

L'automutilation chez les femmes criminalisées



Cette fiche de renseignements sur l'automutilation chez les femmes^a criminalisées^b au Canada a été préparée par Colleen Anne Dell, Ph.D., principale chercheuse associée, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), et Tara Beauchamp, assistante de recherche, et a été révisée par Cathy Fillmore, Ph.D., et des membres du Comité intersectoriel du Manitoba sur l'automutilation.

Définition de l'automutilation

- Il n'existe pas de définition unique de l'automutilation : divers termes sont utilisés de façon interchangeable, dont autolacération, stratégies d'adaptation autodestructrices, comportements autodestructifs, actes autodestructeurs et sévices auto-infligés.
- Les définitions conventionnelles de l'automutilation sont axées sur les blessures physiques, comme les coupures et lacérations cutanées. De récentes recherches ont remis en question ces définitions et englobent tout comportement physique, émotionnel, social ou spirituel adopté par une femme dans l'intention de se nuire à elle-même, comportement allant des blessures physiques aux comportements autodestructeurs, en passant par l'abus de substances et la prise de risques sexuels¹.

Raisons pour s'automutiler

- La recherche montre que les femmes qui s'automutilent ont souvent vécu des perturbations familiales et des traumatismes, notamment des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie dans leur famille, des relations familiales dysfonctionnelles, le décès d'un parent, une précarité financière et la violence conjugale². Les premiers épisodes d'automutilation surviennent généralement à l'adolescence et sont souvent liés à des agressions et de la violence subies pendant l'enfance (y compris la violence psychologique, les agressions physiques et sexuelles, la négligence et l'intimidation)³.

^a La présente fiche de renseignements porte sur les femmes, en particulier les femmes adultes; les hommes aussi ont des comportements autodestructeurs, mais la nature et la fréquence des actes seraient différentes dans leur cas. D'après les études, les hommes auraient tendance à extérioriser leur douleur et leur colère (p. ex. par la violence et l'agression), alors que les femmes intériorisent leur souffrance.

^b L'expression *femmes criminalisées* fait référence aux femmes dont le comportement a été puni par la loi (p. ex. emprisonnement). Divers éléments affectent de façons complexes le processus de criminalisation, dont la race, la classe sociale, le sexe et l'orientation sexuelle, ce qui entraîne encore plus de conséquences négatives pour les groupes marginalisés. Dans la présente fiche de renseignements, l'expression *femmes criminalisées* renvoie aussi aux femmes qui présentent un risque de criminalisation (p. ex. une femme qui vole de la nourriture pour sa famille et qui ne se fait pas arrêter). Cette expression remplace fréquemment celle de « femmes qui ont des démêlés avec la justice ». Pour plus de renseignements, voir Balfour, G. et E. Comack (éd.). *Criminalizing Women: Gender and (In)Justice in Neo-Liberal Times*, 2006. Halifax : Fernwood Publishing.

- Un important facteur contribuant à l'automutilation chez les détenues sont les souffrances découlant de leur emprisonnement, notamment la crainte de perdre la garde de ses enfants, des relations négatives avec le personnel et les autres prisonnières, l'isolement disciplinaire, les conditions de vie stressantes et l'application arbitraire et sévère des règles⁴.
- Les femmes criminalisées souffrent souvent de difficultés matérielles et du manque de contacts sociaux (p. ex. logement, nutrition, soin des enfants). En général, ces femmes sont jeunes, mères, peu instruites, sans emploi ou sous-employées, célibataires ou dans une relation instable et ont vécu de la violence dans leur enfance ou à l'âge adulte. Un nombre disproportionné des Canadiennes criminalisées sont d'origine autochtone^c.

L'automutilation comme mécanisme d'adaptation

- On considère généralement l'automutilation comme un mécanisme d'adaptation et de survie permettant de faire face à la douleur émotionnelle, à la détresse, à l'isolement et à des situations oppressives, dont la violence⁵. L'automutilation, même si elle est malsaine, procure aux femmes des moyens d'adaptation tangibles, notamment un sentiment de libération, de purification et de contrôle, et est une façon leur permettant de se sentir vivantes et d'extérioriser leur souffrance⁶.
- L'abus de substances constitue une forme d'automutilation. La recherche a montré que certaines femmes consomment des substances afin de gérer la douleur chronique, des problèmes gynécologiques, le stress et la dépression, et qu'il existe un lien avec la victimisation⁷. Des travaux de recherche ont également mis en évidence la concomitance fréquente de l'abus de substances et de formes physiques d'automutilation, comme les coupures.
- Si l'automutilation et la toxicomanie partagent des caractéristiques analogues, la littérature ne permet pas de déterminer si l'automutilation est toxicomanogène. Par exemple, on a montré que consommer de l'alcool et s'infliger des coupures apportent un sentiment de soulagement, peuvent être incontrôlables et présenter des aspects neurologiques qui entraînent parfois la libération de certaines substances chimiques dans le cerveau⁸. Il y a lieu de pousser les recherches à ce sujet.

L'automutilation n'est pas une forme de suicide

- Des recherches récentes remettent en question l'opinion générale voulant qu'automutilation égale tentatives de suicide et laissent plutôt supposer qu'il existe des différences dans leurs intentions, étiologies, blessures corporelles, fréquence et procédés⁹. Les tentatives de suicide visent à arrêter la souffrance et la douleur en mettant fin à la vie, alors que l'automutilation est considérée comme un mécanisme d'adaptation¹⁰. Cependant, les personnes qui s'automutilent présentent parfois aussi des tendances suicidaires¹¹.
- Certaines études indiquent des taux accrus de suicide à la suite d'actes d'automutilation délibérés¹². Il importe également de noter qu'un comportement autodestructeur peut involontairement entraîner la mort (p. ex. surdose). Pour certaines femmes criminalisées, l'automutilation est comme un plan étalé conduisant au suicide¹³. D'autres travaux de recherche doivent être réalisés afin d'étudier les liens entre l'automutilation et le suicide.

Prévalence de l'automutilation

- Il est difficile d'estimer la prévalence de l'automutilation chez les femmes criminalisées, qu'elles soient dans la collectivité ou incarcérées, en raison de divers problèmes, dont (1) l'absence de définition universelle d'automutilation, ce qui complique la comparaison des études; (2) l'absence de méthodes de collecte systématique de données; (3) la réprobation et la honte associées à

^c En plus d'être confrontées aux structures sociales qui oppriment les femmes en général au Canada (p. ex. classe sociale, orientation sexuelle), les femmes autochtones doivent faire face aux effets historiques dévastateurs des politiques et pratiques coloniales du gouvernement, comme l'éducation en pensionnat et la *Loi sur les Indiens*.

l'automutilation empêchent les femmes d'en parler; (4) ce comportement se produit souvent dans l'isolement¹⁴.

- En milieu carcéral, l'hésitation des femmes à parler de leur automutilation est amplifiée par leur crainte de se faire imposer des mesures disciplinaires, comme l'isolement, et de se voir allouer une note d'évaluation du risque supérieure, ce qui pourrait mener à une incarcération dans une aile à sécurité accrue¹⁵. Il ressort aussi de travaux de recherche que l'automutilation est une pratique plus courante en milieu carcéral que dans la collectivité¹⁶. Selon un rapport de 2000 portant spécifiquement sur des femmes autochtones emprisonnées au Canada, les expériences qu'elles vivaient en prison, en particulier l'isolement, avaient mené à une hausse de leurs comportements autodestructeurs¹⁷.
- Certaines études canadiennes ont tenté de définir l'automutilation et de déterminer son taux de prévalence chez des groupes précis de femmes criminalisées.
 - Une étude réalisée en 2005 auprès d'organismes qui travaillent avec des femmes adultes vivant en milieu correctionnel a noté une hausse, au cours des deux années précédentes, de quatre types d'automutilation : blessures physiques, abus d'alcool et de drogues, prise de risques sexuels et implication dans des relations destructrices¹⁸.
 - Selon une étude qualitative réalisée en 2001 auprès de femmes criminalisées qui s'automutilaient en prison et dans la collectivité, les comportements autodestructeurs étaient courants et répandus¹⁹.
 - Une étude réalisée en 1999 auprès de 26 patientes admises au Programme intensif de ressourcement du Centre psychiatrique régional des Prairies (Saskatchewan) a révélé que 73 % des femmes avaient des comportements d'automutilation avant leur admission et que 50 % les ont gardés par la suite²⁰.
 - Dans le cadre d'une étude effectuée en 1989 à la Prison des femmes de Kingston, au moins 59 % des femmes purgeant une peine de ressort fédéral qui ont été interviewées ont déclaré s'être infligé des blessures physiques, notamment en se coupant²¹.

Influence des pairs

- Des travaux de recherche semblent indiquer que l'influence des pairs (effet de modelage ou d'imitation) constitue un facteur de risque chez les femmes et les filles, particulièrement en milieu institutionnel (p. ex. établissement correctionnel ou programme résidentiel de traitement de la toxicomanie)²². Toutefois, une étude réalisée récemment auprès de fournisseurs de services communautaires et résidentiels œuvrant avec des femmes et des filles qui s'automutilent a mis en évidence leur incertitude quant au rôle joué par cette influence, même s'ils ont souligné que les conséquences de conditions de logement exigües ne sont pas négligeables²³.

Intervention par rapport à l'automutilation

- La littérature^d contient des recommandations (voir ci-dessous) afin d'améliorer les politiques et pratiques liées à l'automutilation. Les fournisseurs de services communautaires et correctionnels sont pris au dépourvu par les comportements autodestructeurs des femmes criminalisées, les jugent et y répondent de façon inadéquate, ce qui accroît la discrimination et diminue la probabilité qu'une femme tente d'obtenir les soins médicaux et thérapeutiques dont elle a besoin.

Services communautaires

- Adopter une approche intégrée des soins qui offre du soutien aux femmes criminalisées, défend leur cause et favorise leur accès à diverses ressources communautaires appropriées (p. ex. refuges, transport, aînés), ce qui est particulièrement important pour les femmes présentant de multiples vulnérabilités.

^d La littérature consultée ne concerne pas seulement les femmes criminalisées, mais elle s'applique.

- Offrir davantage de services de santé aux femmes autochtones, ce qui veut dire concevoir et utiliser des techniques, des programmes, des soutiens et des services de guérison adaptés à leur culture (p. ex. huttes de sudation, cérémonies de la pleine lune et danses du soleil). Ces interventions doivent être élaborées, mises en place et évaluées par des femmes autochtones²⁴.
- En ce qui concerne les soins en clinique externe et les suivis, mettre en place un système d'aiguillage entre des professionnels, dont des médecins et psychiatres praticiens, et des fournisseurs de services communautaires, ce qui revêt une importance particulière pour les femmes à leur sortie d'un établissement correctionnel ou d'un hôpital.
- Offrir des services d'intervention en cas de crise (p. ex. unité d'urgence mobile).

Sensibilisation

- Mieux faire comprendre au public que l'automutilation est un grave problème de santé afin de diminuer les répercussions négatives de la stigmatisation vécues par les femmes (p. ex. ne pas se faire traiter)²⁵, y compris sensibiliser les femmes qui s'automutilent à la question.
- Augmenter les possibilités d'éducation et de formation en matière d'automutilation pour les fournisseurs de services communautaires, le personnel hospitalier et les employés des établissements correctionnels²⁶. Il faut tout particulièrement veiller à démythifier la notion que l'automutilation est uniquement une forme de manipulation ou témoigne d'une intention suicidaire. Il faudrait aussi mettre l'accent sur une meilleure compréhension des problématiques sous-jacentes associées à l'automutilation.

Politiques

- Devant une situation d'automutilation, ne pas recourir à une directive ou à un protocole d'intervention sur le suicide, car il s'agit de deux choses distinctes.
- Élaborer des politiques et lignes directrices axées sur les causes de l'automutilation, plutôt que sur les comportements eux-mêmes. La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances rédige actuellement une politique de ce genre.
- Donner l'occasion aux fournisseurs de services de se renseigner sur la politique, les lignes directrices ou les pratiques usuelles de leur organisme en matière d'automutilation.
- Dans les établissements correctionnels, adopter une politique axée sur les femmes qui n'aurait pas pour effet de les isoler lors d'une crise et qui reconnaît les besoins de chaque femme afin de personnaliser davantage l'« intervention »²⁷. Encore une fois, la nécessité de recourir à une intervention adaptée à la culture se fait sentir, en particulier en ce qui concerne les femmes autochtones, qui sont représentées de façon disproportionnée dans le système correctionnel canadien.

Recherche

- Concevoir et réaliser des études sur la prévalence de l'automutilation chez les femmes criminalisées et chez les femmes et les filles en général; ces études qualitatives et quantitatives doivent être axées sur l'ampleur et les formes de l'automutilation, tant dans la collectivité qu'en milieu institutionnel.
- Faire des recherches pour évaluer le traitement de l'automutilation et les techniques, les interventions, les programmes, les soutiens, les politiques et les services en matière de guérison.
- Dans les études, accorder une attention particulière au rôle que jouent les traumatismes et la violence dans la vie des femmes criminalisées ainsi qu'à leur influence spécifique chez les travailleuses du sexe.

Traitement

- Tenir compte des conséquences négatives que pourraient subir les femmes lorsqu'elles se font traiter (p. ex. problèmes liés à la garde des enfants, l'absence de soutien pour le soin des enfants, la perte d'emploi, la colère du conjoint et la perte d'amis)²⁸.
- Adopter des méthodes thérapeutiques multidisciplinaires qui reconnaissent l'automutilation comme une forme de détresse émotionnelle et se représenter la bénéficiaire comme une personne ayant vécu des traumatismes.
- Recourir à des thérapies qui tiennent compte des liens entre les expériences de marginalisation et de privation de leurs droits des femmes (p. ex. pauvreté, agression, sexisme, antécédents de colonialisme et de colonisation, racisme) ainsi que de la relation entre ces expériences, la criminalisation et l'automutilation des femmes. L'autonomisation des femmes est fondamentale.
- Favoriser l'accès des femmes à des ressources et programmes holistiques et complémentaires, comme des projets de mentorat en art offerts en milieu correctionnel et dans la collectivité. Les recherches soutiennent que les projets artistiques constituent un autre moyen de communication, une forme d'autonomisation et un mécanisme positif d'adaptation pour les femmes qui s'automutilent²⁹. De nombreuses données empiriques viennent appuyer les bienfaits des activités créatrices sur la guérison personnelle en milieu carcéral, notamment chez les prisonnières qui s'automutilent³⁰. Les programmes de soutien par les pairs sont également des techniques de guérison viables, y compris dans le cadre d'un milieu carcéral³¹.

Interventions non punitives

- Favoriser, chez les fournisseurs de services œuvrant auprès des femmes criminalisées qui s'automutilent, l'acceptation, la compréhension, la compassion, la sollicitude et le respect, qualités indispensables pour établir des liens personnel-patient efficaces³².
- Éviter de recourir à des mesures punitives pour maîtriser l'automutilation (p. ex. obliger les bénéficiaires à passer des contrats sévères, utiliser des moyens de contention, refuser d'accorder des privilèges, avoir recours à l'isolement). En intervenant de façon envahissante, déshumanisante et infantilisante, on reproduit la stigmatisation, la marginalisation et la perte de pouvoir auxquelles les femmes doivent déjà faire face, ce qui accentue leur détresse émotionnelle³³.
- Définir les déclencheurs de chaque femme criminalisée qui s'automutile et trouver des stratégies d'adaptation saines (p. ex. exercices de détente, passe-temps)³⁴.
- Examiner une approche de réduction des méfaits pour prendre en charge l'automutilation. La recherche a permis d'établir que le retrait complet de son moyen d'adaptation peut entraîner chez une femme des méfaits encore plus importants³⁵. Par exemple, une étude pilote réalisée à l'hôpital St. George's de Stafford (R.-U.) a mis en évidence qu'en permettant aux patientes de garder leurs lames, dans le cadre d'un plan d'intervention, on peut diminuer leur dépendance³⁶. L'utilisation d'instruments coupants propres, la diminution de la consommation de substances, le traitement approprié des plaies et le recours à d'autres mécanismes d'adaptation plus sains sont quelques exemples de stratégies de réduction des méfaits.
- Veiller à l'utilisation appropriée des médicaments. D'après certains travaux de recherche, avoir recours à des traitements médicamenteux n'a pas d'effet direct sur la tendance à s'automutiler³⁷, alors que selon d'autres, ces traitements pourraient en fait engendrer des résultats indésirables, comme une sensation d'irréalité, de la confusion et une incapacité à faire face à la situation, ce qui donne ensuite lieu à davantage de comportements autodestructeurs³⁸.

Notes en fin de texte

¹ Adams, J., K. Rodham et J. Gavin. « Investigating the 'self' in deliberate self-harm ». *Qualitative Health Research*, vol. 15(10), 2005, p. 1293-1309; Fillmore, C. et C. Dell. *Prairie Women, Violence and Self-harm*, 2001. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba; Huntington, A. « Childhood maltreatment and adult self-injury: A woman's account ». *Practice (R.-U.)*, vol. 13(2), 2001, p. 31-42; S.A.F.E. (Self Abuse Finally Ends), consulté le 30 mai 2006 sur <http://www.safeincanada.ca/>

² Fillmore, C. et C. Dell. *Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent : analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba*, 2005. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba; Gladstone, G., G. Parker, P. Mitchell, G. Malhi, K. Wilhelm et M. Austin. « Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 161(8), 2004, p. 1417-1425; Abrams, L. et A. Gordon. « Self-harm narratives of urban and suburban young women ». *AFFILIA*, vol. 18(4), 2003, p. 429-444; Ellis, R. *A Feminist Qualitative Study of Female Self-Mutilation*, 2003. Thèse présentée au Virginia Polytechnic Institute and State University; Turell et Armsworth. « A log-linear analysis of variables associated with self-mutilation behaviours of women with histories of sexual abuse ». *Violence Against Women*, vol. 9(4), 2003, p. 487-512; Shaw, S. « Shifting conversations on girls' and women's self-injury: An analysis of the clinical literature in historical context ». *Feminism and Psychology*, vol. 12(2), 2002, p. 191-219; Wichmann, C., R. Serin et J. Abracen. *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : Une enquête comparative*, 2002. Ottawa : Service correctionnel du Canada.

³ Borrill, J., L. Snow, D. Medicott, R. Teers et J. Paton. « Learning from 'near misses': Interviews with women who survived an incident of severe self-harm in prison ». *The Howard Journal*, vol. 44(1), 2005, p. 57-69; Laye-Gindhu, A. et K. Schonert-Reichl. « Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm ». *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34(5), 2005, p. 447-457; Gladstone, G., G. Parker, P. Mitchell, G. Malhi, K. Wilhelm. et M. Austin, 2004; Mazelis, R. *Understanding and Responding to Women Living with Self-Inflicted Violence*, 2003. Women, Co-occurring Disorders and Violence Study. (consulté en février 2006 sur <http://www.prairinc.com/wcdvs/publications/default.asp>); Noll, J.G., L.A. Horowitz, G.A. Bonanno, P.K. Trickett et F.W. Putnam. « Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study ». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 18(12), 2003, p. 1452-1471; Turell et Armsworth, 2003; Shaw, S., 2002; Fillmore, C. et C. Dell, 2001; Vanderhoff, H. et S. Jay Lynn. « Assessment of self-mutilation: Issues and considerations ». *Journal of Threat Assessment*, vol. 1(1), 2001, p. 91; Harris, J. « Self-harm: Cutting the bad out of me ». *Qualitative Health Research*, vol. 10(2), 2000, p. 164-173; Wegscheider Hyman, J. *Women Living with Self-injury*, 1999. Pennsylvanie : Temple University Press; Smith, G., D. Cox et J. Saradjian. *Women and Self-Harm*, 1998. New York : Routledge; Babiker, G. et L. Arnold. *The Language of Injury*, 1997. Leicester : British Psychological Study; VanderKolk, B., C. Perry et J. Herman. « Childhood origins of self-destructive behaviour ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 128(12), 1991, p. 1665-1671.

⁴ Kilty, J. « Under the barred umbrella: Is there room for a women-centred self-injury policy in Canadian corrections? ». *Criminology & Public Policy*, vol. 5(1), 2006, p. 161-182; Dear, G., D. Thomson, G. Hall et K. Howells. « Non-fatal self-harm in western Australia prisons: Who where when and why ». *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 34(1), 2001, p. 47-66; Fillmore, C. et C. Dell, 2001; Boritch, H. « Women in prison in Canada », 2000, p. 309-28. Dans B. Schissel et C. Brooks (éd.), *Marginality and Condemnation*. Halifax : Fernwood; Martell. *Solitude and Cold Storage. Women's Journeys of Endurance and Segregation*, 1999. Alberta : Société Elizabeth Fry d'Edmonton; Arbour, L. *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston (Canada)*, 1996. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; Faith, K. *Unruly Women. The Politics of Confinement and Resistance*, 1993. Vancouver : Press Gang Publishers.

⁵ Adams, J., K. Rodham et J. Gavin, 2005; Fillmore, C. et C. Dell, 2005; Laye-Gindhu, A. et K.A. Schonert-Reichl, 2005; Groves, A. « Blood on the walls: Self-mutilation in prisons ». *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 37(1), 2004, p. 49-64; Abrams, L.S. et A.L. Gordon, 2003; Borrill, J., R. Burnett, R. Atkins, S. Miller, D. Briggs, T. Weaver et A. Maden, 2003; Ellis, R., 2003; Harris, J., 2000; Wegscheider Hyman, J. *Women Living with Self-injury*, 1999. Pennsylvanie : Temple University Press; McCreary Centre Society. *L'automutilation : un mal qui vient de l'intérieur*, 2006. Réseau canadien de la santé (consulté en avril 2006 sur <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1140963343455&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FCHNResourcePageTemplate&c=CHNResource>)

⁶ Adams, J., K. Rodham et J. Gavin, 2005; Borrill, J., L. Snow, D. Medicott, R. Teers et J. Paton, 2005; Abrams, L. et A. Gordon, 2003; Ellis, R., 2003; Noll, J., L. Horowitz, G. Bonanno, P. Trickett et F. Putnam, 2003; Shaw, S., 2002; Snow, L. « Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide ». *British Journal of Forensic Practice*, vol. 4(4), 2002, p. 18-29; Harris, J., 2000; Wegscheider Hyman, J., 1999.

⁷ Ullman, S. et L. Brecklin. « Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women ». *Psychology of Women Quarterly*, vol. 27(1), 2003, p. 46-57.

⁸ Conterio, K. et W. Lader. *Bodily Harm. The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers*, 1998. New York : Hyperion.

⁹ Fillmore, C. et C. Dell, 2005; Paul, T., K. Schroeter, B. Dahme et D. Nutzinger. « Self-Injurious behaviour in women with eating disorders ». *American Journal of Psychiatry*, mars 2002 (consulté en avril 2006 sur

- <http://proquest.uni.com/padweb?Did=000000110379707&Fmt=3&Deli=1&Mtd=1&Idx=06/13/2002>); **Shaw, S.**, 2002; **Snow, L.**, 2002; **Wichmann, C., R. Serin et J. Abracen**, 2002; **Vanderhoff, H. et S. Jay Lynn**, 2001; **Harris, J.**, 2000.
- ¹⁰ **Borrill, J., L. Snow, D. Medlicott, R. Teers et J. Paton**, 2005; **Fillmore, C. et C. Dell**, 2001; **Vanderhoff, H. et S. Jay Lynn**, 2001; **Burstow**. *Radical Feminist Therapy*, 1992. Newbury Park : SAGE.
- ¹¹ **McCreary Centre Society**, 2006.
- ¹² **Ministère de la Santé**. *NICE Guidelines to Self-Harm*, 2004. Londres : ministère de la Santé; **Hawton K., E. Arensman, E. Townsend, E. Bremner, E. Feldman, R. Goldney, D. Gunnell, P. Hazell, K. van Heeringen, A. House, D. Owens, I. Sakinofsky et L. Traskman-Bendz**. « Deliberate self harm: Systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition ». *British Medical Journal*, vol. 317, 1998, p. 441-447.
- ¹³ **Société Elizabeth Fry du Manitoba**. *Compte rendu de la Table ronde communautaire des fournisseurs de services du Manitoba sur les femmes, les filles et l'automutilation*, 2006. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba.
- ¹⁴ **Don, L.** « Making plans for Nigella. The cases for and against harm reduction ». *Drugs and Alcohol Today*, vol. 5(1), 2005, p. 17-22; **Mazelis, R.**, 2003; **Shaw, S.**, 2002; **Hawton K., E. Arensman, E. Townsend, E. Bremner, E. Feldman, R. Goldney, D. Gunnell, P. Hazell, K. van Heeringen, A. House, D. Owens, I. Sakinofsky et L. Traskman-Bendz**, 1998; **Babiker, G. et L. Arnold**, 1997.
- ¹⁵ **Kilty, J.**, 2006; **ACSEF (Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry)**. *Mémoire de l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry (ACSEF) à la Commission canadienne des droits de la personne pour le rapport spécial sur la discrimination basée sur le genre, la race et le handicap subie par les femmes sous sentence fédérale*, 2003 (consulté en mars 2006 sur <http://www.elizabethfry.ca/submissn/specialr/4.htm>); **Borrill, J., R. Burnett, R. Atkins, S. Miller, D. Briggs, T. Weaver et A. Maden**, 2003; **Fillmore, C. et C. Dell**, 2001; **Martel, J.**, 1999; **Faith, K.**, 1993.
- ¹⁶ **Borrill, J., L. Snow, D. Medlicott, R. Teers et J. Paton**, 2005; **Groves, A.**, 2004; **Livingston, M.** A review of the literature on self-injurious behaviour amongst prisoners, 1996, p. 21-35. Dans G.J. Towl (éd.). *Suicide and Self Injury in Prisons*. Leicester : British Psychological Society, n° 28.
- ¹⁷ **Shaw, M.** « Women, violence, and disorder in prison », 2000, p. 61-70. Dans K. Hannah-Moffat et M. Shaw (éd.). *An Ideal prison? Critical essays on Women's Imprisonment in Canada*. Halifax : Fernwood Publishing.
- ¹⁸ **Fillmore, C. et C. Dell**, 2005.
- ¹⁹ **Fillmore, C. et C. Dell**, 2001.
- ²⁰ **Presse, L. et R. Hart**. « Variables associated with para-suicidal behaviours by female offenders during a cognitive-behavioural treatment program ». *Canadian Psychology*, vol. 40:2a, 1999.
- ²¹ **Service correctionnel du Canada**. *Contrôler le phénomène de l'autopunition : une priorité en santé mentale*. Ottawa : FORUM - Recherche sur l'actualité correctionnelle, vol. 2(3), 1990.
- ²² **Heney, J.** *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston*, 1990. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- ²³ **Fillmore, C. et C. Dell**, 2005.
- ²⁴ **Monture-Angus**. *L'expérience vécue de la discrimination : Les femmes autochtones sous sentence fédérale*, 2002. (consulté en avril 2006 sur <http://www.elizabethfry.ca/submissn/aborigin/1.htm>); **Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones du Manitoba**. « Aboriginal Women ». *Report of the Aboriginal Justice Inquiry of Manitoba*, 1991. Winnipeg : Queen's Printer.
- ²⁵ **Sinclair, J. et J. Green**. « Understanding resolution of deliberate self-harm: Qualitative interview study of patients' experiences ». *British Medical Journal*, vol. 330, 2005, p. 1112; **Société Elizabeth Fry du Manitoba**, 2006.
- ²⁶ **Borrill, J., L. Snow, D. Medlicott, R. Teers et J. Paton**, 2005; **Fillmore, C. et C. Dell**, 2005; **House, A., D. Owens et L. Patchett**. « Deliberate self-harm ». *Quality in Health Care*, vol. 8, 1999, p. 137-143; **Babiker, G. et L. Arnold**, 1997.
- ²⁷ **Kilty, J.**, 2006.
- ²⁸ **Boyd, S.** *From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law, and Policy*, 2004. Durham : Carolina Academic Press; **Greaves, L.** *Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise*, 2002. Ottawa : Condition féminine Canada; **Stein, J., M. Burden et A. Nyamathi**. « Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 26(10), 2002, p. 1011-1027; **Roberts, G. et A. Ogborne**. *Meilleures pratiques [sic] – Alcoolisme et toxicomanie traitement et réadaptation*, 1999. Ottawa : Santé Canada.
- ²⁹ **Regier, E.** *Submission to the Consultation on a New Women's Correctional Facility*, 2005. Crossing Communities Art Project, 11 mars; **Abrams, L.S. et A.L. Gordon**, 2003.
- ³⁰ **People's Palace Projects**. Peoples Palace Productions, 2003. (consulté en juin 2006 sur http://www.peoplespalace.org.br/default_en.asp)
- ³¹ **Syed, F. et K. Blanchette**. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement de Joliette pour femmes*, 2000. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- ³² **Borrill, J., L. Snow, D. Medlicott, R. Teers et J. Paton**, 2005; **Fillmore, C. et C. Dell**, 2005; **Harris, J.**, 2000; **Babiker, G. et L. Arnold**, 1997.
- ³³ **Fillmore, C.J. et C.A. Dell**, 2005; **Mazelis, R.**, 2003; **Shaw, S.N.**, 2002; **Fillmore, C. et C. Dell**, 2001; **Babiker, G. et L. Arnold**, 1997; **Huntington, A.; Elliot, L. et R. Morris**. Behind Prison Doors, 1987, p. 145-162. Dans E. Adelberg et C. Currie (éd.). *Too Few to Count. Canadian Women in Conflict with the Law*. Vancouver : Press Gang Publishers.
- ³⁴ **Fillmore, C. et C. Dell**, 2001.

³⁵ Babiker, G. et L. Arnold, 1997.

³⁶ Trigg, N. « Nurses back supervised self-harm », 25 avril 2006, BBC News.

³⁷ Babiker, G. et L. Arnold, 1997.

³⁸ Sly, A. et K. Taylor. *Évaluation préliminaire de la thérapie comportementale dialectique offerte aux délinquantes dans les unités de garde en milieu de vie structuré*, 2003. Ottawa : Service correctionnel du Canada.

Le CCLAT est l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies. Établi en 1988 par une loi du Parlement, le Centre fournit des renseignements et des conseils objectifs et factuels visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie. Les activités et les produits du CCLAT sont réalisés grâce à la participation financière de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les points de vue exprimés par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : 613-235-4048; téléc. : 613-235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-22-8 (version électronique)

Droit d'auteur © 2006 – Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.