfa.ca/fr/course-type/pssm-cours-de-base

[187] DEPARTMENT OF HEALTH, NORTHERN TERRITORY GOVERNMENT, *Northern Territory Suicide Prevention, Strategic Framework 2018-2023, Implementation plan*, Australie, août 2018.

[188] TERRA, J. L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, France, décembre 2003.

[189] ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Comment prévenir le suicide au Québec*, septembre 2018.

[190] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[191] https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1507-fra.shtml#cc2

[192] TERRA, J. L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, France, décembre 2003.

[193] https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1507-fra.shtml#cc2

[194] ECK, M. ET AL. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse médicale, 2019.

[195] OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME. *Manuel sur la sécurité dynamique et le renseignement pénitentiaire*, Série de manuels sur la justice pénale, 2015.

[196] https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1507-fra.shtml#cc2

[197] GOUVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA, *Annual Report 2012-2013,* Department of Corrective Services, 2013.

[198] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[199] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[200] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[201] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, module Conduites autoagressives/suicidaires, Version 1.0, 2011.

[202] https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/Balancing-Security-and-Dignity-in-prisons-FR.pdf

[203] https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/Balancing-Security-and-Dignity-in-prisons-FR.pdf

[204] https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1507-fra.shtml#cc2

[205] https://www.researchgate.net/publication/230999542_Strategies_for_managing_suicide_and_self-harm_in_prisons

[206] https://www.correctiveservices.justice.nsw.gov.au/Pages/CorrectiveServices/programs/at-risk-offenders/at-risk-offenders.aspx

[207] BALISES_MSSS-MSP_Signé_sept 2019_finale.pdf

[208] PROTECTEUR DU CITOYEN. Rapport annuel d'activités 2014-2015, Québec, 2015.

[209] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014.

[210] LESAGE, A., ST-LAURENT, D., GAGNÉ, M. & LÉGARÉ, G. *Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec,* 37 (2), 239–255, 2002. https://doi.org/10.7202/1014954ar

[211] DAIGLE, MARC, CÔTÉ, GILLES. *Suicides et troubles mentaux chez des homes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire?* Criminologie, 34 (2) 103-122, 2001.

[212] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Département de la santé mentale et des toxicomanies. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, 2007.

[213] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux ultérieurs*, Ottawa, 2018.

[214] TERRA, J. L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, France, décembre 2003.

[215] RUSSO, JOE. *Caring for those in custody. Identifying high-priority needs to reduce mortality in correctional facilities*, Corrections Today July/August 2019.

[216] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Instruction 2 1 I 06 Prévention du suicide*, 4 février 2014.

[217] https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-et-statistiques/definitions-des-termes-utilises.html

[218] OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME. *Manuel sur la sécurité dynamique et le renseignement pénitentiaire*, Série de manuels sur la justice pénale, 2015.

[219] PROTECTEUR DU CITOYEN. Rapport annuel d'activités 2015-2016, Québec, 2016. https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/nouvelles/communiques/rapport-annuel-2015-2016-faits-saillants-ombudsman-correctionnel-du-quebec