Évaluation des programmes de prévention du suicide

Déjà, l'évaluation des interventions en prévention du suicide est chose complexe; en milieu carcéral, elle l'est d'autant plus que l'on cherche à savoir qui est ***responsable*** *du suicide, le particulier ou le régime carcéral. C'est supposer alors que le régime carcéral, en soi, est générateur de suicide et en porte la responsabilité première*[1]*. Quoique ce facteur systémique ne soit pas entièrement à rejeter; il faut envisager en même temps qu'il n'exerce pas forcément un effet de cause dans le cheminement suicidaire de l'individu. En effet, l'incarcération n'est peut-être que le symptôme social manifeste des problèmes du délinquant, lesquels le prédisposeraient justement au suicide.*

La théorie qui veut que le régime carcéral soit responsable des personnes placées sous sa garde a des limites. Certes, il incombe aux autorités correctionnelles de faire régner dans les prisons des conditions qui minimisent le risque de suicide chez les détenus. En ce sens, le régime carcéral porte la même « responsabilité » que la société envers ses membres.

Le débat sur la « responsabilité » des intervenants risque cependant de décharger l'individu suicidaire de la responsabilité d'un acte qui est justement d'une rare individualité et intimité. Szasz[2] *souligne l'ambiguïté d'assigner des personnes à la surveillance d'autres personnes supposées « irresponsables ».*

Hormis les cas de troubles mentaux manifestes, l'auteur soutient dans cet article que l'individu doit rester l'ultime responsable de ses actes, ce qui n'exclut pas de lui offrir l'aide dont il a besoin. En effet, décharger l'individu de la responsabilité de ses actes, c'est effectivement le dominer. L'un découle naturellement de l'autre. Le régime carcéral (et plus particulièrement les psychiatres, selon Szasz) doit faire face à ses responsabilités, mais sans dépasser les limites de ses droits. C'est dans cet esprit que le Service correctionnel du Canada doit planifier ses interventions en prévention du suicide. Analyse de l'intervention Comment mesurer l'efficacité des interventions en prévention du suicide qui ont été opérées auprès des détenus? Doit-on se limiter au contrôle des taux de suicide? Pour le moment, le débat semble se situer principalement à ce niveau. Certes, les statistiques montrent que le taux de suicide est plus élevé au sein de la population carcérale ce qui ne signifie pas pour autant, comme on l'a expliqué plus haut, que l'emprisonnement « cause» le suicide. Il ne faudrait pas non plus conclure qu'une diminution (ou une augmentation) du taux de suicide est nécessairement la conséquence de la prise de mesures de prévention, car ce serait limiter la question à un seul aspect bien particulier, même si cet aspect semble de prime abord le plus important. Taux de suicide Pour juger de l'efficacité des efforts de prévention du suicide déployés auprès des détenus, il faut voir comment la question est abordée avec la population non incarcérée. Des efforts de prévention du suicide ont d'abord été systématisés dans des centres de prévention en Angleterre (les Samaritains) et aux États-unis (le Centre de prévention de Los Angeles). Ces centres exerçaient principalement une intervention téléphonique, surtout par l'entremise de bénévoles.

Peu après l'ouverture de ces centres de prévention, on a voulu en mesurer l'efficacité en étudiant les fluctuations du taux de suicide au sein des populations ciblées. Bagley[3] a constaté que le taux de suicide avait diminué dans les villes anglaises desservies par les Samaritains, mais qu'il était inchangé dans d'autres. Une étude approfondie du problème a révélé que ces villes n'étaient pas nécessairement

comparables[4] et que le rayon d'action des centres de prévention n'était pas bien délimité.

D'aucuns affirmeront que ce problème méthodologique ne se pose pas en milieu carcéral, dans la mesure où les populations et les champs d'influence sont bien circonscrits. Rien n'est moins certain. Les populations carcérales sont en mouvement: d'un pénitencier à l'autre, d'un niveau de sécurité à l'autre, d'une juridiction à l'autre, d'un régime de libération à l'autre. De plus, pendant ce temps, les détenus sont exposés à toutes sortes de méthodes de prévention : outre celles des services correctionnels, il y a celles véhiculées par les journaux, les organismes communautaires, la radio, les livres, etc.

L'étude de Bagley (citée plus haut) a aussi été critiquée au regard de la disponibilité des méthodes utilisées par les suicidaires[5]. En effet, à l'époque où les centres de prévention ont ouvert leurs portes, le système d'alimentation au gaz de l'Angleterre était en voie d'être transformé. Le gaz, traditionnellement plus toxique, ne pouvait plus être utilisé par les suicidaires potentiels, ce qui entraîna une diminution généralisée du taux de suicide par le **gaz**, mais pas par les autres moyens. Conséquemment, la capacité des Samaritains de réduire **tous** les types de suicide fut mise en doute.

On peut donc conclure que l'effet des efforts de prévention déployés dans les pénitenciers peut être confondu avec celui d'autres facteurs: la disponibilité de moyens pouvant être employés pour se donner la mort (déjà partiellement du ressort des autorités carcérales), les changements environnementaux, les changements de clientèle, etc.

Le débat soulevé par l'étude de Bagley ne fit pas vraiment avancer la question, sinon sur la voie du doute. Les auteurs[6] s'entendent maintenant pour dire qu'au sein de la population non incarcérée, on peut difficilement invoquer la fluctuation du taux de suicide pour justifier les programmes de prévention du suicide. Une seule autre étude[7], faite aux États-Unis, a pu démontrer un certain effet bénéfique des centres de prévention du suicide, mais uniquement auprès d'un segment bien particulier de la clientèle desservie. Dans l'ensemble, cette méthode évaluative s'est donc révélée infructueuse.

Dans ces conditions difficiles, pourquoi alors chercher à mesurer l'efficacité des programmes de prévention du suicide en analysant les taux de suicide? D'un point de vue stratégique, il est logique que l'objectif du Service soit de réduire le taux de suicide chez les détenus. L'atteinte de cet objectif doit cependant passer par des mesures systémiques qui englobent un programme spécifique de prévention du suicide, mais aussi d'autres mesures connexes : la modification de l'environnement, des structures, des clientèles, des programmes de santé, etc. Si cet objectif est atteint, la réussite devra être attribuée à toutes ces conditions, et non uniquement à un programme de prévention particulier. Processus d'intervention Comment, alors, peut-on évaluer l'efficacité des programmes spécifiques de prévention du suicide? Dans le cas de la population non incarcérée, certains auteurs ont mesuré le taux d'utilisation et le taux de satisfaction des clients à l'égard des services offerts. En milieu carcéral, la dynamique caractéristique des rapports entre le personnel et les détenus risqueraient de fausser de telles mesures. Par contre, la qualité des services offerts (le processus d'intervention même) pourrait être évaluée d'un point de vue soit technique, soit clinique.

L'évaluation du processus d'intervention, selon le modèle technique, s'apparente à une évaluation de programme. Il s'agit d'établir l'efficacité d'après l'atteinte des objectifs structurels ou l'accomplissement

des tâches prescrites. Ross et Motto[8] suggèrent de fixer des critères de fonctionnement d'un service de prévention, puis de vérifier a posteriori la mise en oeuvre du service. Cette méthode semble convenir particulièrement en ce qui concerne les services de prévention du suicide offerts en établissement, en supposant qu'un premier effort soit déployé pour uniformiser les méthodes employées dans les différents établissements. Il serait alors possible de jauger des éléments très précis comme le nombre de personnes ressources, le nombre de détenus référés, le délai d'attente pour l'évaluation d'une personne référée, le nombre d'intervenants de première ligne qui ont été formés et l'ampleur des mesures de surveillance.

La méthode d'évaluation clinique est nécessairement plus qualitative. En ce sens, les critères d'évaluation doivent être judicieusement sélectionnés puisqu'ils risquent d'impliquer des jugements de valeur sur la meilleure façon d'intervenir auprès des personnes suicidaires. En ce qui concerne la population non incarcérée, par exemple, on a souvent cherché à mesurer le niveau d'empathie des intervenants, comme si leurs interventions devaient nécessairement être rogeriennes, c'est-à-dire humanistes[9]. De même, d'autres chercheurs ont voulu déterminer à quel point les intervenants respectent les personnes dont ils s'occupent, le degré de sollicitude qu'ils montrent et leur patience[10]. Manifestement ces critères d'évaluation, qui sont souvent très subjectifs, ne rendent pas nécessairement compte du type d'intervention qui devrait être effectué auprès des suicidaires. En effet, l'intervention auprès des suicidaires tient souvent davantage d'une orientation (questions, conseils) que de l'empathie (acceptation, sympathie), compte tenu de l'urgence de la situation, mais aussi du fait que le sujet est alors particulièrement démuni.

Il faut donc évaluer tout le processus clinique de l'intervention plutôt que le seul aspect de l'empathie. En s'inspirant d'un modèle d'intervention d'urgence, il est par exemple possible d'évaluer la prise de contact avec le client, la définition du problème, l'analyse des solutions, la volonté de suivre un plan d'action et la planification du suivi[11]. En revanche, une évaluation de cette nature ne peut être intégrée au fonctionnement d'un organisme comme le Service correctionnel du Canada parce qu'elle exige un apport d'énergie qui ne peut être soutenu au-delà d'un projet de recherche ponctuel.

Par contre, la méthode clinique, même limitée à une période d'observation restreinte, peut générer plus d'information sur les méthodes généralement employées pour intervenir auprès des suicidaires. De plus, si de telles méthodes exploratoires du **processus** sont couplées avec des mesures des **effets** possibles des interventions, il est possible d'envisager quelles sont les méthodes qu'il vaut mieux employer dans tel ou tel cas. Par exemple, dans le cadre d'une récente étude menée au Québec, il a été possible d'identifier le comportement verbal typique des intervenants bénévoles qui travaillent auprès des suicidaires[12]. Ce comportement verbal, analysé selon le nombre de techniques utilisées, devient alors une mesure opérationnelle du processus d'intervention. Cette mesure peut ensuite être évaluée à la lumière des changements de l'humeur dépressive des sujets, de l'urgence des tendances suicidaires et de leur comportement subséquent. Conclusion Même auprès d'une population non incarcérée, l'efficacité des programmes de prévention du suicide est difficilement mesurable par la fluctuation des taux de suicide. Le Service correctionnel doit donc viser des objectifs réalistes quant aux détenus qui sont peut être suicidaires, tout en assumant ses responsabilités propres. L'individualité et l'intimité de l'acte suicidaire doivent inciter à montrer une certaine humilité dans les interventions, humilité qui n'empêche pas que l'on déploie le maximum d'efforts pour sauver des vies humaines.

Par contre, si l'on se préoccupe de l'évaluation des programmes spécifiques de prévention offerts en milieu correctionnel, il faut alors privilégier des mesures du **processus** d'intervention plutôt que de ses **effets**.

L'exposé qui précède ne s'attache qu'au phénomène du suicide, ignorant les phénomènes parallèles comme la simulation et l'automutilation. L'identification précise de ces actes, particulièrement en milieu carcéral, ne fait pas l'unanimité et doit, comme l'expérience l'a montré, se faire en tenant compte des dynamiques du milieu. Pourtant, lorsque qu'il s'avère que ces gestes correspondent bien à une tentative de suicide, nous posons que les modèles d'évaluation susmentionnés conviendraient encore. En effet, le processus mis en marche pour prévenir le suicide est identique à celui qui vise à prévenir les tentatives. En ce sens, les méthodes d'évaluation axées sur le processus d'intervention devraient donc valoir pour les deux démarches.

---

(1)*Beinheim (f C.), « Suicide et milieu carcéral »,* Vis-à-Vie*, n° 2, février 1992, p. 5-7.*
(2)*Szasz (T.), « The Case Against Suicide Prevention »,* American Psychologist*, n° 41, 1986, p. 806-812.*
(3)*Bagley (C.R.), « The Evaluation of a Suicide Prevention Scheme by an Ecological Method »,* Social Science and Medicine*, n° 2, 1968, p. 1-14.*
(4)*Barraclough (B.M.), Jennings (C.) et Moss (J.R.), « Suicide Prevention by the Samaritans: A Controlled Study of Effectiveness »,* The Lancet*, 30 juillet 1977, p. 237-239.*
(5)*Kreitman (N.), « The Coal Gas Story: United Kingdom Suicide Rates, 1960-71 »,* British Journal of Preventive and Social Medicine*, n° 30, 1976, p. 86-93.*
(6)*Auerbach (£M.) et Kilmann (P.R.), « Crisis Intervention: A Review of outcome Research »,* Psychological Bulletin*, n° 84, juin 1977, p. 1189-1217.*
(7)*Miller (H.L.), Coombs (D. W), Leeper (J.D.) et Barton (S.N.), « An Analysis of the Effects of Suicide Prevention Facilities on Suicide Rates in the United States »,* American Journal of Public Health*, n° 74, avril 1984, p. 340-343.*
(8)*Ross (C.) et Motto (J.), « Implementation of Standards for Suicide Prevention Centers »,* Bulletin of Suicidology*, n° 8, 1971, p. 18-21.*
(9)*Knickerbocker (D.A.) et McGee (R.K.), « Clinical Effectiveness of Non professional and Professional Telephone Workers in a Crisis Intervention Center », dans Lester (D.) et Brockopp (G. W) (éd.),* Crisis Intervention and Counselling by Telephone*, Springfield (Ill.), C.C. Thomas, 1973, p. 298-309.*
(10)*Hirsch (S.), « A Critique of Volunteer-Staffed Suicide Prevention Centres »,* Canadian Journal of Psychiatry*, n° 26, 1981, p. 406-410.*
(11)*Slaikeu (K.A.),* Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*, Boston (Mass.), Allyn & Bacon, 1984.*
(12)*Daigle (M.S.) et Mishara (B.L.), « La prévention du suicide au téléphone: les interventions des bénévoles québécois ». Rapport présenté lors de la cinquième assemblée provinciale de l'Association québécoise de suicidologie, Sherbrooke (Québec), 1991.*