

Rapport sur la prévention du risque suicidaire en milieu carcéral

Rapport

Mai 2021

IGJ N° 049-21

Ω N° 2020/00134

IGAS N° 2020-064R1

Synthèse

Depuis 1967 la politique de prévention du risque suicidaire (PRS) en milieu carcéral a fait l'objet d'une mobilisation constante du ministère de la justice, par l'entremise de sa direction de l'administration pénitentiaire. De nombreuses initiatives prises au cours des cinq dernières décennies ont permis de renforcer progressivement son contenu. Suite au transfert de la gestion de la santé en prison aux hôpitaux en 1994, l'association croissante du ministère de la santé à cette politique a été consacrée par la première circulaire commune en 2002. Dans la suite des recommandations du rapport Terra en 2003 et des propositions de la commission présidée par le docteur Albrand en 2008, la feuille de route Santé/justice 2019-2022 a prévu de nombreuses actions.

Son déploiement s'est heurté plus récemment à d'autres obstacles. La crise sanitaire a ainsi conduit à reporter l'application de plusieurs volets de la politique de prévention du risque suicidaire, comme ceux de la feuille de route Santé/justice, ainsi que les actions de formation et, surtout, à suspendre le fonctionnement des instances partenariales nationales mais aussi locales.

Nonobstant cette situation, plusieurs constats s'imposent.

Le premier est celui d'une politique constante, bien documentée et suivie par l'administration pénitentiaire tout au long de ces années. Ceci atteste de son caractère prioritaire reconnu unanimement.

Le deuxième constat, résultant des très nombreux entretiens menés par la mission dans les directions interrégionales des services pénitentiaires et les établissements pénitentiaires, concerne le caractère partagé de cette politique chez les professionnels de terrain, preuve que les actions entreprises dans le domaine de la prévention du risque suicidaire ont été comprises et intériorisées. Au-delà de l'objectif de réduction du nombre de suicides, c'est la gestion de la détention qui a bénéficié de ces actions instituant un cadre d'échanges, une pluridisciplinarité et le développement de pratiques vertueuses.

Le troisième constat porte sur le large éventail de mesures et la diversité des outils déployés pour repérer et prendre en charge le risque suicidaire que l'on retrouve, à l'identique, dans la plupart des pays comparables.

Malgré ces éléments favorables, le dernier constat qui s'impose est celui d'une politique qui n'a pas atteint pleinement ses objectifs. Le taux de suicide a augmenté entre les années 1960 et les années 2000 (passant de 5 pour 10 000 détenus en 1960 à 26 en 1996), puis il a diminué au cours des années 2000 pour se stabiliser aux alentours de 16-17 pour 10 000 depuis une dizaine d'années. Le nombre de suicides reste à un niveau élevé (autour de 110) et, surtout, le taux de suicide en détention est de 6 à 7 fois supérieur à celui existant dans la population générale, qui est lui-même un des plus élevés en Europe.

C'est certainement ce qui explique l'importance accordée aux conditions d'incarcération et de vie des détenus par les personnes les plus qualifiées rencontrées par la mission, dont certaines ont été initiatrices de plans et d'actions en matière de prévention du risque suicidaire. Cela rappelle que, malgré le large spectre d'actions mises en œuvre, la question de la surpopulation et des conditions de détention reste essentielle et que sa résolution constitue une exigence pour atteindre l'objectif de la baisse significative tant recherchée. La mission qui a rappelé les effets négatifs de cette situation ne peut que partager ce point de vue.

Même s'ils ne prétendent pas à l'exhaustivité, il ressort des travaux de la mission que la mise en œuvre actuelle du dispositif demeure contrastée et variable, laissant encore dans l'ombre certaines situations ou certains risques spécifiques. Cette politique connaît tout d'abord, et ce de manière constante, un cumul de facteurs rendant complexe sa mise en œuvre.

Des facteurs de complexité dans la mise en œuvre de cette politique

Cette politique publique présente tout d'abord un caractère pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, avec des cultures professionnelles, des missions et des positionnements différents, voire parfois divergents, et se caractérise par l'intervention dans le dispositif de prévention du risque suicidaire d'acteurs publics et associatifs. Si ces partenariats permettent de mettre à contribution des compétences variées et utiles, ils nécessitent un pilotage et un suivi complexes qui doivent de surcroît être partagés entre les deux principaux promoteurs de cette politique.

Dans ce contexte, la question des articulations entre les différents acteurs est cruciale avec, notamment, une focalisation sur les limites liées au secret médical, dont l'appréciation varie d'ailleurs fortement. Ainsi, il est parfois considéré comme un obstacle à une bonne articulation entre les équipes pénitentiaires et sanitaires, ce qui conduit certaines d'entre elles à refuser toute participation aux instances prévues. Sans nier ces difficultés, la mission a pu constater que celles-ci ont souvent pu être levées par une meilleure compréhension réciproque des exigences et contraintes des uns et des autres. Elles n'en demeurent pas moins encore présentes, malgré des orientations ministérielles clairement fixées.

L'action de l'administration pénitentiaire recoupe plus largement la mission qui lui incombe de gestion de la détention avec le difficile arbitrage, voire la confusion possible, entre les objectifs poursuivis par la prison : celle-ci doit à la fois exercer une fonction de punition et de protection de la société, dans le respect des principes des droits humains, et viser également la réhabilitation et la réinsertion des détenus, y compris pour éviter la récidive.

Du côté sanitaire, cette politique soulève aussi la question de la prise en compte de la santé mentale à l'intérieur de la prison, considérée même par certains comme impossible, alors qu'un nombre de plus en plus élevé de personnes incarcérées présentent des troubles psychiatriques, amplifiant par là-même les difficultés générales de prise en charge.

Ces différents points constituent des freins indéniables à la mise en œuvre de cette politique. Si leur résolution reste difficile, la mission a pu se rendre compte qu'elle est possible et qu'elle crée alors des situations appréciées par les différents acteurs avec de bons résultats au regard de la prise en charge des détenus repérés comme suicidaires et ce dans le respect des attributions et contraintes professionnelles de chacun.

Des failles dans la prévention du risque suicidaire auxquelles peuvent répondre certaines mesures

A ce titre, la mission a analysé toutes les phases du parcours de l'amont à l'aval de la détention pour en relever les failles.

Il ressort en premier lieu que le risque suicidaire n'est pas spécifiquement pris en compte lors de la garde à vue, ce qui est d'autant plus préoccupant compte tenu de la prévalence massive et croissante des pathologies mentales dans la population délinquante. Le repérage du risque doit débiter dès cette phase et suppose des moyens humains, notamment des psychiatres disponibles et formés, et des conditions de réalisation adaptées, ainsi que des outils (grille de recueil) pour identifier les facteurs de fragilité et les faire connaître aux acteurs suivants de la chaîne pénale. Certains sites ont réussi à améliorer cette phase, ils peuvent constituer des modèles dont on peut s'inspirer, notamment dans les grands centres urbains, par exemple par la création de plateformes de soutien à l'expertise psychiatrique médico-légale (Angers et prochainement Lyon).

Lors du déferement, cette question se pose également avec l'enquête sociale rapide qui ne prévoit pas d'items propres au risque suicidaire alors même que l'enquêteur social est celui qui doit éclairer le représentant du parquet, le juge ou la juridiction sur la personnalité et la situation de la personne présentée. Plus avant, la notice individuelle renseignée par le magistrat préalablement à l'incarcération reste trop souvent incomplète.

Mais surtout, quand un risque suicidaire est fortement suspecté et que la décision d'une incarcération est envisagée, le magistrat ne dispose plus de moyens de lui substituer une solution alternative, reportant alors la charge sur le personnel pénitentiaire, par une notice individuelle faisant état d'une situation inquiétante, nécessitant de trouver des solutions adaptées en urgence, notamment les nuits et les fins de semaine. Cela conduit la mission à proposer d'étudier l'opportunité et la faisabilité d'un placement immédiat en hôpital psychiatrique par un juge judiciaire, sur la base de la prescription d'un psychiatre fondé sur un examen réalisé en urgence et concluant qu'une hospitalisation s'impose, pour des personnes entrant dans ce cadre. Une autre option, expérimentée au tribunal judiciaire de Marseille, sous l'égide de Médecins du monde, est porteuse d'une solution alternative à l'incarcération pour le public désocialisé et souffrant de troubles mentaux (projet « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif dans la communauté »), public que l'on retrouve fréquemment dans la procédure de comparution immédiate laquelle aboutit souvent à une incarcération.

De manière générale, le prochain plan devra intégrer ces deux premières phases du parcours pénal, absentes des plans précédents.

La prévention du risque suicidaire a fait en revanche l'objet d'un investissement important lors de la phase d'incarcération, avec la mise en place du quartier « arrivants » et la commission pluridisciplinaire unique (CPU) qui aboutissent à une meilleure détection du risque suicidaire même si des marges d'amélioration restent possibles.

Au cours de la détention, l'identification du risque suicidaire, exercice par nature difficile, même sur un plan médical, pourrait être améliorée par une meilleure connaissance des profils plus particulièrement à risque et par la prise en compte du cumul de signaux faibles, qu'une grille d'analyse pourrait faciliter. Les actes autoagressifs et les tentatives de suicide, peu concernés par le dispositif actuel, doivent être mieux exploités. Le programme Vigilans, qui consiste au maintien d'un lien et à un suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide et en cours de déploiement en population générale, n'est toujours pas en vigueur en milieu pénitentiaire, alors que toutes les conditions sont réunies.

La formation des personnels à la prévention du risque suicidaire, initiale comme permanente, reste fondamentale et doit être réactivée rapidement en faisant évoluer son contenu pour tenir compte des limites apparues à l'occasion de sa mise en œuvre.

En plus d'être très intrusive pour la personne en risque suicidaire, la mesure principale de mise sous surveillance spéciale est par ailleurs à elle-seule insuffisante ; c'est le cas également de l'utilisation de la cellule de protection d'urgence prévue pour faire face à la crise suicidaire, dont l'utilisation, très hétérogène, appelle une évaluation et des précisions sur la doctrine d'emploi. Tout détenu, quel que soit son statut judiciaire, devrait par ailleurs bénéficier, dès lors qu'il est repéré à risque suicidaire, de l'intervention du service pénitentiaire d'insertion et de probation et de l'élaboration d'un plan individuel de protection, mobilisant les différents partenaires et offrant des activités susceptibles de replacer celui-ci dans la collectivité.

D'autres mesures suscitent pour le moins des réserves comme le dispositif du codétenu de soutien, peu généralisé en l'état et dont les effets sont remis en cause. L'évaluation en cours permettra d'en apprécier les possibles bénéfices et les éventuels ajustements nécessaires.

La procédure de retour d'expérience mise en place par l'administration pénitentiaire pourrait être adoptée, côté sanitaire, sous la forme d'une déclaration obligatoire d'événement indésirable grave auprès de l'agence régionale de Santé (ARS) et faisant l'objet d'une revue de morbi-mortalité, ces informations ayant de surcroît vocation à alimenter les bases de données épidémiologiques et d'améliorer les connaissances.

L'étape de la sortie de détention expose à une rupture dans le parcours de soins dans un contexte de saturation habituelle des structures sanitaires, pour laquelle la mission propose d'étendre l'expérimentation d'équipe mobile d'orientation et de traitement lancée dans les Hauts-de-France par le CHU de Lille (programme EMOT) aux fins de préparer la sortie et d'assurer un suivi post carcéral sur le plan psychiatrique et médico-social pendant plusieurs mois.

Malgré l'hétérogénéité des ressources et des modes d'organisation du dispositif sanitaire en milieu carcéral, le repérage initial du risque paraît satisfaisant dans les sites où la mission s'est déplacée. La gestion du risque tout au long de l'incarcération semble en revanche plus contrastée, la plupart des unités de soins visitées par la mission ont fait état de sous-effectifs en psychiatre (pouvant aller jusqu'à 40 % dans certains établissements pénitentiaires) et parfois en infirmier, ce qui impacte les capacités de consultation et de soins ambulatoire et hospitalier. Si elles peuvent toujours être assurées par le centre 15, la permanence des soins et la gestion des urgences sont également de qualité inégale. Outre ces problèmes de personnel, des facteurs d'ordre institutionnel peuvent aussi compliquer l'hospitalisation en urgence dans un contexte de tension de l'offre (difficulté de certaines préfectures à orienter les détenus considérés à risque d'évasion vers les urgences de droit commun).

A ceci s'ajoutent parfois des difficultés d'articulation entre les prises en charge somatique et psychiatrique, le plus souvent faute d'inter-communicabilité entre les dossiers patients, ce qui peut nuire à la continuité des soins, notamment en cas d'urgence. Pour pallier cette difficulté, la mission préconise d'élargir les usages des programmes e-parcours, qui ont été développés aujourd'hui par toutes les ARS, aux personnes détenues.

Des leviers pour une relance de la politique de prévention du risque suicidaire

Une relance régulière et soutenue de cette politique est indispensable. Parmi les leviers possibles, la mission tient à mettre en exergue ceux qui lui paraissent en plus de l'amélioration nécessaires des conditions carcérales, les plus importants.

Pour favoriser une meilleure coordination entre les équipes sanitaires et pénitentiaires, la mission recommande de saisir le Conseil consultatif national d'éthique afin que les équipes puissent disposer, au regard en particulier du respect du secret médical, d'éléments de discernement pour faire face aux situations complexes auxquelles elles sont confrontées. De même, la mission préconise de saisir la Haute autorité de santé pour que, dans le prolongement de ses précédents travaux sur le sujet, elle définisse des recommandations sur la prévention et la prise en charge du risque suicidaire pour les personnes détenues, en concertation avec les différentes parties prenantes.

Enfin, le dispositif de pilotage de la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice, qui doit à ce titre assurer le suivi de la politique de prévention du risque suicidaire des détenus, très complet sur le papier, souffre principalement d'un manque d'effectivité. La mission propose donc d'apporter des réponses à ces manques :

- en créant, au niveau national, un secrétariat commun « santé-justice » du comité interministériel santé-justice de coordination de la santé pour les personnes placées sous main de justice ;
- en relançant les commissions régionales « santé justice » des ARS pour intégrer, dans les volets concernés des projets régionaux de santé, une déclinaison plus territoriale de la politique de prévention du risque suicidaire et en assurer le suivi ;
- en articulant mieux entre elles les fonctions des instances locales et en systématisant les commissions santé, pilotées par le médecin coordinateur, en en faisant un lieu d'échange de savoirs et de compréhension réciproques, ce qui permettra d'améliorer, au-delà des dispositifs formels de type « CPU », les coordinations informelles.

Toutes les recommandations émises par la mission forment une proposition de plan d'actions s'inscrivant dans la continuité de la politique actuelle, exprimant le souci à la fois d'améliorer la mise en œuvre des dispositifs existants et d'affirmer la nécessité d'une relance au regard du caractère prioritaire du sujet de la prévention du suicide en milieu carcéral.

Proposition de plan d'actions

Amélioration des mesures en cours :

Amont de la détention

Recommandation n° 1. Elargir le champ de l'examen médical de compatibilité de la garde à vue au repérage du risque suicidaire.

Recommandation n° 2. Mettre en place, dès le stade de la garde à vue, un recueil d'information spécifique sur le repérage du risque suicidaire à prendre en compte par le parquet destinataire de la procédure.

Recommandation n° 3. Intégrer la phase judiciaire dans le prochain plan de prévention du risque suicidaire pour les personnes sous main de justice.

Recommandation n° 4. Prévoir l'insertion d'une rubrique propre au risque suicidaire dans les enquêtes sociales rapides.

Recommandation n° 5. Procéder à une évaluation du dispositif d'expertise psychiatrique mis en œuvre par le CESAME et le TJ d'Angers et ceux de même nature aux fins, le cas échéant, de modéliser son fonctionnement et de promouvoir son extension.

Recommandation n° 6. S'assurer de la bonne mise en œuvre du projet AILSI à Marseille, évaluer ses effets et, le cas échéant, en modéliser les modalités en vue de son extension.

Recommandation n° 7. Evaluer l'opportunité et la faisabilité de faire évoluer le dispositif actuel dans le sens d'une faculté donnée à un juge judiciaire, à partir d'un examen réalisé en urgence par un psychiatre qui conclut qu'une hospitalisation s'impose, de placer un auteur d'infraction pénale présentant un risque suicidaire, en particulier le soir ou les fins de semaine, en hospitalisation immédiate et temporaire en soins psychiatriques sans passage préalable par la détention.

Recommandation n° 8. Intégrer la prévention du risque suicidaire dans les attributions des conférences régionales sur les aménagements de peine et les alternatives à l'incarcération et les commissions d'exécution des peines en modifiant les articles D48-5-4 et D48-5-1 du CPP.

Au cours de la détention

Recommandation n° 9. Mentionner une autorisation de communication et de permis de visite avec un membre de la famille dans la notice individuelle afin de permettre une visite au parloir dans la première semaine de l'incarcération.

Recommandation n° 10. Améliorer la communication avec les arrivants en généralisant le recours à un service d'interprétariat pour les non francophones et en exploitant les ressources audiovisuelles pour diffuser des informations.

Recommandation n° 11. Revoir l'emploi du temps de la phase « arrivant » afin de mieux articuler les entretiens entre les intervenants, d'intégrer davantage de temps collectifs et de s'assurer que l'arrivant se sente correctement informé et pris en compte.

Recommandation n° 12. Mettre à profit le séjour au quartier arrivants pour favoriser l'intégration du nouvel arrivant au sein de la détention en s'appuyant sur le personnel dédié au quartier arrivant et certains détenus volontaires et formés.

Recommandation n° 13. Mettre à la disposition des proches et des accompagnants un système d'alerte pour signaler un risque suicidaire (une messagerie dédiée par exemple) et solliciter davantage les intervenants et les bénévoles lorsqu'un tel risque est repéré.

Recommandation n° 14. Prendre en considération le cumul de plusieurs facteurs de risque liés à l'absence de lien avec un proche, d'activités en détention, d'interactions sociales ou de ressources financières afin de mettre en place des mesures de surveillance et de suivi adaptées.

Recommandation n° 15. Veiller à l'actualisation régulière des listes de personnes placées sous surveillance spécifique.

Recommandation n° 16. Evaluer le dispositif de protection d'urgence (placement en CproU et utilisation de la DPU) afin de consolider la doctrine d'emploi.

Recommandation n° 17. Mettre en place un accompagnement particulier pour tout cocellulaire d'un détenu repéré comme suicidaire.

Recommandation n° 18. Décider une mesure alternative au placement en cellule disciplinaire pour toute personne présentant un risque suicidaire.

Recommandation n° 19. Supprimer du régime applicable à la sanction de cellule disciplinaire les restrictions relatives au maintien des liens familiaux.

Recommandation n° 20. Envisager un allègement de la composition des RetEx tout en prévoyant, au cas par cas, d'inviter des personnes extérieures à l'établissement comme les magistrats et évaluer l'intérêt de créer une cellule RetEx au sein de l'établissement aux fins de facilitation de la tenue de ces exercices.

Recommandation n° 21. Considérer les suicides en prison comme des événements indésirables graves (EIG) faisant l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de l'ARS pour organiser des revues de morbidité et de mortalité (RMM) entre les équipes soignantes et contribuer à la surveillance épidémiologique menée au plan national.

Recommandation n° 22. Prévoir pour les personnels confrontés à un suicide un entretien systématique avec un psychologue des personnels.

Recommandation n° 23. Proposer un soutien psychologique aux cocellulaires et détenus proches d'un détenu s'étant suicidé.

Recommandation n° 24. Organiser, dans un partenariat entre l'administration pénitentiaire les Caf et les autres organismes sociaux, un rendez-vous des droits préalable à la sortie de prison, avec en priorité la question de l'accès à un logement en veillant à étendre concomitamment aux sortants de prison le programme « un chez soi d'abord ».

Les leviers pour une relance de la prévention du risque suicidaire en milieu carcéral

Renforcer le dispositif sanitaire

Recommandation n° 25. Définir et s'assurer du partage de protocoles de prise en charge dans le cadre de la permanence des soins avec l'ensemble des acteurs sanitaires (somatique et psychiatrie) intervenant dans la prise en charge des détenus en s'assurant d'un niveau de formation opérationnel de tous.

Recommandation n° 26. Faciliter aux médecins participant à la prise en charge d'un détenu, dans un contexte d'urgence, l'accès à son dossier de psychiatrie et, le cas échéant, à son psychiatre traitant.

Recommandation n° 27. Elargir les usages de e-parcours aux personnes sous main de justice écrouées.

Améliorer l'accompagnement du détenu à risque suicidaire

Recommandation n° 28. Encourager la mise en œuvre du programme Vigilans et l'étendre à plusieurs sites tout en assurant une évaluation de son impact.

Recommandation n° 29. S'appuyer sur la téléphonie en cellule pour assurer la permanence de l'accompagnement et de l'écoute de tout détenu ayant commis une tentative de suicide.

Recommandation n° 30. Mettre en place un plan individuel de protection dès lors qu'un risque suicidaire est établi par la CPU, en informer la personne concernée de sa motivation et de son contenu et en faire assurer la coordination et le suivi d'ensemble par un référent CPIP.

Favoriser l'acculturation et les échanges réciproques

Recommandation n° 31. Élaborer une charte de prévention des suicides associant toutes les parties prenantes de la détention tout en améliorant la compréhension de la problématique des troubles mentaux et les conditions pour les prendre en charge de façon optimale.

Recommandation n° 32. Saisir le conseil consultatif national d'éthique (CCNE) pour l'élaboration d'un avis visant à mieux concilier secret médical et partage d'information dans le cadre des situations à risque.

Recommandation n° 33. Saisir la haute autorité de santé (HAS) pour l'élaboration partenariale d'une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge du risque suicidaire dans le cadre du parcours de santé des personnes écrouées.

Améliorer le dispositif de connaissance épidémiologique et statistique

Recommandation n° 34. Pérenniser la surveillance épidémiologique des suicides avec des relevés plus légers et plus rapprochés.

Recommandation n° 35. Affiner le décompte et systématiser l'analyse des actes autoagressifs et des tentatives de suicides en intégrant la dimension environnementale de l'acte (la détention et ses caractéristiques) en plus de sa dimension individuelle.

Recommandation n° 36. Mettre au point, sur la base des résultats de la recherche sur les facteurs de risques et les indicateurs de criticité, des outils de monitoring du suicide en détention.

Améliorer le pilotage

Recommandation n° 37. Créer un secrétariat commun auprès du comité interministériel.

Recommandation n° 38. Rappeler aux ARS la nécessité de réunir régulièrement les commissions « santé-justice » et mettre systématiquement à l'ordre du jour un point sur la prévention du risque suicidaire.

Sommaire

SYNTHESE	3
PROPOSITION DE PLAN D’ACTIONS.....	7
INTRODUCTION	17
1. UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN MILIEU CARCERAL ANCIENNE	20
1.1 Des décennies de plans et d’actions de plus en plus partagés	20
1.2 Une politique s’appuyant sur de nombreux outils d’animation et de coordination y compris au plan interrégional et local que les événements de la période récente vont toutefois mettre à mal	22
1.3 Des évaluations exhaustives mais ponctuelles et des suivis périodiques en forme de bilans	24
1.4 Une politique actuelle proche de celle des pays européens	25
2. UN NIVEAU DE SUICIDE EN PRISON QUI RESTE ELEVE.....	26
2.1 Un taux de suicide carcéral qui s’est stabilisé à un niveau élevé.....	26
2.1.1 Une évolution contrastée du taux de suicide.....	26
2.1.2 Des caractéristiques invariantes	28
2.2 Une sur-suicidité carcérale marquée	30
2.2.1 Une sur-suicidité en prison élevée par rapport à la population générale	30
2.2.2 Une sur-suicidité en prison élevée par rapport au reste de l’Europe	31
2.3 Un état de la connaissance lacunaire	32
2.3.1 De fortes disparités territoriales des suicides partiellement inexpliquées	32
2.3.2 Des données manquantes notamment en termes de santé mentale	33
2.3.3 Un cadre formalisé pour recenser et analyser les actes auto agressifs et les tentatives de suicides qui manque d’effectivité.....	35
3. LES FAILLES ACTUELLES DANS LES PARCOURS ET DANS L’APPLICATION DE LA PRS, FACTEURS FAVORABLES AU RISQUE DE SUICIDE.....	35
3.1 La phase de la garde à vue peu concernée par la prévention du risque de suicide.....	35
3.1.1 L’absence de prise en compte de l’amont de la garde à vue.....	36
3.1.2 Des dispositifs d’empêchement de passage à l’acte en place dans les locaux de garde à vue	36
3.1.3 Des dispositifs de repérage et de prévention du risque suicidaire peu efficaces à ce stade	37
3.1.3.1 L’examen médical de compatibilité à la garde à vue et ses lacunes	37
3.1.3.2 Une offre restreinte en matière d’expertise psychiatrique et des conditions de réalisation difficiles.....	38
A. Des interrogations sur la faisabilité des expertises psychiatriques.....	39

B. Une pénurie de médecins psychiatres auxquelles des initiatives locales tentent de répondre	39
3.2 La difficile intégration du risque suicidaire dans la phase judiciaire ..	41
3.2.1 <i>Une préoccupation récente</i>	41
3.2.2 <i>Des outils de connaissance du mis en cause peu axés sur l'appréciation du risque suicidaire et un recours à l'expertise psychiatrique qui n'évite pas l'incarcération</i>	42
3.2.3 <i>Des alternatives à l'incarcération peu développées notamment pour certains publics.....</i>	44
3.2.3.1 <i>Le cas des personnes désocialisées faisant l'objet de procédures de comparution immédiate</i>	44
3.2.3.2 <i>Le cas des prévenus à l'état psychique dégradé.....</i>	46
3.2.4 <i>Les limites de la notice individuelle renseignée par le magistrat et des protocoles d'échanges encore peu nombreux</i>	47
3.3 L'arrivée en prison, point fort de la prévention du risque suicidaire.	48
3.3.1 <i>Une phase arrivant qui répond à ses objectifs et qui place la détection du risque suicidaire au premier plan.....</i>	49
3.3.2 <i>Une phase d'accueil qui peut être encore améliorée</i>	51
3.4 Un repérage du risque et une gestion du risque suicidaire en cours de détention encore trop imparfaites	54
3.4.1 <i>Un repérage du risque suicidaire tout au long de la détention manquant encore de précision.....</i>	54
3.4.2 <i>Les mesures prises en cas de détection d'un détenu à risque suicidaire donnent lieu essentiellement à une surveillance renforcée la nuit sans autre mesure d'accompagnement.....</i>	55
3.4.2.1 <i>La surveillance spéciale comporte des limites</i>	55
3.4.2.2 <i>L'usage des cellules de protection d'urgence (CProU) est différemment appréhendé par les professionnels.....</i>	56
3.4.2.3 <i>Le dispositif de codétenus de soutien suscite de nombreuses interrogations.....</i>	57
3.4.2.4 <i>La quasi-absence de tout plan individuel de protection des détenus détectés à risque suicidaire révèle l'implication encore insuffisante des SPIP</i>	58
3.4.3 <i>Un risque suicidaire aggravé associé au séjour en quartier disciplinaire insuffisamment pris en compte.....</i>	59
3.4.4 <i>Une gestion de l'après suicide à conforter</i>	60
3.4.4.1 <i>La postvention, l'un des objectifs constants de la politique de prévention du risque suicidaire.....</i>	60
3.4.4.2 <i>Des retours d'expérience (RetEx) inégalement organisés, investis et analysés</i>	61
3.4.4.3 <i>Une prise en charge psychologique des personnels et des cocellulaires à systématiser et un accompagnement des familles à poursuivre</i>	63
3.5 Des ressources et des organisations de soins inégales pour gérer le risque suicidaire tout au long de la détention	64
3.5.1 <i>Un repérage initial globalement satisfaisant sur le plan sanitaire</i>	64
3.5.2 <i>Une offre de soins pas toujours adaptée aux besoins.....</i>	65
3.5.3 <i>Des profils psychiatriques inadaptés au cadre pénitentiaire</i>	67

3.6 Une préparation à la sortie et une sortie à organiser de manière plus partenariale.....	67
3.6.1 <i>Une articulation insuffisante de la préparation sociale et sanitaire..</i>	68
3.6.2 <i>L'insuffisance du suivi sanitaire post détention des personnes détenues fragiles.....</i>	69
4. PLUSIEURS LEVIERS POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN PRISON	69
4.1 Une meilleure identification et prévention des risques suicidaires en population générale contribuera à leur prévention en milieu pénitentiaire	69
4.2 Améliorer la gestion de la détention	70
4.2.1 <i>Agir sur la surpopulation pénale aux graves conséquences</i>	70
4.2.2 <i>Valoriser le métier de surveillant</i>	72
4.2.3 <i>Améliorer les droits et capacités d'expression des détenus</i>	72
4.3 Répondre aux limites du dispositif sanitaire.....	73
4.3.1 <i>L'apport de ressources extérieures.....</i>	73
4.3.2 <i>Certaines organisations de soins psychiatriques innovantes</i>	74
4.3.3 <i>La nécessaire permanence des soins et du traitement de l'urgence psychiatrique par une amélioration de l'offre globale et des positionnements institutionnels moins rigides</i>	75
4.3.4 <i>Des suivis sanitaires post détention des personnes à risque suicidaire à encourager</i>	79
4.3.5 <i>Une meilleure utilisation du dossier médical.....</i>	80
4.4 Une politique de formation à la prévention du risque suicidaire en prison à restaurer	81
4.4.1 <i>Une couverture incomplète de la formation des personnels</i>	81
4.4.2 <i>Un contenu en cours de refonte</i>	83
4.5 Une attention plus grande à apporter aux actes autoagressifs et aux tentatives de suicide.....	84
4.6 Une meilleure interaction à rechercher entre les différents partenaires	86
4.6.1 <i>Définir des savoirs à partager et favoriser des interactions propices à l'acculturation.....</i>	86
4.6.2 <i>Concilier échanges d'information et secret médical.....</i>	89
4.6.3 <i>Elaborer des recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du risque suicidaire en prison sous l'égide de la Haute autorité de santé</i>	92
4.7 La nécessité d'améliorer la connaissance épidémiologique du risque suicidaire en prison et l'évaluation de la politique conduite	93
4.7.1 <i>Il est nécessaire d'affiner les outils pour quantifier/qualifier le suicide et disposer d'éléments de prédictibilité de son risque et d'indicateurs de suivi de sa prévention</i>	93
4.7.2 <i>Des études qualitatives et des recherches actions à soutenir pour améliorer la prise en charge de la souffrance carcérale, avec ou sans psychopathologie associée</i>	95

4.8	Un pilotage partagé à clarifier et à réactiver	96
4.8.1	<i>Un pilotage interministériel à rendre plus efficace</i>	<i>96</i>
4.8.2	<i>Une coordination régionale et interrégionale en panne</i>	<i>97</i>
4.8.3	<i>Une stratification locale qui n'est pas toujours bien comprise et qui pourrait être mieux valorisée.....</i>	<i>98</i>

Introduction

Le suicide d'un détenu dans un grand établissement pénitentiaire, début août 2020, a conduit le garde des Sceaux, ministre de la justice et le ministre des solidarités et de la santé à saisir, par lettre de mission du 31 août 2020, l'inspection générale de la justice et l'inspection générale des affaires sociales d'une mission d'inspection conjointe portant d'une part sur cette situation particulière et d'autre part sur la mise en œuvre de la politique nationale de prévention du suicide des personnes placées sous main de justice en milieu carcéral¹ (Cf. annexe 1).

Sur proposition de la mission, retenue par les hiérarchies respectives, les deux volets ont été disjoints. Le premier a donné lieu à un rapport déposé le 17 décembre 2020. Le second volet a débuté en janvier 2021.

La politique nationale de prévention du risque suicidaire en milieu carcéral est ancienne. Le ministère de la justice, par sa direction de l'administration pénitentiaire, l'a initiée dès 1967 et l'a développée de manière constante jusqu'à ce jour, associant progressivement le ministère de la santé de par les attributions qui lui ont été dévolues en matière de santé dans les prisons à partir de 1994 et d'autres partenaires.

Toutefois, malgré les actions menées et les plans successifs, les chiffres relatifs au suicide en détention ont augmenté fortement au cours des trois dernières décennies pour stagner à un niveau élevé, supérieur à 110 annuellement. Le taux qui en résulte présente la particularité d'être à la fois nettement supérieur à celui obtenu en population générale et aussi à ceux constatés dans les détentions des autres pays européens.

C'est ce qui explique que cette politique soit régulièrement interrogée sur son application effective, ses résultats et sur les formes nouvelles qu'elle pourrait adopter.

Ainsi, au titre de la présente la mission, il était demandé :

- d'évaluer l'articulation et la cohérence des stratégies sanitaires, pénitentiaires et judiciaires de prévention du suicide, permettant une meilleure prise en charge des facteurs de risque ;
- d'évaluer l'état d'avancement de l'action n° 8 de la feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 « *renforcer les actions de prévention du suicide à destination des personnes détenues et développer des actions spécifiques à cette population* », et du plan d'action du 15 juin 2009 de prévention du suicide des détenus, y compris dans l'articulation avec les actions suivantes de la feuille de route :
 1. n° 16 « *améliorer le parcours de soin en santé mentale sur les trois niveaux (ambulatoire, hospitalisation partielle et hospitalisation complète)* » ;
 2. n° 25 « *améliorer les coopérations et l'articulation des acteurs du parcours de soins des PPSMJ* ».

¹ Personnes écrouées hébergées ou non, excluant les personnes suivies en milieu ouvert pour lesquelles, aucune donnée n'est disponible.

- de proposer toute recommandation permettant d'actualiser et de renforcer les mesures de repérage, de prévention et de prise en charge du risque suicidaire chez les PPSMJ, tout au long de leur parcours judiciaire et d'exécution de peine (en s'appuyant, si nécessaire, sur des comparaisons internationales).

Pour satisfaire aux objectifs fixés, la mission², dans un contexte pourtant difficile dû à la situation sanitaire contraignante de ces derniers mois, a privilégié les déplacements sur site. Elle a ainsi retenu cinq sites³ choisis pour la représentativité de leurs effectifs en personnes écrouées⁴ mais aussi de par leurs actions singulières en matière de prévention du suicide dans une perspective d'extension possible.

A partir de chaque direction interrégionale choisie, ce sont la cour d'appel et le tribunal judiciaire siège, le ou les établissements pénitentiaires locaux et les services sanitaires intervenant, les directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse, les ARS et les services hospitaliers somatiques ou psychiatriques concernés du ressort qui ont été visités. 31 structures dont 10 établissements pénitentiaires ont donc été consultées au travers de leurs responsables.

La mission a en revanche renoncé à recourir à certains de ses outils méthodologiques habituels comme le questionnaire qui lui ont paru inappropriés au regard de la situation et des charges pesant sur certains services comme par exemple les ARS, lesquelles étaient toutes à leur engagement sur le champ sanitaire.

L'exploitation d'une documentation et des pièces sollicitées a complété les éléments recueillis lors des entretiens.

Outre ces déplacements et les entretiens avec les responsables nationaux des administrations concernées, la mission a échangé avec un large éventail de personnes qualifiées et reconnues dans le domaine de la prévention du risque suicidaire en prison : initiateurs des précédents plans, autorités administratives indépendantes, chercheurs, universitaires, magistrats, médecins, psychiatres, soignants et psychologues, représentants d'associations intervenant au sein de la détention et syndicats pénitentiaires. 365 personnes ont ainsi été entendues, certaines faisant des contributions écrites mises en annexe (**Cf. annexe 2, liste des personnes entendues**).

Faute de pouvoir se déplacer hors des frontières, la connaissance de certaines pratiques étrangères⁵ a été obtenue par la production de données fournies par la délégation aux affaires européennes et internationales du ministère de la justice.

² Composée pour l'IGAS du docteur Julien Emmanuelli et de Daniel Lenoir, inspecteurs généraux des affaires sociales, et pour l'IGJ, de Dominique Luciani, inspecteur général de la justice, de Mesdames Marie-Laure Truchet inspectrice de la justice et Sylvie Durand-Mouysset inspectrice de la justice membre de la mission jusqu'au 16 avril, date à laquelle elle a été appelée à d'autres fonctions, et de Messieurs Thierry Landais, inspecteur de la justice, Nicolas Garcette et Emmanuel Susset, chargés de mission.

³ DISP de Paris, de Marseille, de Lille, de Rennes ; MSPOM, DIRPJJ Sud-est Paris, Nord, et Ouest ; cours d'appel de Paris, Rennes, Lille ; TJ de Paris, Marseille, Rennes, Lille, Angers ; établissements pénitentiaires de Marseille, Fresnes, Fleury-Mérogis, Paris-la-Santé, Versailles (maison d'arrêt des femmes), Lille-Annœullin, Lille-Sequedin, Rennes-Vezin, Auxerre, Angers ; UHSA de Villejuif et centres hospitaliers de Lille, Rennes, Angers, Le Vinatier/Lyon.

⁴ 60 % des détenus hébergés au 1^{er} avril 2020 et 53 % des décès par suicide pour l'année 2020.

⁵ Italie, Allemagne, Espagne, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Etats-Unis.

Avant l'annonce du plan, la mission souhaite préciser qu'elle n'a pas fait de développements particuliers sur les publics mineurs et femmes. Pour les premiers, en raison du très faible nombre de suicides constatés annuellement – de l'ordre de l'unité – et de la nature de la prise en charge sur mesure et très déjà très vigilante et appropriée. Les éléments les plus significatifs font l'objet d'une annexe (**annexe 4-12**).

S'agissant du public des femmes, leur effectif en détention est peu élevé (4 %) et la part des suicides également (4% de l'ensemble). Les régimes et actions en vigueur en détention étant globalement identiques à ceux des hommes, les analyses et recommandations du rapport leur sont applicables, lequel par ailleurs mentionne les facteurs de risque ou de protection particuliers les concernant quand ils existent.

L'ensemble de ces éléments ont été analysés et donnent lieu au présent rapport qui retrace l'historique de cette politique et son caractère constant durant les dernières décennies (1), analyse le niveau de suicide en prison tout en soulignant les lacunes de la connaissance actuelle (2), expose les failles de cette politique relevées à chaque étape qu'emprunte un mis en cause tout au long de son parcours pénal de la garde à vue jusqu'à son incarcération possible (3) et enfin, propose certains leviers pour une relance de cette politique (4).

Dans la proposition de plan de relance présentée plus haut, la mission n'a qualifié de recommandations, au nombre de 38, que les seules propositions immédiatement opérationnelles et relevant directement du domaine de la prison. Celles au caractère plus large portant sur des aspects de politique générale ou correspondant à des pratiques à conforter sont mentionnées seulement dans le corps du rapport en forme de simples préconisations.

1. UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN MILIEU CARCERAL ANCIENNE

1.1 Des décennies de plans et d'actions de plus en plus partagés

De nombreuses dates jalonnent la politique nationale de prévention du risque de suicide en prison qui s'est structurée au fil des décennies.

La circulaire du 15 février 1967 du directeur de l'administration pénitentiaire est l'acte fondateur de cette politique en donnant pour la première fois une visibilité à ce sujet⁶. La prévention du suicide apparaît comme un objectif de travail qui comporte déjà, outre une remontée d'information systématique, le repérage et l'identification des détenus paraissant présenter des risques « d'autodestruction » au moyen déjà de la notice individuelle, de l'entretien arrivant par le chef d'établissement et de l'observation. Les réponses possibles sont graduées : vigilance accrue lors des rondes, appel à un psychiatre en cas de crise. Certains risques sont identifiés comme celui lié à la distribution des médicaments ou encore à la survenance d'évènements (familiaux, judiciaires ...) qui ont pu peser sur l'état psychique d'un détenu déjà repéré comme fragile (**annexe 4.9**).

Les deux décennies suivantes seront marquées par plusieurs notes ou circulaires (2 décembre 1980, 26 janvier 1984, 12 novembre 1991) qui apportent, pour l'essentiel, des données complémentaires à prendre en considération par les personnels pénitentiaires : moments et lieux à risque, détenus les plus fragiles (prévenus, étrangers ou punis) puis, progressivement encore d'autres facteurs (âge, sexe, durée de la détention ...).

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, en transférant au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des détenus, amorce un changement qui, au plan de la prévention du risque suicidaire, trouve une première traduction avec la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire et un rapport de mai 1996⁷.

Toutefois, la circulaire du 29 mai 1998, qui s'en suit, émane uniquement du ministère de la justice. La notion de programme d'actions apparaît pour la première fois et la complexité du phénomène suicidaire est posée comme principe justifiant un élargissement de la politique de prévention allant au-delà du seul empêchement de passer à l'acte mais veillant « à restaurer un détenu dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ». Enfin, l'aspect « postvention » est nouvellement abordé, il est proposé aux personnels pénitentiaires et sanitaires ayant eu à connaître d'un suicide d'échanger sous l'égide d'un psychologue de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP).

La circulaire du 26 avril 2002 franchit une nouvelle étape. C'est la première circulaire sur la prévention des suicides en établissement pénitentiaire signée au niveau ministériel et, de surcroît, à la fois par les départements de la justice et de la santé.

⁶ 60 suicides sont dénombrés en 1967.

⁷ Rapport de la DAP cité dans le rapport Terra qui en présente la plupart des préconisations.

Elle confirme les orientations précédentes, affirme le caractère pluridisciplinaire de cette politique qui outre la santé – au titre notamment de l'adoption en septembre 2000 d'une stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 – mobilise aussi le secteur associatif (associations reconnues d'écoute et d'accueil des personnes en situation de détresse⁸).

Se fondant sur la stagnation du nombre de suicides, de nouveaux ministres de la justice et de la santé donnent mission au professeur Terra en janvier 2003 d'évaluer les actions mises en œuvre et de proposer les éléments permettant de conduire le développement d'un programme complet de prévention du suicide. Le rapport dit « Terra » (du nom de son auteur) de décembre 2003 émet 17 recommandations, alliant à la fois repérage et surveillance, et portant une attention au maintien de conditions de détention préservant la dignité du détenu (**annexe 4-1**). Il faut noter que pour la première, et seule fois, un objectif national de réduction du suicide de 20 % en cinq ans est recommandé. Cette mesure est reprise par la note du 5 mars 2004 de la direction de l'administration pénitentiaire avec d'autres actions de ce plan⁹.

Mais après une période de baisse du nombre de suicides, une nouvelle hausse conduit à une mission confiée cette-fois-ci par le seul garde des Sceaux au docteur Albrand en novembre 2008. Cette commission, dans la continuité du rapport précédent, fait 20 propositions autour de quatre axes qu'une note du garde des Sceaux du 15 juin 2009 retient en totalité en distinguant cependant celles à mettre en œuvre immédiatement et celles à expérimenter au préalable (**annexe 4-2**).

Les notes en lien direct avec la prévention du suicide ou périphériques à ce thème vont ainsi se succéder de 2009 à aujourd'hui.

Elles vont consolider l'existant et enrichir progressivement cette politique d'éléments nouveaux comme les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), les codétenus de soutien, les cellules de protection d'urgence dites CProU, les grilles de détection, ou encore l'utilisation de la dotation de protection d'urgence.

Le rapport d'audit interne de 2015 (Cf. 1.3) va également apporter sa contribution avec des propositions nouvelles comme la mise en place d'un plan de protection individuelle pour tout détenu détecté comme suicidaire.

Deux contributions positionnent le ministère de la santé comme un partenaire majeur de la politique de prévention du risque suicidaire : la circulaire du 21 juin 2012 sur le partage d'informations entre services sanitaires et administration pénitentiaire notamment dans le cadre de la CPU¹⁰. Sont notamment visées les différentes situations qui doivent donner lieu à un échange effectif d'informations entre sanitaire et pénitentiaire, dont le cas d'un risque suicidaire nécessitant une hospitalisation en urgence. Enfin, la feuille de route à trois ans Santé/Justice 2019-2022 prévoit de nombreuses actions pour la santé des personnes placées sous main de justice dont certaines¹¹ sont visées par la présente mission (**annexe 4-3**).

⁸ Comme en offre la possibilité la circulaire du 29 mai 1998, telles SOS amitiés, UNAFAM, Suicide Ecoute, SOS suicide phénix, prévention Suicide Phare Enfants, parents etc ...

⁹ Formation massive des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire, détection à l'arrivée, au moyen d'une grille renseignée dès l'arrivée en détention, diminution des moyens facilitant le suicide en cellule...

¹⁰ Présence du sanitaire prévue par les articles D90 et D514 du CPP.

¹¹ Réunion bilan de la feuille de route le 26 juin 2020.

Certains acteurs de la société civile sont également mobilisés au soutien de cette politique comme la Croix-Rouge¹², l'Union Nationale de Prévention du Suicide¹³ (UNPS) pour la formation des codétenus de soutien, ou encore l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques¹⁴ (UNAFAM) pour la formation aux premiers secours en santé mentale mais aussi des partenaires plus anciens que sont les visiteurs de prison. De même, les aumôniers contribuent à cette politique.

Enfin, au sein du ministère de la justice, les autorités judiciaires, relativement absentes jusqu'ici de cette politique, en tant qu'acteurs, vont être progressivement amenées sur ce champ par une première circulaire du 2 août 2011 qui prévoit les modalités d'échanges d'informations entre juridictions et établissements pénitentiaires lors de toute incarcération¹⁵, suivie de celle du 4 juillet 2017, cosignée par les quatre directions concernées¹⁶, qui encourage à la conclusion de protocoles locaux.

C'est l'ensemble de ces éléments qui structure la politique actuelle de prévention du risque suicidaire en établissement. Elle s'appuie aussi sur de nombreux outils d'animation (Cf. 1.2) et fait l'objet d'évaluations et suivis réguliers (Cf. 1.3).

1.2 Une politique s'appuyant sur de nombreux outils d'animation et de coordination y compris au plan interrégional et local que les événements de la période récente vont toutefois mettre à mal

Cette politique, régulièrement réaffirmée, s'est appuyée sur des outils d'animation et de pilotage à tous les échelons territoriaux, de plus en plus nombreux, traduisant notamment une volonté de l'ancrer dans un partenariat effectif.

Outre les structures propres à chaque administration¹⁷, un comité de pilotage de prévention du suicide a été instauré¹⁸ au plan national. Il doit se réunir au minimum deux fois par an. Chargé d'animer et piloter la politique de prévention du risque suicidaire, sa composition pluridisciplinaire réunit les représentants des administrations concernées, santé et justice et ce y compris locaux, des personnes qualifiées et des membres de la société civile lesquels concourent à la politique de prévention. Un bilan annuel est réalisé, complété d'un examen de l'application de certaines mesures et des perspectives nouvelles. Ce comité s'est réuni régulièrement, hormis l'année 2020¹⁹. Il a repris ses travaux le 3 mars 2021.

Ce comité national peut donner lieu au fonctionnement de groupes de travail, ponctuellement comme en 2018²⁰, dans l'optique notamment de l'élaboration de la feuille de route Santé/Justice 2019/2022.

¹² Convention 2018/2020, évaluation en cours.

¹³ Convention signée le 5 février 2019 (2019/2022).

¹⁴ Convention conclue entre la DAP et l'UNAFAM le 28 décembre 2017 pour une durée de trois ans (2019), projet de convention pluriannuelle d'objectifs entre UNAFAM et DAP 2021-2023 ; convention de partenariat entre la DISP de Lille et l'UNAFAM conclue pour trois ans en 2020.

¹⁵ Prévenus ou condamnés : notice individuelle, expertise...

¹⁶ DAP, DACG, DSJ, DPJJ.

¹⁷ La DAP dispose ainsi d'un médecin, conseiller du directeur pour la santé des PPSMJ et au sein de sa sous-direction de l'insertion et de la probation, un pôle santé avec un référent national prévention du suicide.

¹⁸ Coprésidé par le directeur de l'administration pénitentiaire et le professeur Terra.

¹⁹ Une réunion s'est néanmoins tenue le 9 mars 2020 sous l'égide du garde des sceaux sur ce sujet réaffirmant la nécessaire pluridisciplinarité de son traitement.

²⁰ Sous l'égide du professeur Thomas du CHU de Lille, représentants de la DAP, de la DGS et DGOS mais aussi avec des invités extérieurs venant présenter des actions en cours.

En outre, une commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires (CCPSSAS)²¹ est chargée d'analyser la qualification des cas litigieux de décès, des Retours d'expérience (RetEx) et du suivi de la qualité des statistiques produites.

Ces deux instances trouvent une déclinaison au plan interrégional dans chaque DISP qui doit désigner en outre un référent prévention suicide. Ainsi un comité de pilotage interrégional pour la prévention du suicide en milieu carcéral est chargé de relayer les orientations nationales. Des représentants des agences régionales de santé (ARS) en font partie mais aucun représentant des autorités judiciaires²² n'est institutionnellement prévu. En outre une commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires (CIPSSAS) dont la composition est exclusivement pénitentiaire se réunit pour analyser les cas de suicides du ressort et les axes d'amélioration.

Enfin, au niveau purement local, dans chaque établissement pénitentiaire, deux référents locaux chargés de la prévention du suicide, un cadre pénitentiaire et un personnel pénitentiaire d'insertion et de probation²³, sont chargés de relayer les informations sur la prévention du risque suicidaire et les axes retenus par leur DISP.

En marge du fonctionnement de ces instances purement dédiées à la prévention du risque suicidaire, bon nombre d'autres instances peuvent être l'occasion d'aborder le sujet du suicide en prison.

Certaines sont partenariales comme les conseils d'évaluation annuels propres à chaque établissement, sous l'égide du préfet, réunissant personnels pénitentiaires, magistrats et membres des ARS, les commissions régionales Santé-justice de chaque ARS²⁴ ou encore les comités de coordination des unités sanitaires en milieu pénitentiaire sous l'égide de ces mêmes établissements publics.

D'autres sont purement « justice » réunissant à la fois magistrats et personnels pénitentiaires comme les commissions d'exécution des peines (COMEX) des tribunaux judiciaires, les conférences régionales portant sur les aménagements de peines et les alternatives à l'incarcération, ou encore le comité interrégional de pilotage des lieux de détention des mineurs.

Enfin, des visites de magistrats des cours d'appel et des tribunaux judiciaires sont prévues annuellement par la loi²⁵ et doivent donner lieu à la rédaction de rapports.

Cette comitologie, conséquente et cohérente dans sa structuration, trouve néanmoins de nombreuses limites sur le terrain dont celles de cartes administratives différentes et surtout de degrés de priorisation pas toujours concordants entre administrations concernées (Cf. 3).

²¹ Responsable du recensement des décès par suicide et des tentatives de suicide, la CCPSSAS composée de représentants de l'administration pénitentiaire et du ministère chargé de la santé, ainsi que d'un médecin psychiatre hospitalier a notamment pour objectif de contrôler les analyses, réalisées sur le plan interrégional, des suicides et tentatives survenus au sein des établissements pénitentiaires et de traiter les cas litigieux mais aussi d'identifier les axes de progrès.

²² Le référent interrégional peut toutefois convier toute personne impliquée localement dans cette politique.

²³ Il s'agit de l'une des actions du plan 2009 dont cependant la mission d'audit interne de 2015 avait fait le constat de son peu d'effectivité.

²⁴ Circulaire du 31 octobre 2012. Les travaux de ces commissions peuvent donner lieu à un volet santé des PPSMJ au titre du programme régional de santé.

²⁵ Article 10 de la loi 2009-1436 du 24 novembre 2009 : visites annuelles pour les chefs de cour d'appel et des tribunaux judiciaires, les JLD, les JAP et les juges des enfants.

Enfin, deux épisodes ont pesé fortement sur la continuité de la mise en œuvre de la prévention du risque suicidaire au cours de ces dernières années. L'un est propre à la direction de l'administration pénitentiaire, l'autre est plus général.

Ainsi, la DAP a connu une succession d'évolutions profondes dans son fonctionnement interne entre 2017 et 2019, pour aboutir à une nouvelle organisation fixée par l'arrêté du 29 mai 2019. Au cours de cette période, cette direction a connu de très nombreuses vacances de postes. Pour donner un seul exemple qui touche au sujet de la mission, le poste de médecin « référent santé » est resté sans titulaire pendant près de trois ans²⁶.

L'autre résulte de la crise sanitaire actuelle, laquelle a impacté tous les domaines de la justice mais encore plus ceux qui s'appuient sur des politiques partenariales. En pratique, la plupart des instances nationales ont interrompu leurs travaux comme le COPIL PRS par exemple²⁷.

Au plan interrégional et local, les mêmes limites ont pu être observées. Ainsi, la plupart des CPU des établissements, notamment celles sur la prévention du suicide, se sont tenues pendant plusieurs mois « sur papier ». Des actions telles que les codétenus de soutien ou les groupes de parole ont également été suspendues, renvoyant à des prises en charge purement individuelles. Les RetEx ont également été impactés, du moins pendant les périodes de confinement.

1.3 Des évaluations exhaustives mais ponctuelles et des suivis périodiques en forme de bilans

Les évaluations ont reposé principalement sur des rapports externes à la DAP destinés à vérifier le degré de conformité des dispositifs mis en place et des pratiques existantes avec les plans successifs de prévention du risque suicidaire.

On peut citer tout d'abord, même si leur portée était de nature prospective, le groupe de travail de 1996 et les commissions Terra et Albrand (Cf. 1.1) qui ont permis d'évaluer l'application des nombreuses mesures déjà en vigueur dans les établissements pénitentiaires.

Plus spécifiquement, un audit interne a été conduit en 2015 conjointement par l'IGJ et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la mise en œuvre du plan arrêté en 2009²⁸. Ce rapport soulignait l'existence de disparités dans la mise en œuvre de la politique de prévention du risque suicidaire entre les DISP et aussi d'autres nombreuses insuffisances.

Un autre exercice d'évaluation, plus périphérique à la politique de prévention du risque suicidaire, a été réalisé en 2018 par une mission portant sur les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)²⁹. Le rapport dresse le constat de fortes disparités dans la prise en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques et recommande notamment le renforcement des relations entre équipes sanitaires et pénitentiaires.

²⁶ Il est pourvu depuis début 2021.

²⁷ Toutefois, comme déjà indiqué, il a repris ses travaux le 3 mars 2021. L'ordre du jour, axé sur les bilans de diverses mesures a fixé comme perspectives la continuité de la mise en œuvre de la feuille de santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) 2019-2022. S'agissant de cette dernière, une réunion téléphonique des membres de l'équipe projet interministériel de la stratégie santé s'était tenue fin juin 2020 abordant notamment la mise en œuvre de celle-ci.

²⁸ Rapport d'audit définitif n° 2015-39.

²⁹ Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues, IGJ n° 61-18 et IGAS n° 2018-072R, décembre 2018.

En parallèle à ces deux évaluations, la DAP a mis en place un vaste dispositif de recueil de données concernant la conduite de la prévention du risque suicidaire émanant des DISP et des établissements pénitentiaires qui permettent de réaliser des bilans annuels.

En premier lieu, des bilans semestriels et annuels du nombre de suicides avec leurs caractéristiques sont produits (Cf. 2). Ces informations contribuent à apprécier la réalité de l'effectivité et l'efficacité de la mise en œuvre de la politique de prévention du risque suicidaire. En second lieu, de très nombreux aspects de la prévention du risque suicidaire, selon leur acuité du moment, font l'objet d'autres remontées chiffrées. Pour l'époque la plus récente, il faut ainsi citer les CProU et leur utilisation, les co détenus de soutien (CDS), l'utilisation des coupe-liens, les référents locaux PRS, le surveillant acteur, les protocoles d'échanges d'informations entre services de la justice et la formation des personnels à la prévention du risque suicidaire. Un suivi particulier de l'audit interne de 2015 est réalisé régulièrement pour mesurer le niveau de mise en œuvre des recommandations dont la dernière date du 15 mars 2021 (**annexe 4-13**).

Par ailleurs, la mission de contrôle interne de la DAP, depuis sa création en 2017, conduit également des évaluations à l'occasion de visites des établissements pénitentiaires selon une grille de contrôle interne qui comprend une rubrique « prévention du suicide » déclinée en sept items et pour chacun, une cotation sur la base d'une échelle des risques de 1 à 4. Les rapports de ce service montrent fréquemment des situations de non-conformité des établissements visités sur les différents volets des plans de prévention du risque suicidaire, en particulier par la défaillance des outils de détection du risque suicidaire et des surveillances adaptées, aboutissant parfois à des taux de réalisation très bas.

Localement, certaines DISP réalisent des audits sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires de leur ressort comme le préconisait le rapport d'audit interne de 2015³⁰. Les résultats de ces différents dispositifs montrent des résultats mitigés ainsi qu'une mobilisation inégale des différents acteurs. Ils font état aussi de tendances qui sont loin d'être linéaires : à une amélioration un temps, peut succéder une détérioration la période suivante, et inversement.

Enfin, la DAP a passé début 2020 un marché intitulé « Evaluation de la politique de prévention du suicide en milieu carcéral » sur 12 mois autour de l'efficacité des mesures de prévention du risque suicidaire, le degré d'appropriation par les personnels ainsi que de la recherche d'expériences étrangères ou développées dans d'autres milieux et éventuellement transposables dans le milieu carcéral (travaux en cours avec résultats attenus fin 2021).

1.4 Une politique actuelle proche de celle des pays européens

La référence aux actions menées à l'étranger et notamment dans les pays européens proches de la France s'est imposée très rapidement. Les lettres de mission des commissions Terra de 2003 et Albrand de 2009 comportent un tel volet comparatif notamment justifié par de biens meilleurs résultats chiffrés dans le domaine du suicide en détention dans la plupart de ces pays (Cf. 2.2.2). Nombre des mesures actuelles résultent d'exemples étrangers retenus par la France.

La mission, également concernée par un tel volet, a sollicité plusieurs opérateurs du secteur.

³⁰ Dijon, Lyon, Marseille et Paris entre 2018 et fin 2020.

Dans une contribution écrite (**annexe 4-4**), Prison Insider³¹ fait état des différentes mesures adoptées par chaque pays à l'entrée et au cours de la détention qui sont en vigueur en France. Toutefois, critique sur des politiques trop axées sur les dispositifs seulement à même d'empêcher le passage à l'acte, cette association souligne l'importance qu'il y a à créer des conditions de détention favorables pour diminuer le risque suicidaire³² (réduction de la surpopulation, offre de soins de santé, multiplicité des activités).

C'est aux mêmes conclusions que s'est livré le représentant du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe entendu par la mission. Selon ce dernier, « humaniser » les prisons et laisser plus de place à l'innovation dans la vie des établissements pénitentiaires³³ doivent être privilégiés au détriment des mesures de surveillance parfois particulièrement intrusives et de nature à peser sur l'état psychique du détenu.

A la demande de la mission, la délégation aux affaires européennes et internationales a présenté les politiques de prévention du risque suicidaire dans plusieurs pays européens et aux Etats-Unis. Les éléments fournis se différencient assez peu de ce qui se fait en France en ce domaine. Tout au plus peut-on relever une plus large autonomie laissée aux établissements pénitentiaires dans certains pays, comme l'ont confirmé les experts rencontrés (**annexe 4-10**).

2. UN NIVEAU DE SUICIDE EN PRISON QUI RESTE ELEVE

2.1 Un taux de suicide carcéral qui s'est stabilisé à un niveau élevé

2.1.1 Une évolution contrastée du taux de suicide

Si on considère les dernières décennies, le taux de suicide a augmenté entre les années 1960 et les années 2000 (passant de 5 pour 10 000 détenus en 1960 à 26 en 1996)³⁴, puis il a diminué au cours des années 2000 pour se stabiliser aux alentours de 16-17 pour 10 000 depuis une dizaine d'années (Cf. graphique n°1)³⁵. La baisse observée durant les années 2000 est d'autant plus remarquable qu'elle s'inscrit dans un contexte de hausse continue de la population carcérale.

En 2020, 119 personnes écrouées se sont suicidées : 113 en détention et six autres non hébergées, se trouvant soit en placement extérieur soit sous assignation à résidence avec bracelet électronique. Parmi ces suicides, cinq ont concerné des femmes détenues et un, une femme hospitalisée en UHSA ainsi que deux détenus mineurs³⁶.

³¹ Basée à Lyon et fondée par Bernard Bolze en 2015, Prison Insider est une association dont la mission est de collecter, d'organiser et de diffuser des connaissances sur les conditions de détention à travers le monde.

³² L'exemple de Chypre dont les profondes réformes du système pénitentiaire et de soins ont eu un impact fort sur les suicides.

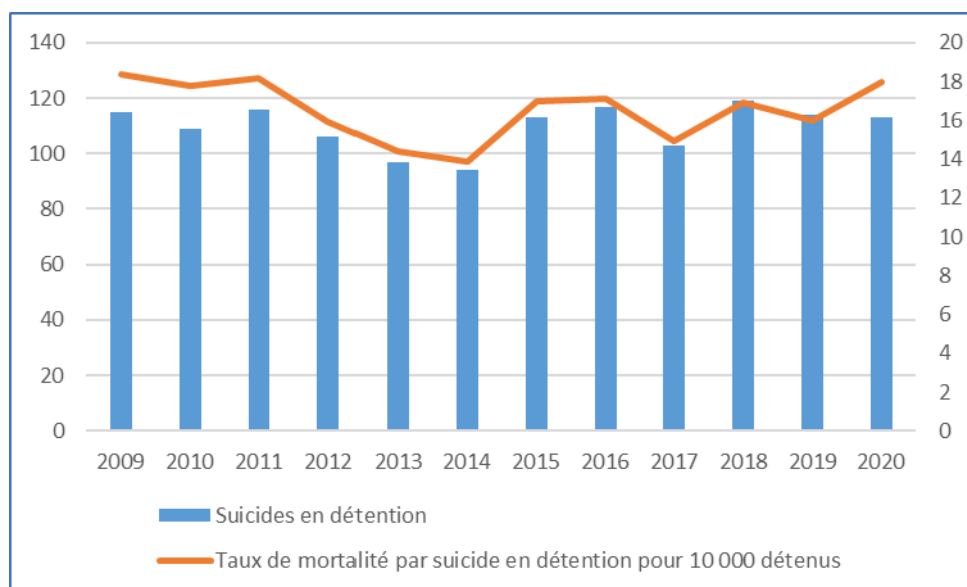
³³ Comme développer l'approche participative, donner l'occasion aux détenus de pouvoir s'exprimer, proposer des activités comme le sport, mobiliser des intervenants extérieurs...

³⁴ Cf. Eck, Marion et alii, Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention, Presse Médicale, 2019.

³⁵ Cf. Hazard, Angélique, Baisse des suicides en prison depuis 2002, Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, mai 2008, n° 22 et Direction de l'administration pénitentiaire, *Décès par suicide des personnes sous écrou* – Bilan 2020.

³⁶ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

Graphique n°1. Nombre de suicides en détention et taux de mortalité par suicide en détention, 2009-2020.



Source : DAP

La baisse très relative du nombre et du taux de suicides sur la période allant de 2011 à 2014 pourrait s'expliquer en partie *par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé en 2010 : de la mise en place de dispositifs de lutte contre le suicide en prison, à l'implantation à Lyon de la première Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), destinée à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques à temps complet*³⁷.

Le retour observé par la suite au niveau des années 2010-2011 peut être dû à l'essoufflement des effets de ces mesures ou à des effets négatifs qui seraient venus les contrebalancer, l'un n'excluant d'ailleurs pas l'autre. Il est probable que les situations à risque aient augmenté dans le même temps avec une hausse du flux d'entrants vulnérables, dans un contexte défavorable marqué par une tension de l'offre de soins psychiatriques en milieu libre³⁸, l'augmentation des comparutions immédiates³⁹, la moindre formation des surveillants et la dégradation des conditions de détention.

³⁷ Cf. Eck, Marion et alii, Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention, Presse Médicale, 2019.

³⁸ La prison reflète ce qui s'observe à l'extérieur, où le système de soins psychiatrique est de plus en plus en tension du fait d'une hausse constante de la demande. Entre 1989 et 2017, le dispositif ambulatoire a accueilli un million de patients supplémentaires dont une partie importante a fait l'objet d'une prise en charge au sein des CMP adultes (*Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*, rapport IGAS 2019-090R juillet 2020). Il est possible qu'on retrouve une partie de ces publics en détention.

³⁹ La proportion des comparutions immédiates dans les poursuites en correctionnel (entre 640 000 et 700 000) est de l'ordre de 6-7 % (entre 42 000 et 46 000) de 2004 à 2010, puis elle augmente de 2011 à 2019 pour atteindre 8 % (56 042 sur 682407). Cf. Annuaire statistique de la justice, 2004-2020.

2.1.2 Des caractéristiques invariantes

Les caractéristiques des personnes détenues qui se suicident ne changent guère d'une année à l'autre, reproduisant souvent ce que l'on observe dans d'autres pays⁴⁰.

Si le nombre de suicides en détention réalisés par les hommes est nettement supérieur à celui des femmes, le taux de suicide de ces dernières est le plus souvent supérieur. C'était le cas en 2020 : le taux de suicide des femmes était de 9,8 pour 10 000 détenues⁴¹, contre 8 pour 10 000 pour les hommes⁴². C'est ce qu'on observait également de 2014 à 2018. On notera que le pourcentage de femmes parmi les suicides en détention est très variable selon les années, avec des valeurs allant de 0,9 % (2009, 2019) à 11,7 % (2014), pour un taux moyen de 4,5 % depuis 2009⁴³. Par ailleurs, la majorité des suicides en détention surviennent entre 30 et 49 ans⁴⁴.

Le peu d'informations dont on dispose sur les caractéristiques socio-économiques des détenus ayant commis un suicide indique qu'en 2017-2018, 54,9 % d'entre eux avait un niveau d'instruction inférieur au lycée et 55,8 % était sans emploi⁴⁵. Parmi les personnes détenues suicidées, les personnes condamnées pour des infractions violentes (homicides et atteintes volontaires ayant entraîné la mort) et sexuelles sont surreprésentées tout comme celles condamnées à de longues peines⁴⁶. A l'inverse, celles incarcérées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants ou pour des vols sont largement sous-représentées. Autrement dit, le taux de suicide en milieu carcéral augmente avec la gravité de l'infraction.

C'est un constat récurrent. On l'observe en 2020⁴⁷ : 13,4 % des suicides en détention concernent des personnes condamnées écrouées pour homicide et atteintes volontaires ayant entraîné la mort, alors que ces deux catégories d'infractions ne représentent que 9,7 % des motifs principaux pour l'ensemble de la population écrouée. Pour les infractions à caractère sexuel, la différence est encore plus large : celles-ci représentent 17,6 % des suicides des personnes écrouées en 2020, contre 10,8 % des motifs principaux des personnes condamnées écrouées. A l'inverse, aucun suicide de personnes condamnées pour infractions à la législation sur les stupéfiants n'a été enregistré l'année dernière, alors qu'elles constituent le troisième motif d'écrou des condamnées (16,9 % du total). On observait déjà ces différentiels dans les années 2000⁴⁸, où le *risque de suicide est à son maximum pour les homicides volontaires avec un taux de 57 pour 10 000 et demeure plus élevé que le taux de suicide moyen pour les vols sur adulte avec 23 pour 10 000 et pour les vols sur mineur avec 28 pour 10 000*.

⁴⁰ Cf. Eck, Marion et alii, *ibidem*, 2019 ; Konrad, Robert et alii, Preventing suicide in prisons, Part I : Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons, Crisis The journal of crisis intervention and suicide prevention, février 2007.

⁴¹ Toutefois, il convient de rappeler que ce taux, calculé sur de petits effectifs, n'est pas significatif d'un point de vue statistique.

⁴² Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁴³ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁴⁴ Données présentées à la mission par. Santé Publique France dans le cadre de travaux sur la *Mise en place d'une surveillance épidémiologique des suicides de personnes écrouées en France (2017-2021)*, Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁴⁵ Données présentées par Santé Publique France.

⁴⁶ Cf. Duthé, Géraldine, Angélique Hazard et Annie Kensey, Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque, Population, 2014, 69(4), 519-550 ; Maya, Hélène, *Le suicide des détenus : étude descriptive multicentrique rétrospective de 64 cas*, Thèse de docteur en médecine, Université de Montpellier, Faculté de médecine, Montpellier-Nîmes, décembre 2020.

⁴⁷ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁴⁸ Cf. Hazard, Angélique, *ibidem*, 2008.

Confirmant les résultats des études internationales⁴⁹, en France également, les prévenus se suicident davantage que les condamnés⁵⁰. Dans les années 2000, *le taux de suicide des prévenus est (...) plus de deux fois supérieur à celui des condamnés puisqu'il s'élève à 26 pour 10 000 en 2006 contre 11 pour 10 000 pour les condamnés*⁵¹. Le constat est renouvelé en 2017-2018 : le taux de suicide des prévenus est plus de deux fois plus élevé que celui des condamnés⁵².

D'ailleurs, en 2020, 73 % des suicides ont eu lieu dans les maisons d'arrêt (ou quartiers maison d'arrêt). Si le nombre de suicides a continué d'y baisser en 2020 (96 en 2018, 91 en 2019 et 82 en 2020), cette baisse équivaut à celle du nombre global des suicides en détention. Par contre, le nombre de suicides ayant eu lieu en centre de détention (ou quartiers centre de détention) est resté relativement stable depuis 2013⁵³. On note aussi que le taux de suicide est plus élevé dans les établissements pénitentiaires de petite taille, entre 18 et 20 pour 10 000 dans les établissements de moins de 500 places. Il se situe à son niveau le plus élevé, entre 11 et 15 pour 10 000, dans les établissements pénitentiaires comptant entre 500 et 1000 places.

En 2020, 38 suicides ont eu lieu dans un quartier spécifique, 19 suicides au quartier arrivants et 11 en quartier disciplinaire⁵⁴. Sur la période 2010-2020, 65 % des suicides en détention se sont produits dans des cellules ordinaires, 14 % en quartier arrivants, 13 % en quartier disciplinaire, 4 % en quartier d'isolement, 2 % dans un SMPR et 1 % dans un quartier pour mineurs⁵⁵. Déjà en 2006-2007, le quartier disciplinaire regroupait en moyenne plus de 16 % des suicides alors que cette structure ne représenterait alors que 2 % de la capacité totale du parc⁵⁶.

Les suicides en détention sont très majoritairement consécutifs à une pendaison (93,7 % des cas sur la période 2017-2020) et beaucoup plus rarement à une intoxication médicamenteuse volontaire (2,4 %), un étouffement (1,7 %) ou une automutilation (1,5 %), exceptionnellement à un feu⁵⁷.

Les suicides interviennent en majorité en début de détention⁵⁸. En 2001-2002 et 2006-2007, *lors de l'écrou (t=0), « 100 % des personnes qui se sont suicidées en détention étaient présentes, deux mois plus tard (61 jours), la population survivante a diminué de 25 % »*⁵⁹. En 2020, 23,9 % des suicides en détention ont eu lieu dans les 20 jours suivant l'incarcération et 49,6 % dans les 100 jours⁶⁰. Selon une analyse détaillée des suicides commis en détention en 2017 et 2018⁶¹, un événement marquant au cours de la semaine qui a précédé le suicide a été retrouvé pour 61 % de ces personnes, tandis que 62 % d'entre elles avaient été vues par les unités sanitaires.

⁴⁹ Cf. Duthé, Géraldine, Angélique Hazard et Annie Kensey, *ibidem*, 2014.

⁵⁰ Cf. Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *Suicide en prison : La France comparée à ses voisins européens*, Population et Sociétés, 2009.

⁵¹ Cf. Hazard, Angélique, *ibidem*, 2008.

⁵² Echanges avec Santé Publique France.

⁵³ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁵⁴ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁵⁵ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁵⁶ Cf. Hazard, Angélique, *ibidem*.

⁵⁷ Echanges avec Santé Publique France.

⁵⁸ Cf. Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *ibidem*, 2009.

⁵⁹ Cf. Hazard, Angélique, *ibidem*, 2008.

⁶⁰ Cf. Direction de l'administration pénitentiaire, *ibidem*, 2020.

⁶¹ Cf. Vanhaesebrouck, *Les suicides des personnes détenues en 2017 et 2018 en France: une analyse descriptive*, Thèse de doctorat en médecine, UFR de médecine de Paris Centre, 2020.

La période qui entoure la libération semble également être facteur de risque. En 2020, 16,4 % des suicides en détention de personnes condamnées ont eu lieu dans les 100 jours qui précèdent leur levée d'écrou prévue, un allait même être libéré le lendemain. Une étude réalisée à partir de données australiennes⁶² montrait, dans un autre contexte il est vrai, que dans les deux semaines suivant la libération, le taux de suicide avait été multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention.

Enfin, les troubles mentaux et du comportement sont plus fréquents chez les détenus que dans la population générale⁶³. A ce titre, *la comparaison des prévalences de troubles mentaux en prison et en population générale montre que les taux en prison se rapprochent de ceux de la population précaire, qui fournit les gros contingents des détenus*⁶⁴. L'examen d'un échantillon de 64 suicides en détention a mis en évidence qu'au moins 64 % d'entre eux étaient sujets à une pathologie psychiatrique, 80 % bénéficiaient d'un suivi psychiatrique, tandis que 31 % présentaient une pathologie « toxicomanie »⁶⁵. L'étude des suicides en détention réalisés en 2017 et 2018 rapporte également que *les personnes détenues qui se sont suicidées étaient 47 % à présenter un ou des troubles mentaux avant le séjour de prison où a eu lieu le suicide, contre 65 % au cours de ce séjour*⁶⁶.

2.2 Une sur-suicidité carcérale marquée

2.2.1 Une sur-suicidité en prison élevée par rapport à la population générale

Une analyse sur longue période (1850-2010) indique qu'en France, en dehors du début des années 1860 et de la période qui suit la seconde guerre mondiale, le taux de suicide a toujours été plus élevé en prison qu'en population générale⁶⁷. Au cours des années 2000, les personnes détenues en France se suicidaient entre six et sept fois plus qu'en milieu libre⁶⁸ : un taux de 14 à 19 suicides pour 10 000 en détention contre 2 à 4 pour 10 000 en population générale⁶⁹. En 2016, le taux de sur-suicidité en prison, calculé comme le rapport du taux de suicide carcéral au taux en population générale, s'établissait à 13 en France, à 7,8 si on se restreint à la population générale masculine⁷⁰. Dit autrement, les suicides en détention représentent 1 % du total des suicides en France pour une population carcérale qui représente 0,1 % de la population générale.

⁶² Cf. Kariminia, A., Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM et al., Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners – 1988 to 2002: a data-linkage study, *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36,310-6.

⁶³ Cf. Duthé, Géraldine, Angélique Hazard et Annie Kensey, *ibidem*, 2014.

⁶⁴ Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, 2011.

⁶⁵ Cf. Maya, Hélène, *ibidem*, 2020.

⁶⁶ Cf. Vanhaesebrouck, Alexis, *ibidem*, 2020.

⁶⁷ Cf. Duthé, Géraldine, Angélique Hazard et Annie Kensey, *ibidem*, 2014.

⁶⁸ Cf. Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *ibidem*, 2009 ; Duthé, Géraldine, Angélique Hazard et Annie Kensey, *ibidem*, 2014.

⁶⁹ Santé Publique France, *ibidem* 2021.

⁷⁰ Sources : Eurostat pour le taux de suicide de la population masculine et DAP pour le taux de suicide en détention.

2.2.2 Une sur-suicidité en prison élevée par rapport au reste de l'Europe

La France se distingue aussi par un taux de suicide en milieu carcéral parmi les plus élevés d'Europe. Selon les statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE)⁷¹, en 2019, dernière année disponible, avec 16 suicides pour 10 000 détenus, le taux français est proche de ceux observés au Danemark et en Norvège (autour de 20 suicides pour 10 000 détenus), au niveau de celui de l'Estonie, dans tous les cas bien au-dessus du taux médian de 5,2.

Comparer ces chiffres est cependant un exercice délicat : la définition statistique des suicides peut varier d'un pays à un autre, tout comme la composition de la population carcérale. Les politiques pénales et d'incarcération peuvent être radicalement différentes selon les pays, ce qui n'est pas sans effet, par exemple, sur les durées d'emprisonnement. Or, *si un grand nombre de suicides survient au cours des premiers mois d'incarcération, il faut s'attendre en toute logique à davantage de suicides dans les pays où les flux d'entrées et de sortie de prison sont relativement importants, et les durées de séjour courtes, comme au Danemark*⁷².

Toute comparaison internationale doit aussi tenir compte du taux de suicide de la population générale dans chaque pays. La population française se caractérise par un taux de suicide relativement élevé en Europe⁷³, supérieur à la moyenne des pays de l'Union européenne⁷⁴, et on ne peut pas écarter d'emblée que le fort taux de suicide en prison observé en France par rapport aux autres pays européens soit pour partie le reflet de cette « prédisposition » plus forte au suicide de la population française⁷⁵ (cf. 2.2.1). Plutôt que les taux de suicide en prison, il faut donc comparer les taux de sur-suicidité en prison. Or, en Europe, la sur-suicidité en milieu carcéral est particulièrement élevée dans les pays où le taux de suicide en population générale est bas, comme en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni, où sur la période 2002-2006, les détenus se suicidaient entre 8 et 10 fois plus que les hommes âgés de 15 à 59 ans⁷⁶. Cependant, si passer au taux de sur-suicidité modifie la liste des pays qui intègre le haut du classement⁷⁷, la France continue à en faire partie. Le constat se reproduit à l'identique lorsqu'on intègre dans l'analyse ce qui relève des dynamiques de gestion des populations pénitentiaires propres à chaque pays européen⁷⁸.

Quelle que soit la méthode suivie pour corriger les taux de suicide en milieu carcéral, la France reste toujours particulièrement mal classée en Europe.

⁷¹ Cf. Conseil de l'Europe, *Prisons Population SPACE 1*, 31 janvier 2020, mise à jour 11 avril 2021.

⁷² Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *ibidem*, 2009.

⁷³ Cf. Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *ibidem*, 2009 ; Aubusson de Cavarlay, Bruno, *Le suicide en prison : choisir le bon indicateur ?*, 27-40, in Direction de l'Administration Pénitentiaire, *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation*, janvier 2010.

⁷⁴ En 2016, dernière année disponible via Eurostat, le taux de suicide pour 100 000 habitants s'élevait en France à 13,2, contre 10,3 pour la moyenne des 28 pays de l'Union européenne. Entre 2011 et 2016, il est toujours supérieur de 3 à 5 points à la moyenne européenne.

⁷⁵ Une étude à partir de données de l'année 2005 indiquait qu'en Europe, la France, la Belgique, l'Autriche et la Suisse présentaient des taux de suicide de la population masculine parmi les plus élevés, de même que les pays baltes, surtout l'Estonie, la Finlande, et certains pays d'Europe de l'Est. À l'inverse, on remarquait des taux de suicide bas au Royaume-Uni et dans les pays d'Europe du Sud. Cf. Aubusson de Cavarlay, Bruno, *ibidem*, 2010.

⁷⁶ Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et al., *ibidem*, 2009.

⁷⁷ Les pays qui avaient un fort taux de suicide carcéral (France, Norvège, Danemark) sont rejoints ou dépassés en termes de sur-suicidité carcérale par le Royaume-Uni, la Grèce, l'Italie.

⁷⁸ Aubusson de Cavarlay, Bruno, *ibidem*, 2010.

2.3 Un état de la connaissance lacunaire

2.3.1 De fortes disparités territoriales des suicides partiellement inexplorées

De fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en population générale sont observées en France, selon un gradient décroissant allant du Nord-Est au Sud-Est. Entre 2014 et 2016, les taux standardisés⁷⁹ moyens de décès par suicide de la Bretagne, des Pays de la Loire, de la Normandie et des Hauts-de-France dépassent de 30 à 50 % le taux moyen de la France métropolitaine tandis que les régions Auvergne-Rhône-Alpes, PACA, Corse, et Île de-France enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de 14 % à 36 % au taux moyen de France métropolitaine).

Tableau 1 : taux standardisés de décès par suicide en pop générale par région en 2014-2016 hors DOM

Région	Tx standardisés pour 10 000 hab 2014-2016	écart par rapport au taux national
Bretagne	2,22	52%
Pays de la Loire	1,91	31%
Normandie	1,90	30%
Hauts-de-France	1,90	30%
Occitanie	1,70	16%
Nouvelle-Aquitaine	1,70	16%
Bourgogne-Franche-Comté	1,69	16%
Centre-Val de Loire	1,67	14%
Grand-Est	1,51	3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,31	-10%
Auvergne-Rhône-Alpes	1,26	-14%
Île-de-France	1,09	-25%
Corse	0,94	-36%
Total France métropolitaine	1,46	0%

Source : Mission, d'après CepiDC, observatoire national du suicide, rapport 2020

Sous réserve de certaines approximations⁸⁰, on retrouve pour partie ces disparités géographiques au sein de la détention. Entre 2013 et 2020 (**annexe 4-8**), la DISP de Rennes qui regroupe les régions Bretagne, Normandie et Pays de Loire et celle des Hauts-de-France présentent sauf exception des taux de décès par suicide pour 10 000 détenus parmi les plus hauts, la DISP de Paris (Île-de-France) et de Marseille (PACA et Corse) enregistrant souvent des taux de décès par suicide parmi les plus bas.

On observe cependant une discordance marquée pour la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les taux de suicide sont parmi les plus bas en population générale et les plus hauts en détention⁸¹.

⁷⁹ Selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA, année de référence 2013.

⁸⁰ Contrairement au taux de suicide en détention qui sont des taux bruts, les taux en population générale sont standardisés sur l'âge et le sexe pour tenir compte des différences de structure d'âge entre régions (à des fins de comparaisons). Par ailleurs, les taux de suicide en détention sont calculés à partir de populations de détenus qui ne sont pas tous originaires de la région où ils sont incarcérés.

⁸¹ Le taux de suicide en détention est de loin le plus bas dans la MSPOM qui regroupe les départements et les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle-Calédonie. Le taux de décès en population générale est aussi parmi les plus bas en Guyane, en Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion (bulletin de santé publique 2019, 2020). Il est en revanche un peu au-dessus de la moyenne nationale en Nouvelle Calédonie.

Si un effet territoire joue possiblement dans les différences de taux de suicide observés en détention (traduisant les particularités des populations locales en termes de vulnérabilité suicidaire), il ne peut les expliquer à lui seul. D'autres paramètres doivent entrer en ligne de compte comme le profil des populations incarcérées (par exemple présence d'un SMPR et/ou proximité d'une UHSA favorisant parfois la surreprésentation de détenus ayant des troubles psychiatriques sévères) ou l'organisation et le fonctionnement des établissements pénitentiaires (conditions de détention, niveau de tension, qualité du dispositif de repérage et de prise en charge des risques suicidaires...).

2.3.2 Des données manquantes notamment en termes de santé mentale

Le suicide fait l'objet d'une remontée systématique d'information. Depuis 2002, les règles de décompte distinguent suicides en détention⁸² et suicides avec passage à l'acte hors détention⁸³, sachant par ailleurs que certains décès litigieux (notamment cas d'absorption médicamenteuse) peuvent être requalifiés en suicide après analyse de la CCPSSAS.

Chaque remontée de cas est accompagnée d'éléments sur la situation pénitentiaire, judiciaire et sociale, les décès sous écrou donnant lieu à l'ouverture d'un dossier administratif à la DAP incluant fiche pénale, caractéristiques sociodémographiques et pénales, circonstances du décès, enchaînement des événements ayant précédé l'acte, copie de courriers, expertise post-mortem⁸⁴. Ces dossiers sont archivés dans le fichier national des détenus (FND) qui sert de base aux travaux d'analyse et d'exploitation statistique.

S'ils ont permis d'apprécier le poids de certains facteurs de risque comme le placement en cellule disciplinaire, le type d'infractions commises, l'hospitalisation durant la détention, l'absence de visite, le fait d'être prévenu plutôt que condamné (effet du choc carcéral, de la condamnation)⁸⁵, ces analyses mériteraient d'être complétées par des études qualitatives visant à mieux identifier les motifs et à prendre en compte les éléments sociologiques, l'analyse a posteriori des cas de suicide se réduisant souvent à la seule recherche des causes de l'acte⁸⁶.

Comme le pointait le rapport Terra dès 2003, la limite des travaux réalisés à partir des données de l'administration pénitentiaire tient également à l'absence de données médicales, dont on sait qu'elles peuvent receler des éléments de vulnérabilité (psychiatrique et/ou somatique) utiles à prendre en compte pour faire la part entre les facteurs de risque liés à l'état de santé des détenus et ceux liés à l'environnement carcéral.

⁸² Combinant suicides avec décès en détention et suicides avec décès à l'hôpital suite à un passage à l'acte en détention, à l'exclusion des quelques suicides donnant lieu à un décès à l'hôpital après la levée d'écrou qui ne sont pas comptabilisés comme des suicides en détention, faute de garantie sur l'information du décès dès lors que l'écrou a été levé.

⁸³ Combinant suicides dont le passage à l'acte a eu lieu à l'hôpital (hôpital, UHSI et UHSA), en placement sous surveillance électronique, au cours d'une permission de sortie ou en placement extérieur. Lors du passage à l'acte, le détenu n'était plus placé sous la garde effective de l'administration pénitentiaire.

⁸⁴ De plus, après chaque suicide, l'AP conduit des enquêtes complémentaires pour savoir si la personne décédée avait été repérée à risque de suicide.

⁸⁵ Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study, Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L. Forensic Science International 2013 ; 233(1-3) : 273-7.

⁸⁶ Constat de l'audit interne de la prévention du suicide en milieu carcéral réalisé par l'IGJ en lien avec l'IGAS en 2015.

Parallèlement aux travaux de la DAP, quelques études épidémiologiques réalisées en détention ont certes permis d'appréhender des facteurs de risque de suicide mais aucune n'a fait du suicide un objet d'étude en soi :

- Les études menées périodiquement auprès des entrants⁸⁷ entre 1997 et 2003 ont révélé une population cumulant vulnérabilités sociales, économiques et sanitaires, particulièrement concernée par des problèmes de logement avant même l'incarcération et marquée par une forte surreprésentation des maladies mentales, des tentatives de suicide et des addictions.
- Les conditions de détention (promiscuité, hygiène, isolement, inactivité) y apparaissent à la fois comme susceptibles d'induire des violences auto et hétéro agressives, et comme facteurs d'aggravation ou de réactivation de certaines pathologies.
- Ce tableau a été complété en 2004 par une enquête⁸⁸ portant plus spécifiquement sur la prévalence des troubles psychiatriques qui évaluait à plus d'un tiers la part des détenus manifestement malades (dont 12 % gravement à très gravement), cette estimation ne prenant pas en compte les troubles de la personnalité, fréquemment retrouvés en détention et peu ou prou associés à une impulsivité potentiellement génératrice de violence auto/hétéro agressive.
- Ces hauts niveaux de morbidité psychiatrique ont été plus récemment confirmés par une enquête réalisée dans les Hauts-de-France en 2017⁸⁹ qui estime de surcroît que 15 % de l'échantillon présente un risque suicidaire moyen ou élevé à son entrée en détention⁹⁰.

Face à ce manque, et faute de données de santé des personnes détenues accessibles en routine, l'agence Santé publique France a déployé une première étude en 2011⁹¹ basée sur l'analyse rétrospective des suicides survenus entre 2000 à 2010 à partir des certificats de décès du CépiDc-Inserm. Confirmant notamment la surmortalité par suicide des personnes détenues par rapport au décès par suicide en population générale, cette étude a surtout pointé la nécessité de disposer de données de santé plus complètes⁹², en préconisant la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique des suicides en détention reposant sur l'accès aux dossiers médicaux des personnes détenues (Cf. 4.7.1), seule manière d'obtenir à terme des indicateurs sanitaires fiables pour améliorer la prévention du suicide.

⁸⁷ La loi du 18 janvier 1994 transférant la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier, prévoyait la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques collectées lors de la visite d'entrée. D'où cette étude un jour donné menée par la DAP-DGS et la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES).

⁸⁸ Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral menée par l'Inserm pour le ministère de la Santé et le ministère de la justice, décembre 2004.

⁸⁹ Enquête Santé Mentale en Population Carcérale menée de 2014 à 2017 auprès de 8 MA du Nord-Pas-de-Calais par le CHU de Lille, la fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale des Haut-de-France (F2RSM) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS).

⁹⁰ Suite à cette enquête et portée par F2RSM et le CCOMS, un projet de recherche est en cours « Santé mentale en population carcérale sortante (SPCS) », financée par la DGS et Santé Publique France et également coordonnée par le Pr Pierre Thomas.

⁹¹ Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010 : Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité, Christine Chan Chee, Élodie Moutengou, (DMNTT), Santé Publique France.

⁹² L'absence d'informations sur les causes associées a été observée pour plus de la moitié des certificats de décès des personnes décédées par suicide.

2.3.3 Un cadre formalisé pour recenser et analyser les actes auto agressifs et les tentatives de suicides qui manque d'effectivité

A des degrés différents, les actes autoagressifs et les tentatives de suicides sont des marqueurs de risque important pour apprécier le niveau de souffrance psychique et identifier les facteurs déclenchants ou prédispositions jouant un rôle lors de ces moments afin d'être plus prédictif et plus proactif dans la prévention du passage à l'acte.

Ces données font partie des incidents⁹³ survenant au sein des établissements pénitentiaires recensés mensuellement par les DISP qui les transmettent secondairement à la DAP (qui peut aussi être directement destinataire des plus graves en temps réel).

Mais ce recueil n'est pas exempt d'imprécisions. La distinction entre actes autoagressifs (comprenant les automutilations) et tentatives de suicide n'est pas simple à établir, a fortiori quand elle est faite par des personnels non médicaux privés de l'apport de la clinique. De surcroît, il ne ramène que peu d'éléments sur le contexte de l'incident, comme la présence d'éventuels éléments de fragilisation avant le passage à l'acte ou des données sur les profils.

En tout état de cause, aucune analyse systématique et poussée des tentatives de suicides n'est réalisée au plan interrégional ou national. Au-delà de chiffres précis, il manque donc une analyse des circonstances des tentatives de suicide avérées (profil, contexte, mode opératoire, repérage d'un risque, mesures de prise en charge) susceptible de renforcer la prévention des suicides par l'identification de signes d'alertes dans certaines situations (Cf. 4.5).

3. LES FAILLES ACTUELLES DANS LES PARCOURS ET DANS L'APPLICATION DE LA PRS, FACTEURS FAVORABLES AU RISQUE DE SUICIDE

Déjà retenue par la commission Terra, la notion de « parcours », introduite dans la législation par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, s'est révélée particulièrement riche en terme d'analyse des continuités et des discontinuités des prises en charge.

La mission s'est donc attachée à reprendre les éléments du parcours de soins des personnes sous main de justice, au regard du risque suicidaire, en le rapportant aux parcours judiciaire et pénitentiaire, mais aussi psycho-social.

3.1 La phase de la garde à vue peu concernée par la prévention du risque de suicide

La phase de la garde à vue est la première étape du parcours de toute personne ayant commis une infraction pénale. Pour plusieurs raisons, elle peut être porteuse de risque de suicide et à ce titre doit être prise en considération. Ces risques peuvent notamment concerner les délinquants primaires mais aussi ceux atteints de troubles psychiatriques dont nombre d'études ont montré l'importance à l'entrée du système pénal.

⁹³ Comprend notamment les violences autocentrées (automutilation, suicide et tentative de suicide, grève de la faim...), les violences entre détenus (physique, sexuelle), les violences vis-à-vis du personnel pénitentiaire (agression, prise d'otage), mutinerie, évasion ou tentative d'évasion...

Ainsi, le Pr Jean-Louis Terra, concluait en 2003 à l'existence *d'un important potentiel pour améliorer la prévention du suicide par une meilleure organisation qui s'étend de la garde à vue à la sortie de la détention* et déterminait comme priorité forte de *sécuriser en amont la trajectoire de la personne successivement gardée à vue, déférée au parquet puis écrouée*.

Dans ce sens, plusieurs travaux ont été menés depuis lors pour inclure cette phase dans la politique de prévention du risque suicidaire⁹⁴; toutefois, elle reste marquée par de sérieuses difficultés dues d'une part à l'absence de prise en compte de l'amont de la garde à vue et d'autre part aux moyens insuffisants mobilisés au plan de la prévention du risque suicidaire. La mission a peu investi ce champ mais a relevé les manques qui lui ont été signalés.

3.1.1 L'absence de prise en compte de l'amont de la garde à vue

Il s'agit, à ce stade de la difficulté à prendre en compte les antécédents médicaux et le suivi médical dont un gardé à vue peut faire l'objet.

Se pose ainsi, la question des traitements médicamenteux habituels du gardé à vue, qu'il s'agisse de traitements somatiques, de médicaments psychiatriques ou de traitements de substitution aux opiacés. En effet, les circonstances du placement en garde à vue font que l'intéressé peut non seulement ne pas être en possession de ceux-ci lorsque son arrestation se produit hors de son domicile mais aussi être dans l'incapacité d'indiquer le nom des médicaments et leur posologie, ou les coordonnées du médecin traitant ou prescripteur, ce qui complique l'évaluation de son état de santé mentale mais également le repérage du risque suicidaire opéré par les agents en charge de la garde à vue⁹⁵.

Celle-ci reste donc laissée à la seule appréciation et bonne volonté des forces de l'ordre sous l'égide des parquets, lesquels doivent pouvoir rappeler, au cas par cas et au vu des éléments fournis, cette exigence. En cas de recours à un médecin lors de la garde à vue (Cf. *infra*), celui-ci sera confronté à ce manque d'information ce qui peut être préjudiciable à un diagnostic.

La mission estime qu'il est indispensable de sensibiliser en permanence les forces de l'ordre à la nécessité de prendre en compte l'état de santé d'un gardé à vue et de ses éventuels traitements en cours.

3.1.2 Des dispositifs d'empêchement de passage à l'acte en place dans les locaux de garde à vue

A l'instar des mesures de sécurité passive instaurées dans les établissements pénitentiaires, les locaux de garde à vue sont aménagés pour diminuer l'accès aux moyens permettant un suicide.

⁹⁴ Conférence nationale de consensus de la HAS en décembre 2004 sur ce sujet. Groupe de travail interministériel et pluridisciplinaire réuni sous l'égide du ministère de la Justice qui a abouti à la rédaction en juillet 2009 d'un guide de bonnes pratiques dans le cadre. Ou encore la circulaire interministérielle N° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 qui prévoit que les événements survenus pendant la garde à vue (tentative de suicide,...) ou le déferement, ou lors du parcours PJJ antérieur pour les mineurs (continuité de la prise en charge judiciaire) doivent faire l'objet d'un partage d'information entre tous les acteurs de la chaîne.

⁹⁵ En cas d'interpellation au domicile, le jury de la conférence de consensus organisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la Fédération française de psychiatrie (FFP) en décembre 2004 sur l'intervention du médecin auprès des personnes gardées à vue recommandait que *les forces de l'ordre aient le souci d'emporter les ordonnances ainsi que les médicaments nécessaires*.

Ainsi, afin d'empêcher les gardés à vue de porter atteinte à leur intégrité physique, ceux-ci se voient retirer les objets et effets susceptibles d'être dangereux pour eux-mêmes⁹⁶. L'appréciation de l'opportunité relève de la seule compétence de l'officier de police judiciaire (OPJ) lorsque ces personnes ne font pas l'objet d'une audition.

Ce dernier est en effet le plus à même d'évaluer les risques présents, en fonction de l'état de santé de la personne ou de tout autre renseignement de personnalité porté à sa connaissance. Les décisions prises dans ce cadre constituent des mesures de nature administratives échappant donc au contrôle de l'autorité judiciaire^{97,98}. S'agissant de la capacité des agents en charge de la garde à vue à repérer le risque suicidaire pour en assurer une prise en charge précoce, le Pr Terra, estimait d'ailleurs *nécessaire d'envisager la formation à l'intervention de crise suicidaire pour les professionnels intervenant en amont de l'écrou, lors de la garde à vue*.

3.1.3 Des dispositifs de repérage et de prévention du risque suicidaire peu efficaces à ce stade

3.1.3.1 L'examen médical de compatibilité à la garde à vue et ses lacunes

Dès son placement en garde à vue, la personne est immédiatement informée, dans une langue qu'elle comprend, de son droit à faire prévenir un parent (ascendant ou membre de la fratrie) ou la personne avec laquelle elle vit habituellement⁹⁹ et de son droit d'être examinée par un médecin¹⁰⁰. La personne gardée à vue peut aussi demander à entrer en contact avec un membre de sa famille.

L'art. 63-3 du CPP dispose que *sauf circonstances insurmontables*, les enquêteurs ont trois heures à compter de la demande pour organiser l'intervention d'un médecin, lequel doit se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue et procéder à toutes constatations utiles, *à l'abri du regard et de toute écoute extérieurs afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel*.

L'examen médical est effectué par un médecin désigné par l'OPJ ou par le procureur de la République. Il est de droit sur demande d'un membre de la famille du gardé à vue et doit s'effectuer sans délai.

Les interlocuteurs de la mission ont tous souligné les conditions difficiles de réalisation de ces interventions dues au manque de disponibilité des médecins et aux conditions matérielles de déroulement des examens et ce malgré l'article 63-3 alinéa 1¹⁰¹.

Par ailleurs, si le médecin doit prescrire à la personne gardée à vue la poursuite de son traitement en cours ainsi que tout traitement nécessaire en urgence, la méconnaissance des pathologies dont elle souffre peut compliquer cette phase.

Dans le cas où les coordonnées d'un médecin traitant sont connues, il conviendrait que le médecin requis puisse le contacter pour avoir une connaissance plus précise de l'état de santé du patient, notamment s'agissant de sa santé mentale.

⁹⁶ Art. 63-5 et 63-6 du CPP.

⁹⁷ Arrêté du 1^{er} juin 2011 du ministre de l'Intérieur relatif aux mesures de sécurité pris en application de l'art. 63-6 du CPP.

⁹⁸ Courrier de madame la garde des Sceaux à la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté en date du 26 mai 2020.

⁹⁹ Art 63-2 du CPP.

¹⁰⁰ Art. 63-3 du CPP.

¹⁰¹ Lequel prévoit que l'examen médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieurs afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel.

Cet examen, dès lors qu'il est requis, pourrait également avoir pour objectif le repérage des principaux risques dont celui du suicide, ou encore ceux résultant de pathologies mentales ou de conduites addictives. Ces observations médicales devraient être transmises, dans le respect de la confidentialité et avec le consentement de l'intéressé, au médecin responsable de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire en cas d'incarcération ultérieure.

Le certificat médical est ensuite versé au dossier de la personne, étant précisé que le gardé à vue et son avocat peuvent en prendre connaissance¹⁰².

Des psychiatres du centre hospitalier régional universitaire de Lille entendus par la mission ont rappelé qu'il était *particulièrement intéressant, pour réaliser l'évaluation initiale du risque suicidaire à l'entrée en détention, d'avoir accès à des informations sur le déroulement de la garde à vue*.

Dans le même sens, pour les magistrats du parquet d'Angers, connaître le ressenti des enquêteurs permettrait de ne pas se fier uniquement au déclaratif de la personne. Il faut par ailleurs souligner que l'imprimé de notice individuelle demande au magistrat qui la renseigne de relater tout élément notable lors de la garde à vue.

Une des propositions du Pr Terra, dans son rapport de 2003 consistait en la mise en place d'un système documentaire partagé dont il préconisait qu'il soit ouvert dès la garde à vue et suive la personne déferée puis écrouée, l'objectif étant de diminuer le risque de perdre une information importante¹⁰³. Il précisait cependant qu'il ne s'agissait pas de partager toute l'information mais d'aboutir collectivement à une meilleure évaluation pour apporter collectivement la meilleure protection.

Il pourrait dès lors être envisagé de formaliser un tel recueil d'information dès la garde à vue par les officiers de police judiciaire (éléments sur le comportement du mis en cause, et toute déclaration du mis en cause en lien avec un possible risque suicidaire...). Ces éléments sur le repérage du risque suicidaire renseignés à ce stade seraient soit intégrés dans la procédure soit annexés à part. Ils seraient ensuite complétés par le magistrat du parquet pour venir s'ajouter à l'enquête sociale rapide, puis à la notice individuelle, le tout étant *in fine* transmis à l'établissement pénitentiaire en cas d'incarcération.

Recommandation n° 1. Elargir le champ de l'examen médical de compatibilité de la garde à vue au repérage du risque suicidaire.

Recommandation n° 2. Mettre en place, dès le stade de la garde à vue, un recueil d'information spécifique sur le repérage du risque suicidaire à prendre en compte par le parquet destinataire de la procédure.

3.1.3.2 Une offre restreinte en matière d'expertise psychiatrique et des conditions de réalisation difficiles

Si les conditions de réalisation d'un examen médical de compatibilité à la garde à vue s'avèrent parfois délicates, celles concernant une expertise psychiatrique se heurtent à d'autres obstacles encore plus forts.

¹⁰² Art. 63-4-1 du CPP.

¹⁰³ Le Pr Terra s'est référé au rapport de la mission d'études de dispositifs étrangers (Allemagne, Angleterre, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Pays de Galle) de prévention du suicide en milieu carcéral de mai 2001, qui formule comme condition de repérage favorable l'établissement par les services de police d'une fiche écrite portant sur le comportement des gardés à vue avec transmission à l'établissement pénitentiaire dès l'écrou.

Un médecin peut être requis par l'OPJ ou le procureur de la République pour réaliser un tel examen destiné à éclairer le tribunal correctionnel sur les aspects psychopathologiques du sujet, son niveau de responsabilité, son accessibilité à une sanction ou à une injonction de soins¹⁰⁴.

A. Des interrogations sur la faisabilité des expertises psychiatriques

Nombreux ont été les interlocuteurs de la mission à faire état des conditions dégradées dans lesquelles s'effectuaient ces expertises, dans les locaux de police et de gendarmerie le plus souvent et dans des délais trop courts, certains praticiens refusant même de qualifier ce type d'acte d'expertise et cherchant d'autres alternatives (Cf. ci-dessous §B).

Ainsi le chef du service de médecine légale et de médecine pénitentiaire du centre hospitalier universitaire de Rennes estime que *les examens médicaux de garde à vue¹⁰⁵ sont réalisés dans des conditions très dégradées par défaut d'accès à des informations fiables autres que les déclarations de l'intéressé.*

Les services du CGLPL lors de leurs missions dans les locaux de garde à vue ont souvent fait état des mêmes conclusions. Entendue par la mission, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a estimé que ces expertises psychiatriques au stade de la garde à vue étaient faites de manière trop rapide et dans de mauvaises conditions. Elle a précisé que les médecins qui interviennent sont les seuls disponibles expliquant qu'on retrouve beaucoup d'éléments identiques dans tous les rapports de cette nature (**Annexe 4-11**).

Toutefois, d'autres experts insistent sur l'intérêt d'une réelle évaluation criminologique dès ce stade précoce de la procédure pénale, laquelle peut précisément offrir une opportunité d'apprécier, au plus près des faits, l'état mental du mis en cause et de répondre à la question de l'abolition ou de l'altération du discernement et du contrôle des actes, conformément aux termes de l'article 122-1 du Code Pénal¹⁰⁶.

B. Une pénurie de médecins psychiatres auxquelles des initiatives locales tentent de répondre

Une autre difficulté, structurelle cette fois-ci, freine l'évaluation psychiatrique au stade de la garde à vue. C'est la baisse des effectifs de psychiatres aboutissant à une véritable pénurie que les interlocuteurs de la mission, autorités judiciaires comme médicales, ont soulignée.

Face à cette situation, plusieurs initiatives peuvent être citées pour maintenir une offre en ce domaine.

¹⁰⁴ Loi n° 2003-239 du 18/03/2003, Loi n° 2004-204 du 9/03/2004.

¹⁰⁵ 3 000 à 3 500 examens réalisés par an.

¹⁰⁶ Ainsi que de donner la priorité aux soins et d'éviter de conduire des malades mentaux en milieu carcéral (Dr Nidal Abhan Abou, expert psychiatre auprès de la cour d'Appel de Rennes et Dr Laurent Layet, psychiatre à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Monfavet).

A Angers, le tribunal a signé en 2017 une convention avec le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) pour la création d'un centre d'expertises psychiatriques destiné à faciliter la réalisation des expertises en favorisant l'accès de nouveaux psychiatres à l'expertise psychiatrique (Cf. 3.1.3.2) pour la partie spécifique « expertise psychiatrique ») (**annexe 4-5**). Au stade de la garde à vue, l'examen psychiatrique réalisé est dénommé « Flash Psy »¹⁰⁷. C'est habituellement le CHU¹⁰⁸ qui s'en charge, sur demande du parquet, pour une personne suicidaire ou présentant une fragilité laissant présumer que la tenue de la garde à vue sera compromise. Le rapport est ensuite annexé au dossier pénal. Les praticiens du CESAME ont cependant souligné que, même si ces « Flash Psy » pouvaient évaluer le risque suicidaire, ils portaient uniquement sur la compatibilité avec la garde à vue. Une expertise psychiatrique pouvait être recommandée. En cas d'incompatibilité, la personne est hospitalisée, pour une durée variable en fonction de sa pathologie, et sa garde à vue peut reprendre, le cas échéant, à l'issue.

De son côté, le parquet d'Amiens a adressé un courrier à tous les psychiatres, libéraux ou hospitaliers du ressort ainsi qu'à l'ARS, au conseil de l'Ordre départemental des médecins et aux chefs de service psychiatrie des hôpitaux du ressort, afin de susciter des candidatures de médecins psychiatres pour réaliser des expertises dans les enquêtes conduites par le parquet. Les courriers explicitent le rôle de l'expert psychiatre et évoquent sa rémunération. Les candidats ont ensuite été conviés à une réunion d'information en présence du procureur et d'un expert. En quelques semaines, huit psychiatres se sont déclarés intéressés.

A Lyon, le directeur du centre hospitalier Le Vinatier et le praticien hospitalier psychiatre, chef du pôle santé mentale en détention du même établissement, ont fait part à la mission du nombre important de demandes reçues émanant des OPJ pour examiner des gardés à vue, déplorant cependant ne pas être en capacité de répondre à ce besoin. Comme à Angers, la création d'un centre d'expertise psychiatrique, service d'urgence et d'évaluation, est envisagée, plateforme d'appui de médecine légale pour favoriser les missions de service public et rendre plus attractif ces missions. Les interlocuteurs de la mission ont fait référence au centre d'expertise psychiatrique inauguré le 22 mai 2014 par le centre hospitalier Esquirol de Limoges conçu pour simplifier les demandes des magistrats et améliorer l'organisation des expertises tout au long de la procédure.

A Paris, le procureur de la République a indiqué à la mission que, pendant les gardes à vue, l'expertise psychiatrique est réalisée par l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police (I3P)¹⁰⁹ qui assure une activité d'urgences psychiatriques à caractère médico-légal^{110,111}.

¹⁰⁷ Une heure d'examen et 30 minutes de rédaction du certificat.

¹⁰⁸ Une soixantaine de Flash Psy réalisée par an dont 10 % donnent lieu à une hospitalisation et sur lesquels seuls quelques cas de situation de risque suicidaire sont repérés.

¹⁰⁹ Située à côté de l'hôpital psychiatrique Saint-Anne dans le 14^e arrondissement, les dispositions de l'article L3211-3 du CSP en matière de droits fondamentaux sont applicables à l'IPPP.

¹¹⁰ La personne est prise en charge à l'intérieur de l'infirmerie et la garde à vue est suspendue le temps du séjour à l'infirmerie qui est au maximum de 48 heures. A l'issue du séjour à l'I3P et des observations du personnel médical, un médecin certificateur juge de la nécessité ou non d'une prise en charge psychiatrique de la personne et permet la décision d'un retour en garde à vue ou non. S'il y a une incompatibilité, elle est signalée au parquet requérant. Si la personne ne peut retourner en garde à vue, un certificat médical requérant son hospitalisation d'office (SDRE) est délivré. En 2017, plus de la moitié des personnes accueillies ont été hospitalisées.

¹¹¹ Cependant, le CGLPL a recommandé au Gouvernement de mettre en place dès que possible le transfert des moyens de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police au dispositif hospitalier de droit commun, sans modifier naturellement les compétences en matière de police sanitaire attribuées au préfet de police et aux commissaires de police.

La mission considère que la création de plateformes et de centres d'expertises psychiatriques adossés à des centres hospitaliers doit être encouragée (Cf. Recommandation 5).

3.2 La difficile intégration du risque suicidaire dans la phase judiciaire

3.2.1 Une préoccupation récente

Dans le parcours d'un mis en cause, la phase judiciaire intervient sitôt la fin de la garde à vue. C'est donc la deuxième étape du parcours qui en pratique se compose de deux temps, celui propre au ministère public (décision sur l'action publique et, le cas échéant, sur le type de poursuite) et celui du magistrat du siège, lequel va statuer soit sur le maintien en liberté ou le placement en détention provisoire, soit sur le prononcé d'une peine.

Selon l'orientation choisie, les deux phases peuvent s'enchaîner rapidement ou, au contraire, être espacées dès lors que la personne mise en cause est convoquée ultérieurement. Dans ce cas, la personne est laissée en liberté avec ou sans mesure de contrôle.

On a vu qu'au stade de la garde à vue, les informations sur la situation personnelle, état de santé compris, étaient limitées.

Le représentant du parquet, lors du déferrement de la personne, dispose de la procédure, éventuellement d'un écrit d'un médecin voire d'un rapport d'expertise. En tout état de cause, soit l'état de santé y compris mental du mis en cause qui lui est présenté n'appelle pas d'observations particulières, soit une prise en charge sanitaire a déjà été décidée, soit une dégradation intervient et le magistrat a alors la possibilité de faire appel au centre 15 notamment aux urgences psychiatriques et d'orienter la personne, si besoin, selon la procédure administrative habituelle.

Lors de cette première phase judiciaire, le besoin de connaissance sur la situation d'un mis en cause s'est affirmé régulièrement dans l'optique de permettre une orientation pénale adaptée puis une individualisation de la peine par le juge. La loi de programmation et de réforme pour la justice du 23 mars 2019 (LPJ) a également apporté des évolutions en ce sens et pousse à un aménagement de peine *ab initio* pour les peines inférieures ou égales à un an ce qui peut avoir un impact sur l'incarcération.

Toutefois, la détection du risque suicidaire et plus généralement la prise en compte des troubles mentaux restent peu prises en considération dans cette phase, faute de moyens appropriés. Il faut d'ailleurs observer que les commissions Terra et Albrand n'ont pas investi le champ judiciaire et qu'en conséquence aucun des deux plans de 2003 et 2009 ne propose d'actions propres à cette étape. En quelque sorte, la phase judiciaire apparaît à part comme sanctuarisée. C'est un premier constat, celui d'une détection du risque suicidaire qui n'est pas prévue de manière spécifique dans cette phase, ce qui ne veut pas dire toutefois que cette préoccupation est inexistante même si elle se heurte à de sérieuses difficultés.

Recommandation n° 3. Intégrer la phase judiciaire dans le prochain plan de prévention du risque suicidaire pour les personnes sous main de justice.

3.2.2 Des outils de connaissance du mis en cause peu axés sur l'appréciation du risque suicidaire et un recours à l'expertise psychiatrique qui n'évite pas l'incarcération

A ce stade, il s'agit tout d'abord de l'enquête sociale rapide¹¹² prévue par l'article 41 du CPP ordonnée par le parquet aux fins de « vérifier la situation matérielle, familiale et sociale d'une personne faisant l'objet d'une enquête, de vérifier la faisabilité matérielle de certaines peines ou aménagements de peine pouvant être prononcés et de l'informer sur les mesures propres à favoriser l'insertion sociale de l'intéressé ».

Les conditions de réalisation de cette enquête ont été modifiées par la loi de programmation et de réforme pour la justice (LPJ) dans le sens d'une extension et d'une facilitation (notamment enquête obligatoire en cas de réquisition de placement en détention provisoire, possibilité de saisir le SPIP en toutes occasions comme une association habilitée).

En pratique, depuis les années 80, le ministère de la justice a œuvré pour mettre en place un secteur associatif habilité engagé sur le pré-sententiel. Ce sont donc surtout les associations¹¹³ locales qui interviennent. Comme le prévoit l'article 41 du CPP, cette enquête sociale rapide, le plus souvent réalisée en 1h30 au plus, avant la présentation du mis en cause devant un magistrat¹¹⁴ porte pour l'essentiel sur la situation sociale de la personne (famille, logement, emploi ...) mais aussi sur sa santé avec la description des pathologies éventuelles.

Elle n'a pas vocation à investiguer le risque suicidaire, aucune question ou rubrique n'est prévue à cet effet. Les enquêteurs rencontrés par la mission ont affirmé que le risque suicidaire n'était pas à « leur charge » même si, comme ils l'ont précisé, il était fait état d'un tel risque s'il était décelé, soit dans le rapport, soit par un signalement auprès du magistrat.

La difficulté de cet exercice réside dans son temps bref de réalisation et dans son caractère, souvent purement déclaratif, même si l'enquêteur tente de vérifier les déclarations du mis en cause par des démarches auprès de sa famille et auprès de certains organismes.

Toujours à l'occasion de la mise en œuvre de la LPJ, localement des accords ont pu être passés entre l'association qui réalise les enquêtes sociales rapides et le SPIP pour que la première dispose d'une information dès lors qu'une mesure est ou a été mise en œuvre par le second dans les six derniers mois¹¹⁵. C'est le cas à Marseille. Cette pratique doit être encouragée comme permettant de fournir des informations fiables de toutes natures, et de surcroît récentes, notamment sur le plan de la santé.

¹¹² Pour les mineurs, il s'agit du recueil de renseignement socio-éducatif (RRSE).

¹¹³ Associations de contrôle judiciaire et d'aide aux victimes le plus souvent.

¹¹⁴ Très rarement dès le stade de la garde à vue.

¹¹⁵ Dans ce cas, le rapport de fin de mesure est transmis.

Il apparaît par ailleurs que cette enquête sociale rapide pourrait être complétée par une rubrique sur l'évaluation du risque suicidaire. Cela permettrait d'assurer une continuité dans le traitement de cette question - depuis la garde à vue - et assurerait une transition cohérente avec la notice individuelle renseignée par le magistrat qui comporte de nombreuses questions sur cet aspect. Par ailleurs comme l'a relevé la mission, l'enquêteur confronté à un risque suicidaire effectue certaines démarches "parallèles" à la rédaction de son rapport. Il s'agirait dès lors de donner une visibilité à son signalement. Il est d'ailleurs bien souvent le seul intervenant qui, dans la chaîne pénale, passe le plus de temps avec le mis en cause en centrant son action sur sa personnalité et son environnement social et non sur les faits commis¹¹⁶. Ces enquêteurs, comme c'est déjà le cas dans certains sites, pourraient bénéficier de formations de sensibilisation à la maladie mentale et à la détection du risque suicidaire.

Recommandation n° 4. Prévoir l'insertion d'une rubrique propre au risque suicidaire dans les enquêtes sociales rapides.

Tout comme l'expertise psychiatrique au stade de la garde à vue (Cf. 3.1.3.1), l'expertise ordonnée lors de la phase judiciaire - en excluant le cadre de la procédure d'information qui dispose d'un temps plus long - suscite diverses questions de faisabilité. Que ce soit à l'initiative du parquet ou du tribunal correctionnel dans le cadre surtout d'une comparution immédiate, cette expertise doit être réalisée dans un temps souvent particulièrement contraint¹¹⁷, posant dès lors la question de la ressource et de la compétence disponibles. La plupart des magistrats des tribunaux judiciaires et cours d'appel rencontrés par la mission ont fait part de leurs critiques et de leurs inquiétudes sur le secteur de la psychiatrie publique, les obligeant à faire appel à des experts libéraux dont les charges sont souvent incompatibles avec les délais fixés.

Des initiatives locales tendent à contourner cette difficulté en créant des services *ad hoc* de praticiens hospitaliers. C'est le cas à Lille par exemple où le CHU a créé un service d'experts dont on a vu précédemment qu'ils pouvaient intervenir au stade de la garde à vue et répondre à la demande¹¹⁸.

A Lyon également, l'équipe de l'hôpital du Vinatier réfléchit à créer en son sein un centre d'expertise psychiatrique, sorte de plateforme d'appui à la médecine légale pour favoriser les missions de service public et les rendre plus attractives.

L'exemple d'Angers évoqué en 3.1.3.2 paraît le plus abouti de ceux dont la mission a eu à connaître. Le tribunal judiciaire d'Angers a passé une convention en janvier 2017 avec le centre de santé mentale d'Angers (CESAME) qui a abouti à la création du centre d'expertise psychiatrique 49, plate-forme avec une ressource administrative qui gère les plannings du réseau d'experts constitué et répond aux conditions de délai fixées par l'autorité mandante (**annexe 4-5**). Ce dispositif a pour objectif de créer une ressource locale et fidéliser de jeunes experts hospitaliers par une formation et une collégialité effectives. C'est sur seules réquisitions écrites du parquet, dans le cadre d'enquêtes préliminaires mais aussi de poursuites (COPJ), que sont ordonnées de telles expertises afin de répondre d'une part à la question du discernement et d'autre part aux fins de savoir si la personne relève d'une obligation de soins. Ces éléments permettent ensuite de prendre une décision sur l'action publique ou au juge d'opter pour une peine de façon plus éclairée.

¹¹⁶ Ceux-ci sont d'ailleurs exclus de son champ d'intervention.

¹¹⁷ Délai le plus souvent d'un mois au plus dans le cadre d'une comparution immédiate.

¹¹⁸ Ce dispositif a également été mis en œuvre, un temps, sur Marseille mais a dû être interrompu faute de moyens suffisants.

Ce dispositif qui n'a pas encore été véritablement évalué pourrait constituer une réponse à modéliser notamment s'agissant de ses moyens et des contributions respectives des deux administrations concernées avec son extension possible dans les ressorts de TJ de taille importante en cas de fonctionnement et de résultats probants.

Recommandation n° 5. Procéder à une évaluation du dispositif d'expertise psychiatrique mis en œuvre par le CESAME et le TJ d'Angers et ceux de même nature aux fins, le cas échéant, de modéliser son fonctionnement et de promouvoir son extension.

Pour autant, si l'offre en matière psychiatrique peut être effective, les cas d'abolition du discernement étant rares¹¹⁹ et ceux pour altération n'écartant pas la détention (article 122-1 du CP), reste entière la question de l'incarcération de personnes atteintes de troubles mentaux dont certaines études évaluent la part à 30 à 40 % sur l'ensemble des personnes détenues¹²⁰. La question de l'alternative à l'incarcération, d'ordre général, se pose plus encore pour ce type de population.

3.2.3 Des alternatives à l'incarcération peu développées notamment pour certains publics

3.2.3.1 Le cas des personnes désocialisées faisant l'objet de procédures de comparution immédiate

Lors de ses déplacements, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont, de manière unanime, exposé les difficultés auxquelles ils se trouvaient confrontés au regard d'une population désocialisée, sans attaches familiales, parfois sans logement et souffrant de troubles mentaux, amenée à commettre des actes de délinquance, parfois d'une gravité relative mais souvent de manière répétée.

Dans ces situations, les magistrats des parquets ont fait valoir leurs difficultés, faute d'alternative, à décider d'une orientation autre que la comparution immédiate et, pour les juges des libertés et de la détention (JLD) ou encore le tribunal correctionnel, de décider d'une mesure autre que la détention ou l'emprisonnement ferme, selon le cadre procédural.

Une étude a été menée à Marseille, préalable à un projet conjoint parquet du TJ de Marseille/Médecins du Monde, sur les personnes ayant fait l'objet d'une mesure de comparution immédiate au cours de l'année 2016 avec les principaux résultats suivants :

Les prévenus qui sont passés en comparution immédiate au TGI de Marseille en 2016 sont des hommes à près de 96 %. Près de six sur dix sont célibataires.

¹¹⁹ Le ministère de la justice ne recense que les décisions d'irresponsabilité pénale pour trouble mental prononcées par un juge d'instruction (anciens non-lieu pour irresponsabilité pénale) soit pour cette phase : 187 en 2007 pour 4 4918 personnes renvoyées devant une juridiction de jugement (0,41 %) et 225 pour 25 933 en 2019 (0,8 % dernières données disponibles) - sources données justice pénale - activités des juges d'instruction, chiffres clés de la justice. Loi 2008-174 du 25 février 2008 (articles 706-119 à 706-139 du CPP et 122-1 du code pénal).

¹²⁰ Le nombre de personnes jugées selon cette modalité est passé de 31 693 en 2001 à 55 061 en 2019 (+ 73 %). Sa part sur l'ensemble des modalités de saisine de la juridiction correctionnelle a grimpé de 9 % à 19 % durant la même période (Source, chiffres clés de la justice).

La majorité d'entre eux a cessé sa scolarité dans le secondaire ; 66,2 % déclarent ne pas avoir d'activité professionnelle et seuls 26,4 % occupent un emploi (déclaré ou non) ; 75 % vit avec moins de 1 000 euros par mois (dont 56,2 %, avec moins de 500 euros).

Seul un quart des prévenus disposent d'un logement personnel dont il est locataire ou propriétaire. Plus de deux tiers des prévenus sont hébergés. Parmi eux, près d'un tiers est hébergé de façon précaire ou à la rue (30,4 %).

Un tiers des prévenus déclarent être concernés par une consommation de substance psychoactive. Parmi eux, les consommateurs de drogue (cannabis et cocaïne, principalement) sont les plus nombreux (17 %). Viennent ensuite les consommateurs d'alcool (12,5 %). Par ailleurs, 16,5 % des prévenus ont déclaré vivre avec un trouble psychiatrique de type schizophrénie, bipolarité, dépression grave avec tendance suicidaire ou des antécédents d'hospitalisation en service de psychiatrie.

Un mandat de dépôt a été prononcé dans plus de la moitié des cas jugés. Enfin, le premier type de délit jugé en comparution immédiate concerne les atteintes aux biens dans plus d'un tiers des cas (36,5 %). Viennent ensuite, les atteintes aux personnes dans un quart des cas (25,1 %), puis les affaires de stupéfiants (22 %). Loin derrière, les délits d'outrage-rébellion constituent moins de 4 % des infractions.

Source : Extrait « L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiat » (Camille Allaria et Mohamed Boucekine 2019).

Ces résultats objectivés rejoignent les déclarations des professionnels rencontrés lors des déplacements de la mission.

Cette réalité a amené le parquet du TJ de Marseille et Médecins du Monde à développer un projet d'alternative à l'incarcération à l'adresse des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères, sans domicile et déférées en comparution immédiate (projet "Alternative à l'Incarcération par le Logement et le Suivi Intensif" (AILSI) (Cf. encadré ci-dessous pour les principaux aspects de cette expérimentation).

Le projet AILSI propose aux prévenus (vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans domicile) et aux magistrats des garanties de représentation par l'accès facilité à un logement, adossées à un suivi intensif en santé mentale, pluridisciplinaire, orienté vers le rétablissement, pendant 24 mois.

Afin d'étudier l'efficacité de cette proposition, une étude interventionnelle contrôlée est réalisée en partenariat avec l'AP-HM et le laboratoire de santé publique (AMUEA 3279). 100 personnes constituent le groupe expérimental et 120 le groupe témoin. L'inclusion des 220 personnes est prévue sur 30 mois. Les résultats définitifs seront livrés 54 mois après le début des inclusions.

Cette étude sera financée dans le cadre d'un Contrat à Impact Social. Il s'agit d'une adaptation française des social impact bonds anglo-saxons. Un opérateur propose une solution innovante à un problème social qui peut potentiellement générer des économies à la collectivité. Un contrat est établi entre l'opérateur, des financeurs privés et une structure étatique tiers-payeurs. Ce contrat fixe des indicateurs de résultats qui vont déclencher des remboursements aux financeurs avec possibilité de rémunération.

Médecins du Monde coordonne un consortium constitué de l'APCARS (repérage de la population dans les geôles), de l'AP-HM (Promoteur), du laboratoire de santé publique AMU-Protisvalor (évaluation), d'Isatis (Suivi Intensif), du Groupe SOS (sas entre le jugement et l'entrée dans le logement) et de Soliha Provence (intermédiation locative).

Source - note de synthèse AILSI par Médecins du Monde

Après de nombreuses difficultés liées notamment au financement de cette action, le projet devrait débiter au cours du deuxième trimestre 2021. Outre une diminution de l'incarcération au CP de Marseille – permettant de créer de meilleures conditions de détention – et une diminution du risque de suicide auquel cette population n'échappe pas, il est attendu de ce projet un impact sur la réitération et la récidive.

Unique en son genre et répondant à un véritable besoin, ce dispositif mérite qu'il soit accompagné, évalué, là encore en vue d'une extension possible dans les ressorts de TJ de grands centres urbains, particulièrement confrontés à des populations désocialisées et parfois auteurs d'actes de délinquance.

Recommandation n° 6. S'assurer de la bonne mise en œuvre du projet AILSI à Marseille, évaluer ses effets et, le cas échéant, en modéliser les modalités en vue de son extension.

3.2.3.2 Le cas des prévenus à l'état psychique dégradé

Une autre difficulté a été maintes fois évoquée, plus particulièrement par les magistrats du siège cette fois-ci, JLD et présidents de formations correctionnelles. Il s'agit de freins dus à la législation en matière d'hospitalisation en soins psychiatriques.

A l'inverse de certaines législations étrangères (**annexe 4-6**), le juge judiciaire français (chambre de l'instruction et juridictions de jugement) ne peut prononcer une admission en soins psychiatriques en établissement, au titre d'une mesure de sûreté, qu'après avoir prononcé une décision d'irresponsabilité pénale pour trouble mental¹²¹.

Or, en pratique, les magistrats rencontrés ont cité un cas de figure, celui de personnes présentant un risque suicidaire notamment à l'énoncé de la décision de placement en détention provisoire qui avait provoqué chez eux un choc suscitant des réactions inquiétantes.

Ces situations conduisent ces magistrats, comme la mission a pu le constater, faute de solution alternative autre que la mise en liberté ou l'incarcération, à faire figurer dans la notice individuelle des indications quant à l'urgence d'une prise en charge psychiatrique dont l'exécution n'est pas sans poser un problème notamment lors d'écrous tardifs ou lors des fins de semaine. Parfois même, ces magistrats ont pu tenter de « forcer » le placement en hôpital psychiatrique de type UHSA en l'indiquant dans un jugement. Ces pratiques, vivement critiquées par le corps médical et plaçant le personnel pénitentiaire dans des situations difficiles à la réception des détenus concernés, traduisent néanmoins un vrai besoin et une attente auxquels il faut tenter de répondre.

¹²¹ Article 706-135 : Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code.

Compte tenu de la complexité des situations et des enjeux, une réflexion pourrait être menée sur une possible évolution de la législation dans les cas précités en vue d'accorder à un juge judiciaire, sur la base d'un avis psychiatrique réalisé en urgence et concluant qu'une hospitalisation s'impose, la faculté de se conformer à la prescription du psychiatre en décidant d'un placement immédiat et temporaire en structure médicalisée, sans passage préalable par la détention. L'examen de cette option devrait également s'accompagner d'une évaluation des capacités et moyens du secteur médical et des services régaliens (escorte ...) à répondre de manière adaptée à ces possibles nouvelles charges. Celle-ci devrait également prendre en compte les éventuels effets indésirables

En cas d'incarcération, doit être rappelée la faculté de faire appel aux urgences psychiatriques (centre 15 en pratique) dans de tels cas, à l'initiative de l'établissement pénitentiaire.

Enfin, en tout état de cause, une sensibilisation des magistrats aux fonctions pénales, à la connaissance de la maladie mentale est nécessaire afin de se forger une capacité d'analyse et de détection par des actions de formation qui sont localement mises en place¹²².

Recommandation n° 7. Evaluer l'opportunité et la faisabilité de faire évoluer le dispositif actuel dans le sens d'une faculté donnée à un juge judiciaire, à partir d'un examen réalisé en urgence par un psychiatre qui conclut qu'une hospitalisation s'impose, de placer un auteur d'infraction pénale présentant un risque suicidaire, en particulier le soir ou les fins de semaine, en hospitalisation immédiate et temporaire en soins psychiatriques sans passage préalable par la détention.

3.2.4 Les limites de la notice individuelle renseignée par le magistrat et des protocoles d'échanges encore peu nombreux

L'essentiel de la contribution de l'autorité judiciaire en matière de prévention du risque suicidaire à ce stade réside dans le renseignement de la notice individuelle qui doit accompagner le placement en détention, prévue par les articles D-32-1 et D55-1 du CPP pour les majeurs et D48-5-3 du CPP pour les mineurs¹²³. Obligatoire pour ces derniers, elle ne l'est pour les majeurs que dans le cas d'un emprisonnement restant à subir supérieur à trois mois. D'autres articles (D158 et D77 du CPP) prévoient par ailleurs, en cas de condamnation, les pièces et leurs conditions de transmission à l'établissement, charges incombant au parquet.

Comme indiqué précédemment (Cf. 1.1), ces échanges ont fait l'objet d'évolutions notamment après le rapport d'audit interne de 2015 que la circulaire du 4 juillet 2017 a retenu : généralisation de la notice individuelle à toutes les situations, le cas échéant accompagnée des enquêtes rapides, nouveau modèle de notice individuelle et conclusion de protocoles locaux d'échanges d'informations visant à la prévention du suicide.

Près de trois ans après, le bilan qui peut en être fait par la mission au travers des entretiens croisés, magistrats et personnels pénitentiaires et des constats est plutôt contrasté :

¹²² Formations dispensées par exemple par l'UNAFAM, abordant la maladie psychique d'un point de vue pragmatique et apportant des pistes d'action pour adapter son comportement auprès des personnes malades psychiques (analyse de situations professionnelles, conseils, témoignages).

¹²³ Elle incombe selon les cas, au juge d'instruction, au JLD, au président d'audience, au juge des enfants ou le parquet en cas de détention provisoire, au parquet ou a JAP en matière d'exécution de peines.

- Si les notices individuelles se sont largement généralisées, les informations mentionnées ne sont pas toujours complètes et souvent superficielles, faute notamment d'informations et d'éléments à disposition des magistrats.
- Les protocoles d'échanges d'informations ne se sont pas étendus à tous les sites¹²⁴ contrairement aux protocoles de traitement des incidents en détention. Les cours d'appel ne se sont pas saisies de cette question, laissant l'initiative aux juridictions.

Quand de tels protocoles existent, le plus souvent ils n'ont pas fait l'objet de suivi, d'actualisation et peuvent être le plus souvent ignorés par les successeurs des signataires. Il s'agit par ailleurs, fréquemment, de protocoles type, sur le modèle national, peu contextualisé localement, ne précisant pas les pièces complémentaires à transmettre (enquête sociale rapide, rapport du SPIP déjà disponible, rapport d'expertise de garde à vue ...) et surtout sur les modalités et délais de transmission à l'établissement¹²⁵.

Les magistrats entendus ont souvent fait valoir le peu d'intérêt, selon eux, à protocoliser des dispositions prévues par le code de procédure pénale. Ils ont généralement opté pour une appréciation au cas par cas, ayant toujours la préoccupation du risque suicidaire à l'esprit lors d'un placement en détention provisoire, n'hésitant pas à signaler par téléphone ou par courriel une situation inquiétante, ce que les établissements pénitentiaires concernés des sites visités par la mission ont confirmé. Ils ont généralement fait état aussi de leur difficulté à appréhender le risque suicidaire, au vu des rares éléments d'information disponibles sur la personne, justifiant qu'ils fassent application d'un principe de précaution en demandant un examen d'urgence psychiatrique (Cf.3.2.4).

Au plan national, si la direction de l'administration pénitentiaire tient un état des protocoles signés, la politique d'échange d'informations au sein des services de la justice dans une optique de prévention du risque suicidaire est peu animée et peu pilotée notamment par la direction des affaires criminelles et des grâces, pourtant cosignataire de la note du 4 juillet 2017. Le suivi de l'application de cette note doit être réactivée en vue d'obtenir la signature de nouveaux protocoles d'échanges entre services au sein du ministère de la justice.

Enfin, au plan local, on a vu que nombre d'instances partenariales avaient été créées (Cf. 1.1). Mais, là encore, les investigations menées par la mission ont montré que le sujet de la prévention du risque suicidaire était rarement évoqué dans ces lieux en dehors des conseils d'évaluation alors que le cadre s'y prête, offrant des possibilités de discussion et d'échanges entre acteurs concernés à la fois à l'échelon d'un TJ et d'une cour d'appel.

Une relance de l'ensemble de ce secteur semble indispensable.

Recommandation n° 8. Intégrer la prévention du risque suicidaire dans les attributions des conférences régionales sur les aménagements de peine et les alternatives à l'incarcération et les commissions d'exécution des peines en modifiant les articles D48-5-4 et D48-5-1 du CPP.

3.3 L'arrivée en prison, point fort de la prévention du risque suicidaire

Si cette phase connaît des difficultés (écrous tardifs et parfois application de la notice individuelle), elle constitue néanmoins avec le quartier arrivants, un point fort dans la gestion du risque suicidaire.

¹²⁴ 72 conventions ont été signées sur 168 établissements pénitentiaires (source DAP – novembre 2020).

¹²⁵ Exceptée pour la notice individuelle transmise à l'établissement par l'escorte.

A titre liminaire, la mission souhaite toutefois rappeler les effets néfastes des écrous tardifs problématiques trop souvent privés de mesures d'urgence associés à un risque suicidaire potentiel détecté.

Au terme d'une garde à vue et d'un parcours judiciaire parfois longs et difficiles, les conditions d'incarcération peuvent aussi se révéler particulièrement traumatisantes pour certaines personnalités. Il s'agit des incarcérations qui s'effectuent au milieu de la nuit¹²⁶. La question des écrous tardifs est identifiée de longue date par les acteurs pénitentiaires et judiciaires mais aussi par les responsables des forces de sécurité intérieure. Elle n'a toutefois jamais été résolue jusqu'à maintenant.

Dans les ressorts où cette situation est constatée et revêt une certaine ampleur de par sa fréquence, cette question doit être régulièrement abordée par les services de l'Etat concernés, sous l'égide du procureur général, dans un souci d'améliorer l'une des étapes essentielles du parcours pénal.

Enfin, en tout état de cause, au sein des établissements pénitentiaires concernés, le plus souvent de taille importante, le principe de l'égalité de traitement pour tout détenu doit être réaffirmé. Les services pénitentiaires et sanitaires doivent s'organiser pour pouvoir y parvenir.

3.3.1 Une phase arrivant qui répond à ses objectifs et qui place la détection du risque suicidaire au premier plan

Comme évoquée précédemment (Cf.3.2.4), les services pénitentiaires rencontrent une première difficulté due à la notice individuelle. Renseignée par le magistrat, elle est la première pièce qui va être prise en considération. Elle signale parfois un risque suicidaire nécessitant un examen médical urgent qui doit être réalisé à bref délai après la mise sous écrou de la personne. L'unité sanitaire est appelée pendant ses heures d'ouverture. A défaut, notamment la nuit, le Centre 15 est sollicité. La pratique pénitentiaire consiste en une présentation immédiate à un médecin, ce qui donne lieu dans la plupart des établissements à une extraction à l'hôpital¹²⁷ en service de nuit. De nombreux acteurs pénitentiaires entendus par la mission ont fait part d'une proportion croissante de notices individuelles mentionnant un risque suicidaire sans plus de précisions, ce qui peut donner lieu à une banalisation de ce type de signalement perçu comme une forme de protection de la part de son rédacteur et à l'inverse ne pas suffisamment identifier les situations à risque élevé.

Ces exemples viennent justifier la nécessité de systématiser la mise en œuvre des protocoles locaux d'échange d'informations entre les autorités judiciaires et les chefs d'établissements pénitentiaires (voir *supra*) tout comme la nécessaire sensibilisation des magistrats à la connaissance de la maladie mentale.

Le risque suicidaire au moment de l'incarcération est associé à la rupture avec la vie libre, à l'incertitude de son sort judiciaire et, pour la personne découvrant le monde carcéral, à une plongée dans un univers inconnu. L'expression « choc carcéral » est communément employée pour illustrer ce moment¹²⁸.

¹²⁶ Ce type d'écrou concerne les tribunaux judiciaires de l'Ile-de-France mais aussi ceux des grands centres urbains.

¹²⁷ Ainsi, le choix de la mention d'un examen médical urgent nécessitera l'appel au centre 15 dès lors que le détenu sera accueilli à l'EP en dehors des heures d'ouverture des services de soins.

¹²⁸ Certains parlent de « traumatisme carcéral ». Cf à ce sujet Corinne Rostaing « Une institution dégradante, la prison », Gallimard, 2021.

La volonté d'atténuer la violence de ce choc caractérise la réponse de l'administration pénitentiaire pendant les premiers jours d'incarcération avec le quartier arrivants. A partir de 2008, l'administration pénitentiaire s'est engagée dans une procédure de labellisation, consistant à soumettre les pratiques de prise en charge des personnes détenues arrivantes à une appréciation indépendante par un organisme agréé, ce afin d'en assurer la robustesse et de les valoriser.

D'un point de vue matériel, la prévention du suicide débute, quel que soit le moment de son arrivée, par la prise en compte des besoins urgents (douche, remise de sous-vêtements propres, distribution d'un repas chaud, gratuité de la télévision). En cas d'arrivée nocturne, l'arrivant est en principe informé du déroulement de la matinée suivante, des entretiens qu'il aura avec différents services et de la possibilité de passer un appel téléphonique gratuit à un proche.

Cet arrivant passe ses premiers jours dans un secteur spécifique de l'établissement avec des surveillants dédiés et formés à la mission d'accueil¹²⁹. En principe d'une semaine, la durée du séjour fluctue en réalité, selon la taille du quartier et le flux des arrivants, de quelques jours à quinze jours maximum. L'accent y est mis sur les entretiens avec les différents services. De manière systématique, l'arrivant est reçu par un représentant de la direction de l'établissement (un personnel de commandement en général), un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) et des personnels de l'unité sanitaire (consultations infirmière et médicale).

Dans un second temps, d'autres entretiens sont organisés, le cas échéant lors de réunions collectives, avec un enseignant, une personne en charge du travail et de la formation professionnelle, un moniteur de sport, un aumônier (en général de confession catholique), plus rarement un visiteur de prison¹³⁰. Chacun renseigne le logiciel GENESIS¹³¹ du contenu de son entretien, dans le respect de ses prérogatives et de ses obligations, afin de permettre à tous d'avoir le même niveau de connaissance sur l'arrivant.

Lors du premier entretien avec l'arrivant, le représentant de l'établissement renseigne une grille d'évaluation de son potentiel suicidaire¹³². La grille recense trois familles de facteurs de risque : des *facteurs de risque judiciaires et pénitentiaires* (statut de primaire, rupture d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire, signalement par la notice individuelle...); des *facteurs de risque familiaux, sociaux, économiques* (rupture affective, placement d'un enfant, perte d'un emploi, d'un logement...); des *facteurs de risque sanitaires* (antécédents auto-agressifs pour soi-même et au sein de sa famille, addictions, antécédents psychiatriques...).

¹²⁹ Sauf les maisons d'arrêt de petite capacité qui réservent des cellules pour les arrivants, la plupart des établissements sont dotés d'un « quartier arrivants ».

¹³⁰ Chacun des intervenants diffuse dans son domaine des informations, notamment par la remise de documents. L'officier insiste particulièrement sur les droits et devoirs, sur les règles de fonctionnement de la détention ; le CPIP interroge la problématique personnelle, propose de contacter la famille.

¹³¹ Logiciel de gestion de la détention et des personnes détenues.

¹³² Grille d'évaluation du potentiel suicidaire lors de l'entretien d'accueil arrivant et tout au long du parcours de détention.

Si deux facteurs de risque sont cochés ou *si une souffrance est identifiée*, la personne est directement interrogée, tel que le préconisait le rapport Albrand, sur l'existence d'idées suicidaires¹³³. Des *mesures immédiates* peuvent alors être décidées, parmi lesquelles l'appel au centre 15, le doublement en cellule ou la mise sous surveillance adaptée¹³⁴.

Depuis 2010, à l'issue de la période d'accueil, la situation de l'arrivant est examinée dans le cadre de la CPU¹³⁵. Sur la base d'un bilan individuel, la « CPU arrivants » arrête les grandes lignes d'un parcours en détention adapté au profil de chacun : l'affectation dans un secteur d'hébergement, l'orientation sur un type d'activité, la détermination d'un niveau de surveillance en fonction des éléments de dangerosité et de vulnérabilité...

De l'avis de toutes les personnes entendues par la mission, le dispositif d'accueil des arrivants constitue un progrès en termes d'humanisation des conditions de détention et de prévention du risque suicidaire. L'investissement du personnel affecté dans les quartiers arrivants y contribue pour une bonne part. L'administration pénitentiaire doit s'appuyer sur ce levier d'action et consolider son dispositif.

3.3.2 Une phase d'accueil qui peut être encore améliorée

Afin de préparer au mieux le passage en détention, à la sortie du quartier arrivant, plusieurs pistes peuvent être suivies.

- **Le séjour au quartier arrivants doit être mis à contribution pour rendre effectif le droit au maintien des liens familiaux et permettre aux procédures d'instruction des demandes de permis de visite et de correspondance, épistolaire ou téléphonique, d'aboutir durant ce délai.**

Au moment de leur placement en détention, la plupart des personnes ont le statut de prévenu et sont donc soumises à l'accord des autorités judiciaires pour obtenir le droit d'être mises en relation avec leurs proches. Inscrit dans le livret d'accueil remis aux arrivants, le droit de bénéficier dans les 24h d'une communication téléphonique gratuite pour prévenir un proche n'est exercé que si la notice individuelle l'autorise expressément et mentionne le nom de la personne à contacter.

Une solution consisterait à inverser la logique et à poser le principe de la liberté de communiquer avec les membres de la famille proche à l'exception de ceux pour lesquels le magistrat prend la décision écrite et motivée de refuser la communication par nécessité judiciaire.

Concernant le droit de visite, un premier objectif viserait la délivrance d'un permis de visite avec un membre de la famille proche avant le terme du séjour au quartier arrivants.

Pour les prévenus, l'autorisation pourrait être portée sur la notice individuelle et communiquée à l'arrivant dès son premier entretien par les membres de l'administration pénitentiaire : le représentant de la direction lui indiquerait les démarches d'obtention du permis de visite devant être entreprises par le membre familial désigné afin qu'il soit en mesure de l'informer par téléphone ; le CPIP pourrait en outre assister ce dernier dans la procédure lors du contact téléphonique pris à l'issue de l'entretien arrivant.

¹³³ *Souffrez-vous au point de penser à vous tuer ?*.

¹³⁴ Du côté des professionnels de santé, certaines équipes ont essayé de systématiser, éventuellement en l'adaptant, des grilles par exemple de type RUD (Risque Urgence Dangerosité). Voir Staikowsky F, Chastang F, Pujalte « Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic » Réanimation, Elsevier Masson, 2008.

¹³⁵ Article 7 du décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 (art. D90 du CPP).

Un second objectif consisterait à réduire le délai entre l'établissement du permis de visite et l'organisation du premier parloir. D'une part, le retour d'information auprès du demandeur d'un permis de visite devrait être organisé afin qu'il sache s'il lui revient de se renseigner sur le devenir de sa demande et, dans ce cas, auprès de qui ; une circulaire ministérielle sur ce point permettrait une uniformisation de la procédure. D'autre part, la prise du premier rendez-vous pour le parloir devrait être facilitée en généralisant le recours à Internet plus rapide que l'appel téléphonique soumis aux aléas des créneaux horaires ouverts à la réservation et de l'encombrement des lignes pour obtenir un correspondant.

Les personnes ne bénéficiant pas de liens familiaux pourraient se voir proposer la désignation d'un visiteur de prison.

Recommandation n° 9. Mentionner une autorisation de communication et de permis de visite avec un membre de la famille dans la notice individuelle afin de permettre une visite au parloir dans la première semaine de l'incarcération.

- Le séjour au quartier arrivants doit être l'occasion de conforter l'information du détenu sur ses droits

La remise d'un livret d'accueil aux arrivants est une pratique largement diffusée. En revanche, le livret n'existe souvent qu'en langue française et une minorité d'établissements ne proposent au mieux que des extraits du règlement intérieur ou du livret d'accueil aux non francophones. Pendant longtemps, la réponse à la diversité des personnes détenues a consisté à solliciter des codétenus ou des membres du personnel pour entrer en communication avec des personnes ne parlant pas la langue française. Depuis quelques années, le recours à un service d'interprétariat se développe et des conventions sont passées par l'administration pénitentiaire avec des organismes proposant des prestations présentesielles ou par téléphone ou en visioconférence. En outre, il pourrait également être fait appel à d'autres détenus, ce qui est fait dans certains établissements, pour fournir une information d'ordre plus pratique sur la vie en détention.

La ressource que constitue le canal vidéo interne est encore largement inexploitée voire oubliée dans bon nombre d'établissements qui en sont pourtant dotés. Lorsqu'il est utilisé, ce support permet de diffuser des informations utiles sur le fonctionnement de l'établissement au travers des personnes détenues qui en assurent l'animation. Le canal vidéo interne devrait être davantage exploité ou développé pour l'information des arrivants.

Recommandation n° 10. Améliorer la communication avec les arrivants en généralisant le recours à un service d'interprétariat pour les non francophones et en exploitant les ressources audiovisuelles pour diffuser des informations.

La phase du quartier arrivant doit également permettre des échanges d'informations plus coordonnés entre les acteurs pénitentiaires et sanitaires

Dès son arrivée, le détenu est appelé à se soumettre à une série d'entretiens avec les différents acteurs chargés de sa prise en charge, CPIP, personnels de surveillance et membres de l'unité sanitaire.

Le personnel évoque à ce propos un « circuit arrivant » pour évoquer les différentes étapes du processus d'accueil durant lequel l'arrivant voit « défiler » de nombreux intervenants porteurs de questions et d'informations.

L'emploi du temps du quartier arrivant se caractérise souvent par une concentration de convocations individuelles dans les premiers temps du séjour et des créneaux disponibles ensuite, moments qui pourraient être utilisés pour organiser des temps collectifs autour d'une séance d'informations ou d'une activité, sportive par exemple.

Tous ces intervenants sont amenés, dans les 24 premières heures de l'incarcération à poser à l'arrivant les mêmes questions destinées à cerner sa personnalité et repérer ses fragilités. Outre que la nature des questions posées ne permet pas toujours au détenu de distinguer les professionnels, l'arrivant peut avoir le sentiment que ceux-ci ne communiquent pas entre eux et que sa prise en charge risque d'en pâtir.

Lors de ces entretiens, l'arrivant doit percevoir que son interlocuteur dispose des informations utiles pour prendre les bonnes décisions pour lui et pour une part avec lui. Ceci implique que les professionnels doivent avoir lu les documents à leur disposition avant de rencontrer l'arrivant. Une action doit donc être conduite afin d'améliorer la coordination entre les différents intervenants.

Plus généralement, l'organisation du séjour au quartier arrivants doit être repensée afin de mieux répartir les interventions dans le temps et de veiller à l'enrichir par des temps collectifs. L'administration pénitentiaire doit aussi veiller à ce que la démarche de labellisation, qui recense les actions à mener dans le cadre du processus d'accueil, intègre aussi la qualité de la réception par l'arrivant des informations qui lui sont données.

Recommandation n° 11. Revoir l'emploi du temps de la phase « arrivant » afin de mieux articuler les entretiens entre les intervenants, d'intégrer davantage de temps collectifs et de s'assurer que l'arrivant se sente correctement informé et pris en compte.

Le quartier arrivants doit mieux préparer le passage en détention ordinaire

La question de l'atténuation du « choc carcéral » provoqué par le départ du quartier arrivants pour rejoindre le secteur de détention dans lequel l'arrivant est affecté après l'examen de sa situation en CPU doit être mieux traitée.

Le principal levier d'action d'un établissement réside dans son personnel de surveillance dédié, qui se caractérise par un investissement professionnel, un savoir-faire développé dans l'exercice de la fonction et une appétence à entrer en relation avec les personnes détenues. Dans cette optique, un surveillant référent du quartier pourrait renseigner voire accompagner tout arrivant dans des démarches, concernant par exemple les cantines, le virement d'argent, le dépôt de linge par un proche, le téléphone, les parloirs... mais aussi pour assurer un lien et un relais avec les différents services.

Plusieurs établissements ont organisé l'intervention d'autres détenus, au sein de leur quartier arrivants, auprès des arrivants préalablement à leur affectation afin de leur présenter la détention. Pour faciliter plus encore leur passage en détention, à l'instar des « détenus médiateurs » espagnols, un tuteur pourrait être désigné auprès de chaque primo-incarcéré, à tout le moins pour ceux repérés à risque suicidaire.

Une séance hebdomadaire d'information collective pourrait également être envisagée en concertation avec le personnel du quartier arrivants : elle permettrait à l'arrivant volontaire pour y participer de compléter son information sur le fonctionnement de la détention.

Recommandation n° 12. Mettre à profit le séjour au quartier arrivants pour favoriser l'intégration du nouvel arrivant au sein de la détention en s'appuyant sur le personnel dédié au quartier arrivant et certains détenus volontaires et formés.

3.4 Un repérage du risque et une gestion du risque suicidaire en cours de détention encore trop imparfaites

3.4.1 *Un repérage du risque suicidaire tout au long de la détention manquant encore de précision*

L'identification d'un risque suicidaire en détention dépend encore trop des appréciations personnelles comme l'illustre la pratique des audiences aléatoires conduites par le personnel d'encadrement afin de détecter les personnes détenues fragiles. Les personnels ne partagent pas de support commun de signalement, la grille d'évaluation du potentiel suicidaire renseignée lors de la phase d'accueil n'est pas utilisée à cette fin, contrairement à ce que préconisait la recommandation n° 5 du plan d'action de 2009.

Elle est rarement actualisée. Les pratiques professionnelles sont donc très variables. La transmission orale, éventuellement doublée d'une retranscription dans GENESIS, reste prédominante pour le personnel de surveillance. Si le recours à la messagerie s'est développé entre la hiérarchie de l'établissement (direction et commandement), les différents services (SPIP, PJJ, enseignants...) et l'unité sanitaire, cet usage non encadré n'offre toutefois aucune garantie contre la déperdition d'information. Dans certains cas, le format écrit, par exemple l'envoi d'une télécopie à l'unité sanitaire, révèle autant l'intention de protéger son auteur et son administration que celle de signaler un risque suicidaire.

En revanche, la réunion de la commission pluridisciplinaire de prévention du suicide est systématique et l'examen périodique de la situation de chaque personne détenue signalée s'organise aujourd'hui dans le cadre d'une CPU propre à la thématique pour mettre en place, maintenir ou prolonger une surveillance spécifique à la personne.

Bien que *fortement recommandée* dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice¹³⁶, la *participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU qui traitent de la prévention du suicide* n'est pas généralisée et donne lieu à une variété de positionnements (Cf. 4.6.2)¹³⁷.

Si les différents acteurs évoquent globalement la qualité de leurs échanges informels et l'absence de difficultés de communication préjudiciables au signalement d'un risque suicidaire, ceux ayant eu à connaître d'un suicide déplorent en revanche ne pas avoir pas eu connaissance plus tôt d'éléments d'information apparus a posteriori, consistant en des signaux faibles impliquant notamment la famille¹³⁸, ce qui expliquerait selon eux pourquoi une majorité des personnes passant à l'acte n'avait pas été repérée.

Pour améliorer la prise en compte des signaux faibles, un dispositif de communication et d'alerte devrait tout d'abord être mis à la disposition des personnes en relation avec les personnes détenues dans chaque établissement.

¹³⁶ Instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice NOR : SSAP17 35762J.

¹³⁷ S'agissant du contenu de ce guide, des psychiatres rencontrés par la mission ont regretté que les dernières actualisations se soient faites sans les consulter comme cela semblait le cas auparavant, notamment sur la question du risque suicidaire.

¹³⁸ Des éléments extérieurs à l'environnement carcéral, par exemple des tensions familiales, parloirs fantômes, décisions de justice.

Les personnes bénévoles, telles que les visiteurs de prison et les représentants des associations en charge des maisons d'accueil, ou les aumôniers, pourraient être également mieux associées.

Recommandation n° 13. Mettre à la disposition des proches et des accompagnants un système d'alerte pour signaler un risque suicidaire (messagerie dédiée par exemple) et solliciter davantage les intervenants et les bénévoles lorsqu'un tel risque est repéré.

Pour élargir la prise en compte des signaux faibles, une série de critères appliqués à l'examen de la situation d'une personne détenue devrait être prise en compte, telle que l'absence de liens avec un proche, de demandes (vers la détention, le SPIP, l'unité sanitaire, les aumôniers...), d'activités, de sortie en promenade ou de ressources... Le cumul de plusieurs de ces critères entraînerait a minima la mise en place d'une surveillance spéciale et selon les cas, un accompagnement adapté à la personne (solliciter l'intervention d'un visiteur de prison, organiser une activité, orienter vers le SPIP et le secteur médical ...).

Recommandation n° 14. Prendre en considération le cumul de plusieurs facteurs de risque liés à l'absence de lien avec un proche, d'activités en détention, d'interactions sociales ou de ressources financières afin de mettre en place des mesures de surveillance et de suivi adaptées.

3.4.2 Les mesures prises en cas de détection d'un détenu à risque suicidaire donnent lieu essentiellement à une surveillance renforcée la nuit sans autre mesure d'accompagnement

3.4.2.1 La surveillance spéciale comporte des limites

La mesure de « surveillance spéciale » prise en CPU pour une personne présentant un risque suicidaire vise essentiellement à la mise en place d'une surveillance de nuit au travers des rondes de sécurité organisées avec une plus ou moins grande fréquence selon le type de surveillance, « spécifique », « renforcée » ou « adaptée ».

A l'occasion d'une ronde de nuit¹³⁹, le personnel de surveillance contrôle la cellule à travers l'œilleton afin de visualiser la personne concernée par la surveillance spéciale. Pour ce faire, la lumière de la cellule est allumée et, selon la pratique de chacun, il est demandé à la personne de faire un geste pour donner un signe de vie. La qualité du sommeil de la personne concernée est nécessairement atteinte, notamment chez celle sujette à des difficultés d'endormissement. Le caractère anxiogène de ces réveils a pour effet d'aggraver le mal être psychique de celui que cette mesure est censée protéger.

Si le contrôle de nuit peut s'avérer utile pendant une courte période pour prévenir un suicide le recours prolongé à ce type de surveillance doit être évité. Cela suppose notamment une révision régulière des listes de personnes placées sous surveillance adaptée.

Recommandation n° 15. Veiller à l'actualisation régulière des listes de personnes placées sous surveillance spécifique.

¹³⁹ Au nombre de quatre en général entre 19h et 7h, voire de six. En cas de risque accru, un contrôle à l'œilleton peut être réalisé toutes les heures.

3.4.2.2 *L'usage des cellules de protection d'urgence (CProU) est différemment appréhendé par les professionnels*

La CProU est une cellule lisse dépourvue de tout point d'accroche destinée à accueillir une personne détenue dont l'état est ou paraît incompatible avec un placement ou un maintien dans une cellule ordinaire, en raison d'un risque de passage à l'acte suicidaire imminent ou lors d'une crise suicidaire aigüe¹⁴⁰. Au 31 décembre 2020, il en existait 153 réparties dans 106 établissements pénitentiaires¹⁴¹.

Selon le bilan annuel réalisé par la DAP, le nombre de placements en CProU est en augmentation constante depuis quelques années (+ 45 % au cours des trois dernières années), soit 1 833 placements en 2020¹⁴².

Quand cet outil est utilisé, les constats montrent que les indications sont globalement respectées, cette option pouvant toutefois servir de réponse à des situations de crise non liées au suicide.

Toutefois, plusieurs constats questionnent sur la manière dont les professionnels perçoivent cet outil et le sens qu'ils lui donnent. En effet, de fortes disparités régionales sont constatées tant sur la fréquence, la durée, que les suites réservées à cette mesure.

Ainsi, certaines DISP présentent peu ou pas d'utilisation de cet outil à l'inverse d'autres. En 2020, la DISP de Lyon recensait 20 % des placements en CProU avec 367 placements contre 98 dans la DISP de Lille et 14 dans la Mission Outre-Mer. De même, certaines DISP recourent aux dotations de protection d'urgence (DPU¹⁴³) quasi exclusivement en cas de placement en CProU (99 % à la DISP de Strasbourg) alors que d'autres les utilisent aussi hors CProU (35 % dans la DISP de Lille). Au sein même d'une direction interrégionale, voire d'un département, les disparités peuvent être importantes. A titre d'exemple, lors de son déplacement dans la DISP de Lille, la mission a pu constater que les deux CProU du CP de Lille-Sequedin n'étaient quasiment jamais utilisées (une seule fois en 2019 pour celle du quartier femmes, aucune utilisation au quartier hommes) alors que les deux du CP de Lille-Annœullin avaient été utilisées à 53 reprises en 2019 (pour 34 détenus du quartier maison d'arrêt et pour 19 détenus du quartier centre de détention). Dans cet établissement, la direction ne place jamais une personne en CProU sans avoir préalablement fait appel aux deux infirmiers du dispositif Urgence Liaison, qui eux-mêmes recommandent parfois le placement d'une personne en crise en CProU.

La durée moyenne du placement en CProU, aux alentours de 20h, présente également des variantes régionales importantes : cinq des dix DISP ont une moyenne de placement supérieure à 20 heures, celle de la DISP de Paris dépassant la durée légale maximale de 24 heures avec une moyenne proche de 28h ; à l'inverse, la DISP de Dijon présente une durée moyenne de 16h.

¹⁴⁰ Note DAP du 2 mars 2020.

¹⁴¹ Bilan de l'utilisation de la dotation de protection d'urgence et du placement en cellule de protection d'urgence (Document DAP du 22 mars 2021).

¹⁴² Ce chiffre est à reporter au nombre d'établissements dotés soit 18 placements en moyenne mais à peine 2,5 % rapportés au flux des entrants en année pleine.

¹⁴³ La DPU est composée de couvertures, de vêtements et de serviettes indéchirables.

S'agissant des suites du placement en CProU, selon les établissements, les sortants de CProU retournent dans une cellule en détention ordinaire ou sont pris en charge sur le plan sanitaire. Ainsi, le dernier bilan de la DAP pour 2020 mentionne une faible part des hospitalisations post CProU dans les DISP de Lyon et de Bordeaux à la différence des DISP de Toulouse, Strasbourg et Rennes où la majorité des placements en CProU ayant dépassé la durée de 24 heures a été suivie d'une hospitalisation¹⁴⁴.

Si la DAP réalise des bilans annuels, elle n'a pas encore tiré d'enseignements utiles pour consolider la doctrine d'emploi de cet outil¹⁴⁵.

Recommandation n° 16. Evaluer le dispositif de protection d'urgence (placement en CProU et utilisation de la DPU) afin de consolider la doctrine d'emploi.

3.4.2.3 *Le dispositif de codétenus de soutien suscite de nombreuses interrogations*

Même s'il vise le même objectif consistant à reconnaître aux codétenus le rôle de soutien et d'alerte dans la prévention du suicide, le dispositif des codétenus de soutien, dénommés CDS, se distingue de la pratique du doublement en cellule par le fait qu'il est intégré dans la politique de prévention et qu'il pose le principe du volontariat pour les candidats. En outre, l'administration pénitentiaire a organisé un processus de sélection, de formation et d'accompagnement des CDS dans lequel elle travaille en partenariat avec la Croix-Rouge. Malgré les points d'écueil recensés et un appel à la vigilance sur le profil et le cadre d'action des CDS, l'IGAS et l'IGSJ ont recommandé, au vu des premières expérimentations positives, l'élargissement du dispositif aux établissements de plus de 600 places¹⁴⁶.

La situation, telle que perçue par la mission, apparaît aujourd'hui mitigée. Le dernier comité de pilotage national pour la prévention du suicide en milieu carcéral, réuni le 3 mars 2021, fait état de 22 sites dotés du dispositif pour un total de 78 CDS, ces chiffres traduisant son faible développement. Les établissements rencontrent des difficultés afin de renouveler leur effectif de CDS, ce qui a pour effet de réduire leur intervention et leur visibilité. Malgré la signature d'une convention nationale avec la Croix-Rouge, l'implication de ses équipes locales est variable. Les services de santé marquent en général une distance avec un dispositif qui ne convainc pas non plus la Contrôleur générale des lieux de privation de liberté. Nonobstant, les responsables des établissements concernés font état d'un bilan positif en termes d'investissement des CDS et d'acceptation par le personnel.

L'évaluation en cours du dispositif des codétenus de soutien doit permettre d'apprécier son efficacité avant d'envisager, ou pas, sa pérennisation, incluant éventuellement certaines évolutions.

En marge des CDS, la mission estime que la situation des cocellulaires de personnes à risque suicidaire est à mieux prendre en considération.

¹⁴⁴ La DISP de Rennes présente le meilleur taux d'hospitalisation à la suite d'un placement en CProU de moins de 24 heures (44 %).

¹⁴⁵ Associé généralement à la CProU, l'emploi de la DPU suscite les mêmes remarques de contexte et de fréquence d'utilisation.

¹⁴⁶ Recommandation n° 19 de l'audit de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral (IGSJ, ISP, IPJJ, IGAS – 2015).

En effet, la protection de la personne jugée suicidaire donne lieu à une forme de transfert de la surveillance en direction d'autres personnes détenues. Il s'agit du cas où une personne présentant un risque suicidaire est affectée dans une cellule déjà occupée (« doublement en cellule ») ou « confiée », pour ne jamais être laissée seule dans la cellule, à un codétenu considéré a priori attentif à autrui. Outre qu'ils doivent subir les inconvénients des rondes de nuit, les cocellulaires ne font en général l'objet d'aucun suivi ni accompagnement alors qu'ils peuvent ne pas être protégés psychiquement vis-à-vis de d'une telle charge qui leur est imposée. Sans parler de la gestion du traumatisme quand le risque suicidaire se réalise.

Recommandation n° 17. Mettre en place un accompagnement particulier pour tout cocellulaire d'un détenu repéré comme suicidaire.

3.4.2.4 *La quasi-absence de tout plan individuel de protection des détenus détectés à risque suicidaire révèle l'implication encore insuffisante des SPIP*

La prévention du suicide exige aujourd'hui d'aller au-delà des mesures de protection passive et de soutien par les pairs et d'envisager une stratégie plus active d'une protection conduite auprès et avec toute personne présentant un risque suicidaire.

Pour cela, le cadre du plan individuel de protection (PIP), tel que défini dans le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, est à privilégier alors qu'il n'est aujourd'hui quasiment pas mis en œuvre. Il doit concerner tout type de détenu, prévenu ou condamné, ce qui implique – et ce n'est pas le cas aujourd'hui – que le SPIP assure le suivi des prévenus à risque suicidaire.

Au terme d'un examen d'une situation individuelle, le PIP vise à agir sur les facteurs de risque en mettant en œuvre des mesures de protection adaptées à la personne et susceptible d'agir sur les déterminants de la souffrance¹⁴⁷.

L'efficacité d'un tel plan repose sur son élaboration concertée entre les différents intervenants susceptibles de proposer une activité (enseignement, sport, lecture ...) ou un type de prise en charge (sanitaire, par le SPIP).

Une information sur ce plan devrait être réalisée auprès du bénéficiaire tout comme celle de la surveillance spéciale mise en œuvre en raison du risque suicidaire repéré chez elle par l'officier de son secteur d'hébergement. Une telle approche conduirait à expliquer à la personne à risque les mesures de protection passive décidées à la CPU ainsi que leur durée et à envisager avec elle les autres mesures de soutien utiles mises en place.

¹⁴⁷ Surveillance adaptée / vigilance de jour et de nuit, affectation en cellule double, choix du codétenu, limiter et adapter le recours aux fouilles, mise en relation avec un codétenu de soutien, classement rapide en formation ou travail, activités sportives ou culturelles, classement détenu indigent, contacts avec la famille (accès au téléphone, permis de visite, parloirs, courriers, UVF...), audiences fréquentes avec un personnel de surveillance ou de l'encadrement.

L'organisation de la CPU Prévention du suicide devrait être adaptée en conséquence afin de prévoir deux temps distincts pour examiner la situation d'une personne à risque : dans un premier temps, la CPU établirait le diagnostic d'un risque suicidaire¹⁴⁸, arrêterait les mesures de protection passive à mettre en œuvre immédiatement et déciderait le déclenchement d'un PIP ; dans un second temps, la CPU validerait le plan co construit et fixerait le délai pour en évaluer l'application.

A cet égard, la prévention du suicide devrait intégrer davantage le dispositif du plan individuel de protection et envisager une élaboration de celui-ci au profit et avec le concours de la personne elle-même.

3.4.3 Un risque suicidaire aggravé associé au séjour en quartier disciplinaire insuffisamment pris en compte

Chaque année, une part importante des suicides en détention se produit au quartier disciplinaire (QD) (Cf. 2.1.2).

La majorité des suicides en cellules disciplinaires concerne des personnes qui avaient été placées au QD dans le cadre de la prévention dès la commission de la faute et sans attendre la réunion de la commission de discipline¹⁴⁹ (9 personnes sur 12 en 2020, 18 personnes sur 20 l'année précédente). Les placements préventifs au QD sont décidés à la suite d'incidents violents (agressions physiques ou menaces de mort à l'encontre du personnel, violences entre détenus, dégradations importantes en cellule) ou d'attitudes d'opposition au règlement intérieur ou aux ordres du personnel perturbant le bon fonctionnement (refus de quitter la cour de promenade ou de réintégrer sa cellule ou d'en changer, refus de se soumettre à une fouille).

Les circonstances des incidents et leur gestion immédiate ainsi que les conditions du placement en cellule disciplinaire interrogent puisqu'il apparaît que plus d'un tiers des personnes se sont suicidées dans les heures suivant leur arrivée au QD (7 sur 20 en 2019, 4 sur 9 en 2020) et, dans la plupart des cas, avant leur comparution devant la commission de discipline (8 sur 9 en 2020).

L'arrivée au quartier disciplinaire est en général vécue comme un moment de frustration en épilogue d'une séquence de tensions. Le sentiment d'incompréhension voire d'injustice est accentué par l'aggravation des conditions d'enfermement au QD dont la configuration sécuritaire (sas grillagé, équipements spartiates) est parfois aggravée par l'état dégradé des cellules et l'inconfort des lieux.

Malgré les mesures prises pour lutter contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire¹⁵⁰, les résultats sont mitigés : si les entretiens d'accueil au QD sont globalement réalisés par un officier ou un personnel d'encadrement et si les relations avec les proches ne sont plus suspendues le temps du séjour au QD, l'accès à un programme radiophonique souffre en général de la dégradation rapide des équipements.

¹⁴⁸ Diagnostic étayé sur les critères de signaux faibles évoqués supra (3.4.1) autour des diverses absences de lien avec un proche, de demande adressée aux services, d'activités, de promenade, de ressources.

¹⁴⁹ Article R. 57-7-18 du code de procédure pénale : le placement à titre préventif au quartier disciplinaire doit être l'unique moyen de mettre fin à un incident et de préserver l'ordre intérieur.

¹⁵⁰ Le plan d'action de prévention contre le suicide de 2009 avait préconisé une amélioration des conditions de détention et un renforcement des liens familiaux en mettant en place une procédure d'accueil lors du placement au QD, un accès au téléphone et au parloir ainsi que la mise à disposition d'un poste de radio à l'intérieur de la cellule.

De fait, le risque suicidaire n'est globalement pas pris en considération dans le cadre disciplinaire ni au moment du placement d'une personne en cellule disciplinaire, y compris lorsqu'un tel risque avait été repéré en CPU¹⁵¹, ni lors de l'enquête disciplinaire en cas de poursuite¹⁵², ni pendant le déroulement de la sanction¹⁵³.

Le prononcé de jours de cellule disciplinaire reste la sanction de référence en détention. Plusieurs personnalités entendues dans le cadre de la mission ont interrogé la nécessité du cadre punitif du QD pour incarner le respect du maintien de la discipline, nécessaire dans une vie en communauté, et plaidé pour d'autres sanctions.

Une recherche d'alternative au placement en cellule disciplinaire devrait être faite pour toute personne repérée comme présentant un risque suicidaire¹⁵⁴. En cas de crise suicidaire, un tel placement devrait être prohibé.

La prévention du suicide devrait être davantage prise en considération dans le régime applicable en cellule disciplinaire. A ce titre, les restrictions relatives au maintien des liens familiaux devraient être supprimées.

De manière générale, une réflexion devrait être conduite sur la transformation de la sanction de placement en cellule disciplinaire en une mesure d'isolement disciplinaire. Une telle évolution reviendrait à concevoir cette sanction comme une mesure temporaire de mise à l'écart de la détention qui s'exécuterait sans le cadre de haute sécurité du quartier disciplinaire par exemple en quartier d'isolement.

Enfin, il apparaît que le disciplinaire ne doit pas être la réponse exclusive à un acte protestataire dont l'origine doit pouvoir rapidement être comprise pour être discutée voire résolue si elle révèle une difficulté notamment de fonctionnement.

Recommandation n° 18. Décider une mesure alternative au placement en cellule disciplinaire pour toute personne présentant un risque suicidaire.

Recommandation n° 19. Supprimer du régime applicable à la sanction de cellule disciplinaire les restrictions relatives au maintien des liens familiaux.

3.4.4 Une gestion de l'après suicide à conforter

3.4.4.1 La postvention, l'un des objectifs constants de la politique de prévention du risque suicidaire

Née aux Etats-Unis dans les années 1960, la postvention correspond à l'ensemble des interventions/actions déployées après un suicide, dans le milieu dans lequel le suicide a eu lieu, en l'espèce au sein de l'établissement pénitentiaire, qui visent à réduire le niveau de détresse, à diminuer les risques d'imitation des comportements suicidaires et à favoriser le rétablissement et la résolution du processus de deuil.

Depuis son apparition en 1996, elle a toujours été présente dans la politique nationale de prévention du risque suicidaire en prison.

Ce sujet, particulièrement bien documenté par la DAP, s'est enrichi de plusieurs volets au fil des années¹⁵⁵.

¹⁵¹ La situation ne semble pas avoir évolué depuis 2015 quand le rapport d'audit précité relevait que la grille d'évaluation du risque suicidaire et la liste des personnes repérées comme présentant un risque suicidaire n'étaient jamais consultées au moment du placement en prévention.

¹⁵² En général, les éléments de personnalité rapportés sont très sommaires et les mentions d'antécédents suicidaires quasi inexistantes.

¹⁵³ Les sanctions sont rarement levées d'office par le chef d'établissement.

¹⁵⁴ Liste des sanctions prévues par l'article R-57-7-33 et suivant.

Plus récemment, la feuille de route santé des PPSMJ 2019-2022 prévoit dans l'une des déclinaisons de l'action 8 d'identifier les modalités possibles de transposition en milieu pénitentiaire des outils de prévention de la contagion suicidaire, notamment dans les plans intégrés de postvention. Le programme Papageno expérimenté en population générale dans les Hauts-de-France¹⁵⁶ pourrait être retenu à ce titre.

3.4.4.2 *Des retours d'expérience (RetEx) inégalement organisés, investis et analysés*

Tout suicide est ressenti comme un échec par l'administration pénitentiaire, comme pour les équipes soignantes et tous les autres intervenants en détention.

Depuis quelques années, ils font l'objet dans la majorité des cas d'un RetEx, organisé à l'initiative du chef d'établissement mais piloté par le référent prévention suicide et le psychologue coordonnateur de la DISP, au sein de l'établissement pénitentiaire lieu du suicide, normalement 30 jours après le passage à l'acte. Son objectif est d'analyser les pratiques professionnelles pour réduire à l'avenir le risque de passage à l'acte suicidaire en réinterrogeant la prise en charge collective dont la personne suicidée a fait l'objet¹⁵⁷.

La mission a pu constater que leur tenue n'est ni systématisée, ni uniformisée dans tous les établissements.

Ce type d'exercice devrait être généralisé y compris aux cas de suicide de PPSMJ écrouées mais non hébergées. Elle a constaté également que la participation des professionnels, notamment surveillants mais aussi personnels soignants à ce dispositif y était très variable. En pratique, il s'avère parfois difficile de mobiliser 10 à 15 personnes à une même date compte tenu des contraintes des uns et des autres. Par ailleurs, la préparation d'un RetEx est indispensable mais n'a pas toujours lieu car également chronophage pour les personnels.

L'autre difficulté a trait à la perception que peuvent encore avoir les personnels d'un RetEx, l'assimilant à une recherche d'erreurs éventuelles qui ont pu être commises et ce d'autant que tout suicide donne lieu à une enquête par le parquet.

Au regard de ces difficultés, la pratique de la DISP de Paris paraît intéressante. Celle-ci a fait part à la mission d'un projet de création d'une cellule RetEx au sein de chaque établissement pénitentiaire, ce qui permettrait de faciliter l'organisation et la tenue de chaque RetEx. Par ailleurs, elle a fait évoluer cet outil, en le faisant « sortir du passage à l'acte » pour étudier le déroulement de la crise suicidaire par une lecture systémique de la prise en charge de la personne depuis son incarcération¹⁵⁸, ce qui permet d'écarter toute recherche de responsabilité dans le cadre de cet exercice. La

¹⁵⁵ Information de la famille et des proches en cas de décès et actions coordonnées prévues par le mémento de juillet 2017 sur la postvention « que faire après un suicide ? » (remontées d'information et signalement judiciaire ; actions vis à vis des personnels avec un débriefing "à chaud", un débriefing psychologique, un retour d'expérience à un mois (RetEx) ; actions vis-à-vis des intervenants; actions vis-à-vis des codétenus (entretiens avec la direction, groupe de parole ...) et actions à l'égard des familles et des proches (information immédiate et proposition d'entretien avec le chef d'établissement).

¹⁵⁶ Soutenu par la Direction Générale de la Santé, ce programme national s'inscrit dans le cadre de la prévention de la contagion suicidaire (www.epsm-lille-metropole.fr/le-programme-papageno).

¹⁵⁷ Les circonstances de la crise sanitaire n'ont pas permis de toujours respecter cette règle dans la période récente.

¹⁵⁸ Cette lecture systémique est utilisée depuis trois ans. Elle est également envisagée par la DAP dans une annexe technique (notice frise chronologique retraçant le parcours judiciaire, pénitentiaire et personnel du détenu suicidé) à la méthodologie postvention.

coordonnatrice du réseau des psychologues a également insisté sur l'importance de la tenue de certaines étapes préalables au RetEx¹⁵⁹.

En pratique et de manière générale dans les établissements visités, la mission a constaté que les équipes sanitaires participaient rarement à un RetEx, principalement du fait du secret médical.

De même, les témoignages recueillis, auprès des visiteurs de prison notamment, laissent à penser que les divers accompagnants (visiteurs, mais aussi enseignants, aumôniers, etc...) ne sont pas systématiquement informés et *a fortiori* n'ont pas accès à ces dispositifs de postvention.

Enfin, les magistrats ne sont jamais conviés à ces RetEx, ce que d'aucuns regrettent compte tenu de leur rôle et de l'intérêt à les sensibiliser aux limites de la prise en charge pénitentiaire.

Les syndicats entendus par la mission (SNEPAP-FSU, CGT) soulignent les vertus positives des RetEx, donnant ainsi l'occasion de montrer le travail des agents de surveillance qui non seulement donnent l'alerte mais pratiquent les premiers secours avant l'arrivée du médical.

Il faut noter que la DAP devrait au cours de cette année diffuser une méthodologie des RetEx dans le but d'uniformiser les pratiques.

Une autre difficulté résulte d'une remontée d'information qui n'est pas organisée de façon systématique auprès des ARS par les unités de soins, ce qui prive le ministère chargé de la santé d'un suivi de ces événements, qui ne sont pas considérés comme des événements indésirables graves¹⁶⁰ (EIG) obligatoirement déclarés auprès des ARS. Cela est regrettable, tant sur le plan épidémiologique, que pour l'effet d'apprentissage des équipes soignantes. A contrario, ce suivi côté sanitaire permettrait de procéder systématiquement à ce que le docteur Albrand a appelé une « *autopsie psychiatrique* » des suicides qui pourrait s'appuyer sur des RetEx sanitaires, ou plus exactement de revues de morbi-mortalité (RMM)¹⁶¹, complémentaires de ceux pénitentiaires.

L'arrivée récente d'un médecin, conseiller national Santé auprès du directeur de l'administration pénitentiaire pourra permettre une exploitation commune de ces données respectant les règles du secret médical. On pourrait aussi imaginer un stockage anonymisé dans une base de données, permettant à terme une analyse utilisant les techniques de type « *data mining*¹⁶² ».

¹⁵⁹ « Défusing » (technique de prise en charge des personnes exposées à un traumatisme psychique, dans les premières heures de celui-ci), puis débriefing technique « à chaud » permettant une vérification de la chaîne, pour éviter les règlements de compte entre agents, suivi d'un débriefing psychologique 48 heures après. Ces étapes ont également pour objectif de s'assurer que les personnels sont en capacité de reprendre leur travail.

¹⁶⁰ Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

¹⁶¹ Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable (d'après HAS).

¹⁶² Extraction de connaissances à partir de données, le *Data Mining* consiste en une famille d'outils permettant l'analyse d'une grande quantité de données contenues dans une base en vue de faire apparaître des corrélations entre des phénomènes en apparence distincts afin d'anticiper des tendances». <https://www.futura-sciences.com/tech/definitions/big-data-data-mining-16876/>.

Recommandation n° 20. Envisager un allègement de la composition des RetEx tout en prévoyant, au cas par cas, d'inviter des personnes extérieures à l'établissement comme les magistrats et évaluer l'intérêt de créer une cellule RetEx au sein de l'établissement aux fins de facilitation de la tenue de ces exercices.

Recommandation n° 21. Considérer les suicides en prison comme des EIG faisant l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de l'ARS pour organiser des RMM entre les équipes soignantes et contribuer à la surveillance épidémiologique menée au plan national.

3.4.4.3 *Une prise en charge psychologique des personnels et des cocellulaires à systématiser et un accompagnement des familles à poursuivre*

La demande d'aide psychologique de la part des personnels pénitentiaires¹⁶³, sanitaires et des codétenus notamment des cocellulaires a été qualifiée de variable par les interlocuteurs de la mission¹⁶⁴ sachant qu'il est souvent difficile pour une personne traumatisée, a fortiori un homme, de demander de l'aide.

Le travail des psychologues des DISP a pour objectif de dédramatiser le recours à un psychologue par un agent.

S'agissant de la situation des cocellulaires de personnes détectées à risque suicidaire, la mission a pu, au travers de plusieurs cas, observer que ce partage de cellule¹⁶⁵ pouvait être déstabilisant et générateur de stress et ce, le plus souvent, sans aucun accompagnement particulier.

Après un suicide, l'entretien du cocellulaire de la personne suicidée avec le chef d'établissement ou son représentant est une action retenue par le plan d'action de 2009. La mission a relevé la bonne application de cette mesure.

Plus largement, la mission souhaite que soit proposée une prise en charge aux cocellulaires et aux détenus qui côtoyaient le décédé au travers d'activités en commun, ce qui est moins généralisé.

Outre le soulagement à la souffrance que peuvent procurer un suivi individuel avec un médecin ou psychiatre ou la participation à un groupe de parole, cette prise en charge peut permettre d'éviter dans le même temps le phénomène de « contagion suicidaire ».

Recommandation n° 22. Prévoir pour les personnels confrontés à un suicide un entretien systématique avec un psychologue des personnels.

Recommandation n° 23. Proposer un soutien psychologique aux cocellulaires et détenus proches d'un détenu s'étant suicidé.

Dans un souci de transparence et pour faciliter le travail de deuil et les démarches consécutives à un décès, à l'occasion de l'information téléphonique donnée à la famille par le directeur de l'établissement pénitentiaire¹⁶⁶, celui-ci propose systématiquement une rencontre avec éventuellement la présence des personnels de santé et socio-éducatifs.

¹⁶³ Ou sur signalement de la direction.

¹⁶⁴ Dans certaines DISP comme celle de Paris, ces besoins sont toutefois largement exprimés. Sur 88 tentatives de suicide et suicides signalés, 81 auraient donné lieu à prise en charge d'agents, étant précisé que le passage à l'acte auto-agressif est celui qui entraîne le plus grand nombre de prise en charge.

¹⁶⁵ Notamment en application de la règle du doublement en cellule dans ce cas d'espèce.

¹⁶⁶ Note DAP du 3 mai 2013.

En pratique, ces mesures se sont généralisées et certains établissements permettent même à la famille de se rendre dans la cellule, lieu du suicide. Celle-ci peut également rencontrer des codétenus de leur proche à sa demande ou à la demande de ces derniers.

3.5 Des ressources et des organisations de soins inégales pour gérer le risque suicidaire tout au long de la détention

La détention se caractérise par une surreprésentation de pathologies psychiatriques¹⁶⁷ dont le risque suicidaire est une des complications possibles, étant observé que tous les suicides n'ont pas une origine psychiatrique¹⁶⁸. Même si elle ne s'y réduit pas¹⁶⁹, la prévention du risque suicidaire en milieu carcéral recoupe donc en partie la question du repérage des pathologies psychiatriques et des troubles du comportements ainsi que celle de leur prise en charge. A cet égard, les dispositifs sanitaires, et particulièrement psychiatriques, jouent un rôle déterminant.

3.5.1 Un repérage initial globalement satisfaisant sur le plan sanitaire

A partir du moment de l'écrou, les facteurs de risque d'ordre sanitaire (antécédents de tentatives de suicide, antécédents et/ou présence de troubles psychiatriques, addiction, idéation suicidaire...) font l'objet d'un examen (« screening ») à plusieurs niveaux (notice individuelle judiciaire, grille pénitentiaire d'évaluation du potentiel suicidaire, entretien SPIP). Ils sont parfois associés à des éléments de vulnérabilité sociale pouvant utilement compléter l'évaluation de la situation clinique faite lors de la consultation médicale entrant. A cet égard, le partage de ce type d'informations avec le sanitaire ainsi que de toute autre information pouvant constituer des éléments de déstabilisation (incident en garde à vue ou lors du déferrement) est un axe d'amélioration possible.

D'un point de vue strictement sanitaire, un premier repérage du risque se fait lors de la consultation arrivant, immédiatement ou dans les tous premiers jours de l'entrée en détention. Le détenu est alors orienté, si besoin, vers l'équipe psychiatrique qui le voit, selon les cas et les endroits, dans la foulée ou de manière différée. Certains services sanitaires de grandes maisons d'arrêt visitées par la mission orientent de manière systématique vers l'équipe psychiatrique des profils jugés *a priori* à risque notamment les mineurs et les personnes faisant l'objet de procédures criminelles, les jeunes majeurs, les primaires, les détenus présentant des antécédents de suivi et/ou un suivi psychiatrique¹⁷⁰ ou demandant une consultation.

¹⁶⁷ Entre 2014 et 2017, il y avait ainsi trois fois plus de troubles psychiatriques dans les EP des Hauts-de-France qu'en population générale (44 % troubles anxieux, 7 % troubles psychotiques, 53 % troubles liés à l'usage de substance). *Troubles mentaux à l'admission en prison: une étude de prévalence et une comparaison avec un échantillon communautaire du nord de la France*, T. Fovet, L. Plancke, A. Amariei, I. Benradia, Carton de Fanny, A. Sy, M. Kyheng, G. Tasnière, A. Amad, T. Danel, P. Thomas, J.L. Roelandt, Psychiatrie européenne, Volume 63, Numéro 1, 2020, e43 DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>

¹⁶⁸ En population générale, 85 à 90% des passages à l'acte interviendraient dans un contexte de troubles psychiatriques. Mais ce taux est certainement moins important en détention qui constitue un contexte de stress à risque de violence auto-agressive.

¹⁶⁹ Sa réduction au sanitaire est insuffisante, étant observé qu'il ne peut être uniquement résolu par le repérage, la surveillance, l'écoute et le suivi des personnes dites vulnérables.

¹⁷⁰ Environ la moitié des personnes détenues a des antécédents de troubles psychiatriques d'après le rapport conjoint IGAS IGSJ ISP nov. 2015 « évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous-main de justice ».

D'autres services vont encore plus loin en proposant une évaluation psychiatrique de première ligne à tous les entrants, réalisée par un infirmier, et doublé au besoin par un psychiatre (Lille-Sequedin, Lille-Annœullin). A contrario, l'entretien d'accueil systématique à l'entrée en prison, un temps pratiqué par les équipes psychiatriques, a été abandonné sur un site visité par la mission car considéré comme trop intrusif, et remplacé par un échange avec les infirmières qui présentent le service et sa vocation aux détenus dans leur semaine d'arrivée.

Malgré l'hétérogénéité des ressources et des modes d'organisation, ce premier repérage semble répondre aux besoins dans les sites visités¹⁷¹. Cela ne saurait évidemment suffire, le risque n'étant pas évalué de manière définitive. Il peut apparaître plus tard dans la détention et en tout état de cause, il fluctue, étant plus important selon les moments et en fonction des événements. Cette caractéristique suppose une souplesse et une réactivité qui semblent inégalement exister.

Si certaines périodes (premiers jours) ou certains événements potentiellement déclenchants (passage en QD, approche du jugement) sont bien cernés et peuvent faire l'objet d'une vigilance accrue, d'autres comme les mauvaises nouvelles venant de l'extérieur ou certaines dates anniversaires le sont moins facilement et supposent une possibilité d'échanges avec la personne détenue ou sa famille. Outre le rôle accru des SPIP¹⁷², il faut insister sur la proximité des personnels infirmiers avec la détention (ils effectuent les soins, distribuent les traitements, connaissent les détenus et côtoient le personnel pénitentiaire) et l'importance de les sensibiliser au repérage des signaux faibles, l'humeur pouvant changer d'un instant à l'autre - frustrations, parloir vide, retard de cantine... - chez certains détenus.

3.5.2 Une offre de soins pas toujours adaptée aux besoins

Guidée par un principe de l'équivalence des soins, l'organisation des soins psychiatriques en détention repose sur trois niveaux de prise en charge du patient détenu en fonction de son état clinique.

Le premier se résume à la consultation psychiatrique ambulatoire au sein des unités de soins (dispositifs de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires non pourvus de SMPR). Le deuxième propose des prises en charge en ambulatoire et des hospitalisations de jour délivrées au sein de services médico-psychologiques régionaux (SMPR, au nombre de 26¹⁷³). Le troisième niveau correspond à de l'hospitalisation à temps complet réalisée au sein d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)¹⁷⁴ implantées hors de la détention ou dans des établissements de droit commun¹⁷⁵.

¹⁷¹ Toutefois, la gestion du risque suicidaire pourrait être améliorée pour les arrivants du week-end auxquels manquent parfois les éléments de repérage minimaux donnés en semaine, certains praticiens de grande MA considérant à cet égard que les CPIP devraient être présents le samedi matin.

¹⁷² D'après plusieurs psychiatres auditionnés par la mission, outre leur intervention auprès des prévenus, il serait utile que les CPIP soient formés à la gestion de certaines difficultés rencontrées par les détenus (cantinage, parloirs ...) avant qu'elles ne donnent lieu à une prise en charge médicale, faute de réponse adaptée en amont.

¹⁷³ Dotés, pour 24 d'entre eux, de lits au sein même des établissements, ils sont censés couvrir les besoins d'une partie de leur région d'implantation, même si leur recrutement est majoritairement local.

¹⁷⁴ Au nombre actuel de neuf, ayant une vocation interrégionale, ces unités hospitalières avec enceinte pénitentiaire accueillent des détenus en soins libres ou sous contrainte (2^{ème} tranche d'UHSA en discussion).

¹⁷⁵ Établissements de santé mentale, services de psychiatrie rattachés à un hôpital général dans lesquels les patients détenus peuvent être hospitalisés au titre de l'article D. 398 du CPP, unités pour malades difficiles (UMD), unités de soins intensifs psychiatriques (USIP).

Outre ces moyens, la psychiatrie en détention fait l'objet d'une vigilance particulière de la part des ARS. La majorité des agences a inscrit la question de la vulnérabilité psychiatrique des détenus (et parfois même des risques attachés dont les actes auto-agressifs) dans leurs programmes régionaux de santé, en proposant divers axes d'intervention allant d'une meilleure analyse des problématiques (RMM post suicide, étude ad hoc) à une meilleure organisation des réponses (incitation des soignants à participer aux instances pluridisciplinaires, renforcement des moyens humains et des capacités de consultations à distance, amélioration de la permanence des soins, des urgences et de la continuité des prises en charge médico-psycho-sociales à la sortie ..).

Pour autant, et bien qu'elle ne cesse de s'améliorer, l'offre de soins psychiatriques en détention demeure insuffisante au regard des besoins que ce soit en matière d'hospitalisation à temps complet¹⁷⁶ ou de jour notamment s'agissant des femmes peu accueillies dans les SMPR. Dans ce contexte, l'approche parcours fait apparaître des limites, voire des angles morts dans la prévention et la gestion du risque suicidaire qui tiennent selon les cas à des problèmes de ressources et/ou modes d'organisation et de fonctionnement.

Comme vu précédemment, l'intérêt d'un repérage des troubles psychiatriques lors de la garde à vue et le cas échéant de l'hospitalisation en urgence avant l'écrou, se pose avec une certaine acuité au regard de leur fréquence parmi les publics interpellés¹⁷⁷ et de l'orientation par défaut vers la détention, souvent source de complications pour les médecins et le personnel pénitentiaire de ce profil de détenus jugés pourtant à risque. Pris entre raréfaction du vivier et inflation de la demande, les capacités d'interventions en urgence (et en post sententiel) de la psychiatrie médico-légale ne sont pas à la hauteur de ce type de besoins, mais des initiatives locales évoquées plus haut (plateformes de Lyon et d'Angers) constituent des pistes intéressantes tant en termes de formation que d'optimisation de la ressource experte. Quant aux possibilités d'hospitalisation en psychiatrie à ce stade, elles dépendent essentiellement d'évolutions législatives permettant au magistrat d'y recourir pour un auteur d'infraction pénale.

Notons dès à présent qu'à ce manque de psychiatres dans le champ médico-légal s'ajoute celui des psychiatres exerçant en milieu carcéral et que cette désaffection combine un problème plus général de démographie médicale et de crise des vocations. En 2018, le centre national des gestionnaires estimait à près de 30 % le taux de vacance statutaire de praticiens hospitaliers psychiatres dans le service public de droit commun (et à 50 % celui des PH à temps partiel), déficit se traduisant notamment par des délais importants pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre dans un contexte de forte hausse de la demande¹⁷⁸.

¹⁷⁶ *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de l'installation d'une seconde tranche*, rapport IGAS-IGJ, déc 2018.

¹⁷⁷ A Lille où le commissariat central dispose d'un espace dédié à la consultation psychiatrique, 30 à 40 % des personnes en garde à vue présenteraient des troubles psychiatriques avec parfois des tableaux cliniques très sévères : patients non observants en rupture de traitement, psychopathies et autres états très violents nécessitant parfois d'équiper les personnes de casque de moto pour éviter qu'elles ne se cognent volontairement la tête contre les murs ou les barreaux.

¹⁷⁸ D'après les syndicats de psychiatres, la crise que traverse la psychiatrie et la profession est nationale et profonde. Pour sa part, l'IGAS considère dans son rapport n° 2019-090R (*Les CMP de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*) que « si la ressource médicale en psychiatres ne manque pas, rien ne permet cependant d'indiquer qu'elle est suffisante pour répondre à des besoins qui ont beaucoup augmenté. De plus, elle est très mal répartie sur le territoire ».

En détention, la plupart des unités de soins visitées ont fait état de sous-effectifs en psychiatres (pouvant aller jusqu'à 40% dans certains établissements pénitentiaires) et parfois en infirmiers, qui impactent peu ou prou l'activité de consultation et de soins ambulatoires et hospitaliers¹⁷⁹, ainsi que la permanence des soins et la gestion des urgences (Cf. 4.3.3).

3.5.3 Des profils psychiatriques inadaptés au cadre pénitentiaire

De manière générale, la détention n'offre pas un cadre propice à la prise en charge des troubles psychiatriques.

Ainsi, les assises identitaires y sont précarisées, rendant les personnes très sensibles aux modifications et événements de la vie quotidienne, cette fragilité pouvant expliquer les moments de désarroi auxquels les détenus peuvent réagir par des conduites à risque, surtout en maison d'arrêt où le temps suspendu de l'attente favorise un brouillage du sentiment de soi. Dans ce contexte, le soin psychique permet une première forme de réajustement, qui passe pour le détenu par la réappropriation de son histoire, ce qui suppose d'une part de le responsabiliser autant que possible et d'autre part de passer un temps continu et suffisant avec eux (interventions autant éducationnelles et médico-sociales que psychiatriques), ce que la détention ne permet pas toujours.

De surcroît, l'autre problème, soulevé par l'ensemble des intervenants quelle que soit leur fonction, est celui des grands malades psychiatriques, témoins pour certains « des effets indésirables de la désinstitutionnalisation », dont les situations semblent assez insolubles et pour lesquels la détention fait peu ou prou fonction d'asile (cette fonction ayant officiellement disparue en milieu libre). Les unités pour malades difficiles reçoivent certains de ces patients très violents. Mais d'autres, « plus silencieux » (psychotiques déficitaires) ont tendance à rester indéfiniment en surveillance adaptée dans leur cellule ou à occuper des places d'UHSA pour des périodes très longues parce que leur état n'est pas compatible avec la détention. Outre les risques spécifiques que certains peuvent parfois présenter, ils pèsent malgré eux sur la gestion de la détention tout en embolisant les dispositifs de soins au détriment de patients moins lourds mais également à risque. Établi depuis longtemps mais s'aggravant au fil des années, ce constat mériterait des solutions plus adaptées.

3.6 Une préparation à la sortie et une sortie à organiser de manière plus partenariale

Même si cela peut paraître contrintuitif, la sortie est elle-même porteuse de risques, la prévalence du suicide après la sortie y étant encore cinq fois supérieure à ce qu'elle est en population générale. C'est d'ailleurs pour cette raison que la feuille de route en santé mentale prévoit (action n° 22) d'« améliorer la continuité de la prise en charge à la sortie de détention ».

¹⁷⁹ Dans une grande maison d'arrêt francilienne, il manque ainsi quatre psychiatres sur les 10 prévus. Par ailleurs, les petites maisons d'arrêt visitées par la mission ne déclarent qu'une vacation de psychiatre par semaine pour 100 à 150 détenus. Enfin, rapportés aux files actives, les moyens en psychiatres dans les UHSA varient du simple au triple, l'UHSA de Marseille n'ayant toujours pas pu ouvrir sa troisième aile de 20 places depuis son ouverture (2018) faute de pouvoir recruter des psychiatres.

3.6.1 Une articulation insuffisante de la préparation sociale et sanitaire

Deux démarches sont menées en parallèle. La première est effectuée par les CPIP et vise à assurer les meilleures conditions d'insertion ou de réinsertion après la sortie. La seconde est à la charge des unités sanitaires, somatiques et psychiatriques.

L'entourage des détenus, notamment familial, et les accompagnants (visiteurs, enseignants, aumôniers ...) peuvent jouer un rôle important dans ces démarches.

Des constats faits par la mission, il ressort les éléments suivants :

- si le suivi par les CPIP et, par voie de conséquence, la préparation à la sortie, est assurée pour les condamnés, elle l'est beaucoup moins, voire pas du tout pour les prévenus, que le caractère inopiné de la sortie complique en pratique ;

- si l'association de Pôle emploi à cette préparation apparaît assez systématique, cela semble ne pas toujours être le cas pour les CAF qui n'ont d'ailleurs pas mis en place une action systématique de « rendez-vous des droits » pour les sortants de prison ;

- l'accès à un logement qui est pourtant un des premiers facteurs de santé mentale est pris en compte sans grande réussite, ce qui a conduit à la mise en place de l'action « un chez soi d'abord¹⁸⁰ » ;

- la séparation entre le suivi de la santé somatique et le suivi de la santé mentale en prison, comme d'ailleurs à l'extérieur, peut être à l'origine de discontinuités dans la prise en charge. Il s'agit d'un problème général non spécifique aux personnes sous main de justice, mais qui est amplifié dans leur cas.

Nonobstant ces difficultés et ruptures dans la continuité des parcours sanitaires et sociaux, il apparaît que le principal problème est la mauvaise coordination entre les deux démarches. Le secret médical limite, à juste titre, le partage d'information entre les équipes sanitaires et les équipes assurant l'accompagnement social des personnes. Mais les conditions sociales ont également un impact déterminant sur les pathologies mentales. Là encore, les conséquences de ce manque d'articulation entre le sanitaire et le social sont amplifiées pour la population sortant de prison.

L'instauration d'une CPU sortie permettrait de mieux prendre en compte ces différents points d'attention et de coordonner l'ensemble des actions en associant les intervenants et l'intéressé dans un cadre formalisé à définir.

Recommandation n° 24. Organiser, dans un partenariat entre l'administration pénitentiaire les CAF et les autres organismes sociaux, un rendez-vous des droits préalable à la sortie de prison, avec en priorité la question de l'accès à un logement en veillant à étendre concomitamment aux sortants de prison le programme « un chez soi d'abord ».

¹⁸⁰ Ce dispositif permet une prise en charge de personnes atteintes de pathologies mentales et sans abri, nécessitant une prise en charge médicale et un accompagnement social adapté. Il permet un accès direct au logement ordinaire et durable, moyennant un accompagnement, à la fois social et sanitaire et médical spécialisé. Voir aussi C. Laval, P. Estecahandy « Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion », Rhizome 2019/1 (N° 71) (www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-101.htm).

3.6.2 L'insuffisance du suivi sanitaire post détention des personnes détenues fragiles

Au-delà de l'articulation parfois insuffisante entre le suivi somatique et le suivi psychiatrique, la sortie de prison amplifie les problèmes de suivi sanitaire, et notamment psychiatriques, qui sont aujourd'hui ceux du système de santé, celle-ci constituant une rupture dans un parcours de soins globalement assuré en détention :

- difficulté à trouver un médecin traitant et à assurer la continuité des soins entre la prison et l'extérieur, y compris pour des soins de spécialité ;
- insuffisante capacité des structures de prise en charge des toxicomanes (CSAPA, CAARUD) ;
- saturation des secteurs de psychiatrie et en particulier des CMP.

Ce dernier point a fait l'objet de nombreux rapports, notamment celui de Michel Laforcade sur la santé mentale¹⁸¹ ou celui de l'IGAS sur les centres médico-psychologiques¹⁸².

Sur la base des initiatives existantes et sans revenir sur les constats et propositions des différents rapports déjà produits et que la mission fait siens, celle-ci propose certaines améliorations (Cf. 4).

En complément, il serait opportun de demander aux comités locaux de santé mentale (CLSM) d'intégrer parmi ses priorités et en fonction de leurs capacités, la situation des sortants, en anticipation de la sortie et en lien avec les CMP d'accueil, avec une attention pour les détenus présentant des fragilités marquées.

4. PLUSIEURS LEVIERS POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN PRISON

4.1 Une meilleure identification et prévention des risques suicidaires en population générale contribuera à leur prévention en milieu pénitentiaire

Le suicide représente en France près de 9 300 décès et 200 000 tentatives par an, soit plus de 24 décès par jour. Pourtant, et même si l'attention au risque suicidaire n'est pas nouvelle, sa prévention n'a pas fait l'objet d'une politique aussi active que pour celui, équivalent il y a une vingtaine d'année, du risque routier. Les pouvoirs publics n'ont véritablement déployé de politique volontariste sur le sujet que depuis les évolutions sociétales et certains travaux épidémiologiques permettant d'en faire un risque en partie évitable plutôt qu'une irréductible fatalité¹⁸³. De ce point de vue, la politique de prévention du suicide dans les prisons a été d'une certaine façon préfiguratrice, mais a sans doute un peu pâti de ne pas s'inscrire dans une politique plus globale structurée de longue date.

¹⁸¹ Michel Laforcade « Rapport relatif à la santé mentale », octobre 2016 (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf).

¹⁸² « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient », juillet 2020 (<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>).

¹⁸³ En ayant établi un lien étroit entre suicide et troubles psychiques et objectivé des facteurs de risque de suicide (antécédents de TS, troubles de la personnalité, consommation d'alcool, événements de la vie relationnelle), dont la combinaison permet de cibler les populations les plus à risque.

Faisant l'objet d'une politique nationale spécifique depuis les années 1990, la prévention du suicide a suscité une série de mesures formalisées dans la stratégie nationale d'actions en 2000 et prolongées dans le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014¹⁸⁴, dont la visibilité institutionnelle a culminé avec la création, en 2013 de l'Observatoire national du suicide¹⁸⁵.

Plus récemment, la prise de conscience en population générale de cet enjeu de santé publique s'est encore renforcée, comme en atteste, par exemple, « le manifeste des 10 000 pour lever le tabou du suicide » en 2018¹⁸⁶.

Le ministère des solidarités et de la santé a explicitement inscrit la prévention du risque suicidaire dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie¹⁸⁷ de 2018 et dans l'instruction du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide¹⁸⁸. L'objectif affiché consiste à mettre œuvre, de façon coordonnée dans les territoires, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide, dont les principales ont déjà été évoquées¹⁸⁹, hormis la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide.

Cette politique constitue à la fois un contexte favorable à une relance de la prévention du suicide dans les prisons, qui peut en constituer un des volets prioritaires, et permet le déploiement de nouveaux outils, comme Vigilans, qui pourront être étendus aux personnes sous main de justice.

4.2 Améliorer la gestion de la détention

4.2.1 Agir sur la surpopulation pénale aux graves conséquences

De nombreux interlocuteurs de la mission, dont certains sont activement engagés dans la prévention du risque suicidaire, mettent en avant la nécessité d'« humaniser la détention » comme le prévoient les textes internationaux relatifs aux droits humains : « *Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine*¹⁹⁰ ».

¹⁸⁴ Incluant la sensibilisation des médias en soutenant le programme Papageno. Ce plan a fait l'objet d'une évaluation très complète par le Haut conseil de la santé publique dont les préconisations ont notamment porté sur l'axe observation/recherche, formation des professionnels, la ligne téléphonique d'information et le ciblage des populations les plus à risque. *Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*, mars 2016.

¹⁸⁵ Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 pour quatre ans, renouvelé par décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 pour cinq ans.

¹⁸⁶ www.change.org/p/manifeste-phare-org-manifeste-des-10-000-lever-le-tabou-du-suicide-pour-mieux-le-prevenir.

¹⁸⁷ Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - 28 juin 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé.

¹⁸⁸ Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 10 du 15 novembre 2019.

¹⁸⁹ Le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide, la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire, les actions de prévention de la contagion suicidaire.

¹⁹⁰ Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 10, 1^{er} alinéa), du 16 décembre 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976, ratifié par la France le 25 juin 1981.

La mission a été frappée de l'importance accordée aux conditions d'incarcération et de vie par les personnes les plus qualifiées, dont certaines ont été initiatrices de plan et d'actions en matière de prévention de risque suicidaire. Cela peut donner le sentiment que malgré le large spectre d'actions mises en œuvre, la question de la surpopulation et des conditions de détention restait essentielle¹⁹¹.

La surpopulation pénale dans les maisons d'arrêt est un phénomène structurel souvent dénoncé au cours de ces dernières années¹⁹². Très récemment, elle a valu à la France, dans un arrêt du 30 janvier 2020, d'être condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et sommée de faire cesser les conditions de détention indignes. S'en est suivi un arrêt de la Cour de cassation du 8 juillet 2020, qui, prenant acte de l'arrêt de la CEDH, a créé une voie de recours auprès du juge judiciaire permettant aux personnes placées en détention provisoire de faire cesser leurs conditions indignes de détention. Une décision du Conseil constitutionnel du 2 octobre 2020 a ensuite prononcé l'abrogation, au 1^{er} mars 2021, du second alinéa de l'article 144-1 du code de procédure pénale et a demandé au législateur de modifier la loi pour prévoir un recours juridictionnel effectif. Depuis lors, les tribunaux sont régulièrement saisis de requêtes en conditions de détention indignes.

La loi N° 2021- 401 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention a tiré les conséquences de ces décisions et créé dans le code de procédure pénale, un dispositif afin de garantir à tous les détenus le droit à des conditions dignes de détention. Elle prévoit que le détenu, qui estime être incarcéré dans des conditions indignes, peut saisir d'un recours le juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de détention provisoire et le juge de l'application des peines (JAP) en cas de condamnation. Ces deux magistrats peuvent être amenés à ordonner certaines mesures telles que le transfèrement du détenu, la mise en liberté immédiate de la personne placée en détention provisoire, éventuellement assortie d'un contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence avec bracelet électronique ou l'aménagement de peine du détenu définitivement condamné.

Les impacts de cette loi sur la surpopulation pénale seront à mesurer à l'aune de son application dans le temps mais de fait, la situation actuelle produit de nombreux effets négatifs sur le fonctionnement des établissements pénitentiaires :

- la surpopulation annihile une partie des efforts déployés lors de l'accueil des arrivants ;
- la surpopulation dégrade les conditions de détention et porte atteinte à la sécurité physique et à l'intégrité psychique des personnes détenues ;
- la surpopulation entraîne une saturation des services, une diminution des activités et une dégradation du maintien des liens familiaux.

Le contexte d'inflation carcérale qui prévaut depuis plusieurs décennies tend à réduire la prison à un seul rôle de gardiennage au détriment de sa mission de réinsertion sociale.

¹⁹¹ Au-delà de l'objectif de réduction du nombre de suicide, la gestion de la détention a bénéficié de ces actions qui ont structuré un cadre d'échanges, de pluridisciplinarité et de développement de pratiques vertueuses.

¹⁹² On peut citer notamment le CGLPL à plusieurs reprises et notamment dans « *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale* - Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2018), Edition Dalloz ».

Agir sur la surpopulation carcérale permettra à certaines mesures, prises pour un meilleur fonctionnement de la prison, de donner leur plein effet. L'objectif est bien d'améliorer le fonctionnement de la prison même, en l'occurrence, atténuer son caractère dépersonnalisant, la rendre plus attentive au sort des personnes.

Au-delà d'en travailler l'acceptabilité sociale en rappelant notamment que de bonnes conditions de détention ne sont pas incompatibles avec la sanction, la surveillance et la discipline, cet objectif requiert d'améliorer les conditions de travail des surveillants et de mieux les former à la gestion de la détention pour y réduire les tensions et les risques de violence contre soi et les autres.

4.2.2 Valoriser le métier de surveillant

La prévention du risque suicidaire repose en grande partie sur le travail et les attitudes des surveillants dont la plupart sont confrontés au quotidien à des situations de gestion de flux de masse qui limitent leur capacité d'approche individualisée. En plus de l'insuffisante disponibilité liée à la surpopulation, une formation adaptée pour faire face avec le discernement et le tact requis aux situations de fragilité leur fait parfois défaut.

Les formations dispensées sont de qualité mais souvent insuffisantes dans un contexte de diminution du niveau académique des surveillants, ce qui peut avoir pour conséquence une « gestion » inadaptée du détenu qui compliquera la situation plutôt que d'apaiser les tensions.

Cependant, l'ensemble des propositions d'amélioration des conditions de travail et de la formation des surveillants n'auront les effets escomptés que si on reconsidère aussi leur statut. A ce titre, notamment la stratégie dite du « surveillant acteur »¹⁹³ qui consiste à donner plus de responsabilités au surveillant (meilleure maîtrise des agenda, développement de certaines compétences, participation aux décisions concernant les détenus dont il a la charge (présence en CPU, notamment) et davantage de sens à son engagement doit être poursuivie.

4.2.3 Améliorer les droits et capacités d'expression des détenus

La prévention du risque suicidaire relevant aussi d'un climat social, l'approche participative et l'expression collective des détenus rendues possibles par la loi devraient également être plus amplement déployées.

Pour aller plus loin, l'administration pourrait évaluer la pertinence et la faisabilité des initiatives de convivialité renforcée comme celles menées aux Pays-Bas où la vie de certaines unités s'organise autour de la cuisine gérée par les détenus où les repas sont pris en commun¹⁹⁴.

¹⁹³ Charte portant organisation du surveillant-acteur sur le fondement des circulaires DAP du 16 et du 18 novembre 2018.

¹⁹⁴ Cité par le docteur Albrand.

Enfin, la religion ou plus généralement la spiritualité peut aussi permettre de développer du lien et des formes de résilience intérieure (*en proposant un support éthique qui permet de donner sens à sa vie tout en normalisant ses conduites, en contribuant à une certaine pacification et réhabilitation de soi*¹⁹⁵, *en permettant une « mise entre parenthèse du stigmat judiciaire et carcéral*¹⁹⁶ »).

Dans ce sens et dans le respect du principe de neutralité, et en restant vigilant sur la protection des détenus vis-à-vis des formes de prosélytisme¹⁹⁷, notamment dans le cadre de la prévention de la radicalisation, il serait souhaitable, au-delà de l'effort important fait pour permettre aux aumôniers¹⁹⁸ de jouer leur rôle d'accompagnement (activités cultuelles et entretiens individuels), de promouvoir, dans le contexte de sécularisation de la société française, l'expérimentation d'autres formes d'accompagnement spirituel qui ne s'inscriraient pas dans une logique d'adhésion à une religion.

4.3 Répondre aux limites du dispositif sanitaire

4.3.1 L'apport de ressources extérieures

Selon le docteur Albrand, les psychiatres intervenant en détention doivent aussi pouvoir contacter les familles pour connaître les antécédents psychiatriques du détenu en fragilité ou les événements familiaux susceptibles de conduire à un passage à l'acte (séparation, décès d'un proche). En retour, ils doivent pouvoir recueillir les signalements faits par les familles en cas de changement de comportement¹⁹⁹. Le rapprochement du sanitaire avec les familles peut s'avérer également utile pour travailler la question de l'acceptabilité de la détention, notamment chez les femmes détenues qui se sentent souvent jugées quand elles ont des enfants dont elles ne peuvent plus s'occuper. D'après un des médecins travaillant auprès de femmes détenues, les enfants sont généralement un facteur de protection de celles qui en ont mais le fait de se sentir coupable de ne pas s'en occuper peut aussi les fragiliser leur mère. C'est un point de vigilance important.

La famille peut enfin être associée de manière plus active à la préparation de la sortie²⁰⁰ sous la forme d'accompagnement qui peut aussi valoir soutien.

¹⁹⁵ *La religion en prison*, Archives de sciences sociales des religions, 153 | janvier-mars 2011, Rachel Sarg et Anne-Sophie Lamine, <http://journals.openedition.org/assr/22761>.

¹⁹⁶ « *La religion au prisme d'une sociologie de l'action* », C. Béraud, C. de Galembert, C. Rostaing, in Direction de l'administration pénitentiaire, *Le fait religieux en prison : configurations, apports, risques*, Coll. Travaux et Documents n° 83, Paris, 2014.

¹⁹⁷ « *La laïcité dans les prisons* » in « *La laïcité à l'œuvre et à l'épreuve* », Antoine Botton, Presses universitaires de Toulouse, 2018.

¹⁹⁸ « *L'aumônier est aussi un médiateur, celui qui va faciliter des rapports difficiles avec l'administration pénitentiaire et attirer l'attention sur les détresses extrêmes. Bien entendu, les situations varient s'agissant d'interactions entre des personnes.* » (P. Poncela « *Religion et prison, je t'aime moi non plus* », Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 2015).

¹⁹⁹ Mais dans les faits, cela semble très difficile voire impossible selon l'UNAFAM qui évoque dans son guide à l'attention des familles l'intérêt de « faire équipe » avec les professionnels de santé pour celles qui y sont disposées, pointant qu'elles peuvent par ce biais aider à maintenir l'alliance thérapeutique, constituer une source d'information sur l'évolution de leur proche, de ses habitudes de vie, de ses attitudes et ses comportements ou être à même de reconnaître les signes d'une rechute.

²⁰⁰ Le CHS Vinatier réfléchit à la manière d'associer et d'accompagner les familles de personnes détenues sortantes (cf. 4.3.4 plateforme Live). Une fois sorties, leur accompagnement se poursuit parfois dans le cadre de consultations extra-carcérales.

Les visiteurs peuvent aussi servir de relais entre le détenu et son environnement institutionnel, voire entrer directement en lien avec les soignants quand les organisations le permettent. A cet égard, dans certains lieux de détention visités par la mission, tout intervenant en milieu pénitentiaire (surveillants, mais aussi aumôniers, visiteurs de prison, enseignants...) est invité à signaler par téléphone ou fax, les événements dont il est témoin ou informé (deuil, perspective du procès, changement de comportement, tensions, gestes auto agressifs, idées suicidaires ...).

4.3.2 Certaines organisations de soins psychiatriques innovantes

Au sein du CP de Lille-Annœullin, une équipe de liaison « urgence » de premier recours constituée de deux infirmiers servant d'interlocuteurs privilégiés entre la détention et l'unité sanitaire, prend en compte et évalue les situations ainsi identifiées (entretiens) en faisant un retour aux personnes à l'origine du signalement²⁰¹. Considérant que chaque geste est un « appel à l'aide potentiellement grave »²⁰², cette équipe peut selon les cas se déplacer immédiatement ou de manière différée, et « débrouiller » et apaiser la situation quand cela est possible ou organiser une prise en charge avec les psychiatres et/ou les psychologues si le besoin est plus important.

Un dispositif analogue, mis en place depuis 2019 dans le CP voisin de Lille-Sequedin, intervient auprès des patients fragiles, sur signalements d'urgence par fax du chef de bâtiment ou du SPIP, appels directs des surveillants, de l'infirmier de l'unité de soin (par exemple, à la suite d'une distribution de médicament), du médecin somatique (après une consultation) ou du patient lui-même (courrier). Les infirmiers se déplacent, parfois d'emblée avec le médecin, pour évaluer la situation du détenu en bâtiment dans une salle d'audience (ou à la porte de la cellule) et comprendre la source de son mal-être²⁰³. Des décisions sont prises (prise en charge psychiatrique, suivi psychologique, mise en place d'une surveillance spéciale, réaffectation de cellule), ou parfois rien de plus que l'entretien et un retour est fait aux surveillants par téléphone ou lors de la CPU suicide, dans le respect du secret médical.

Réactifs et « communiquant », ces dispositifs d'urgence et de liaison de première ligne qui permettent de gérer les situations de crise plus ou moins en amont tout en sécurisant les personnels de surveillance²⁰⁴ mériteraient d'être évalués pour en apprécier la transposabilité (précision faite que les deux CP promoteurs sont rattachés au même service de psychiatrie universitaire et disposent de ressources suffisantes en infirmiers et psychiatres). Si ce type d'organisation n'est pas retrouvée au sein des autres CP visités par la mission, les procédures de gestion des signalements y sont généralement formalisées. L'administration pénitentiaire peut cependant par endroit avoir une appréciation mitigée, voire parfois critique, de la qualité des interventions proposées, ne comprenant pas toujours l'absence de retours ni les décisions prises par les équipes sanitaires qui elles, considèrent apporter des réponses adaptées aux signalements sans que cela nécessite forcément des informations.

²⁰¹ En le cas échéant, un retour à la détention sur ce qu'il serait opportun de mettre en place (placement seul, double, ou CProU).

²⁰² On dénombre entre deux à 10 signalements par jour dont 120 à 130 signalements pour idées suicidaires en 2019 et en 2020.

²⁰³ Cela représente une moyenne de cinq à six signalements par jour.

²⁰⁴ Sachant que dans un certain nombre d'EP, le service sanitaire considère qu'une partie importante des passages à l'acte auto agressifs sont liés à des causes liées à la détention (violences, frustrations...) chez des sujets impulsifs et en difficulté pour « mentaliser » ce qu'ils vivent ou à des causes extérieures (tensions familiales, perspective de procès...).

Au-delà de ces différences d'appréciation, certaines conditions permettent objectivement d'optimiser la gestion des signalements et des situations de crise. Il en est ainsi de la petite taille d'établissement qui permet une approche calibrée (sur mesure), la proximité d'un CHS ou d'un CH avec service de psychiatrie ou tout autre structure non spécifique (unités de soins intensifs en psychiatrie - USIP -, unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI – prévues pour les hospitalisations programmées de plus de 48 h en médecine et en chirurgie)²⁰⁵ permettant des hospitalisations de courte durée, des équipes bien formées et relativement stables dans le temps ainsi que des liens fonctionnels de qualité entre le somatique et le psychiatrique.

La formation des équipes de soins à l'approche du risque suicidaire concerne au premier chef les infirmiers des unités de soins²⁰⁶ mais aussi les psychologues qui devraient idéalement pouvoir mener des évaluations de première ligne en lien avec le psychiatre, en plus d'assurer des suivis²⁰⁷. De même, comme la mission l'a relevé par endroit, une dichotomie organisationnelle entre équipes somatique et psychiatrique relevant de services différents peut poser des problèmes plus ou moins marqués (difficultés d'articulation et/ou de positionnement²⁰⁸).

4.3.3 La nécessaire permanence des soins et du traitement de l'urgence psychiatrique par une amélioration de l'offre globale et des positionnements institutionnels moins rigides

En termes de soins psychiatriques en milieu carcéral, l'offre, globalement insuffisante, se caractérise donc par une hétérogénéité combinant disparités démographiques en milieu libre (accompagnée des tensions des dispositifs de soins de droit commun) et variabilité des ressources soignantes spécialisées (problème d'attractivité), dans un contexte de gradation de l'offre spécifique peu opérationnelle dans les faits (la majorité des adressages en UHSA²⁰⁹ se fait à partir des unités de soins sans passer par les SMPR dont le fonctionnement et l'accessibilité interrogent²¹⁰).

Ce constat prend une dimension particulière en dehors des plages d'activité des dispositifs sanitaires qui œuvrent en détention. Si la continuité des soins la nuit et les week-end y semble a priori assurée, ses modalités opérationnelles font parfois question.

²⁰⁵ Cependant, la présence sur le même site d'un SMPR et d'une UHSA induit parfois une suractivité qui peut déborder les capacités d'offre de soins et les capacités d'extractions médicales.

²⁰⁶ Infirmières IDE ayant reçu une formation en psychiatrie (avec rappels périodiques) qui interviennent en consultation en binôme avec la psychiatre et qui fait aussi du suivi et du repérage en semaine.

²⁰⁷ Un psychiatre intervenant en détention fait observer qu'il est parfois difficile d'obtenir un engagement des psychologues qui sont peu enclins/formés à gérer les situations de crise (ils ne sont pas coutumiers du temps de l'urgence, leur temporalité d'intervention étant celle du suivi et des interactions dans une certaine durée). Pourtant, ils constituent un volant de ressources précieux.

²⁰⁸ Cela va de la difficulté pour les médecins des unités sanitaires d'accéder à certaines informations psychiatriques (dossier patient) faute d'interopérabilité entre logiciels hospitaliers, aux problèmes plus généraux de communication entre médecins et psychiatres.

²⁰⁹ *Évaluation de la première tranche des UHSA, IGAS - I.G.J en vue de l'installation d'une seconde tranche*, rapport IGAS-IGJ, décembre 2018.

²¹⁰ Le même rapport en pointait « la très inégale inaccessibilité et le sous-fonctionnement marqué par un faible taux d'occupation moyen, faute de demandes exprimées et/ou de moyens humains pour y faire face. D'après plusieurs praticiens rencontrés par la mission, un des problèmes d'accessibilité tiendrait à la disponibilité des escortes pénitentiaires pour accéder au SMPR.

Indépendamment des organisations locales, la règle est de joindre le SAMU centre 15 qui régule l'appel et décide des moyens à mobiliser le cas échéant, en basculant la demande de soins sur une ligne d'astreinte ou de garde (qui évalue la situation, généralement en se déplaçant), ou à défaut, en dépêchant des médecins urgentistes sur les lieux. Bien qu'elle soit connue et intégrée partout où la mission s'est déplacée, il est cependant nécessaire de sensibiliser périodiquement le personnel pénitentiaire en insistant notamment sur les articulations possibles avec la CProU (avis médical possible en urgence le weekend).

Il est également important, comme déjà dit par ailleurs, de sensibiliser les professionnels de santé ne travaillant pas en milieu carcéral mais susceptibles de participer à la prise en charge sanitaire des détenus, à ses spécificités et à ses contraintes, notamment pour éviter de considérer que c'est un lieu de soin approprié pour traiter l'urgence²¹¹.

Présente dans les établissements de grande taille généralement équipés de moyens (ressources humaines et logistiques) et souvent d'être adossés à un hôpital de taille conséquente (CHU ou EPSM), la ligne d'astreinte (voire de garde) constitue une plus-value évidente. Elle permet d'éviter les biais de prise en charge liés à la méconnaissance des contraintes du milieu carcéral et à l'absence de connaissance préalable des détenus. Certaines petites maisons d'arrêt visitées par la mission souhaiteraient en disposer pour ces raisons.

La ligne de garde comporte aussi des inconvénients. En plus des dysfonctionnements potentiels liés à la dichotomie organisationnelle observée dans certains sites²¹², ce dispositif emporte parfois un risque de mésusage consommateur de temps et facteur de confusion potentielle. Certains praticiens évoquent ainsi un grand nombre d'appels injustifiés²¹³ par excès de précaution²¹⁴, avec de surcroît un manque de précisions qui ne facilite pas la tâche du médecin, généralement obligé de se déplacer, même en présence d'un événement ne relevant pas immédiatement du médical (gestion de cigarettes par exemple).

Dans les très grands centres où il faut entre 15 à 20 mn en moyenne au médecin de garde pour se rendre sur les lieux, ce manque de discernement initial peut occasionner une perte de temps pour la prise en charge des urgences vitales (d'où l'importance d'être le plus précis possible dans l'appel au médecin de garde, la consigne étant en cas d'urgence vitale suspectée, d'appeler de manière concomitante le 15 pour limiter la perte de chance).

De manière plus accessoire, la ligne d'astreinte ou de garde est parfois assurée par des intérimaires, ce qui, en plus d'entraîner des coûts plus importants, ne garantit pas une bonne connaissance de la prison et des détenus.

²¹¹ Cas du renvoi en détention de détenus qui en avaient été extraits pour être présentés aux urgences générales. Dans ces services, urgentistes et psychiatres ignorent, pour certains, tout du contexte carcéral au risque de réadresser le patient en prison, pensant qu'il fera l'objet d'une prise en charge hospitalière appropriée s'il y a un SMPR par exemple (or pas d'hospitalisation temps plein dans ce type de service). Ou encore, de prescrire un placement en CProU alors que c'est un outil pénitentiaire qui ne dépend pas du médical.

²¹² La ligne d'astreinte est rattachée au CHU tandis que la psychiatrie est rattachée à un EPSM avec des articulations de plus ou moins qualité entre les équipes (Cf. 3.5.2).

²¹³ Dans une maison d'arrêt d'IDF, cela représenterait en moyenne trois à quatre appels entre 18h et 8h du matin avec au mieux un appel débouchant sur une hospitalisation pour le médecin à l'origine de ce constat.

²¹⁴ Les surveillants répondant qu'ils ne sont pas médecins quand on les interroge sur l'état de conscience de la personne par ex, ce qui empêche toute véritable régulation. Le médecin à l'origine de ce constat y voit un mélange d'inexpérience, de manque de formation et de crainte de « se mouiller » ou d'en dire trop au médecin et l'amener à ne pas se déplacer. Et quand l'appel est passé par le gradé, n'ayant souvent pas, lui-même, vu le détenu malade, il s'en tient à ce que le surveillant lui a dit.

Si une hospitalisation en urgence s'avère nécessaire dans un contexte de risque suicidaire, c'est le plus souvent dans un établissement public de santé mentale (EPSM) ou dans un des services de psychiatrie rattachés à un hôpital général au titre de l'article D. 398 du CPP que le détenu est orienté, l'admission en urgence dans les UHSA constituant l'exception²¹⁵. Selon les endroits, cela peut parfois se faire au sein d'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), voire dans des unités hospitalières spécifiques accueillant des personnes détenues pour des soins psychiatriques (structures type Badinter ou hospitalisation de courte durée permettant de gérer en urgence des épisodes de crises aiguës).

Dans la plupart des cas, une telle hospitalisation n'emporte pas de procédure formalisée et uniformisée permettant de garantir au patient-détenu les droits dont il bénéficie en détention. Il s'agit généralement d'une chambre d'isolement dédiée en secteur général²¹⁶, souvent plus adaptée en EPSM.

Cela se fait souvent rapidement (dans les 24 heures, parfois 48 heures), mais peut aussi prendre plus de temps pour des questions de transport ou de disponibilité.

Il arrive également que cette orientation au titre de l'article D. 398 soit refusée par la préfecture pour des motifs allégués de sécurité publique²¹⁷, imposant une orientation sous forme de soins sur demande du représentant de l'Etat en UHSA et parfois des solutions transitoires inconfortables jusqu'à ce qu'une place se libère²¹⁸.

Dans certains endroits, les unités de soins ont créé des « zones tampons », sorte de sas médicalisés permettant une hospitalisation de 24 heures maximum, avec son cadre sécurisé permettant de consulter les patients sans moyen de contrainte. Une des unités médicales intervenant en milieu carcéral utilise ainsi régulièrement l'UHSA, une autre une cellule d'apaisement au sein du SMPR, avec mobilier adapté dans le cadre d'un protocole des soins en lien avec l'ARS²¹⁹.

Sur la base de l'ensemble de ces constats, plusieurs pistes se dégagent, dont quelques-unes sont déjà inscrites dans les programmes régionaux de santé ou les programmes régionaux d'accès pour l'accès aux soins des plus démunis de certaines ARS.

Pour faire face au manque structurel et circonstanciel de soignants dans le champ de la psychiatrie en milieu carcéral, des mesures générales relevant d'une politique nationale ou régionale propre à la santé peuvent être citées :

- développer des mesures valorisant et rendant attractif l'exercice psychiatrique médical et paramédical en milieu pénitentiaire pour répondre aux difficultés de faire venir des soignants en prison et de les y maintenir ;

²¹⁵ Les psychoses et les troubles de la personnalité sont les profils les plus répandus dans les files actives des UHSA, avec durées d'hospitalisation parfois importantes et des ré-hospitalisations fréquentes.

²¹⁶ Pour certains praticiens, ce type d'isolement (modèle de stress particulier) va à l'encontre de la logique de soins des crises suicidaires qui suppose une dimension d'accompagnement psychosociale.

²¹⁷ Dans un contexte où de surcroît le secteur dit souvent ne pas être équipé pour recevoir ce genre de patients.

²¹⁸ Maintien en CPRoU avec renouvellement le cas échéant, passage en SMPR (alors que ce n'est pas un lieu adapté la nuit pour ce genre de tableau aigu).

²¹⁹ Ce lieu n'est utilisé que pendant la présence d'un soignant, avec ou sans consentement du patient, si les conditions médico légales sont réunies, généralement dans l'attente pour préparer un départ à l'UHSA. Des réserves émises il y a quelques années par le CGLPL auraient été prises en compte par les acteurs.

- réfléchir aux conditions d'implantation et de recours à la télé médecine pour faciliter l'accès aux soins spécialisés, en s'inspirant de ce qui a été fait lors du confinement (cf. rapport IGAS sur les CMP déjà cité²²⁰);
- évaluer les niveaux de réponses régionales pour les soins intensifs de psychiatrie pour adultes et pour l'hospitalisation des détenus en vue de disposer d'une meilleure cartographie de l'offre ;
- privilégier la création d'USIP dans chaque territoire et évaluer la pertinence et la reproductibilité d'unités sanitaires sécurisées type unité Badinter et de zones tampon telles qu'il en existe dans certaines unités de soins ;
- élaborer des schémas d'organisation territoriaux pour la gestion des urgences et des crises à résolution rapide qui intègrent de manière efficiente les dispositifs de droit commun (EPSM, USIP, unités spécifiques sur le modèle de l'unité Badinter à l'EPSM de Saint-Etienne-du-Rouvray) en plus des possibilités offertes par les UHSA (en étudiant sous quelles conditions les UHSA qui n'en accueillent pas pourraient participer a minima à la gestion des urgences – délais d'admission, places dédiées...).

Pour faire face aux problèmes liés à la permanence des soins et au traitement des urgences, d'autres mesures propres à la détention font l'objet des recommandations suivantes :

Recommandation n° 25. Définir et s'assurer du partage de protocoles de prise en charge dans le cadre de la permanence des soins avec l'ensemble des acteurs sanitaires (somatique et psychiatrie) intervenant dans la prise en charge des détenus en s'assurant d'un niveau de formation opérationnel de tous.

Outre ces protocoles partagés, des actions devraient être menées dans le cadre de la gestion des urgences pour faciliter les échanges d'informations entre équipes somatique et psychiatrique quand ceux-ci posent problème (ce qui s'observe notamment quand les équipes dépendent d'hôpitaux de rattachement différents - cf. 4.3.2) : amélioration de l'interopérabilité entre logiciels hospitaliers, développement de programmes de e-parcours (cf. 4.3.5), fluidification des organisations médicales via des médiations opérées par les ARS (réunion de travail permettant des mises à plat des difficultés, réflexion sur la mise en place d'astreintes partagées)...

Recommandation n° 26. Faciliter aux médecins participant à la prise en charge d'un détenu dans un contexte d'urgence, l'accès à son dossier de psychiatrie, et le cas échéant, à son psychiatre traitant.

Au-delà de ces évolutions possibles, la question des patients détenus affectés de troubles psychiatriques graves et chroniques dont l'état de santé pose la question d'un maintien en détention demeure en suspens. Tout laisse à penser que cette population devrait croître dans les années à venir au risque d'entraver le bon fonctionnement des unités (Cf. 3.5.3).

²²⁰ Dans le sillage des pratiques développées lors du confinement, il s'agit d'évaluer la faisabilité et les limites d'utilisation de l'expertise et de la consultation psychiatrique à distance.

4.3.4 Des suivis sanitaires post détention des personnes à risque suicidaire à encourager

Dans certaines régions, la préoccupation a conduit les structures sanitaires à expérimenter des solutions permettant de prolonger la transition au-delà de la sortie : c'est le cas notamment de l'Equipe mobile de transition (EMOT) mise en place en septembre 2020 dans le Nord²²¹ et qui vise à accompagner les sortants pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois après la sortie.

L'expérimentation de l'équipe mobile transitionnelle (EMOT) du CHU de Lille²²²

Projet expérimental sur trois ans (en cours d'évaluation en lien avec la DISP), l'EMOT repose sur le constat que la sortie de prison est un moment à risque suicidaire, et qu'il y a, outre la continuité des soins à assurer (le délais moyen de RDV en CMP pour un détenu sortant de détention étant de 26 jours dans le Nord), des enjeux forts autour de l'insertion (hébergement, CNI, travail,..) à prendre en compte (insérer le plus possible dans le droit commun en articulation avec le PTSM, le CSLM de Lille, les associations œuvrant dans le champ du logement).

Les relais de soins sont souvent difficiles à mettre en œuvre du fait d'une variété d'obstacles allant de l'incertitude quant à la date de libération aux sorties sèches, en passant par les difficultés inhérentes à la sectorisation, la méconnaissance du dispositif par les détenus, leur profils complexes (forte prévalence des détenus avec troubles psychiatriques/addictologiques, isolement, faible insight) et la stigmatisation dont ils font l'objet.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire²²³, l'EMOT propose donc, au regard de la situation, un accompagnement sanitaire, psychique et social deux mois avant la sortie de la détention et six mois après à l'attention des personnes suivies en psychiatrie²²⁴. Cela revient notamment, après avoir évalué le patient et recueilli son consentement, à l'aider dans ses démarches, à le rencontrer chez lui ou en structure, à rompre l'isolement post carcéral, et à favoriser la continuité des soins en mettant en place un suivi en secteur.

A travers un accompagnement sanitaire, médico-psychologique et juridico-administratif, l'idée est de fluidifier les relais, limiter les ruptures, éviter les urgences, réduire le risque de rechute mais aussi de décès (15 fois plus important dans les deux premières semaines, du fait des suicides, des overdoses), avec aussi un effet secondaire sur le risque de récidive judiciaire précoce. Il est également question de lutter contre la précarisation et la discrimination.

En s'appuyant sur l'évaluation en cours, l'extension du dispositif EMOT à d'autres sites devra être appréciée au regard des résultats et des moyens disponibles.

L'accompagnement à la sortie suppose aussi de prendre en compte, quand c'est possible, la famille et l'entourage du détenu.

²²¹ https://actu.fr/hautes-de-france/lille_59350/sortie-de-prison-et-troubles-psychiatrique-le-chu-de-lille-lance-une-equipe-mobile_39676881.html.

²²² Il existe des dispositifs de ce type ailleurs (EMOT à Toulouse, consultation extra-carcérale à Amiens et à Paris St Anne, lieu d'accueil à Tours).

²²³ Composé d'une équipe pluridisciplinaire (hormis 1 ETP infirmier dédié pour la coordination, la totalité de l'équipe a une autre activité sur l'un des sites), l'EMOT intervient du lundi au vendredi de 9h à 18h auprès d'un public 250 patients par an sur les 2000 libérations annuelles.

²²⁴ SMPR ou DSP CP Lille-Sequedin et Lille-Annoeullin, ou l'UHSA.

A cet égard, le CH du Vinatier dont dépend le SMPR du centre pénitentiaire de Lyon-Corbas prévoit d'étendre aux sortants de prison les services de sa plateforme LIVE d'appui, de soutien et de repérage destinés aux patients et à leur famille (ainsi qu'aux professionnels de santé susceptibles de les suivre²²⁵).

La consultation extra-carcérale de Saint-Anne à Paris, lieu d'accueil sans rendez-vous, qui connaît la prison et son « vocabulaire », permettant ainsi au sortant de prison d'en parler en étant compris et aux équipes d'être plus réactives en amont (le SPIP envoie, le SMPR propose un RDV) et en aval (connaître les détenus permet de dégonfler les appréhensions au sein des CMP vers lesquels on les adresse), s'y attache également, ayant pris acte de la sous-estimation habituelle de la souffrance des familles.

4.3.5 Une meilleure utilisation du dossier médical

Comme sur de nombreux sujets, les difficultés voire les pertes de chances, résultant du retard pris dans la mise en place du dossier médical partagé (DMP²²⁶), notamment comme outil d'inter-communicabilité entre les dossiers patients tenus par les différentes institutions médicales, sont plus préjudiciables encore pour la population carcérale, alors qu'il faut davantage anticiper, comme on l'a vu, les ruptures de parcours que sont l'arrivée comme la sortie de prison, mais aussi mieux coordonner les soins pendant la période d'incarcération.

Pour pallier cette perte de chance propre à la détention, il conviendrait de créer les DMP pour chaque arrivant en prison, ce qui permettrait au moins de récupérer l'historique de la consommation de soins pour les dix-huit mois précédents. Au demeurant, le déploiement du DMP, intégré dans l'espace numérique de santé dont la généralisation est attendue au 1^{er} janvier 2022, ne permettra pour autant pas d'assurer l'accès aux dossiers patients tenus par les différentes institutions, cette fonctionnalité n'étant, pour l'instant au moins, pas prévue.

En revanche, une solution accessible à court terme est d'étendre à la population sous main de justice les programmes e-parcours²²⁷ développés par les ARS dans le prolongement des dispositifs Territoires de soins numériques (TSN).

Concrètement, e-parcours constitue un bouquet de services numériques de coordination, communicants, sécurisés et interopérables aux professionnels du sanitaire, du médicosocial et du social. Il revient aux territoires de déployer ce projet, avec des solutions numériques déjà existantes et répondant à leurs besoins. A ce jour, toutes les ARS ont mis en place un programme e-parcours d'un territoire qui comprend notamment :

- un dossier de coordination numérique qui rassemble toutes les informations nécessaires à la coordination au sein des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ;

²²⁵ Depuis le 30 mars 2020, le CH Le Vinatier a ouvert la plateforme LIVE (Ligne Info Vinatier Ecoute), qui propose un accueil téléphonique d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes concernées par la santé mentale : patients, familles, entourage, professionnels de santé, du secteur médico-social ou social.

²²⁶ Introduit dans le code de la sécurité sociale par la loi du 13 août 2004, transféré dans le code de la santé publique par la loi du 21 juillet 2009 « Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 »

²²⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>.

- la description de l'équipe de prise en charge – professionnels sanitaires, ville et hôpital, médicosociaux et sociaux ;
- le Plan Personnalisé de Santé ;
- les services de repérage et de dépistage des situations de l'usager en vue de son intégration dans une prise en charge coordonnée ;
- un carnet de liaison/suivi du patient, et une gestion d'alertes pour signaler des événements imprévus ;
- un réseau social comportant une messagerie sécurisée et permettant aux professionnels d'échanger rapidement en respectant les règles de confidentialité, le secret médical et un agenda partagé ;
- la gestion du retour à domicile des patients.

Ces programmes sont particulièrement adaptés aux parcours nécessitant une bonne articulation ville / hôpital. De surcroît, ils seront très prochainement renforcés sur le volet psychiatrique dans le cadre du plan santé mentale.

Développés sous la supervision des ARS dans le prolongement du projet du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie²²⁸ (PAERPA) et étendus à d'autres types de populations, ces programmes sont transposables sans trop de difficulté à la situation des personnes détenues. Ils comporteraient une inclusion dès leur entrée en prison et assureraient aussi la continuité et la coordination des soins après la sortie, avec une possibilité de gérer notamment les alertes sur le risque suicidaire et les événements inquiétants comme les tentatives de suicide et les actes autoagressifs. L'élargissement de ces programmes aux personnes détenues serait possible à très brève échéance et constituerait aussi un puissant levier pour une meilleure coordination des professionnels, sanitaires, mais aussi médico-sociaux et sociaux, dans le respect du secret médical.

Recommandation n° 27. Elargir les usages de e-parcours aux personnes sous main de justice.

4.4 Une politique de formation à la prévention du risque suicidaire en prison à restaurer

La formation initiale et permanente des personnels au risque suicidaire constitue l'un des volets importants de l'ensemble du dispositif de prévention pour permettre la bonne identification des risques et leur prise en charge. C'est l'un des axes majeurs de cette politique depuis les années 70. La situation actuelle de la formation soulève deux difficultés qui tiennent à la couverture des personnels formés et au contenu même de leur formation.

4.4.1 Une couverture incomplète de la formation des personnels

L'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP), en charge de la formation initiale des personnels pénitentiaires, organise leur formation au risque suicidaire depuis 1972²²⁹. Cette formation est assurée, en principe, à l'ensemble des personnels (surveillants, premiers surveillants, lieutenants, directeurs des services pénitentiaires, conseillers d'insertion et de probation et directeurs).

²²⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>.

²²⁹ Elle participe au COPIL national sur la PRS.

En l'état, cette initiation à la PRS consiste en un module d'une journée minimum, comportant un volet théorique et un volet « simulation »²³⁰, variable selon la catégorie professionnelle²³¹ (**annexe 4-7**).

Lors des déplacements de la mission dans certains établissements, notamment de la région parisienne au sein desquels les jeunes professionnels sont nombreux, il a été permis d'établir que tous n'avaient pas été formés dans ce cadre ou en tout cas pas de manière suffisamment marquante. De fait, l'administration pénitentiaire a privilégié au cours des dernières années une approche dans laquelle la formation au risque suicidaire pouvait être renvoyée à la formation permanente après l'entrée en fonctions des personnels. Cette approche a permis de réduire la durée totale de la formation initiale à l'ENAP et donc de répondre au moins partiellement aux difficultés de recrutement pesant sur l'administration pénitentiaire en permettant d'affecter plus rapidement les derniers recrutés.

Toutefois, la formation permanente présente aussi des limites. Outre, la crise sanitaire qui a perturbé l'organisation des formations en 2020 (512 personnels ont été formés à la PRS en 2020, contre 1843 en 2018), les travaux de la mission ont permis d'établir qu'avant même cette situation, de nombreux personnels pénitentiaires n'y avaient pas eu accès. Quatre DISP n'ont pas organisé cette formation. Lorsqu'elle a été organisée, la couverture des personnels est partielle, comme à la DISP de Lille où moins de la moitié des surveillants l'a suivie. Dans certaines DISP comme celle de Rennes, la difficulté tient à l'insuffisance du nombre de binômes de formateurs. A titre d'exemple, la DISP de Rennes a estimé qu'à peine 25 % du personnel de surveillance était actuellement formé. Si des priorités sont données aux agents de certains quartiers comme le quartier arrivants, le quartier d'isolement ou le quartier disciplinaire, ce choix n'est pas toujours possible au regard de la taille de certains établissements qui ne disposent pas de tels services spécialisés. Il conviendrait alors de former l'ensemble des personnels, ce qui constitue une difficulté particulière.

Au-delà, d'autres causes peuvent expliquer cette situation. Certains surveillants ont indiqué à la mission qu'aucune formation n'avait été organisée dans leur établissement ou qu'ils n'avaient pu y participer en raison des astreintes et de leur charge de travail. Les personnels ayant suivi cette formation pendant leur temps de travail ont même souligné qu'ils avaient pu être pénalisés en perdant une partie de leur rémunération en raison de la manière dont les heures de formation avaient été décomptées dans leur service.

C'est ce qui explique que de très nombreux personnels rencontrés par la mission, y compris des référents locaux de la prévention du risque suicidaire n'avaient pas encore été formés ou l'avaient été il y a longtemps et aspiraient à acquérir un savoir-faire en la matière.

En revanche, en lien avec la prévention du risque suicidaire, la DAP a pris une initiative positive en concluant une convention avec l'UNAFAM et l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) en vue du déploiement de la formation Premier Secours en Santé Mentale (PSSM) qui intègre la prévention du suicide. En 2020, 12 sessions ont été organisées. Pour l'année 2021, l'objectif de la DAP est d'organiser 20 sessions s'ajoutant à celles qui n'ont pu avoir lieu en 2020. Si cette formation ne peut se substituer aux formations « Terra », elle apporte une contribution qui peut être utile.

²³⁰ 5 221 élèves / stagiaires / auditeurs ont bénéficié d'une telle formation en 2020.

²³¹ Une durée totale des enseignements de 3 à 9h.

4.4.2 Un contenu en cours de refonte

Les formations initiales et permanentes ont pris en compte, à partir de 2005, l'approche du rapport Terra complétée, à partir de 2008, par celle de la commission Albrand.

A partir de 2009, la formation permanente a été dispensée par des formateurs régionaux labellisés « Terra » au cours d'un module de deux jours. L'enseignement dispensé dans ce cadre peut être complété dans certaines DISP, comme dans la DISP de Lille qui prévoit de mettre en place en 2021 une formation à deux niveaux. Au socle de la formation « Terra », s'ajouteront cinq modules d'approfondissement d'une journée chacun portant sur des thématiques en lien avec la prévention du risque suicidaire. Un module est consacré, par exemple, à la prise en compte des spécificités de certains publics, comme les adolescents. Il en est de même à la DISP de Paris qui a mis en place trois modules complémentaires²³² à la formation Terra.

En l'état, la formation est l'objet d'une divergence d'appréciation entre le ministère de la Justice et le ministère de la santé.

La direction générale de la santé a mis en place à partir de 2018 un nouveau cadre de formation conçu par le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS, association regroupant des professionnels investis dans la prévention du suicide). Décliné par les ARS, il repose sur un dispositif à trois niveaux de formation subdivisé en fonction des compétences et du profil des participants : (i) la formation « sentinelles », visant à former des citoyens et des personnels non soignant au repérage du risque suicidaire et à l'orientation des détenus en souffrance vers une prise en charge ; (ii) la formation à l'évaluation - Risque, Urgence, Dangersité (RUD)-, exclusivement pour les praticiens cliniciens et (iii) la formation à l'intervention de crise, réservée aux praticiens cliniciens qui assurent un rôle d'intervention.

La DGS a proposé que les personnels pénitentiaires bénéficient de la formation « sentinelles » du premier niveau, qui n'intègre pas l'évaluation du potentiel suicidaire (réservé au personnel soignant), contrairement à la formation « Terra ». Cette proposition conduirait, selon la DAP, à une régression du contenu de la formation du personnel pénitentiaire. Cette question soulève en réalité celle de l'articulation complexe de leur mission avec celle des personnels sanitaires.

Prenant en compte les difficultés soulevées par la situation actuelle, la DAP a décidé de procéder à son évaluation au sein de celle de l'ensemble de la politique de prévention du risque suicidaire en confiant cette mission à un prestataire externe (Planète publique). Il devrait rendre un rapport intermédiaire au milieu de l'année 2021.

La DAP considère, comme la mission, que cette étape est nécessaire avant d'envisager la modification de son dispositif actuel de formation qui sera évoquée ensuite avec la DGS.

²³² Un module multicatégoriel ouvert aux personnels pénitentiaires mais également à toute personne concourant au service public pénitentiaire (psychologue, éducateur PJJ ...), un module à destination des personnels affectés aux quartiers spécifiques (QA/QI/QD), au greffe, au vestiaire et au parloir et un module « expert perfectionnement » proposé aux personnels ayant déjà bénéficié d'une formation et qui souhaitent approfondir leur connaissance.

4.5 Une attention plus grande à apporter aux actes autoagressifs et aux tentatives de suicide

La mission a déjà souligné l'importance de pouvoir disposer de la connaissance et de l'analyse des actes autoagressifs et des tentatives de suicide, marqueurs de risque important et préconisé la formalisation du cadre et de la remontée d'information (Cf.2.3.3). Il lui apparaît également essentiel d'améliorer leur prise en compte au sein des établissements pénitentiaires.

Les données chiffrées montrent l'importance de ce phénomène chaque année²³³ et surtout le lien fort avec les actes suicidaires. Tout en prenant des précautions méthodologiques, l'administration pénitentiaire estime ainsi qu'en 2020, au moins 38 % des suicidés en détention (43 sur 113) avaient au moins un antécédent d'acte autoagressif (tentative de suicide ou automutilation) connu et 50 % en 2019 (59 sur 114²³⁴). Ces antécédents peuvent avoir été commis avant la détention - ils sont alors déclarés et reportés sur la notice individuelle ou la grille de repérage par exemple - ou en cours de détention. Certains de ces actes sont des actes de désespoir et témoignent d'une volonté de mourir; d'autres sont l'expression d'un mal-être, d'un appel ou d'une protestation chez des personnes ne trouvant que ce moyen pour attirer l'attention sur leur cas ou obtenir des bénéfices secondaires. Leur analyse participe à la prévention et peut induire les réponses ciblées au plan local.

Or, si les intéressés représentent une proportion importante du nombre des suicidés, ils sont pris en compte au titre des mesures de prévention habituelles (dédoublément, surveillance spécifique) comme pour tout détenu détecté comme suicidaire mais sans antécédent. Il apparaît donc à la mission que ce groupe qui se singularise doit être pris en charge en conséquence.

C'est le cas en population générale avec le programme Vigilans²³⁵ qui concerne spécifiquement les personnes ayant fait une tentative de suicide. Initié par les équipes des Professeurs Vaiva et Thomas, il vise à mettre en place un dispositif de prévention tertiaire, à destination des personnes ayant fait une tentative de suicide dont on sait que 40 % en feront une.

L'extension de ce programme au milieu carcéral prévu en région Hauts-de-France²³⁶ (action 8 de la feuille de route Santé 2019-2022) n'avait pas démarrée au moment du passage de la mission du fait d'un différend entre les promoteurs et l'ARS.

Celle-ci voulait s'en tenir à une transposition stricte du dispositif tel qu'il existe en milieu libre et n'inclure que les personnes ayant fait une tentative de suicide, alors que les promoteurs souhaitent, compte tenu de l'importance du risque suicidaire en prison, inclure plus largement les personnes présentant un risque suicidaire identifié par le psychiatre, point de vue partagé par le médecin de la DAP.

Finalement l'expérimentation va débuter dans le cadre prévu initialement, en ciblant les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide mais avec en perspective de l'étendre secondairement aux personnes présentant un risque suicidaire avéré.

²³³ 2315 en 2019 et 2432 en 2020 comportements auto-agressifs non mortels (source DAP - bilan 2020).

²³⁴ Dans une étude multi site récente portant sur une soixantaine de cas de suicide en détention survenus entre 2007 et 2020, 48 % de l'échantillon avait déjà fait une tentative de suicide, in Les suicides des détenus : étude descriptive multicentrique rétrospective de 64 cas, thèse de médecine de Helena MAYA, Faculté de médecine de Montpellier, décembre 2020.

²³⁵ Action n° 8 de la feuille de route.

²³⁶ Le CESAME d'Angers a également envisagé la mise en œuvre de cette action mais pour l'après-détention.

VigilanS est un dispositif de maintien du lien (remise d'une carte avec numéro d'appel, envoi d'une carte postale ou coup de téléphone) d'un patient suicidant avec le système de santé qui permet, d'après les évaluations qui ont été faites, de réduire le risque de récurrence de 13,5 % (on sait que sans intervention le risque de récurrence est habituellement de 40 % dont 20 % dans l'année qui suit la tentative de suicide²³⁷).

Cette intervention s'inscrit dans une stratégie multimodale qui a été adaptée à la situation carcérale : remise d'une carte de contact lors d'un premier entretien d'information en SMPR, et placement trois jours plus tard dans le vestiaire du kit de sortie (une carte ressource et une note d'information), entretien pour le médecin traitant ou toute personne ressource identifiée par le SMPR en amont, repérage et prise en charge, ainsi que prévention de risque de contagion suicidaire sur les réseaux sociaux ...

Envoi d'une première carte postale à J+7 (au DSP si le patient est encore en détention ou à son domicile s'il est sorti) puis tous les mois pendant six mois (possibilité pour le patient de répondre en retour et d'appeler à tout moment un numéro vert) pendant le suivi intra-carcéral, lien entre DSP et équipe.

La transposition de VigilanS au milieu carcéral est l'une des réponses possibles pour prévenir le risque suicidaire, sa mise en œuvre doit être encouragée et son impact évalué. D'autres actions sont aussi possibles notamment avec le développement du téléphone en cellule qui offre des perspectives d'écoute et de suivi par les opérateurs de téléphonie sociale.

Enfin, la population à laquelle s'adressent ces actions doit être considérée comme prioritaire pour l'établissement, justifiant, du fait de sa fragilité, l'élaboration systématique d'un plan de protection individuel avec une déclinaison large. L'intervention du SPIP devra être systématique et le CPIP référent désigné assurera une mission de coordination des différents volets socio-éducatifs au sens large, ainsi qu'avec le volet sanitaire. Comme également déjà indiqué, la participation du détenu à l'élaboration et à l'application de ce plan devra être recherchée. La durée et le maintien de ces mesures devront être appréciés régulièrement.

Recommandation n° 28. Encourager la mise en œuvre du programme VigilanS et l'étendre à plusieurs sites tout en assurant une évaluation de son impact.

Recommandation n° 29. S'appuyer sur la téléphonie en cellule pour assurer la permanence de l'accompagnement et de l'écoute de tout détenu ayant commis une tentative de suicide.

Recommandation n° 30. Mettre en place un plan individuel de protection dès lors qu'un risque suicidaire est établi par la CPU, en informer la personne concernée de sa motivation et de son contenu et en faire assurer la coordination et le suivi d'ensemble par un référent CPIP.

²³⁷ Cf. <https://www.f2rsmpsy.fr/099-dispositif-vigilans.html>.

4.6 Une meilleure interaction à rechercher entre les différents partenaires

4.6.1 Définir des savoirs à partager et favoriser des interactions propices à l'acculturation

Comme s'entendent à le dire l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission, la prévention du suicide en détention est non seulement l'affaire de tous mais elle commence aussi avant la détention et doit se penser au-delà. Cette vision intégrée de la prévention du risque suicidaire suppose une coordination efficace des différents intervenants tout au long du parcours pénal et carcéral. A cet effet, il faut d'abord favoriser l'acquisition d'une culture commune pour s'assurer que tous parlent des mêmes choses et ont une compréhension partagée des enjeux de chacun.

S'agissant du risque de suicide en lui-même, l'enjeu est de rappeler sa nature multifactorielle, en insistant sur le fait qu'il combine facteurs conjoncturels (environnement carcéral, événement déclenchant) et structurels (histoire personnelle, profils) et qu'il doit faire l'objet d'une approche multimodale²³⁸ (repérage du risque en amont et tout au long de la détention, suivis ciblés, postvention,...). A cet égard, quelques concepts clefs évoqués devant la mission mériteraient d'être partagés par tous (sous réserve d'être plus largement validés concernant notamment les profils).

Parmi les personnes détenues, il se dessinerait des profils plus à risque que d'autres :

- Les profils « psychiatriques » : outre certains détenus atteints de troubles psychiatriques sévères (psychoses, dépressions majeures...), de repérage relativement aisé, les praticiens évoquent ceux, assez nombreux, qui présentent des vulnérabilités anxio-dépressives (avec ou sans addictions) sur fond d'histoires personnelles difficiles²³⁹, de diagnostics parfois plus complexes;
- Les profils « impulsifs », plus enclins à des passages à l'acte hétéro ou auto-agressif en cas de violences ou de frustrations liées aux conditions de détention et à l'arbitraire des relations avec les surveillants, (surtout jeunes et inexpérimentés) dont certains peuvent aboutir au suicide²⁴⁰. L'intérêt d'un accompagnement et d'un suivi psychosocial plus serré, notamment chez les prévenus en début de détention, prend ici tout son sens. La prévalence de ces profils aurait tendance à augmenter ;
- Les profils « réactionnels », rencontrés chez des personnes en proie à la culpabilité et/ou la solitude en lien avec la commission d'actes violents et/ou criminels (à type de reviviscence du traumatisme et de symptômes anxio-dépressifs)²⁴¹. La répression plus forte de crimes ou de délits (violences conjugales, délinquance sexuelle,

²³⁸ Peu adaptés au suicide, les modèles de prévention classique s'appuyant sur une partition en prévention primaire (réduire la fréquence d'un événement morbide en agissant sur ses déterminants), secondaire (actions visant sa détection et sa prise en charge précoce) et tertiaire (actions visant à réduire sa progression et ses complications) sont remplacés par une approche populationnelle distinguant prévention universelle (visant la population générale), prévention sélective (centrée sur des groupes à risque identifiés) et prévention ciblée (visant les personnes ayant déjà manifesté des comportements liés à la problématique), in *Prévention du suicide : intérêt d'une approche multimodale*, Dr Jardon, la santé en action, n° 450, décembre 2019.

²³⁹ Placés dans leur enfance, séparés de leurs parents, victimes de violence et d'abus, combinant peu ou prou carence affectives, manque d'assise narcissique...

²⁴⁰ Effet « caisse de résonance » de la détention chez des personnes ayant des moyens d'adaptation et de gestion des tensions limités – profil des « troubles de la personnalité », nombreux en détention, et non décomptés parmi les pathologies mentales.

²⁴¹ Certains praticiens vont jusqu'à évoquer des syndromes de stress post traumatique.

délinquance routière ou financière) pourrait également accentuer la fréquence de ces profils.

En terme de vigilance au quotidien, ces constats doivent amener à considérer le risque dans une perspective dynamique, sachant qu'il varie dans le temps en fonction de certaines situations ou de certains événements qui peuvent jouer un rôle aggravant ou même précipiter le passage à l'acte.

Considérant que c'est aux psychiatres que revient la tâche de sensibiliser les surveillants, certains services de soins psychiatriques en milieu carcéral ont déjà organisé des formations en détention²⁴² mais le manque de temps et de moyen semble un obstacle à ce type d'initiative. D'autres proposent aux surveillant affectés aux unités sanitaires de faire des stages en psychiatrie pour mieux connaître les maladies mentales et se former a minima à la gestion des troubles et de la souffrance psychique.

Une autre option pour former les surveillants à la pathologie psychiatrique et à sa gestion pour désamorcer ce qui peut l'être, serait aussi de s'adosser sur l'expérience du centre de détention de Château-Thierry (80 % de détenus psychotiques) où, sans que cela implique de connaître les pathologies, les surveillants ont su s'adapter à des typologies de fonctionnement en développant une vision et une gestion de la personne en difficulté psychiatrique et/ou présentant des troubles du comportement qui leur permettent de faire retomber les pressions.

Sur un plan plus formel, il faut par ailleurs veiller à ce que chaque corps de métier puisse appréhender les particularités fonctionnelles et les contraintes des autres professionnels intervenant dans le parcours et la prise en charge du détenu.

Du côté de l'institution judiciaire, il convient ainsi d'intégrer que la prison ne peut, en aucune façon, constituer un lieu de soin en tant que tel²⁴³. Outre se positionner en prescripteurs, certains magistrats pensent à tort que leur demande peut aboutir et susciter, le cas échéant, une réponse rapide et adaptée. Cette méprise est particulièrement problématique dans un contexte où la permanence des soins est assurée à minima (cas des écrous de nuit ou de fin de semaine).

La méconnaissance du dispositif de soins psychiques en milieu carcéral ne concerne pas seulement les magistrats. Sur certains sites visités par la mission, il a été évoqué des situations où des praticiens en poste ou de garde aux urgences hospitalières surestimaient les capacités d'accueil et les possibilités de soins en détention, en y renvoyant trop rapidement des détenus²⁴⁴ qui leur avait été adressé pour tentative de suicide par le médecin généraliste des unités de soins.

²⁴² Conformément à un des sous-objectifs de la feuille de route sur la santé des PPSMJ 2019/2022 (élaborer, en concertation avec des SMPR, des sessions de formation et de sensibilisation des surveillants à la maladie mentale).

²⁴³ Pour résumer la pensée de la plupart des soignants rencontrés, et pour éclairer aussi la réticence ou les difficultés de certains à travailler avec l'administration pénitentiaire, le soin vient en surcroît de la détention mais il ne peut pas s'en faire la porte d'entrée ni *a fortiori* le prétexte.

²⁴⁴ Sorties du service des urgences des hôpitaux avec des certificats du type « risque suicidaire moyen », ou « semble ne plus présenter de risque suicidaire » avec l'idée sous-jacente que la prison sera faire face de toute façon.

Il a également été rapporté que des détenus ayant fait une tentative de suicide avaient été réorientés par les urgences vers l'établissement pénitentiaire adresseur, avec un certificat médical pour placement en CProU, considérant à tort que cet outil de gestion pénitentiaire du risque suicidaire pouvait se substituer au soin. Dans cette perspective, il est tout aussi important de sensibiliser les soignants amenés à travailler avec des détenus au contexte très particulier de la détention et des soins qui s'y prodiguent. Un CHS hébergeant un service de soins psychiatrique en détention a ainsi mis en place un tutorat infirmier d'un an, valable pour préparer à toute type d'exercice hors hôpital incluant la détention, tandis qu'un SMPR d'une région voisine propose systématiquement aux personnels soignants de débiter leur pratique en milieu carcéral par un stage de quelques jours aux côtés des personnels pénitentiaires pour observer et comprendre le fonctionnement de l'établissement dans lequel ils arrivent.

De même, ce mésusage du dispositif implique aussi l'autorité préfectorale qui considère parfois que le recours au dispositif prévu par l'article D.398 du CPP (hospitalisation en urgence à l'hôpital psychiatrique) emporte trop de risque sur le plan de la sécurité et impose le recours à l'UHSA. A cet égard, il est crucial de rappeler, aux préfets et aux ARS qui préparent en général les arrêtés, comme aux EPSM qui arguent parfois ne pas être équipés pour recevoir ce type de patients, que, même augmentées en capacité, les UHSA ne peuvent satisfaire à l'ensemble des besoins et que le refus de mettre œuvre le D398 pour motif de sécurité publique peut engendrer des conditions de prise en charge plus ou moins dégradées quand l'hospitalisation en UHSA ne peut se faire immédiatement. Parfois, quand aucune autre solution n'est envisageable (pas d'UMD ni d'USIP ni de structure de soins psychiques d'urgence dérivée type Unité Badinter²⁴⁵ disponible), le SMPR sert ainsi de sas d'attente sans pouvoir cependant assurer une hospitalisation à temps plein.

Ce dernier point soulève la question plus générale de la lisibilité de l'offre proposée par les SMPR, notamment de la part de la détention. Combinant consultation ambulatoire et hospitalisation de jour, leur fonctionnement, assez hétérogène²⁴⁶, s'apparente à celui d'un secteur de psychiatrie dont le territoire serait une prison. Le fait cependant qu'au-delà de l'hospitalisation de jour, le SMPR puisse, sauf exception, héberger des personnes la nuit, sans surveillance médicale ni soignante, entretient aussi une certaine ambiguïté, celle de la possibilité d'une hospitalisation complète. Or, ce n'est pas le cas. De même, en cas d'urgence ou de situation identifiée comme telle, le recours au 15 en l'absence de psychiatre ou de médecins doit être la règle, incluant les situations où les personnes sont placées en CproU.

²⁴⁵ Situé sur le CHS de St Etienne du Rouvray, l'objectif de cette unité purement sanitaire mais renforcée en terme de sécurité est de répondre à l'état de crise psychiatrique des patients détenus et d'initier le traitement par la suite (urgences, situations où quelques heures ou quelques jours d'hospitalisation peuvent suffire) par une préparation à une future orientation sur l'UHSA.

²⁴⁶ Outre de recenser l'offre et ses caractéristiques, le rapport IGAS IGJ (*Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de l'installation d'une seconde tranche sur les UHSA*) de décembre 2018 préconise un réexamen de la place et du rôle des SMPR, à la fois en terme d'efficacité et de fonctionnement. Au dernier pointage de la DGS, ce travail est en cours.

Pour l'ensemble de ces constats, il serait utile que les équipes sanitaires, au besoin avec l'appui des autorités sanitaires, précisent à tous leurs interlocuteurs (judiciaire, pénitentiaire, et hospitalier) leur organisation, les principes généraux de la prise en charge et les limites de cette prise en charge, s'agissant notamment des urgences. Inscrites en partie dans la feuille de route en santé mentale, ces actions visant à améliorer les coopérations et l'articulation des acteurs du parcours de soins des PPSMJ semblent peiner à se mettre en œuvre du fait du ralentissement conjoncturel (pandémie) et du manque d'animation plus généralement constaté par la mission des instances interdisciplinaires où ces sujets peuvent être abordés, les bonnes pratiques en la matière relevant plus souvent d'initiatives et de dynamiques interpersonnelles. On peut également faire l'hypothèse que ce travail suppose du temps et des moyens difficiles à dégager au regard des tensions importantes en ressources humaines que connaît le dispositif de soins psychiques de manière générale et notamment en milieu carcéral (Cf. 3.5).

Recommandation n° 31. Élaborer une charte de prévention des suicides associant toutes les parties prenantes de la détention tout en améliorant la compréhension de la problématique des troubles mentaux et les conditions pour les prendre en charge de façon optimale.

4.6.2 Concilier échanges d'information et secret médical

Un des sujets récurrents dans les échanges avec l'administration pénitentiaire porte sur le secret médical et la manière dont celui-ci peut peser sur les articulations avec le sanitaire. Comme le résume un des interlocuteurs de la mission, le partage d'informations est nécessaire mais difficile à réaliser de manière optimale pour des raisons qui ne sont pas toujours bien comprises ni forcément bien exposées. Mal compris par les personnels pénitentiaires qui se considèrent parfois privés d'une information nécessaire à la bonne gestion des risques²⁴⁷, le secret médical fait l'objet d'interprétations plus ou moins radicales du côté des soignants.

Pour autant, il n'en reste pas moins fondamental dans un univers où tout cherche à se savoir, ne serait-ce que pour des raisons légitimes de sécurité, y compris du détenu, (au-delà des seules obligations légales du médecin). De leur côté, les surveillants ne comprennent pas toujours la pertinence des réponses apportées et ont parfois l'impression de ne pas être entendus ni même pris au sérieux, le silence des soignants étant facilement considéré comme une forme d'indifférence à leur égard (« on ne me dit pas si je dois m'en faire »).

La question du secret médical est indissociable de celle de la participation des soignants à la commission pluridisciplinaire unique (CPU). Même si elle reconnaît la complexité du sujet, une circulaire interministérielle²⁴⁸ recommande fortement la participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU qui traitent de la prévention du suicide, en posant dans le détail les modalités et les limites des échanges entre les personnes sanitaires et pénitentiaires²⁴⁹.

²⁴⁷ A cet égard, il n'est pas toujours possible de s'entendre sur ce que la notion de « nécessaire » recouvre, les équipes sanitaires pouvant avoir une appréciation différente des risques de violence contre soi (ou autrui), auquel cas c'est souvent l'absence de retour de leur part qui insécurise les personnels de surveillance. D'où les réflexions de certains psychiatres concernant l'importance d'un travail sur les représentations autour de la maladie mentale évoqués *supra*.

²⁴⁸ Circulaire interministérielle N° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la CPU prévue par l'article D90 du CPP ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article

Ce qui est attendu du médecin, c'est l'énoncé sans précision du diagnostic du risque sérieux pour le détenu ou pour autrui²⁵⁰ et notamment en ce qui concerne le risque suicidaire hors phase aiguë nécessitant une hospitalisation en urgence en vue de mettre en œuvre un suivi spécifique.

Dans les faits, la participation effective des soignants aux CPU suicide est variable (la moitié des établissements vus par la mission), l'information sur le risque de suicide et les avis sur les dispositions à prendre (décisions prises par l'administration pénitentiaire) pouvant se faire de manière plus informelle (oralement et/ou par remise de liste). Ceux qui participent peuvent se contenter d'écouter ce qui se dit, ou s'exprimer de manière plus ou moins directe avec le souci de ne pas enfreindre le secret médical.

Malgré ce cadre, la variété des positions institutionnelles témoigne de la complexité du sujet. Si le conseil national de l'Ordre des médecins²⁵¹ renvoie à la circulaire de 2012 en rappelant que le médecin, garant du secret médical qui vise à protéger les patients²⁵², ne doit révéler que les informations nécessaires lorsqu'il participe à une CPU, le CGLPL a une approche un peu différente, considérant que la présence de médecins peut suffire même s'ils ne s'expriment pas (ce qui s'observe effectivement dans certains établissements). L'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) tend à considérer²⁵³ que la participation à la CPU est incompatible avec le respect du secret médical, tout en faisant valoir que, selon nombre de praticiens, l'institutionnalisation du partage d'information via la CPU a rigidifié un fonctionnement qui permettait auparavant d'échanger de façon informelle avec l'officier ou le directeur.

D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

²⁴⁹ Le contenu s'appuie sur les recommandations issues d'un groupe de travail sur ce sujet associant des représentants des professionnels de la santé et de la justice, mis en place à l'initiative du ministre chargé de la santé et piloté par ses services.

²⁵⁰ Obligation légale d'information qui s'exerce dans le respect des dispositions relatives au secret médical. Cf. article L.6141-5 du CSP dont l'alinéa 3 précise que les personnels soignants informent le directeur de l'établissement pénitentiaires de risques sérieux pour la sécurité, en lui transmettant, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.

²⁵¹ Numéro spécial *Secret médical et médecins*, joint au Bulletin d'information de l'Ordre des médecins n° 26 nov.-déc. 2012.

²⁵² Les informations médicales pouvant être sources de traitements discriminatoires, voire stigmatisants. De surcroît, comme le fait remarquer un médecin de SMPP, « au-delà de l'usage qui peut en être fait, il faut bien comprendre que l'information concernant son état de santé, c'est tout ce qui reste au détenu auquel on a déjà tout pris ».

²⁵³ Cf. Mémoire sur l'échange/partage d'information entre personnels de santé et personnels pénitentiaire, faisant suite à des échanges avec le Conseil national de l'ordre des médecins sur ce sujet en 2019 sur le site de l'ASPMP.

Cette diversité de positionnements se retrouve parmi les médecins rencontrés par la mission. Si certains considèrent le secret médical comme un principe absolu dont le contournement va à l'encontre de la confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique en plus de discréditer le médecin²⁵⁴, d'autres, plus enclins à composer, reconnaissent toutefois qu'il constitue un problème en soi, en prison comme en milieu libre, évoquant à cet égard une forme d'injonction paradoxale de la part des magistrats qui, au nom d'une certaine conception de la loi (en savoir le plus possible pour prendre des décisions), les mettent parfois²⁵⁵ en situation de difficulté avec leur code de déontologie également adossé à la loi.

La non-participation à la CPU peut renvoyer à des raisons qui ne relèvent pas de la position de principe mais à des constats empiriques, voire à des contraintes opérationnelles. Plusieurs équipes ont ainsi déclaré à la mission avoir renoncé à s'y rendre après y avoir un temps participé du fait de la trop grande insistance de l'administration pénitentiaire à se faire communiquer des informations jugées non essentielles²⁵⁶.

En dehors de ces raisons, et même au sein des établissements caractérisés par de très bonnes relations entre sanitaire et pénitentiaire, certains médecins disent ne pas se rendre à la CPU à la fois parce que cela représente une perte de temps alors qu'il y a beaucoup à faire et que ces sujets font l'objet d'échanges informels en dehors de la CPU²⁵⁷ mais aussi, pour certains, parce qu'il s'y dit des choses qui ne regardent pas le sanitaire et que les soignants ne souhaitent pas nécessairement connaître²⁵⁸. Plus formellement, la temporalité bimensuelle fait enfin question, sachant qu'elle est en décalage plus ou moins marqué avec la plupart des événements qui y sont examinés.

Globalement, quel que soit leur positionnement par rapport à la CPU, les équipes sanitaires s'entendent pour dire que la confidentialité ne doit pas s'exercer aux dépens du patient, ni exposer les autres et qu'il faut prendre en compte tous les signalements, sans pour autant qu'il y ait nécessairement un retour d'information (même si certaines équipes le font systématiquement), l'absence de retour ne signifiant pas absence d'action²⁵⁹. En revanche, l'absence ou l'insuffisance d'échanges évoquée par certains entre les services somatiques et psychiatriques pouvant intervenir auprès des mêmes patients doit faire l'objet des ajustements nécessaires afin de prendre les meilleures décisions pour le détenu.

Au terme de ce constat, quelques pistes méritent d'être explorées pour améliorer le partage d'information entre les équipes sanitaires et l'administration pénitentiaire dans le cadre des situations à risque suicidaire.

²⁵⁴ « En trahissant le secret professionnel, on trahit aussi la personne si elle sait qu'on sait, il ne peut pas y avoir la confiance nécessaire au projet de soin », propos qui font écho aux écrits du Pr Hoerni, ancien président de l'Ordre qui précisait qu'« il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » dans son livre *Éthique et déontologie médicale*, 2^e édition Masson, juin 2000.

²⁵⁵ Demandes de communication d'informations médicales faites en dehors des situations dérogatoires au secret médical.

²⁵⁶ Des soignants rapportant s'être faits questionner avec beaucoup d'insistance à rebours du secret médical.

²⁵⁷ Le fait que chaque CPU fasse l'objet d'un relevé des avis est un autre obstacle évoqué par certaines équipes sanitaires à leur participation.

²⁵⁸ Tel que l'ensemble de la vie et du passé pénal des personnes, qui peut créer des interférences non propices aux soins.

²⁵⁹ Comme le fait remarquer un interlocuteur de la mission, « on devrait pouvoir se fier à l'avis du médecin sans avoir besoin de disposer d'informations précises : s'il ne dit rien de la violence du détenu – auto ou hétéro-agressif- c'est que ce n'est pas un sujet en soi ».

La première, qui se fonde sur les remarques de plusieurs praticiens, part du principe que le médecin qui intervient en détention est, en droit et en fait, le médecin traitant des détenus qu'il voit en consultation. A ce titre, il est libre de ses décisions, sous réserve bien sûr du respect des obligations déontologiques, et n'est tenu que par son patient. S'il le faisait avec le consentement éclairé de son patient, il pourrait se rendre plus facilement à la CPU, certains allant jusqu'à proposer que le patient puisse lui-même y participer pour prendre part aux décisions qui le concernent. En plus de simplifier plus encore la question du secret médical, cette participation du patient aurait le mérite de le responsabiliser et d'améliorer son acceptation des mesures de surveillance, en lui faisant comprendre qu'elles sont prises dans son intérêt (ce qui devrait de toute façon se faire après CPU et pour toute autre décision prise dans le cadre des soins, y compris sans consentement²⁶⁰).

Une autre piste serait de favoriser les espaces d'échanges où chacune des parties pourrait prendre la parole et exprimer ses préoccupations concernant un détenu sans que cela ne donne lieu à une analyse et une prise de décision. Ce type d'instance, un moment mise en place dans une maison d'arrêt d'Ile-de-France, permettait une appropriation des informations mises en relation par chaque professionnel avec d'autres alertes. L'idée était de tabler sur l'effet de résonance induit pour que les acteurs que cela pouvait concerner consultent directement la personne. Le secret professionnel/médical était ainsi respecté.

De façon plus générale, il serait utile de déplacer la question du terrain juridique et déontologique, vers le terrain éthique, plus adapté à la conciliation d'exigences contradictoires, et qui peut s'exprimer en termes de recommandations, davantage susceptibles d'éclairer le discernement des acteurs dans les décisions qu'ils ont à prendre²⁶¹, en saisissant le Comité consultatif national d'éthique.

Recommandation n° 32. Saisir le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) pour l'élaboration d'un avis visant à mieux concilier secret médical et partage d'information dans le cas de situations à risque suicidaire.

4.6.3 *Elaborer des recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du risque suicidaire en prison sous l'égide de la Haute autorité de santé*

Des observations effectuées par la mission sur le parcours de soins et la prise en charge des personnes incarcérées sous l'angle de la prévention du suicide (cf. partie 3), il ressort que de nombreuses pratiques ont pu se développer, mais sans avoir été soumises à une évaluation selon les méthodes de la médecine par les preuves.

²⁶⁰ Selon le principe évoqué par un interlocuteur de la mission de centrer le parcours de soin autour de l'idée de « restituer aux détenus leur histoire de santé » en les responsabilisant (ils doivent consentir aux soins, comprendre que c'est leur intérêt, et si on est obligé de recourir à la contrainte, il faut leur expliquer que c'est pour les protéger d'eux-mêmes et leur éviter qu'ils se fassent du mal ou qu'ils en fassent à quelqu'un).

²⁶¹ Approche qui relève du « droit souple », au sens qu'en a donné le Conseil d'État dans son rapport annuel de 2014, la question remplissant les trois conditions posées sous forme de tests par la haute juridiction pour en vérifier l'opportunité du recours: test d'utilité pour vérifier « si le droit souple envisagé remplit à l'égard du droit dur une fonction de substitution, de préparation, d'accompagnement ou d'alternative pérenne » ; le test d'effectivité, en prenant en compte notamment « la probabilité d'une dynamique d'adhésion ou au contraire l'existence de fortes oppositions parmi les destinataires » ; test de légitimité, pour « vérifier si le droit souple n'est susceptible, en aucun cas, de porter atteinte à une liberté ou un droit fondamental et, d'une manière générale, à des règles de droit international fixant des minimas indérogeables ».

La Haute autorité de santé (HAS) a certes produit des recommandations sur des sujets proches²⁶². Dans le prolongement de ses travaux, dont on peut remarquer qu'ils sont pour la plupart assez anciens, il serait souhaitable que dans le cadre de l'agenda du programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », la HAS engage un travail plus spécifique visant à dégager des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du risque suicidaire pour les personnes sous main de justice, notamment celles qui sont incarcérées²⁶³. Celles-ci pourraient être élaborées par un groupe de travail réunissant des personnes issues des différentes institutions concernées par la prise en charge du risque suicidaire (équipes sanitaires, somatiques et psychiatriques, administration pénitentiaire, magistrats, etc...) en s'appuyant sur les informations issues des RetEx, pénitentiaires et sanitaires, comme des évaluations des initiatives qui ont pu être prises pour assurer une meilleure prise en charge. Une telle recommandation serait un guide utile pour aider les ARS et leurs partenaires à élaborer le volet « prévention des suicides » des programmes « santé en prison » des projets régionaux de santé (Cf. ci-dessus). Elle pourrait aussi servir de support pour les travaux de la commission santé, et contribuer à une meilleure coordination fondée sur une meilleure compréhension réciproque.

Recommandation n° 33. Saisir la haute autorité de santé (HAS) pour l'élaboration partenariale d'une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge du risque suicidaire dans le cadre du parcours de santé des personnes écrouées.

4.7 La nécessité d'améliorer la connaissance épidémiologique du risque suicidaire en prison et l'évaluation de la politique conduite

4.7.1 Il est nécessaire d'affiner les outils pour quantifier/qualifier le suicide et disposer d'éléments de prédictibilité de son risque et d'indicateurs de suivi de sa prévention

Le suicide est un événement difficile à appréhender sur un plan statistique, le faible nombre de cas compliquant la mise en évidence de lien entre variables. Ce à quoi il faut ajouter, sur un plan plus qualitatif, le manque de données sanitaires.

Longtemps sous-investi faute de moyens et d'équipes de recherche dédiées, ce sujet fait l'objet d'une attention renforcée²⁶⁴. L'observatoire national du suicide²⁶⁵ en a fait par ailleurs une priorité de santé publique.

²⁶² La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge (conférence de consensus de 2000, publiée en 2006). Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (recommandation de bonne pratique, 2005). Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue (recommandation de bonne pratique, 2005). Expertise psychiatrique pénale (recommandation de bonne pratique, 2007). Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures (recommandation de bonne pratique, 2018).

²⁶³ Ce travail pourrait notamment porter sur les outils d'aide à la gestion du potentiel suicidaire (échelle RUD ciblant le Risque suicidaire, l'Urgence de la menace et la Dangereusité du scénario suicidaire, autres grilles ou échelles utilisables) ou les conduites à tenir en situation de risque (prise en compte d'éléments de contexte, prévention du sevrage et lien avec l'addictologie, gestion des médicaments ...).

²⁶⁴ Action 44 du programme national d'action contre le suicide 2011-2014, action et du plan d'actions stratégiques de la politique de santé pour les PPSMJ de 2017 visant à améliorer les connaissances et la qualité des données sur le phénomène.

²⁶⁵ Créé en 2013, présidé par le ministre chargé de la santé et animé par la DREES, l'Observatoire National du Suicide a pour mission de mieux coordonner les informations existantes dans ce domaine, de recenser les travaux d'étude et de recherche existants et d'initier de nouveaux travaux sur les thématiques considérées comme prioritaires.

Dans cette perspective, l'agence Santé Publique France a déployé, dans un cadre garantissant l'anonymat, un système de remontée des données de santé et leur chainage avec les données dont dispose l'administration pénitentiaire aux fins de mener une étude de surveillance épidémiologique sur les suicides en détention pour la période de 2017 à 2021 (travaux en cours).

En intégrant les aspects relatifs à la santé mentale, aux addictions et aux liens social et familial, les données définitives de cette surveillance devraient permettre de mieux éclairer la survenue des suicides en détention et d'en renforcer la prophylaxie. Idéalement, cette surveillance devrait être poursuivie sous forme allégée pour disposer d'éléments actualisés de suivi du suicide et d'impact de sa prévention.

Recommandation n° 34. Pérenniser la surveillance épidémiologique des suicides avec des relevés plus légers et plus rapprochés.

Comme évoqué en 2.3.3, une réflexion doit être également menée sur la remontée, le traitement et l'analyse des actes auto agressifs et des suicides, qui, même s'ils sont parfois difficiles à distinguer, reflètent en commun une souffrance qu'il est utile de mieux documenter pour agir préventivement sur ses déterminants. En plus de mieux cerner certains profils ou certains événements à risque, la survenue répétée de ce type d'événements en un lieu donné peut aussi traduire des dysfonctionnements liés à un type d'organisation et/ou de fonctionnement (gestion inadaptée des incidents de la détention, manque de formation, difficulté à communiquer entre services...).

Recommandation n° 35. Affiner le décompte et systématiser l'analyse des actes autoagressifs et des tentatives de suicides en intégrant la dimension environnementale de l'acte (la détention et ses caractéristiques) en plus de sa dimension individuelle.

Des recherches en cours²⁶⁶ développent par ailleurs une approche intégrant la durée d'exposition à certains facteurs de risque, la probabilité de survenue d'un suicide au cours d'une incarcération différant selon que la personne est incarcérée pour un mois ou un an. De même, le risque variant dans le temps, ces travaux s'intéressent aux moyens d'affiner sa mesure en fonction de certains événements : sous un même taux, on ne distingue pas les moments et situations les plus à risque comme le passage au quartier disciplinaire, le transfert ou la sortie de détention.

Pour inscrire ces données centrées sur le suicide dans un ensemble plus général, il faudrait aussi pouvoir disposer d'un suivi des données de santé. Avec la généralisation des quartiers arrivants, il devrait être possible d'établir des statistiques plus générales sur l'état de santé mentale²⁶⁷ et des déterminants à risque dans les premières semaines, période où se produisent une partie importante des suicides.

Enfin, il serait utile d'utiliser les techniques du « data mining », pour mieux identifier l'intensité du risque suicidaire. Ainsi, en faisant appel à des données regroupées dans le cadre de la Plateforme des données de santé (Health data hub), il serait possible de mesurer les facteurs et l'intensité du risque suicidaire dans les prisons, y compris, pour les plus importantes d'entre elles, pour chaque prison, comme le fait la CNAM pour le repérage des risques psycho-sociaux dans les entreprises, en utilisant les données anonymisées de consommations médicamenteuses et de soins.

²⁶⁶ Thèse citée supra.

²⁶⁷ Cf. action n° 1 feuille de route santé justice 2019-2022.

Recommandation n° 36. Mettre au point, sur la base des résultats de la recherche sur les facteurs de risque et les indicateurs de criticité, des outils de monitoring du suicide en détention.

4.7.2 Des études qualitatives et des recherches actions à soutenir pour améliorer la prise en charge de la souffrance carcérale, avec ou sans psychopathologie associée

L'analyse qualitative permettrait enfin de compenser les études quantitatives que leur construction et leur manque de puissance empêchent de saisir certains aspects de la problématique.

A cet égard, une recherche INED-CESDIP sur les effets de la prison est en cours qui permettra de recueillir de l'information qualitative autre qu'administrative auprès des détenus sortant dans les 10 jours²⁶⁸. Pour élargir le champ des investigations, il pourrait être également intéressant de travailler en milieu fermé et en milieu ouvert, de prendre en compte les écrous et l'absence d'écrou... Il serait opportun à cet effet de saisir le GIP Mission droit et justice²⁶⁹ pour définir un programme de travail.

A côté des études à visée documentaire, des recherches plus opérationnelles peuvent également être déployées à partir d'appels à projet thématiques.

Un modèle pourrait être la recherche-action menée dans les années 2000 pour apprécier les effets de restauration narcissique de consultations psychologiques au SMPR²⁷⁰. Ce type d'intervention a permis d'améliorer sensiblement l'état psychique des personnes déjà fragiles, la verbalisation et l'amélioration des conditions de vie en détention pendant le séjour au SMPR évitant que le passage à l'acte ne soit le seul moyen pour exprimer leur souffrance. Si les limites de cette recherche-action basée sur la psychothérapie tiennent aux ruptures souvent imprévisibles qui peuvent en émailler le cours (au risque d'enrayer la dynamique du soin psychique), son avantage est de créer du tiers pour faciliter les médiations entre détenus et surveillants, détenus et soignants, en faisant lien entre tous.

D'autres recherches action pourraient également porter sur le développement en détention d'activités telle que la relaxation, le yoga ou les sessions de pleine conscience qui peuvent contribuer à apaiser le psychisme et à renforcer l'estime de soi²⁷¹.

²⁶⁸ Un questionnaire en face-à-face sur les effets de la prison est administré auprès des sortants de Fresnes.

²⁶⁹ Créée en 1994 à l'initiative conjointe du ministère de la Justice et du CNRS, la Mission de recherche Droit et Justice est notamment chargée de définir, animer, coordonner et évaluer les programmes de recherche sur le droit et la justice.

²⁷⁰ Considérations psychologiques et psychopathologiques sur le risque suicidaire en milieu carcéral (à partir de l'étude de 20 détenus déprimés traités au SMPR de Caen), K. Gueniche et V. Aubert, *Perspectives Psy*, 2004/1 Vol 43, P 58-64. Le groupe de psychologues auditionnés par la mission est porteur d'un projet d'étude multisite sur ce thème.

²⁷¹ En France, le programme Prison Smart mêlant exercices de yoga postural et de pleine conscience a été proposé il y a quelques années sous forme d'ateliers dans plusieurs établissements avec une amélioration notable du sommeil et du niveau de tension ainsi que de la qualité relationnelle. Un autre effet serait l'augmentation de la résistance au stress et la diminution de l'agressivité, ce qui se traduirait par une réduction de la violence.

4.8 Un pilotage partagé à clarifier et à réactiver

La mission a été l'occasion de constater les limites du pilotage de la politique de prévention du risque suicidaire et de la gouvernance mise en place pour assurer une bonne coordination entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations pénitentiaires dans la prise en charge de la santé des PPMJ.

4.8.1 Un pilotage interministériel à rendre plus efficace

Au niveau national, on peut constater une attention inégale des ministères selon leurs champs de compétence.

Du côté du ministère de la justice, il faut souligner la forte implication de l'administration pénitentiaire, concernée au premier chef par les cas de suicide, avec un fort retentissement auprès des personnels et nuisible à son image. Il apparaît plus difficile d'intégrer la prévention du risque suicidaire dans la politique pénale, et la sensibilisation des magistrats au risque suicidaire et surtout à la façon de l'intégrer dans les décisions qu'ils sont amenés à rendre.

Vu du côté du ministère des solidarités et de la santé, si la population sous main de justice fait l'objet d'une attention particulière, il n'en reste pas moins que celle-ci ne représente que 0,4 % de la population totale, et à peine plus de 0,1 % pour la seule population détenue. Il faut ajouter que la définition d'une politique de prévention active du risque suicidaire est comme on l'a vu relativement récente. Ce caractère relativement marginal pour la santé, l'est plus encore pour l'accompagnement social.

Il faut surtout noter l'insuffisant pilotage interministériel de cette politique publique qui pourrait également concerner les ministères chargés de l'emploi pour les questions de réinsertion et de l'intérieur pour les soins sans consentement (D.398 du CPP).

Certes il existe un comité interministériel Santé-justice de coordination de la santé pour les PPSMJ associant la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'organisation de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) qui doit se réunir tous les ans. Sa préparation devrait être l'occasion, pour l'ensemble des administrations concernées de faire un bilan des actions engagées et à les adapter à un contexte fortement évolutif.

Cela ne permet toutefois pas d'assurer la continuité du suivi de la politique de prise en charge sanitaire des PPSMJ²⁷² et la coordination de politiques publiques complexes. Pour assurer la permanence de cette fonction et assurer l'animation et la préparation du comité interministériel, la mission recommande la création d'un secrétariat commun du comité interministériel²⁷³ qui pourra assurer, à ce titre, le suivi de la politique de prévention du risque suicidaire.

²⁷² Article D348-2 du code de procédure pénale. « Le comité interministériel est chargé d'examiner : 1° Toute question d'ordre général se rapportant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale ainsi qu'à la protection sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ou confiées par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ; 2° Les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Il veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans ces domaines, au sein des établissements pénitentiaires et des services

Recommandation n° 37. Créer un secrétariat commun auprès du comité interministériel.

4.8.2 Une coordination régionale et interrégionale en panne

La coordination à un niveau déconcentré, intermédiaire entre le niveau national et le niveau local, paraît essentielle si l'on veut territorialiser davantage la politique de prévention du suicide pour les personnes sous main de justice. C'est normalement le rôle des commissions régionales « santé justice » instituées par une instruction aux ARS de décembre 2010.

Le rapport des inspections générales de 2015²⁷⁴ constatait que ces commissions n'étaient réunies ni systématiquement, ni annuellement, comme c'était initialement prévu. Au vu des constats effectués par la mission, la situation ne semble pas s'être améliorée depuis, au contraire, notamment du fait, pour certaines régions au moins, du regroupement des ARS, sur un champ territorial plus vaste.

Celui-ci a pu accentuer deux difficultés : d'une part des cartographies différentes entre les différentes administrations, d'autre part la lourdeur d'un dispositif qui réunit de trop nombreux intervenants, et qui donne à ces réunions une dimension trop formelle.

Pour autant ces commissions, qui sont des structures de pilotage et non des réunions de « remue-ménages », restent utiles et même nécessaires pour de multiples raisons :

- C'est l'occasion d'adapter la politique nationale de prévention du risque suicidaire en prison aux caractéristiques des territoires dans le cadre du volet « santé des détenus » du Projet régional santé et d'assurer le suivi de sa mise en œuvre ;
- Comme au niveau national, elles obligent les différentes institutions à faire un bilan annuel des actions menées ;
- Elles poussent également les responsables à faire avancer des sujets ou à trancher des questions qui sinon peuvent s'enliser dans les circuits administratifs ;
- La question de la prévention du risque suicidaire, sujet de santé publique particulièrement sensible, pourrait dans ce cadre, faire l'objet d'un point systématique de l'ordre du jour.

Il paraît difficile de remettre en cause leur ressort territorial qui résulte d'une évolution législative générale, à laquelle il appartient aux administrations de s'adapter. On peut en revanche suggérer que ces réunions plénières soient suivies, notamment dans les régions les plus grandes, d'une réunion départementale, chargée d'en décliner les décisions sauf si, bien sûr, il n'existe qu'un établissement pénitentiaire dans le département, auquel cas le sujet peut être traité dans le cadre du comité de coordination (cf. ci-dessous).

et établissements de la protection judiciaire de la jeunesse. Il assure la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents et concourt à l'évaluation du dispositif de soins et de prévention. » (article D348-3 du CPP).

²⁷³ Cette proposition est plus immédiatement opérationnelle que celle de la création d'un service national commun tel que proposé dans le rapport IGAS.IGSJ de 2018 sur les UHSA.

²⁷⁴ « *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice* », IGAS, IGSJ, IGSP, novembre 2015.

Par ailleurs, même si cela va accroître leur taille, il serait utile d'élargir ces commissions, d'une part à un représentant de l'autorité préfectorale (qui normalement y est conviée), compte tenu du sujet sensible des SDRE, évoqué plus haut (Cf. 4.6.1) d'autre part à l'administration sociale (notamment la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités).

Recommandation n° 38. Rappeler aux ARS la nécessité de réunir régulièrement les commissions « santé-justice » et mettre systématiquement à l'ordre du jour un point sur la prévention du risque suicidaire.

4.8.3 Une stratification locale qui n'est pas toujours bien comprise et qui pourrait être mieux valorisée

Des situations observées par la mission, il ressort que les instances locales de coordination entre les établissements pénitentiaires et les établissements hospitaliers auxquels sont rattachées les structures de soins apparaissent plus opérationnelles. Pour autant, il semble y avoir une grande confusion de la part des interlocuteurs entre les différentes instances prévues par les textes :

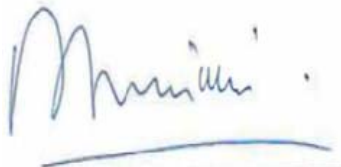
- Le conseil d'évaluation, présidée par le préfet ou son représentant et « *chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer* » et qui peut avoir à connaître des problèmes de santé, et donc de prévention des suicides, mais a une vocation plus large.
- Le comité de coordination, présidé par le représentant du directeur général de l'ARS, le plus souvent le délégué territorial, et chargé principalement de veiller à l'application du protocole entre les établissements pénitentiaire et sanitaire(s).
- La commission santé mise en place, au-delà de « la communication informelle », à l'initiative du médecin coordonnateur pour, notamment, « *favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide, et les autres actions de prévention et de promotion de la santé* ».

Ces trois niveaux apparaissent pertinents mais avec une articulation entre eux qui n'est pas toujours ni bien comprise, ni optimale, et des régularités de réunion qui restent aléatoires, comme le soulignait déjà le rapport des inspections générales de 2015, pour les comités de coordination. Il serait souhaitable, notamment, que les ARS veillent à ce que ces instances se réunissent de manière régulière et que les protocoles soient périodiquement actualisés.

Surtout, sans tomber dans un formalisme excessif, la mise en place systématique de la commission « santé », permettrait de traiter dans une meilleure intelligence des questions comme le fonctionnement de la CPU suicide et la participation des équipes médicales, comme aussi la coordination entre les équipes somatiques et psychiatriques entre elles, et avec les équipes pénitentiaires. A condition toutefois que, comme la mission a pu le constater, dans certains des sites où elle a été mise en place, elle fonctionne dans un esprit de dialogue et d'écoute réciproque, ce qui relève plus d'un état d'esprit, que du respect des procédures.

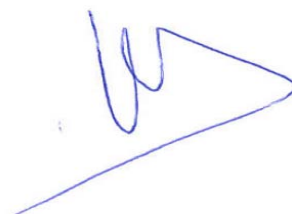
A Paris, le 25 mai 2021

M. Dominique LUCIANI
Inspecteur général de la justice



Responsable de la mission
pour l'IGJ

Docteur Julien EMMANUELLI
Inspecteur général des
affaires sociales



M. Thierry LANDAIS
Inspecteur de la justice



M. Daniel LENOIR Inspecteur
général des affaires sociales



Mme Marie-Laure TRUCHET
Inspectrice de la justice



M. Nicolas GARCETTE
Chargé de mission



M. Emmanuel SUSSET
Chargé de mission

