

PREVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES DETENUES

Evaluation des actions mises en place
et propositions pour développer
un programme complet de prévention

Rapport de mission

à la demande

du garde des Sceaux, ministre de la Justice et
du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

Jean-Louis Terra

Décembre 2003

Sommaire

<i>1. La lettre de mission</i>	7
<i>-- Remerciements --</i>	11
<i>-- Liste des abréviations --</i>	13
<i>2. Installation de la mission</i>	14
<i>3. Concepts et méthodes</i>	17
<i>- Trajectoire de la personne détenue et approche par processus</i>	19
<i>- Le processus suicidaire</i>	20
<i>- Le processus de prévention dans son contexte</i>	22
<i>- Les références et recommandations</i>	23
<i>4. La conduite de la mission : le programme de travail</i>	24
<i>4.1. L'examen des documents</i>	25
<i>4.2. Les auditions</i>	26
<i>4.3. Les visites d'établissement</i>	26
<i>5. Les constats au travers des documents</i>	28
<i>5.1. Les données sur le suicide des personnes détenues : données 2001-2002 (septembre 2003)</i>	29
<i>5.1.1. Les caractéristiques des personnes suicidées</i>	34
<i>5.1.2. Le profil pénal des suicidés</i>	35
<i>5.1.3. Les situations de fragilité liées aux événements</i>	37
<i>5.1.4. Les difficultés et dysfonctionnement de la prise en charge</i>	39
<i>5.1.5. Les dysfonctionnements repérés dans les dossiers après un suicide</i>	44
<i>5.2. Circulaire du 12 novembre 1991 de la Direction de l'administration pénitentiaire à destination des directeurs régionaux et des chefs d'établissement</i>	45
<i>5.3. Le rapport de mai 1996 du groupe de travail de l'Administration pénitentiaire sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire</i>	45
<i>5.4. Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998</i>	53
<i>5.5. Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral (février 1999)</i>	55
<i>5.5.1. La sensibilisation des personnels et la formation</i>	56
<i>5.5.2. L'amélioration de l'organisation du quartier disciplinaire</i>	56
<i>5.5.3. L'accueil du détenu</i>	57
<i>5.5.4. Observer le détenu</i>	57
<i>5.5.5. Gérer l'après-suicide</i>	58
<i>5.6. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 (septembre 1999)</i>	59
<i>5.6.1. Le rapprochement des UCSA et de la psychiatrie publique de secteur</i>	60

<i>5.7. Le guide du détenu arrivant, Ministère de la Justice, 1999.....</i>	<i>61</i>
<i>5.8. Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord (août 2000)</i>	<i>62</i>
<i>5.9. Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires ; évaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires Annexe (janvier 2001).....</i>	<i>68</i>
<i>5.10. Rapport de la mission d'étude de dispositifs étrangers de prévention du suicide en milieu carcéral (mai 2001)</i>	<i>71</i>
<i>5.11. Circulaire DGS/SD6C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001.....</i>	<i>74</i>
<i>5.12. Circulaire NOR JUSE 02 400 75C/Santé-DGS 2002/258 du 26 avril 2002.....</i>	<i>75</i>
<i>5.13. Circulaire DGS/SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002.....</i>	<i>80</i>
<i>5.14. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation de l'Inspection générales des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires (juin 2002).....</i>	<i>80</i>
<i>5.15. La santé mentale et le suivi psychiatrique des entrants accueillis par les services médico-psychologiques : étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (juillet 2002).....</i>	<i>83</i>
<i>5.16. Le Livre blanc de la psychiatrie (janvier 2003)</i>	<i>85</i>
<i>5.17. Etude épidémiologique nationale sur la santé mentale des personnes détenues (en cours).....</i>	<i>87</i>
<i>5.18. Circulaire DGS/SD6C n°355/2003 du 16 juillet 2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003.....</i>	<i>89</i>
<i>5.19. Evaluation conduite par la Direction générale de la santé des actions de formations auprès des personnels exerçant en milieu carcéral (en cours).....</i>	<i>90</i>
<i>5.20. Les recommandations et les documents de formation.....</i>	<i>90</i>
<i>5.20.1. La formation de l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire.....</i>	<i>91</i>
<i>5.20.2. Les enseignements initiaux en médecine et en psychiatrie.....</i>	<i>92</i>
<i>5.20.3. Les enseignements initiaux en psychologie.....</i>	<i>92</i>
<i>5.20.4. Les recommandations de l'OMS.....</i>	<i>92</i>
<i>6. Les visites des établissements pénitentiaires : les constats.....</i>	<i>95</i>
<i>6.1. L'organisation des visites</i>	<i>96</i>
<i>6.2. La prévention du suicide au cours du circuit des arrivants.....</i>	<i>98</i>
<i>6.2.1. Le greffe et l'accueil.....</i>	<i>99</i>
<i>6.2.2. L'audience par le gradé.....</i>	<i>101</i>
<i>6.2.3. L'entrevue avec le travailleur social.....</i>	<i>102</i>
<i>6.2.4. Structures sanitaires : UCSA et SMPR.....</i>	<i>103</i>
<i>6.3. La prévention du suicide au cours de la détention.....</i>	<i>104</i>
<i>6.3.1. Les événements de la vie pénitentiaire.....</i>	<i>105</i>

<i>6.3.2. Les événements de la vie judiciaire.....</i>	<i>106</i>
<i>6.3.3. L'organisation sanitaire.....</i>	<i>106</i>
<i>6.4. Le bilan de la prévention du suicide au travers des visites</i>	<i>110</i>
<i>6.4.1. La promotion de la santé.....</i>	<i>110</i>
<i>6.4.2. La prévention du suicide</i>	<i>116</i>
<i>6.4.3. L'intervention de crise.....</i>	<i>118</i>
<i>6.4.4. La postvention.....</i>	<i>120</i>
<i>6.5. L'encadrement et l'évaluation des actions de prévention du suicide</i>	<i>122</i>
<i>7. Les recommandations.....</i>	<i>124</i>
<i>7.1. Un objectif national.....</i>	<i>125</i>
<i>7.2. La formation à l'intervention de crise</i>	<i>125</i>
<i>7.3. Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression</i>	<i>126</i>
<i>7.4. Les personnes détenues en crise suicidaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire.....</i>	<i>127</i>
<i>7.5. Un système documentaire partagé est à mettre en place pour évaluer le potentiel suicidaire et définir les actions à entreprendre</i>	<i>129</i>
<i>7.6. La surveillance spéciale pour risque de suicide doit être complétée dans tous les cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection.....</i>	<i>130</i>
<i>7.7. La prévention est une œuvre collective où chacun peut et doit jouer des rôles différenciés.....</i>	<i>131</i>
<i>7.8. Mettre en place un cadre de détention qui préserve la dignité du détenu et favorise la détection des personnes suicidaires.....</i>	<i>133</i>
<i>7.9. Réduire l'accès aux moyens de suicide.....</i>	<i>134</i>
<i>7.10 Augmenter les possibilités de surveillance.....</i>	<i>135</i>
<i>7.11. La postvention est à redéfinir et à mieux organiser.....</i>	<i>136</i>
<i>7.12. Des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques.....</i>	<i>138</i>
<i>7.13. Améliorer le traitement des troubles psychiques</i>	<i>138</i>
<i>7.14. Introduire une dynamique d'amélioration continue des soins psychiatriques dans les UCSA et SMPR.....</i>	<i>140</i>
<i>7.15. Développer la promotion de la santé physique et mentale.....</i>	<i>140</i>
<i>7.16. Le rôle des médias.....</i>	<i>141</i>
<i>7.17. Améliorer l'analyse des décès par suicides au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral.....</i>	<i>142</i>
<i>8. Les facteurs de réussite d'un programme de prévention du suicide des personnes détenues.....</i>	<i>147</i>
<i>8.1. Le projet doit être porté au plus au niveau et suivi</i>	<i>148</i>
<i>8.2. Dépasser les mythes sur le suicide pour avoir une culture de prévention.....</i>	<i>149</i>

<i>8.3. Tout le monde peut jouer un rôle décisif pour prévenir le suicide et des niveaux d'action sont à préétabli</i>	150
<i>8.4. Rigidité réglementaire et souplesse d'action</i>	151
<i>8.5. Compatibilité entre approche sécuritaire et prévention du suicide</i>	151
<i>8.6. La prévention du suicide ne se construit pas en un jour : les mesures doivent appliquées systématiquement avant d'être évaluées</i>	152
<i>Conclusion</i>	154
<i>Annexes</i>	158
<i>Annexe 1 –Liste des documents préparés par la Direction de l'Administration Pénitentiaire ayant trait à la Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires</i>	159
<i>Annexe 2 – Liste des documents préparés par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins et la Direction Générale de la Santé</i>	161
<i>Annexe 3 – Les établissements pénitentiaires visités</i>	164
<i>Annexe 4 – Liste des personnes rencontrées au cours des visites d'établissement</i>	165
<i>Annexe 5 – Les personnes auditionnées et les organisations rencontrées</i>	169
<i>Annexe 6 – Liste des SMPR dont le bilan d'activité 2001 et/ou 2002 ainsi que le projet de service ont été mis à disposition par la DHOS</i>	173
<i>Annexe 7 – Liste des UCSA dont le bilan d'activité 2001 et/ou 2002 et le projet de service ont été consultés</i>	174
<i>Annexe 8 – Liste des rapports d'activité des Directions régionales et des établissements de pénitentiaires consultés</i>	175
<i>Annexe 9 – Compte-rendu de la rencontre des organisations représentatives des professionnels de santé</i>	176
<i>Annexe 10 – Représentativité du réseau des associations intervenant dans et autour de la prison regroupées au sein du « groupe national de concertation prison (CNCP)</i>	182
<i>Annexe 11 – DGS Liste des formateurs régionaux au 30 octobre 2003</i>	184
<i>Annexe 12 – Exemple de programme d'une formation sur 2 journées « Reconnaître et prendre en charge une crise suicidaire »</i>	192
<i>Annexe 13 – Document de la DGS pour recenser les actions de formations à l'intervention de crise suicidaire réalisées dans chaque région</i>	194
<i>Annexe 14 – Liste des sites Internet visités</i>	195
<i>Annexe 15 – Liste de moyens utilisés à l'étranger pour prévenir le suicide en milieu carcéral</i>	197
<i>Annexe 16 - Exemple de guide du formateur pour la formation pour les personnels pénitentiaires</i>	199
<i>Annexe 17 - Exemple de programme pour intervenir auprès de détenus potentiellement suicidaires</i>	203
<i>Annexe 18 - Plan d'une cellule de sécurité - Source : Angleterre</i>	209
<i>Annexe 19 – Fiches d'action</i>	210
<i>Fiche action A : Formation continue à l'intervention de crise suicidaire</i>	211
<i>Fiche action B : Formation initiale à l'intervention de crise suicidaire</i>	213

<i>Fiche action C : Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression</i>	<i>214</i>
<i>Fiche action D – Proposition de document pour évaluer le potentiel suicidaire et prévoir les actions de prévention et d'intervention.....</i>	<i>215</i>
<i>Annexe 20 – Poème d'un détenu endeuillé par suicide</i>	<i>218</i>

1. LA LETTRE DE MISSION

1. La lettre de mission

La lettre de mission, cosignée par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, est reproduite dans les pages suivantes.

Elle est datée du 23 janvier 2003 pour une remise initiale du rapport le 15 septembre 2003.

Ce délai a permis dans un premier temps de réaliser de rassembler et de consulter une documentation nationale et internationale très conséquente, et d'auditionner des personnalités et des représentants d'organismes ayant une compétence sur le sujet. La visite de 17 établissements pénitentiaires a constitué une phase essentielle de la mission, permettant à la fois une connaissance du milieu, une appréciation de l'organisation et des pratiques pour prévenir le suicide. Ce fut aussi l'occasion de mesurer l'acceptabilité de changement à envisager. Le dernier temps fut consacré à la synthèse des informations et à l'élaboration des propositions.

Cette mission a lieu après de nombreuses actions et évaluations réalisées par le ministère de la Justice et dans une période où le ministère de la Santé s'implique de plus en plus dans la prévention du suicide. Après les programmes régionaux de santé et une stratégie nationale lancée en 2000, la loi de Santé publique fait de la prévention du suicide une priorité placée immédiatement après la lutte contre le cancer.

Le Garde des Sceaux
Ministre de la Justice

Le Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées

Paris, le 23 janvier 2003

Monsieur le Professeur,

Durant les vingt dernières années, le nombre de suicides survenus en détention a considérablement augmenté, passant de 39 en 1980 à plus de 100 par an de façon régulière. Cette évolution est préoccupante, même s'il convient pour en prendre l'exacte mesure de rapporter le nombre de suicides à l'effectif moyen de la population détenue. Le taux de suicide pour 10000 détenus est ainsi passé de 10 en 1980, à 24 en 1999 et 2000 et 21,6 en 2001.

Confronté de longue date à ce phénomène, le Ministère de la Justice a engagé une politique de prévention des suicides en détention depuis plusieurs années.

Sur la base de nombreux rapports, de réflexions et d'études, une nouvelle circulaire du 29 mai 1998 a ciblé en direction de l'ensemble des établissements, les axes fondamentaux de la prévention du suicide.

Récemment, de nouvelles réflexions ont été engagées et de nouvelles actions développées, notamment en relation avec "La Stratégie nationale d'actions face au suicide pour 2000-2005" lancée par le ministère de la Santé. Ainsi, le 26 avril 2002, une circulaire interministérielle, complétant celle du 29 mai 1998, a été signée par les ministres de la Justice et de la Santé.

Monsieur le Professeur Jean Louis TERRA
Chef de Service
Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier
95, Boulevard Pinel
69500 BRON

La stagnation du nombre de suicides en milieu carcéral à un niveau élevé nous conduit à décider de vous confier une mission dont l'objet sera d'évaluer les actions mises en place

jusqu'à présent et de proposer les éléments permettant de conduire le développement d'un programme complet de prévention du suicide comprenant notamment les éléments suivants :

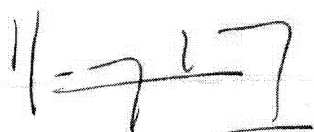
- Les conditions de la formation du personnel pénitentiaire et des autres intervenants dans le champ de la prison (personnels des Services Médicaux Psychologiques Régionaux, membres bénévoles des associations de réinsertion ...) favorisant la compréhension des mécanismes suicidaires, aidant à l'identification des signes annonciateurs du passage à l'acte repérables surtout dans le comportement et l'expression verbale, et permettant une réponse appropriée aux détenus en crise suicidaire ;
- Des procédures d'évaluation des détenus dès leur arrivée sur le lieu de détention et tout au long de l'incarcération, afin d'identifier ceux qui présentent un risque de suicide élevé ;
 - Une méthode favorisant la communication d'une part, entre les membres du personnel pénitentiaire et d'autre part, entre les professionnels sanitaires et pénitentiaires, concernant les détenus à haut risque de suicide et les conditions d'un soutien social en recourant au besoin à des tiers extérieurs au milieu carcéral ;
- Le développement de pratiques internes de liaison entre professionnels pénitentiaires et sanitaires afin de favoriser les évaluations complémentaires du risque suicidaire, la surveillance et la prise en charge sanitaire lorsqu'elle est nécessaire ;
- Une stratégie pour l'analyse des cas de suicide permettant l'identification des facteurs ayant conduit le détenu à la mort, la prévention de l'augmentation du risque de suicide ultérieur et la prise en compte de la souffrance des familles ou des proches des détenus ainsi que des personnels témoins du passage à l'acte.

Vous vous attacherez à mettre en relief d'éventuelles difficultés rencontrées, notamment selon les caractéristiques des détenus accueillis, leur situation pénale, l'environnement carcéral et sanitaire proposé, étant observé que chacun de ces facteurs peut influencer les taux de suicide de façon différente.

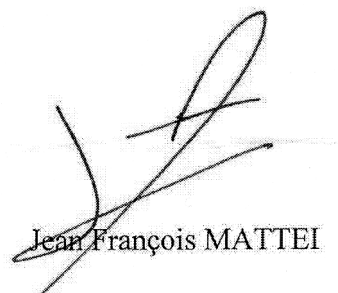
Pour mener à bien votre mission, vous vous appuyerez sur les différents rapports, notamment internationaux, déjà établis en la matière ainsi que sur les orientations de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Vous procéderez en conséquence aux visites, tant en milieu pénitentiaire que sanitaire et aux entretiens qui vous paraîtront nécessaires.

La Direction de l'administration pénitentiaire et la Direction générale de la santé vous apporteront l'aide technique dont vous pourrez avoir besoin. Nous souhaitons la remise de votre rapport et de vos propositions avant le 15 septembre 2003 au plus tard.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



Dominique PERBEN



Jean François MATTEI

- Remerciements -

Cette mission qui nous a été confiée n'aurait pas pu être menée à bien sans l'accueil, le soutien, la confiance, l'expérience et la compétence de centaines de personnes qu'il est impossible de citer et de remercier individuellement ici.

Que tous sachent combien cela a été pour nous un honneur de les rencontrer et de partager, avec eux, ce sujet de la souffrance psychique et du suicide des personnes détenues. La qualité de leur accueil est bien sûr liée à l'importance des autorités qui nous ont missionné, mais certainement aussi au souhait collectif d'apporter les meilleures réponses pour diminuer la fréquence de ce qui est, chaque fois, une catastrophe qui endeuille les familles et les établissements.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

- les personnels de l'Administration pénitentiaire pour leur accueil, les facilités de travail, le fonds documentaire mis à disposition et pour la préparation des visites dans les établissements ;
- les personnels du Ministère de la santé, de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins pour le fonds documentaire rassemblé et pour leur engagement en faveur de la prévention du suicide ;
- les équipes de direction des établissements pénitentiaires pour leur sens de l'accueil et pour nous avoir donné toute latitude pour rencontrer les professionnels et les personnes détenues ;
- les surveillants qui nous expliqué leur travail, leurs préoccupations face à la surpopulation, la détresse des détenus et le traumatisme que représente le suicide ;
- les enseignants ;
- les responsables et les travailleurs sociaux des Services d'insertion et de probation ;
- les responsables et les équipes des Unités de consultation et de soins ambulatoires et des Services Médico-Psychologiques Régionaux, incluant les Centres de Soins Spécialisés aux Toximanes, pour leur accueil lors de nos visites et pour toutes les informations transmises ;
- les Directions des établissements de santé liés par convention aux établissements pénitentiaires ;
- les Directions régionales de l'administration pénitentiaire et les psychologues de ces directions ;

- les responsables des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et des Agences Régionales de l'Hospitalisation ;
- les responsables et professionnels des Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé ;
- les responsables et les membres des différentes associations ayant une action auprès des personnes détenues et de leurs familles ;
- les personnes détenues rencontrées, pour nous avoir accordé de la confiance, donné des informations essentielles sur leurs conditions de vie et de soins en détention et pour nous avoir parfois confié leur détresse ;
- et l'ensemble des personnes auditionnées qui nous ont éclairé sur ce qui, à leur point de vue, pouvait améliorer la vie des personnes détenues, éviter des souffrances inutiles et améliorer la prévention du suicide.

Nous remercions aussi Laurette Da Silva, DAP, pour l'organisation de cette mission, Florence Terra la recherche documentaire, Adeline Magne pour la traduction ainsi que Ghislaine Tureau pour la mise en forme du rapport.

-- Liste des abréviations --

ANAES	A gence N ationale d' A ccréditation et d' E valuation en S anté
AP	A dministration P énitentiaire
ARH	A gence R égionale de l' H ospitalisation
CSST	C entre S pécialisé de S oins aux T oxicomanes
CIP	C onseillers d' I nsertion et de P robation
CODES	C Omité D épartemental d' E ducation pour la S anté
DAP	D irection de l' A dministration P énitentiaire
DDASS	D irection D épartementale des A ffaires S anitaires et S ociales
DRASS	D irection R égionale des A ffaires S anitaires et S ociales
DREES	D irection de la R echerche, des E tudes, de l' E valuation et des S tatistiques
DGS	D irection G énérale de la S anté
DHOS	D irection des H ôpitaux et de l' O rganisation des S oins
ENAP	E cole N ationale de l' A dministration P énitentiaire
GéNEP	G roupement étudiant N ational d' E nseignement aux P ersonnes I ncarcérées
GEPS	G roupe d' E tude et de P révention du S uicide
GFEP	G roupe F rançais d' E pidémiologie P sychiatrique
IGAS	I nspection G énérale des A ffaires S ociales
IGSJ	I nspection G énérale des S ervices J udiciaires
INPES	I nstitut N ational de P révention et d' E ducation pour la S anté
PEP	P rojet d' E xécution de P eine
PRS	P rogramme R égional de S anté
QD	Q uartier D isciplinaire
QI	Q uartier d' I solement
RIEP	R égie I ndustrielle des E tablisements P énitentiaires
SMPR	S ervice M édico- P sychologique R égional
SPIP	S ervice P énitentiaire d' I nsertion et de P robation
UCSA	U nité de C onsultation et de S oins A mbulatoires
UEVF	U nité E xpérimentale de V ie F amiliale
UHSA	U nité d' H ospitalisation S pécialement A ménagée
UMD	U nité pour M alades D ifficiles

2. INSTALLATION DE LA MISSION

2. Installation de la mission

La mission a été annoncée officiellement le 23 janvier 2003, date de la lettre de mission. Nous avons été reçu pour cette mission par Monsieur Dominique Perben, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, le 8 janvier et le 16 juin 2003 et par Monsieur Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées le 18 juin 2003.

Cette mission a été précédée de rencontres préparatoires avec Madame le docteur Alexandra Fourcade, à laquelle a succédé le professeur Gérard Bréart, Conseillers auprès du Ministre de la Santé et de Monsieur Hugues Berbain, Conseiller auprès du garde des Sceaux. Une rencontre avec Monsieur Didier Lallemand, Directeur de l'administration pénitentiaire (AP) a eu lieu le 29 janvier, 2003 et Monsieur Edouard Couty, Directeur des hôpitaux, le 22 avril 2003.

La mission a débuté réellement le 12 février par une rencontre avec Monsieur Xavier Ronsin, chef de service, adjoint au directeur de l'AP et Madame Catherine Pautrat, sous-directrice, et Monsieur Pascal Vion, directeur de cabinet auprès du directeur de l'AP.

L'administration pénitentiaire a mis à notre disposition tous les moyens pour conduire la mission, notamment pour organiser les visites des établissements pénitentiaires. Elle a assuré en totalité la prise en charge des frais de déplacement afférents à la mission. Un dossier comprenant les textes, les actions et les évaluations concernant la prévention du suicide a été remis. La liste des pièces constitutives de ce dossier figure en **annexe 1**.

La Direction générale de la santé par l'intermédiaire du bureau de la santé mentale dont la responsable est Madame Fabienne Debaut et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, bureau O2, dont la responsable est Madame le docteur Elisabeth Rousseau, nous ont remis un dossier important sur la prévention du suicide et ont rassemblé les rapports d'activité et les projets des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). La liste des pièces constitutives de ce dossier figure en **annexe 2**.

Lors des visites d'établissements pénitentiaires nous avons été accompagné, et nous tenons particulièrement à les remercier, des personnes suivantes :

Madame le docteur Dominique de Galard, DAP

Madame Catherine Pautrat, DAP

Madame Elisabeth Couzy, DAP

Madame Geneviève Dantras, DAP

Madame Anne Noëlle Machu, DGS

Monsieur le docteur Michel Gentile, DGS

Monsieur Yves Feuillerat, DHOS

3. CONCEPTS ET METHODES

3. Concepts et méthodes utilisés

Le suicide et sa prévention font appel à des concepts issus de champs nombreux. Les recherches sur le sujet se poursuivent et les connaissances ne sont pas stabilisées. Aucune discipline ne peut avoir un monopole, ni de la connaissance, ni de l'action sur un sujet qui touche les limites extrêmes de la souffrance humaine. Le sujet étant difficile, il serait tentant de croire qu'il y a des spécialistes détenteurs des meilleures réponses.

Les pays, les régions ou les milieux qui ont su conduire avec succès une politique de prévention du suicide ont toujours associé de très nombreuses personnes (100 000 pour un pays comme la Finlande) avec des actions dans des domaines divers. Pour faire le bilan des actions entreprises depuis des années au sein des établissements pénitentiaires, nous sommes référés aux concepts utilisés internationalement pour lutter contre le suicide.

La prévention du suicide repose sur quatre axes d'action :

- **la promotion de la santé** : tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en terme de bien-être physique, psychique et social ;
- **la prévention du suicide** : toutes les actions individuelles et collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide, comprenant l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques susceptibles de créer une souffrance majeure ainsi que toutes les mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- **l'intervention en cas de crise suicidaire** comprenant les actions appropriées à chacune des étapes de la crise : la phase d'idéation, la phase où le suicide devient une intention et la phase de programmation de l'acte suicidaire ;
- **la postvention** suite à un suicide : ensemble des actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré des secours, ceux qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, codétenus, professionnels) et pour limiter le phénomène d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables.

Dans le cadre précis de cette mission, nous proposons d'inclure dans la promotion de la santé tout ce qui est :

- en faveur de la santé positive ;
- tout ce qui vise à réduire au mieux les souffrances propres à l'incarcération ;
- et aussi tout ce qui limite les dysfonctionnements et les anomalies, sources de souffrances inutiles et évitables.

- Trajectoire de la personne détenue et approche par processus

Lors des visites des établissements, effectuées dans le cadre de la mission, une perspective dynamique a été utilisée pour évaluer comment est construite la sécurité et apprécier dans quelle mesure sont ordonnés les points forts et les points faibles.

L'examen du parcours du détenu est le fil conducteur des visites. L'objectif est d'être de percevoir au mieux les perspectives de l'ensemble des personnes, que ce soit les détenus ou les différents intervenants. Une attention particulière a été portée au vécu des personnes détenues dans ce parcours et aussi à celui des professionnels.

Des informations et des faits ont été recueillis au long de cette trajectoire, incluant l'amont immédiat de la détention jusqu'au projet de sortie, pour les éléments suivants :

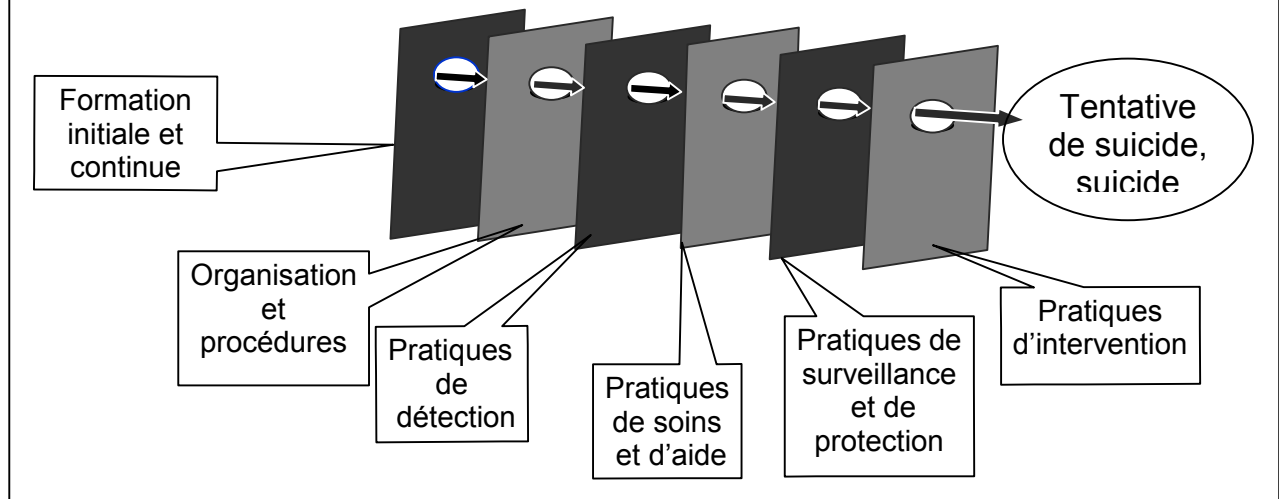
- le développement de sa souffrance avec ses différentes formes d'expression ;
- l'organisation prévue pour détecter cette souffrance et protéger le détenu ;
- les différents professionnels et bénévoles qui se situent sur ce parcours avec leurs compétences, leur formation initiale et continue, les interventions pour détecter et protéger ;
- les actions réalisées dans cet objectif : nature, fréquence, caractère systématique ou aléatoire, problèmes de qualité, dysfonctionnements.

Le recueil d'informations est réalisé lors des visites d'établissement en empruntant physiquement ce parcours. Les méthodes de recueil sont : l'observation, l'écoute, le questionnement, le dialogue, des entrevues avec des membres du personnel et des détenus, le recueil de documents. Les aspects fondamentaux de la prévention sont ainsi appréciés par plusieurs canaux d'information. La stabilité et les variations du processus de détection protection ont été examinées 17 fois, consécutivement au cours de nos 17 visites d'établissement, l'objectif étant d'identifier les points forts et les points faibles pour faire des recommandations les plus à même d'améliorer le processus général de prévention.

Le **schéma 1** indique les éléments essentiels afin que fonctionne le processus de détection protection pour prévenir le suicide. Si les lacunes ou déficiences sont alignées, une personne détenue en crise suicidaire risque de ne pas bénéficier des actions pertinentes. L'examen des textes qui structurent la prévention du suicide au sein des établissements pénitentiaires et des supports d'information utilisés ainsi que les visites, les entretiens et les auditions ont servi de base pour apprécier cette « construction de la prévention ».

Schéma 1 : représentation des défaillances potentielles dans un système de détection protection pour la prévention des suicides

Source adaptée : Terra JL : Le suicide : entre destin tragique et défaillance organisationnelle. L'Information Psychiatrique, n°5, 2002, 493-496.



- Le processus suicidaire

La connaissance du processus suicidaire est importante pour concevoir la prévention du suicide et pour construire le dispositif adapté. Plusieurs faits méritent d'être rappelés¹ :

- la crise suicidaire débute lorsque le suicide devient une solution face à la souffrance ;
- la crise a des étapes identifiables qui définissent le degré d'urgence (**schéma 2**) ;
- elle a une durée moyenne de 6 à 8 semaines, elle peut se développer plus rapidement chez les personnes qui sont fragilisées par une maladie mentale et/ou en cas d'antécédents de tentative de suicide ;
- les personnes font en général tout pour éviter d'en arriver jusqu'à l'exécution de leur intention ;
- de ce fait la crise est un équilibre métastable, réversible jusqu'au dernier instant, les personnes appelant souvent au secours quand leur geste n'est pas immédiatement mortel ;
- en population générale (**schéma 3**) on estime qu'environ 4% de la population vit une crise suicidaire chaque année ;
- la très grande majorité des personnes en crise suicidaire ne font pas de tentatives, mais le taux de tentatives varie beaucoup selon l'âge, le sexe et la présence ou non de troubles psychiques ;
- parmi les personnes qui font une tentative, l'immense majorité en réchappe, mais le taux de rescapés dépend très fortement du moyen de suicide employé.

¹ Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Fédération française de psychiatrie, Paris, 2001, 45p. <http://psydoc-fr.broca.inserm> ; <http://www.sante.gouv.fr>

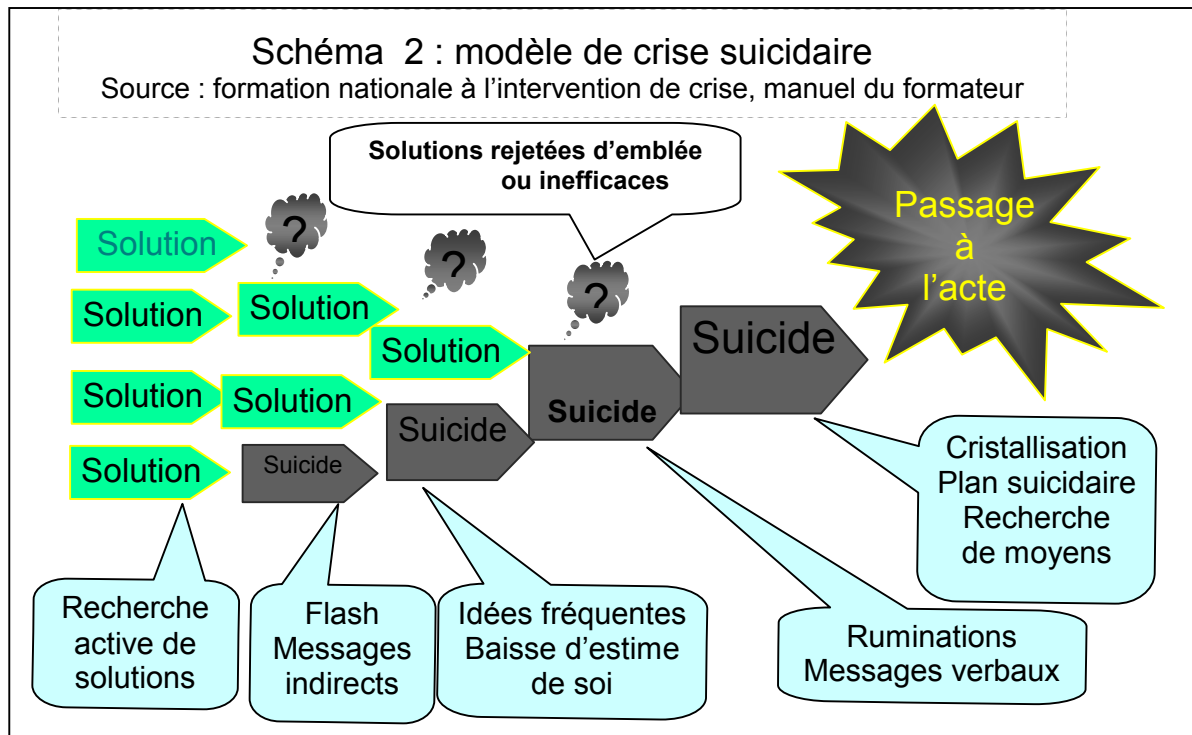


Schéma 3 : rapport entre la prévalence annuelle de suicide, de tentative de suicide et d'idéation suicidaire en population générale (d'après A Lesage)

- Idéation : 4000 pour 100 000 personnes
- Détection protection 
- Tentative : 300 pour 100 000
- Détection protection 
- Suicides : 17 pour 100 000 personnes

Pour la population pénitentiaire ces taux sont multipliés à chaque niveau, et plus particulièrement pour le suicide en raison de la létalité des moyens utilisés. Le coefficient de sur suicuidité, qui est le facteur multiplicatif entre le taux de suicide en prison par rapport à la population générale, varie de 4,1 à 24 dans les différents pays européens (source PMJ1 DAP, 1998). La France se situe en position médiane avec un coefficient autour de 12 mais avec un taux de suicide élevé en population générale même s'il diminue régulièrement en population générale depuis 1996. En 2002, le taux de suicide est 228 pour 100 000 détenus, l'usage étant en milieu pénitentiaire d'utiliser des taux sur 10 000 détenus soit 22,8, la population carcérale étant inférieure à 100 000 personnes.

Cette approche est complétée par les éléments d'analyse qu'apporte la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral. Cette commission tente d'apporter un éclairage sur ce qui pu se passer dans les jours qui ont précédé le suicide des personnes détenues.

- Le processus de prévention dans son contexte

Les établissements pénitentiaires, de par leur structuration de plus en plus complexe dans le souci d'apporter le maximum de services aux personnes détenues, sont des lieux multi cloisonnés, les cloisons n'étant pas que des portes à ouvrir. La gestion et la prévention d'un risque, et surtout celui qui a trait à la souffrance humaine, constituent un défi car elles imposent une **collaboration et une synchronisation** des services, des acteurs, des actions, notamment grâce à une fluidité, une fiabilité et une rapidité des circuits d'information et de transmission. Cette synchronisation doit être simultanée en cas d'urgence ; elle est aussi dans la succession cohérente d'actions **pour être non seulement simultanément ensemble mais aussi successivement ensemble autour d'un détenu en détresse.**

Nous avons été très vigilant au cours de la mission :

- aux représentations, aux conceptions et aux discours, aux **mythes** à propos du suicide et de sa prévention ;
- au fait que la prévention du suicide est en rapport direct avec **le statut des signaux faibles dans l'établissement et avec leur traitement** ;
- à la **souplesse d'adaptation, à la réactivité et à la mobilisation** des personnes et des organisations face aux signes de détresse et aux signaux d'alerte.

- Les références et recommandations

Les recommandations existantes dans les pays qui conduisent depuis des années des politiques de prévention du suicide pour les personnes détenues constituent un fonds de connaissances, d'expérimentations et d'actions considérable. La liste des sites Internet consultés figurant en annexe montre l'importance du sujet. Les missions réalisées par la Direction de l'administration pénitentiaire conduites à l'étranger avaient déjà fait largement entrevoir les différentes approches possibles. Le document de l'Organisation Mondiale de la Santé « La prévention du suicide : indication pour le personnel pénitentiaire »² est un exemple de synthèse de recommandations.

Les écrits des personnes détenues

Les ouvrages écrits par les détenus sont nombreux³. Ils nous ont permis d'appréhender le vécu en détention et nous ont servi pour préparer les visites. La DAP a mis à notre disposition les dossiers de l'enquête administrative conduite après un décès par suicide et les lettres éventuellement laissées par les personnes décédées.

² La prévention du suicide : indications pour le personnel pénitentiaire, Organisation mondiale de la santé, Genève 2002, 22p.

³ En particulier, « Paroles de détenus », sous la direction de Jean-Pierre Guéno, éd Libro France Bleu, Paris, 2002, 189p. et « Evasions de plumes Poèmes et récits de détenus », Ed Autres Temps, Marseille, 2003, 147p.

4. LA CONDUITE DE LA MISSION : LE PROGRAMME DE TRAVAIL

4. La conduite de la mission : le programme de travail

La mission étant à la demande de deux ministres, un soin tout particulier a été porté pour la conduire de façon équilibrée entre les deux ministères et les structures sous leurs responsabilités qui n'ont pas une position symétrique face au problème du suicide et à sa prévention. Si les suicides ont toujours lieu en détention, sauf en cas d'hospitalisation, le positionnement des différents et nombreux acteurs pour concevoir, organiser, réaliser, évaluer et assurer les résultats de la prévention, est relativement complexe.

Cette mission vient à la suite de plusieurs missions, inspections, rapports, enquêtes et publications sur le milieu pénitentiaire, la santé des détenus et les mesures à prendre pour conduire des améliorations. L'absence d'une inflexion du nombre de suicide malgré la multiplicité des documents, des textes réglementaires, des actions engagées, conjuguée à la pression exercée par le regard soutenu des médias sur ce phénomène crée une forte tension.

En raison de ce contexte, la mission a été conduite pour mettre en avant les points forts et les points faibles de tout ce qui est déjà fait mais aussi pour préparer, au mieux, les changements à conduire dans les années suivantes, si les propositions de ce rapport sont acceptées. L'objectif, au-delà d'un bilan statique, est de susciter une dynamique qui est déjà initiée dans la lettre de mission.

4.1. L'examen des documents

Les documents relatifs au suicide et à sa prévention et à l'évaluation des actions mises en place des actions constituent une masse documentaire impressionnante. Un dossier rassemblant ces éléments nous a été remis par la DAP le 29 janvier 2003.

Un dossier comportant les textes et actions conduites par le ministère de la santé a été remis par la DHOS et la DGS le 16 avril 2003. Il a été complété par les rapports d'activité, 2001 et parfois 2002, et les projets de service des SMPR.

De nombreux documents nous ont été remis lors de nos visites et des auditions. Ce sont, par exemple, les documents créés par les établissements pénitentiaires et leurs partenaires sanitaires et sociaux. Le monde associatif a produit aussi de nombreux textes et supports à destination des personnes détenues et de leur famille et entourage.

Plusieurs détenus nous ont apporté spontanément une contribution, ayant été informés de notre mission. Qu'ils soient remerciés pour ces témoignages émouvants et très précis.

Tous les textes mis à notre disposition ne font pas l'objet d'une description et d'une analyse dans ce rapport dans la mesure où leur champ n'était pas immédiatement en lien avec la prévention du suicide. Il en est de même des documents qui ont été cités souvent à de nombreuses reprises en raison de leur valeur dans les missions et groupes de travail précédents.

Nous avons examiné aussi les documents étrangers sur ce thème et choisi de présenter des extraits traduits afin de montrer le niveau d'avancement de quelques pays.

4.2. Les auditions

Les auditions ont été réalisées soit à la demande des personnes qui ayant été informées de la mission nous ont contacté spontanément soit elles l'ont été à notre initiative. Le nombre de personnes désireuses de s'exprimer sur le sujet nous a semblé sans limite tant ce sujet est partagé par presque tous ceux qui jouent un rôle auprès des personnes détenues et de leur famille.

D'une façon générale, les personnes auditionnées ont insisté sur de nombreux points convergents liés aux conditions de détention et aux lacunes dans le système de soins. Très peu nous ont fait des propositions ayant trait directement à la prévention du suicide, c'est-à-dire pouvant avoir une influence directe sur le taux de suicide.

La plupart ont insisté sur les contraintes liées au système et sur tout ce qui peut augmenter inutilement la souffrance des détenus. La réduction de ces facteurs importants est reprise dans nos propositions en sachant qu'ils ont été déjà largement inclus dans les rapports antérieurs.

Les informations recueillies lors des auditions sont incluses dans les commentaires ayant trait aux documents examinés et aux visites des établissements. Plus les personnes connaissent bien la vie des établissements, plus leurs points de vue sont nuancés et évitent toute généralisation.

4.3. Les visites d'établissement

Nous avons choisi les d'établissements à visiter selon les critères suivants :

- inclure chaque Direction régionale de la France métropolitaine ;

- associer maisons d'arrêt et centres de détention ;
- inclure des établissements anciens, et des établissements des programmes 13000 et 4000 ;
- de taille variable ;
- avec ou non des suicides dans les années précédentes ;
- étant ou non des sites pilotes pour la prévention du suicide.

Nous avons choisi de visiter 17 établissements afin d'examiner de façon itérative le processus de détection protection dans des contextes différents. La mission imposant de proposer des solutions applicables à l'ensemble des établissements pénitentiaires français et non aux seuls visités, la recherche des invariants tant du point de vue des points forts que des points faibles a été l'objet essentiel des visites.

Mais les visites ont été surtout pour nous l'occasion de rencontrer des collectivités qui travaillent avec des missions et des conditions extrêmes. Cet aspect est le plus fascinant et le plus émouvant. Les facilités de contact qui nous ont été octroyées ont permis d'avoir des échanges très riches. A la fin de cette mission, nous devons avouer que notre vision du monde pénitentiaire, avant notre mission, était pauvre et d'une grande inexactitude.

Si certains des aspects de la vie en détention que nous avons constatés résonnent bien avec les stéréotypes, il nous était difficile d'imaginer que beaucoup de choses peuvent se passer pas trop mal et certaines pour le mieux. En revanche, sur le plan de la prévention du suicide, la mission nous a permis de repérer des anomalies jusque là non identifiées comme telles.

5. LES CONSTATS AU TRAVERS DES DOCUMENTS

5. Les constats au travers des documents

Nous avons choisi de commenter de façon détaillée les principaux documents et textes élaborés en France pour mieux prévenir le suicide en lieu pénitentiaire. Cette masse documentaire est considérable par rapport aux documents rédigés pour la prévention en milieu ouvert ou encore à l'hôpital ou en maison de retraite, surtout, si l'on tient compte que le suicide en prison représente environ 1 % de l'ensemble des morts par suicide. L'exercice est fastidieux mais nécessaire en raison des efforts conduits depuis des années

5.1. Les données sur le suicide des personnes détenues : données 2001-2002 (septembre 2003)

L'Administration pénitentiaire dispose dans sa sous-direction des Personnes Placées sous Main de Justice (PMJ) un Bureau des Etudes, de la Prospective et des Méthodes. Ce bureau réalise chaque année plusieurs études et bilans qui ont trait au suicide et aux actions conduites pour le prévenir.

- **Le choix a été fait d'enrichir le commentaire de ce rapport avec des données provenant d'autres pays pour pointer les difficultés partagées.**
- **Les citations figurent en caractères italiques.**

L'Administration pénitentiaire suit les suicides et les tentatives de suicide au jour le jour comme les agressions ou d'autres incidents ou accidents en détention. Le bilan annuel est très détaillé et comprend une étude descriptive des suicides et de leurs circonstances, des personnes décédées et de leur profil sociodémographique et pénal. Cette étude est complétée par l'analyse des enquêtes effectuées par l'Administration pénitentiaire après chaque suicide. Ceci permet de savoir si la personne avait été repérée comme à risque de suicide et/ou comme fragile ainsi que les événements qu'elle avait vécus, sa prise en charge et la surveillance dont elle bénéficiait.

Même si ce document vise à donner une vue d'ensemble sur le phénomène suicide, donc en utilisant les statistiques, l'analyse de chaque paramètre donne lieu à des évocations de certains cas ou situations. **Des passages de lettres laissées par les détenus sont reproduits comme tel ou tel point soulevé par les personnels pénitentiaires de l'établissement concerné dans leur rapport. Ainsi, ce rapport très rigoureux rend bien compte de la souffrance qui conduit au suicide et des difficultés pour le prévenir.**

Mais ce rapport présente une lacune majeure, car il est vide de toute information fournie par les personnels sanitaires sur la santé du détenu et sa prise en charge. Il est normal que ces informations ne figurent pas dans ce document, mais il est anormal de ne pas disposer d'une autre analyse dans une perspective de santé publique.

Il est certain que le pendant sanitaire au bilan pénitentiaire fait cruellement défaut pour comprendre ce qui s'est passé, si le dispositif de détection protection a normalement fonctionné et s'il y avait un potentiel de prévention inexploité. Ce bureau de PMJ1 fondant son analyse sur les mêmes documents qui sont traités par la Commission centrale de suivi des suicides, nous allons retrouver la même lacune au niveau de cette dernière.

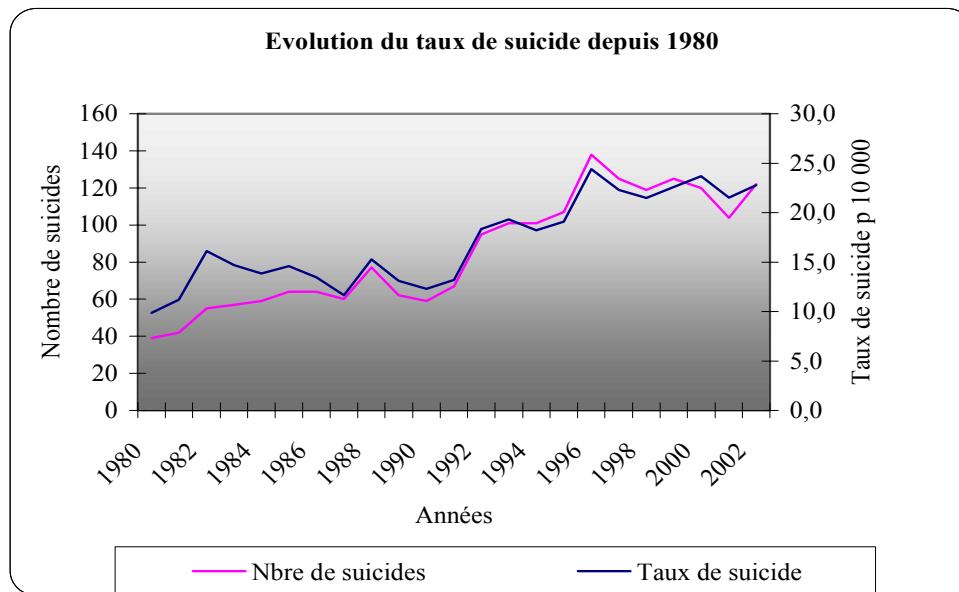
Le ministère de la santé doit construire un système de recueil et d'analyse portant sur les suicides survenus en détention. Il serait même envisageable que ce système soit similaire et/ou commun avec l'analyse des décès survenant en établissement de santé. Certains suicides de personnes détenues surviennent d'ailleurs lors de leur hospitalisation.

Les seules informations d'ordre sanitaire sont celles citées par les rapporteurs de l'événement. Ce sont de façon non constante la connaissance d'antécédents de suicide, le repérage ou non du risque de suicide, la mise en surveillance spéciale, le fait que le détenu soit doublé pour cette raison et sur l'existence d'un suivi médical, spécialisé ou non, paramédical ou psychologique.

Le rapport sur le suicide en 2001-2002 des personnes détenues contient de nombreuses données qui permettent de décrire la nature et l'ampleur de ce problème de santé publique. Le nombre total de suicide est de 122 pour 2002, de 104 en 2001 et était seulement de 39 en 1980, 59 en 1990 avec un pic de 136 en 1996. Le nombre de suicides est rapporté à la population moyenne détenue qui a augmenté de 11 % en 2002, soit 48 318 en 2001 et 53 510 en 2002. Le taux de suicide est ainsi pour 10 000 personnes détenues de 21,5 en 2001 et 22,8 en 2002.

Ce rapport indique que les données du premier semestre 2003 doivent laisser envisager un nombre de décès par suicide encore supérieur, estimé autour de 139. L'évolution du nombre de décès par suicide et du taux pour 10 000 personnes détenues figure dans le **graphique 1** suivant qui est issu de la DAP-EMS1.

Graphique 1 : Evolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980 en métropole et en outre mer pour les personnes détenues



Source : Statistiques des suicides, DAP-EMS1

Un tel graphique montre bien la tendance du phénomène qui oscille à des niveaux élevés depuis 1994. Le nombre de mesures prises par l'Administration pénitentiaire que nous allons aborder en examinant la succession de groupes de travail, de missions et de circulaires (29 mai 1998 et 26 avril 2002) démontre une très forte volonté pour améliorer la prévention.

Il nous appartient et ce n'est pas la question la plus facile de comprendre pourquoi cette débauche de mesures n'a pas abouti à une réduction nette du phénomène. On pourrait bien sûr penser que la prévention du suicide n'existe pas ou tout du moins qu'elle est totalement inefficace quelles que soient les actions entreprises. Ceci n'est bien sûr pas notre point de vue et nous tenterons de le démontrer.

Avec les statistiques que produit la DAP nous disposons d'un indicateur bien plus fiable qu'en population générale où une sous-estimation du suicide serait de l'ordre de 20 %, car une autopsie est inconstamment pratiquée alors qu'elle est systématique en milieu pénitentiaire, l'administration pénitentiaire vérifiant régulièrement que l'ensemble des comptes-rendus d'autopsie lui parvient.

La faiblesse du nombre de décès liés à d'autres causes en milieu pénitentiaire et le système d'analyse en place réduit au mieux le risque d'erreur d'attribution.

Cependant, il peut y avoir des cas rares, comme en milieu ouvert, où il est difficile de trancher entre décès suite à une mise en danger sans intention de succomber et décès intentionnel.

Il serait plus exact de rapporter les décès au nombre de personnes incarcérées car il n'est pas licite de le rapporter à un nombre de places occupées en moyenne. Le rapporter au flux des entrants est valable dans la mesure où la durée moyenne de détention est inférieure à un an (elle est d'un peu plus de 7 mois). Mais ceci n'est pas valable pour les centres de détention où les peines s'étendent sur plusieurs années. Les comparaisons internationales devraient tenir compte de la durée moyenne en détention. Si la situation de la France pourrait être relativisée en raison de la longueur des peines, ce qui importe avant tout est le nombre de vies perdues prématurément.

Pour 67 308 entrants en 2001, on dénombre 104 suicides soit un taux de 1,54 pour mille et de 81 533, en 2002, pour 122 suicides soit un taux de 1,49 pour mille entrants. Dans le même temps, la proportion de prévenus a augmenté en passant de 33,7 % au 1^{er} janvier 2001 à 37,6 % au 1^{er} janvier 2003.

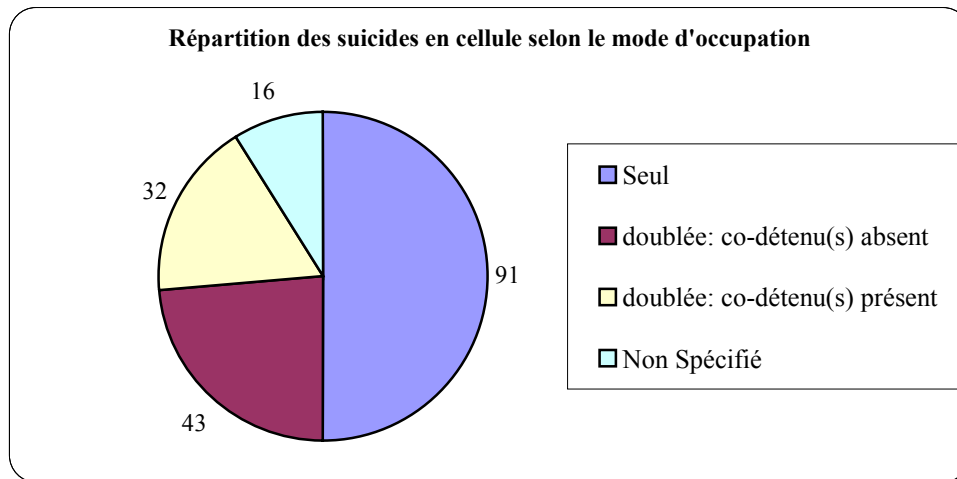
Quoiqu'il en soit, nous préconiserons l'attitude adoptée pour la sécurité routière qui est de compter le nombre total de vies perdues et de ne pas le rapporter à un dénominateur (nombre de véhicules, nombre de personnes transportées, de kilomètres parcourus...) soit pour notre domaine : nombre moyen de détenus, nombre d'entrants, nombre d'années en détention. L'utilisation de dénominateurs est à réserver aux fins d'analyse du phénomène pour améliorer la prévention.

Le dernier document produit par la DAP porte sur la population décédée en 2001 et en 2002, soit 226 personnes détenues. Ce document constitue à lui seul une très bonne description du problème et de sa prévention. Les personnes décédées et les circonstances de leur suicide sont décrites avec détails pour :

- l'heure de découverte du corps, avec 23,9 % découverts entre 5h00 et 7h00 et 22 % entre 15h00 et 17h00, heure des promenades ;
- le jour de la semaine, avec plus de suicide en début de semaine et moins le dimanche ;
- le mois, avec plus de suicide en août et en septembre ;
- le lieu, qui est la cellule dans 80 % des cas.

Le **graphique 2**, est intéressant pour savoir avec quelle fréquence la personne décédée était seule en cellule ou si le ou les codétenus étaient présents ou absents lors du suicide.

Graphique 2 : Répartition des suicides en cellule



Source : Statistique des suicides, DAP-EMS1

La moitié des personnes décédées occupaient seules leur cellule et la presque la moitié de celles qui étaient avec des co-détenus ont profité de leur absence pour mettre fin à leurs jours. Si le geste a lieu en présence des co-détenus, c'est essentiellement la nuit pendant leur sommeil.

Vingt-quatre suicides ont été enregistrés au quartier disciplinaire soit 11 % de l'ensemble des suicides. Pendant ces deux dernières années, on note une tendance à la diminution puisque 40 décès avaient été enregistrés au cours des années 1998 et 1999, qui représentaient 16,6 % des suicides. Le fait que le détenu soit placé au quartier disciplinaire en prévention, c'est-à-dire dans l'attente de connaître la durée de la sanction, est une situation qui se présente pour 7 suicides sur 24.

La durée de la sanction, notamment lorsqu'elle est supérieure à 30 jours a été identifiée comme un facteur précipitant le passage à l'acte. Des lettres laissées par des détenus vont dans ce sens, indiquant qu'ils ne peuvent pas endurer une sanction aussi longue.

Le mode de suicide est la pendaison pour 92 % des décès. Les intoxications médicamenteuses diminuent de 7,1 % à 3,5 % entre 1998-99 et 2000-01. Les précautions pour éviter le stockage de médicaments semblent efficaces.

5.1.1. Les caractéristiques des personnes suicidées

- **Le profil sociodémographique pour l'âge, le sexe et la nationalité**

Nous reprenons ici les données de l'Administration pénitentiaire qui sont très semblables à celles des autres pays quant aux caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide. La comparaison avec la population générale nécessiterait une stratification car la pyramide des âges des détenus diffère de celle de la population d'un pays. Ces données, contenues dans le **tableau 1**, montrent que le taux de suicide croît avec l'âge mais que le taux des moins de 18 ans est élevé alors qu'il est faible en population générale soit, en 1999 de 7,5 pour 100 000 habitants. Pour cette tranche d'âge, le taux de suicide en détention est plus de 20 fois supérieur au taux moyen de cette tranche d'âge. Mais nous ne disposons pas de données sur le taux de suicide pour des sujets de cet âge et porteurs des mêmes facteurs de risque que ceux qui sont détenus en France. De ce fait, il n'est pas possible d'apprécier l'ampleur exacte du caractère suicidogène de la détention. L'intérêt de ce débat est atténué par le fait que, quel que soit le réseau de causes du suicide, l'objectif est de le diminuer au mieux son niveau actuel. Nous reproduisons cependant des données comparatives (**tableau 1 bis**) de la surmortalité par suicide des personnes détenues et de personnes sous main de justice mais non incarcérées en Angleterre et au Pays de Galles.

Tableau 1 : Répartition des suicidés selon différentes variables sociodémographiques

Champ: métropole et outre mer

Source: Statistique trimestrielle au 01/01/2002 (PMJ1), rapports suicides (EMS1) en 2001-2002

	Suicides en 2001/2002		Population au 01/01/2002		Taux de suicide pour 10 000
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Sexe	226	100,0	48 594	100,0	23,3
Femmes	9	4,0	1 715	3,5	26,2
Hommes	217	96,0	46 879	96,5	23,1
Age	226	100,0	48 594	100,0	23,3
- de 18 ans	3	1,3	826	1,7	18,2
18 à - de 21 ans	9	4,0	4 405	9,1	10,2
21 à - de 25 ans	27	11,9	7 926	16,3	17,0
25 à - de 30 ans	44	19,5	8 763	18,0	25,1
30 à - de 40 ans	66	29,2	12 817	26,4	25,7
40 à - de 50 ans	49	21,7	8 340	17,2	29,4
50 à - de 60 ans	18	8,0	3 952	8,1	22,8
60 ans et plus	10	4,4	1 565	3,2	31,9
Age moyen	36,3 ans		34,2 ans		
Nationalité	226	100,0	48 594	100,0	23,3
Français	183	81,0	38 087	78,4	24,0
Etrangers	43	19,0	10 507	21,6	20,5

Le taux de suicide en population générale qui est trois fois moindre pour les femmes puisqu'il était de 8,8 pour 100 000, en 1999, contre 27,1 pour les hommes, est très supérieur en détention puisqu'il s'élève à 26,2 pour 10 000 contre 23,1 pour 10 000 pour leurs homologues masculins. **Nous précisons, afin d'éviter toute erreur de lecture, que l'habitude est**

d'utiliser des taux pour 10 000 en milieu pénitentiaire et pour 100 000 en population générale.

Tableau 1 bis : taux de mortalité par suicide/mort auto-infligée et indice comparatif de mortalité volontaire (ICM) et de suicide chez les prisonniers, les délinquants non incarcérés, de sexe masculin, et au sein de la population générale (Angleterre et Pays de Galles : 1996 - 1997)

	Population générale	Délinquants (1)	Détenus (2)
Taux en 1996 (3)	13,6	98,4	101,9
Taux en 1997	13,4	109,6	87,3
ICM (4) en 1996	100	977,0	922,0
ICM en 1997	100	1 307,0	800,0

Source : <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/elmh/nelmh/suicide/prison/>

(1) Délinquants affectés à des travaux d'intérêt général ou en liberté surveillée et relevant des administrations carcérales anglaise et galloise.

(2) Ces taux sont calculés à partir d'une moyenne du nombre de prisonniers incarcérés chaque année (53 019 en 1996 et 58 439 en 1997).

(3) Taux pour 100 000 personnes par an.

(4) Les indices comparatifs de mortalité volontaire sont des pourcentages, en 1996 le taux de suicide chez les délinquants non incarcérés est 977 % plus élevé qu'en population générale (indice 100).

Il serait important de savoir si en France les taux de suicide sont aussi proches entre les personnes en liberté surveillée ou affectés travaux d'intérêt général et les personnes détenues.

5.1.2. Le profil pénal des suicidés

En 2001-2002, selon le **tableau 2**, près de la moitié (47,3 %) des personnes détenues qui se sont suicidées étaient prévenues alors que la part des prévenus au sein de la population carcérale était de 33,2 % au 1^{er} janvier 2002. Le taux de suicide des personnes en attente de jugement s'élève à 33,2 p 10 000 alors qu'il n'est que de 18,3 p 10 000 pour les personnes condamnées.

L'imminence et l'appréhension du jugement, tout comme l'incertitude de la durée de la peine constitueraient des facteurs déclencheurs du passage à l'acte.

Tableau 2 : Répartition des suicidés selon différentes variables pénales

Champ: métropole et outre mer

Source: Statistique trimestrielle au 01/01/2002 (PMJ1), rapports suicides (EMS1) en 2001-2002

	Suicides en 2001/2002		Population au 01/01/2002		Taux de suicide pour 10 000
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Catégorie Pénale	226	100,0	48 594	100,0	23,3
Prévenus	107	47,3	16 124	33,2	33,2
Condamnés	119	52,7	32 444	66,8	18,3
CPC	0	0,0	26	0,1	0,0
Condamnés en procédure	119	100,0	32 444	100,0	18,3
Correctionnelle	73	61,3	24 366	75,1	15,0
Criminelle	46	38,7	8 078	24,9	28,5
Condamnés: quantum en cours	119	100,0	32 444	100,0	18,3
- de 6 mois	18	15,1	4 202	13,0	21,4
6 mois à – d'1 an	12	10,1	5 099	15,7	11,8
1 an à - de 3 ans	24	20,2	6 599	20,3	18,2
3 ans à moins de 5 ans	9	7,6	3 300	10,2	13,6
5 à - de 10 ans	18	15,1	4 973	15,3	18,1
10 à - de 20 ans	23	19,3	6 709	20,7	17,1
20 ans et +	9	7,6	984	3,0	45,7
RCP	6	5,0	578	1,8	51,9

Au sein même de la population prévenue, le taux de suicide est particulièrement élevé pour les prévenus en procédure criminelle puisqu'il atteint 42,2 contre 19,9 pour 10 000 pour les prévenus en procédure correctionnelle. Bien que le taux de suicide des condamnés soit nettement inférieur (18,3 p 10 000) à celui des prévenus, il varie sensiblement selon la procédure (correctionnelle ou criminelle), le quantum et l'infraction. Lorsque la condamnation a été prononcée, le taux de suicide est plus élevé pour les condamnés en procédure criminelle (28,5 p 10 000 contre 15,0 p 10 000 pour les condamnés en correctionnelle).

Par ailleurs, les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés parmi les condamnés à une peine supérieure à 20 ans (45,7 p 10 000) et parmi les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité. Le lien statistique entre le taux de suicide et le quantum de peine est complexe, puisque le taux de suicide des détenus condamnés à une peine inférieure à 6 mois (21,4 p 10 000) est supérieur au taux de suicide de l'ensemble des condamnés (18,3 p 10 000).

Le **tableau 3** apporte des indications importantes sur l'influence de la nature du crime ou du délit sur le taux de suicide.

Les condamnés pour crimes de sang semblent davantage exposés au risque du suicide puisque le taux de suicide s'élève à 40,6 p 10 000. Cette infraction regroupe 23 % des condamnés qui se sont suicidés en 2001-2002 alors même qu'elle ne représente que 10 % de la population carcérale condamnée au 1er janvier 2002.

Il apparaît que, quelle que soit la situation pénale du détenu (prévenu ou condamné), le taux de suicide est particulièrement élevé : pour les meurtres, assassinat, parricide, infanticide (77,2 p 10 000), pour les viols (46,1 p 10 000) et en matière délictuelle : pour les coups et blessures volontaires avec circonstances aggravantes (56,2 p 10 000), pour les atteintes et outrages à la pudeur sur mineur (27,6 p 10 000) et pour les vols avec violence (26,4 p 10 000).

Tableau 3 : Répartition des suicides selon les crimes ou délits

Champ: métropole et outre mer

Source: Statistique trimestrielle au 01/01/2002 (PMJ1), rapports suicides (EMS1) en 2001-2002

	Population présente*	Suicides en 2001/2002	Taux de suicide p 10 000
Crime	17 462	131	37,5
Meurtre, assassinat, parricide, infanticide	3 887	60	77,2
Viol sur adulte	2 168	20	46,1
Viol sur mineur	6 269	30	23,9
Délits	31 132	95	15,3
ILS	6 766	15	11,1
Délit contre les personnes	4 081	14	17,2
- dont CBV avec const.aggrav.(sf mineur)	1 157	13	56,2
Atteintes aux mœurs	2 115	8	18,9
- dont atteintes outrage à la pudeur sur mineur	905	5	27,6
Atteintes aux biens	13 662	45	16,5
- dont vol avec violence	2 466	13	26,4
Autres délits	2 232	13	29,1
Délits politiques	1 227	2	8,2
Délits à exécution d'une décision judiciaire	78	0	0,0
Condamnation état ivresse	972	0	0,0
Ensemble	48 594	226	23,3

* Source: FND en métropole et outre mer

5.1.3. Les situations de fragilité liées aux événements

Le document aborde ensuite la question de la fragilité des personnes décédées en fonction des événements familiaux et sociaux survenus et repérés. L'analyse des rapports concernant les personnes décédées apporte de nombreux facteurs qui ont été mis en évidence comme suicidogènes dans le milieu ordinaire et qui sont aussi à l'œuvre dans le milieu pénitentiaire.

Ce sont :

- les séparations, si bien que les personnes qui déclarent vivre en couple ont un risque un peu plus élevé, (**11 % des détenus en couple vivent une séparation dans le premier mois de détention**) ;

- *l'éloignement familial qui est un facteur de fragilisation des relations et qui peut conduire à un sentiment d'abandon ;*
- *l'isolement, **un tiers des détenus suicidés n'avaient aucune visite et un quart aucune correspondance** selon les spécifications des rapports produits ;*
- *la rupture sociale avec le statut antérieur, les personnes ayant fréquenté le secondaire ou ayant un emploi ont un taux de suicide plus élevé.*

Les événements judiciaires et de la vie pénitentiaire constituent aussi des facteurs qui sont depuis longtemps identifiés. Ce sont :

- *l'incarcération, avec la notion de « **choc carcéral** », 9 % des suicides sont réalisés pendant la première semaine, 17 % pendant le premier mois, 34 % durant les trois premiers mois ;*
- *la nature de l'infraction comme cela est mentionné plus haut ;*
- *l'approche du jugement ;*
- *la condamnation (notion de « choc de la condamnation » de Nicolas Bourgoïn), avec 12,6 % des condamnées qui se donnent la mort dans le premier mois de leur peine cette dernière étant dans 50 % des décédés inférieure à un an ;*
- *l'approche de la libération, avec 27 % des personnes décédées ayant un reliquat de peine inférieur à six mois et 7 % inférieur à 1 mois ;*
- *le transfèrement dans un autre établissement pénitentiaire, peut être un facteur déclenchant lorsqu'un celui-ci est incompris suite à des problèmes de discipline, de suspicions d'évasion ou par manque de place dans le cadre d'opérations de désencombrement ;*
- *le refus d'aménagement de peine, ou encore l'émergence d'une ancienne affaire peut représenter un facteur que le détenu ne peut plus supporter.*

Nous ajoutons dans l'encadré ci-dessous les événements pouvant augmenter la souffrance et la détresse et susceptibles de survenir dans la vie d'une personne détenue doivent être bien connus. Les événements passés ont un rôle ainsi que les événements futurs qui imposent un retour en arrière (anniversaires, reconstitution du crime) et ceux qui sont une menace pour l'avenir.

Evénements susceptibles⁴ d'être à l'origine d'actes suicidaires

Source (Angleterre) traduite : <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/elmh/nelmh/suicide/prison/>

L'emprisonnement est générateur de stress et, partant, d'idéations et de comportements suicidaires. Certaines angoisses peuvent être soulagées, d'autres non. Notons que le risque de suicide peut être aggravé par des situations stressantes comme :

- * des problèmes interrelationnels : placements des enfants en famille d'accueil, brouille.
- * l'absence d'une visite attendue,
- * des menaces, des brimades, l'endettement,
- * une comparution et son issue, même en appel,
- * le refus d'une libération conditionnelle,
- * une condamnation inattendue ou longue (à perpétuité, notamment),
- * une procédure disciplinaire,
- * l'anniversaire d'un décès, de la condamnation, du crime...
- * une tentative de suicide chez autrui,
- * l'incarcération, le transfèrement, le déplacement du détenu...

L'emprisonnement réduit dans le même temps les exutoires des détenus à leurs problèmes et leurs sentiments. Il leur est notamment plus difficile, voire impossible, de se procurer de la drogue ou de l'alcool.

5.1.4. Les difficultés et dysfonctionnement de la prise en charge

Un chapitre très intéressant porte sur les difficultés et les dysfonctionnements de la prise en charge des personnes qui se sont donné la mort. La lecture des rapports, comme nous avons pu le faire personnellement dans le cadre de notre mission, montre à l'évidence que le potentiel d'amélioration de la prévention existe.

Nous ne pouvons que reprendre le texte du document qui stipule que :

- *pour la prise en charge médicale, parmi les 192 dossiers faisant état d'au moins une rencontre avec le médecin, souvent en lien avec la visite obligatoire des arrivants (article D285), 47 % avaient fait l'objet d'un suivi médical régulier par les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et seulement 4 % des personnes*

⁴ Note du rapporteur. Les événements cités sont à considérer comme les derniers identifiés fréquemment avant un suicide. Le mot « susceptibles » est à pondérer car il est exceptionnel qu'un seul événement soit à l'origine d'un suicide. Les travaux de recherche utilisant la méthode de l'autopsie psychologique montrent une accumulation d'événements négatifs dans la dernière année de vie associée, dans 90% des cas, à, au moins, un trouble psychique.

détenues n'avaient pas encore fait l'objet de la visite médicale obligatoire en raison de leur arrivée récente au sein de l'établissement ;

- *pour le suivi psychologique ou psychiatrique, dans 53 % des dossiers des personnes détenues qui se sont suicidées, il est fait mention que la personne bénéficiait d'un suivi psychologique ou psychiatrique régulier ;*
- *plus généralement, huit détenus sur dix avaient rencontré au moins une fois un psychologue ou un psychiatre ;*
- *près de deux personnes détenues sur dix avaient séjourné au moins une fois en service médico-psychiatrique régional (SMPR), 8,4 % avaient été placées en hospitalisation d'office (HO) et 0,9 % en unités pour malades difficiles (UMD), soit 29 % au total ;*
- *enfin, 11,5 % des personnes détenues qui se sont suicidées en 2001-2002 avaient été repérées comme toxicomane et 4 % comme alcoolique.*

Les points évoqués ci-dessus sont trop importants pour qu'ils ne fassent pas l'objet dans le futur d'un recueil attentif, par les équipes sanitaires elles-mêmes, pour ensuite servir de base de réflexion.

En effet, les questions de l'évaluation de la vulnérabilité des personnes détenues et du repérage du risque suicidaire sont essentielles. Dans quelle mesure les indices de cette vulnérabilité étaient-ils présents, les actions ont-elles été conduites selon les recommandations actuelles pour les rechercher et une prise en charge adaptée a-t-elle été conçue et effectuée ?

Les rapports des décès contiennent des informations concernant le repérage suicidaire en réponse à des questions comme :

- *l'attention du personnel avait-elle déjà été appelée sur des risques suicidaires présentés par l'intéressé ?*
- *des précautions avaient-elles été prises pour parer ce risque ?*

Le **tableau 4** montre à l'évidence que le **repérage est faible pour le risque suicidaire** et pour la « fragilité ».

Tableau 4: Repérage des détenus suicidaires

Champ: métropole et outre mer

Source: rapports suicides (EMS1) en 2001-2002

	Effectif	%
Suicidaire	59	26,1
<i>fragile, agressif, dépressif mais non suicidaire</i>	55	24,3
<i>fragile, agressif, dépressif avec antécédents de TS ou automutilations</i>	11	4,9
<i>fragile avec autres antécédents</i>	2	0,9
Ensemble des détenus repérés fragile	68	30,1
<i>non repéré, sans antécédent</i>	79	35,0
<i>non repéré, avec TS, automutilation</i>	3	1,3
<i>non repéré, autre</i>	2	0,9
<i>non repéré, arrivant</i>	11	4,9
Ensemble des détenus non repérés	95	42,0
<i>Non spécifié</i>	4	1,8
Ensemble	226	172,1

Un quart des personnes détenues qui se sont suicidées avaient été repérées suicidaires (59 sur 226). A ces derniers pourraient s'ajouter 11 personnes qui avaient été signalées fragiles, agressives, dépressives **avec des antécédents de tentative de suicide et automutilation.**

Lorsque les risques ont été décelés, le signalement provient du Juge d'Application des Peines, des Services Médicaux, des Conseillers d'Insertion et de Probation ou des personnels de surveillance. Parallèlement, un quart des personnes détenues avaient été repérées comme étant fragiles, agressives, dépressives sans présenter nécessairement des tendances suicidaires (57 sur 226).

En reliant les données plus haut avec celles du tableau 4, il apparaît qu'environ la moitié des personnes décédées par suicide bénéficiaient d'un suivi psychologique ou psychiatrique mais n'avaient pas été repérées comme suicidaires.

Ainsi, dans plus de la moitié des situations, le comportement de la personne détenue avait attiré l'attention des personnels. Inversement, 42 % des personnes détenues n'avaient pas été repérées (95 personnes sur 226).

Le **tableau 5** indique les mesures prises lorsque le détenu a été repéré comme suicidaire.

Les deux tiers des dossiers mentionnent précisément la mise en œuvre d'une seule mesure. Par ordre décroissant, il s'agit, dans 34 % des cas d'une surveillance spéciale, dans 12 % des situations un doublement cellulaire, 15,3 % de soins psychiatriques et 3,4 % d'un isolement.

Le tiers des autres dossiers mentionne au moins deux des mesures qu'il s'agisse de surveillance spéciale et de cellule doublée, de surveillance spéciale et de soins psychiatriques, cellule doublée et soins psychiatriques.

Il ne s'agit bien sûr ici que des mesures explicitement mentionnées, il est donc possible que d'autres mesures aient pu exister.

Tableau 5 : Mesures préventives chez les détenus repérés suicidaires

Champ : métropole et outre mer

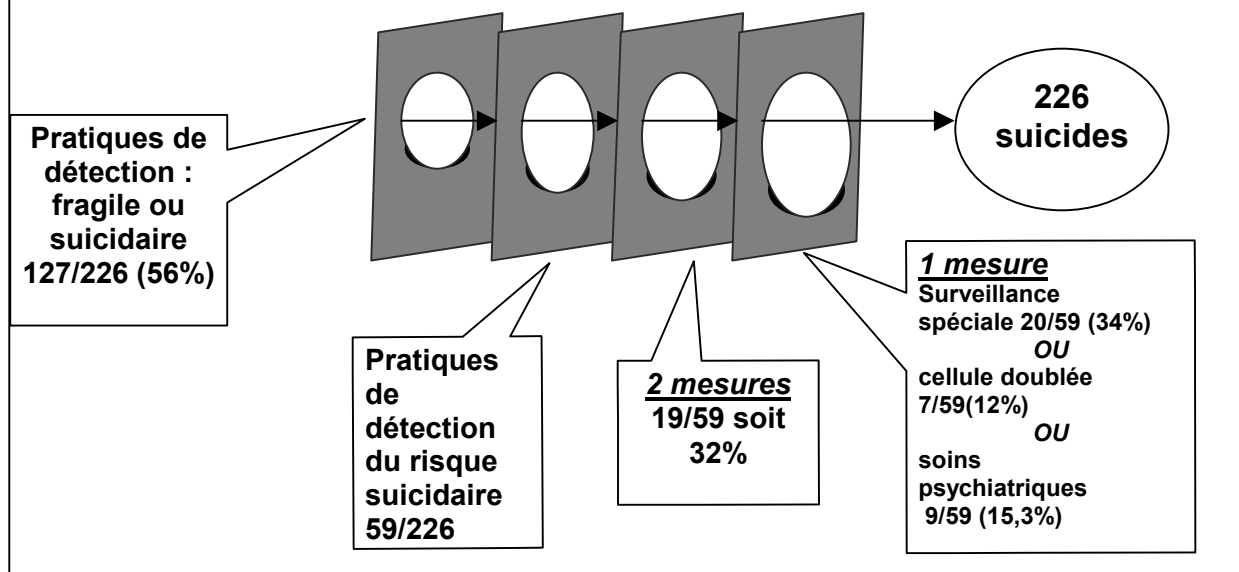
Source : rapports suicides (EMS1) en 2001-2002

	Suicidaire	
	Effectif	%
Mesure quand le détenu a été repéré suicidaire		
surveillance spéciale uniquement mentionnée	20	33,9
cellule doublée uniquement mentionnée	7	11,9
soins psychiatriques uniquement mentionnés	9	15,3
isolement	2	3,4
au moins deux des quatre mesures mentionnées précédemment	19	32,2
non spécifié	2	3,4
Ensemble	59	100,0

Les données ci-dessus portent sur les échecs de la prévention et apportent seulement une vision de la prévention qui ne marche pas ou qui n'est pas mise en place. Il y a une relative difficulté à démontrer ce qui marche car le résultat est bien moins visible que la survenance d'un suicide. Ces données indiquent que la détection de l'état suicidaire des personnes décédées est de 59 pour 226 décès, que la surveillance spéciale a été rapportée pour 20 d'entre eux et les soins psychiatriques pour 9. Ceci montre la taille du potentiel de prévention résiduel puisque ¾ des personnes n'avaient pas été repérées comme suicidaires.

Les processus de détection et de protection doivent être plus efficaces et plus alignés. Ces données sont intégrées dans le **schéma 4** à des seules fins d'illustration.

Schéma 4 : données 2001 et 2002 de l'administration pénitentiaire intégrées dans le système de détection protection pour les personnes repérées comme suicidaires



Nous rapprochons les données françaises de celles fournies par l'Administration pénitentiaire en Angleterre et au Pays de Galles (**tableau 5 bis**) pour le taux de personnes détenues qui bénéficiaient d'un plan de prévention au moment du décès par suicide.

Tableau 5 bis : pourcentage de détenus inscrits à un plan de prévention du suicide au moment du décès (1988-2000)	
Suivaient un plan de prévention au moment du décès	26 %
Suivaient un plan de prévention deux semaines avant le décès	14 %
Avaient suivi un plan de prévention par le passé	10 %
N'ont jamais suivi un plan de prévention	50 %

Tout en restant notoirement insuffisant, le nombre de personnes bénéficiant d'un plan de prévention est un peu supérieur aux données françaises. Pourtant en Angleterre et au Pays de Galles, c'est la procédure 2052SH qui règle la prise en charge des détenus à risque de suicide : procédure susceptible d'être déclenchée par tout membre du personnel qui a remarqué **un comportement auto agressif ou suicidaire chez un détenu**. Elle comporte un formulaire spécifique « automutilations/risque de suicide » (F2052SH) dans lequel peuvent être enregistrées les observations de tous les membres du personnel en contact avec le détenu en vue d'établir un compte rendu complet et continu de l'état d'esprit de l'intéressé. Avant de retirer le nom du détenu du formulaire en question, son cas doit être

examiné par les principales personnes qui le suivent (par exemple le médecin-chef, un membre de la direction et le gardien-chef de l'aile).

Ceci démontre que la difficulté pour repérer les personnes à risque est partagée par les différents pays. Les partages d'expérience et de données sont à prolonger pour favoriser le transfert d'améliorations.

Il est écrit dans le document de l'Administration pénitentiaire française : *« toutefois la lecture des rapports soulignent (comme dans le compte rendu sur les suicides en 1998-1999) que les mesures mises en place pour prévenir les tentatives de suicide sont facilement déjouées par les détenus (dispositif des rondes déjouées, passage à l'acte lorsque que le co-détenu est absent ou endormis,...) ».*

L'idée évoquée ci-dessus, selon laquelle les personnes suicidaires cherchent à déjouer les mesures de prévention, risque de faire penser qu'il n'y a rien à faire puisque les personnes cherchent à mourir de toutes les façons.

Il faut plutôt considérer qu'elles n'ont su (pu) trouver des solutions autres que le suicide et que l'arrêt de leur souffrance est impérieux.

La question essentielle est donc de penser non pas qu'elles veulent mourir mais qu'on doit les aider à trouver des solutions qui diminuent leur souffrance. Leur participation active à leur propre protection est indispensable à rechercher car la surveillance passive, c'est-à-dire presque à l'insu de la personne, est d'une efficacité extrêmement limitée. D'ailleurs, il n'est pas sûr que les personnes qui sont réputées avoir déjoué la surveillance se sentaient réellement protégées.

La difficulté de doubler en cellule des personnes présentant des troubles psychiques avec troubles du comportement est notée ce qui rend difficile l'application des recommandations préconisées par voie de circulaire.

5.1.5. Les dysfonctionnements repérés dans les dossiers après un suicide

Le document reprend certains points défailants pour la transmission des antécédents et le repérage du risque de suicide. Par exemple :

- pour 12 détenus parmi les 95 non repérés, les antécédents de tentative de suicide avaient été pourtant transmis par la famille et/ou les amis ;

- pour 2 cas, une tentative de suicide avait déjà eu lieu dans un établissement pénitentiaire.

Il est mentionné qu'une famille reproche qu'un détenu ait eu la possibilité de stocker des médicaments, que l'administration des médicaments ne soit pas immédiate et qu'il n'y ait pas eu de fouilles de la cellule.

Lorsque le risque a été repéré, la survenance du suicide peut être attribuée au fait que le professionnel de santé, vers lequel il a été orienté, ne le reçoive pas dans le délai souhaité ou encore parce qu'il n'existe pas d'offre de soins dans l'établissement. Un refus de consultation médicale est aussi cité une fois par un détenu dans sa lettre d'adieu.

Le fait que ces anomalies soient recensées dans un document démontre la capacité d'évocation des difficultés dans le milieu pénitentiaire.

Un tel document est en soi très remarquable par sa qualité, sa précision et aussi son côté humain. La question du retour sur le terrain pour améliorer la prévention de façon efficace reste entière et est portée au sein de l'Administration pénitentiaire.

5.2. Circulaire du 12 novembre 1991 de la Direction de l'administration pénitentiaire à destination des directeurs régionaux et des chefs d'établissement

Cette circulaire rédigée dans un contexte de hausse des suicides, début 1991, invite après une description du phénomène à organiser *au sein de chaque établissement pénitentiaire des réunions de réflexion autour de ce thème de prévention des actes suicidaires, auxquelles soient associés l'ensemble des intervenants (magistrats du parquet, de l'instruction, de l'application des peines, personnel de surveillance, personnel socio-éducatif, personnel médical), au besoin des personnalités extérieures (psychiatres, psychologues, sociologues ...) dont les compétences pourraient être requises.*

Nous voyons que la volonté d'associer les différents intervenants est depuis plus de 10 dans les textes.

5.3. Le rapport de mai 1996 du groupe de travail de l'Administration pénitentiaire sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire

Il s'agit d'un document important qui dénote la volonté de cette administration de réduire le taux de suicide. Le groupe de travail a été mis en place en 1995 par le Directeur de

l'administration pénitentiaire. Le document contient de nombreuses recommandations qui vont dans le sens de la prévention du suicide qui seront reprises dans nos propositions.

La composition du groupe de travail dénote un souci d'ouverture et celui de réunir toutes les compétences disponibles. Ont été associés à cette réflexion et élaboration des médecins, légiste, psychiatres, généraliste, un démographe, les personnels pénitentiaires des établissements, des personnes de la Direction de l'administration pénitentiaire, de la Direction générale de la santé, de la Direction des hôpitaux. Cinq sous-groupes ont été constitués sur pour étudier en détail les différents aspects de la prévention. Madame Zientara-Logeay, rapporteur, était à l'époque magistrat au bureau de l'individualisation et des régimes de détention.

Le rapport comprend trois parties :

- les préalables à la mise en œuvre d'une politique de prévention dont la formation des personnels ;
- les étapes de la prévention selon le parcours du détenu, en amont de l'incarcération, au moment de l'écrou, pendant la détention et au quartier disciplinaire ;
- la postvention après un suicide et une tentative de suicide.

Les annexes contiennent des données chiffrées sur le suicide en milieu carcéral en France, son évolution de 1975 à 1995, au quartier disciplinaire et dans les différents pays européens. Un compte rendu de l'intervention de Nicolas Bourguin est aussi est aussi annexé. Ce texte est particulièrement précis et riche sur les facteurs de risque, au sens statistique du terme, du suicide en détention. La plupart des facteurs cités sont repris dans notre rapport.

Dans l'introduction, le contexte historique de la prévention du suicide est dressé rappelant :

- la circulaire du 12 novembre 1991, précédées de notes ou circulaires en 1975 et 1967 ;
- une étude réalisée en 1993 pour évaluer l'impact de cette circulaire faisant le constat que seulement 9 % des 22 établissements interrogés avaient mis en place des réunions sur ce thème.

Le chapitre premier définit le sens d'une politique de prévention. Ce chapitre intéressant éclaire sur la façon le groupe de travail ou du moins certains de ses membres conçoivent les causes de l'augmentation du suicide en détention et sur quoi repose, pour eux, la prévention du suicide.

Les causes de l'augmentation du suicide sont placées dans :

- un changement de la population pénale, décrite comme immature, souffrant d'un déficit de capacité affective et d'un handicap relationnel favorisant des relations sadomasochistes, elles-mêmes aggravées par le fonctionnement habituel « totalitaire » et non négocié de la prison ;
- un changement au niveau du personnel, dans son recrutement et dans ses missions à la fois de garde et de réinsertion, source de désarroi et de repli à l'égard des détenus ;
- un changement de la prison, avec sa mission de réinsertion inscrite dans la loi du 22 juin 1987, et un nouveau statut accordé à la parole du détenu qui impose un nouveau savoir-faire, non encore maîtrisé ;
- un changement dans le rôle de l'hôpital psychiatrique, qui passe d'un rôle de garde et d'assistance pour s'ouvrir sur l'extérieur par le biais de la politique de secteur psychiatrique et de ce fait, limite les soins sous contrainte et écarte, car moins contenant, les patients porteurs de troubles du comportement.

La surpopulation carcérale est aussi citée comme facteur entrant en jeu dans l'augmentation du suicide.

Ces réflexions sont complétées par une schématisation de l'évolution des logiques entre l'administration pénitentiaire et le phénomène du suicide :

- la première est celle de la protection du détenu contre lui-même, le suicide étant considéré comme une évasion ;
- la deuxième est celle de la prison humanisée, le suicide étant le signe d'une défaillance du médecin ;
- la dernière et actuelle, étant la logique de la symétrie avec le milieu civil, le détenu étant un adulte responsable, qui n'a pas à être protégé spécialement contre lui-même et auquel « *on doit les mêmes soins qu'en milieu libre et, à l'inverse, il lui appartient aussi dans une certaine mesure d'en faire usage et demande* ».

Les auteurs du rapport soulignant que les deux premières logiques persistant à des degrés divers, cette coexistence ne peut que renforcer un climat d'incertitude quant aux missions des établissements pénitentiaires. Le groupe de travail met ici remarquablement en évidence les fondements d'une ambivalence vis-à-vis du rôle que peuvent jouer les acteurs pénitentiaires et sanitaires pour prévenir le suicide. Nous avons ici un texte qui risque de faciliter la transmission de mythes et d'idées reçues sur le suicide qui sont **un des freins à la prévention du suicide** :

- le suicide est un acte de liberté ;
- le suicide procède d'un choix ;

- il n'est pas normal de s'opposer à la volonté de quelqu'un.

Cette introduction se termine par une mise en garde à l'égard de la « **prévention totale** ». En quelques lignes, la prévention totale, concept qui n'est pas retrouvé dans la littérature, est définie comme « l'idée d'éradiquer le suicide par tous les moyens, y compris les plus coercitifs » et qualifiée de « dangereuse à plus d'un titre ». Elle est dénoncée comme techniquement impossible, pratiquement inefficace, philosophiquement inacceptable et dotée d'effets potentiellement pervers, générateurs de comportement suicidaires en raison de « sa dimension totalitaire et déshumanisatrice ».

Cette énergie à dénoncer une pratique de prévention que nous n'avons jamais rencontrée dans nos visites correspond plutôt aux craintes que l'on peut éprouver légitimement lorsque des mesures de surveillance intensive, voire continue, sont mises en place pour viser à empêcher tout passage à l'acte suicidaire. Les mesures de protection et de surveillance représentent une partie de la prévention du suicide et il est regrettable qu'il y ait un tel amalgame à ce sujet dans ce rapport, dès l'introduction. Les membres du groupe de travail proposent une prévention du suicide en faisant de la prison un lieu de vie, où le détenu est restauré dans sa dimension de sujet et acteur de sa vie.

Il s'agit en clair de la promotion de la santé qui est un volet qui peut contribuer à la diminution de la souffrance mais qui n'agit pas sur les principaux facteurs de risque du suicide. Les auteurs du rapport semblent veiller essentiellement à ce que la prison ne détériore pas la qualité de vie de la personne détenue et négligent les facteurs de risque du suicide.

De ce fait leur position est un plaidoyer pour humaniser la prison et dénoncer les mesures de surveillance intensive des détenus suicidaires. En aucun cas, ils n'évoquent ici les éléments d'une politique de prévention du suicide.

Le chapitre suivant est consacré à la formation des personnels pénitentiaires. Il insiste sur le fait que la prévention passe par les personnels de toutes catégories qu'il convient de non seulement d'assister et de former, mais aussi de conforter dans leur mission. Nous ne pouvons que souscrire à de tels propos tout en soulignant que le besoin de formation n'est évoqué que pour les personnels pénitentiaires et, ne serait-ce que l'amélioration des connaissances des personnels sanitaires ne fait jamais l'objet d'une allusion dans ce rapport.

Effet peut-être du travail en sous-groupe, ce chapitre contient des propositions qui représentent des points importants pour la prévention du suicide sous la forme suivante :

- en formation initiale une information sur la question du suicide en prison ;
- en formation continue, serait abordée la question de la prévention,
- complétée, dans un cadre régional, d'une formation obligatoire sur la prévention du suicide, pour quelques agents de chaque établissement ;
- et enfin d'une formation approfondie sur les questions de prévention pour les premiers surveillants, comportant l'accueil des arrivants, l'affectation en cellule, à la prévention au quartier disciplinaire ou aux fonctions d'agent référent.

Il est aussi proposé dans le cadre de la postvention la désignation d'une personne pour l'après-suicide. On voit qu'une architecture de l'organisation des personnes ressources est ainsi suggérée. Avant de faire des propositions, nous pouvons nous demander pourquoi la formation à la prévention du suicide n'est pas incluse dans l'enseignement initial et qu'il faille attendre que les personnels soient confrontés « aux réalités du comportement ou du geste suicidaire en prison » pour être formés. Ceci montre peut-être que la prévention du suicide est encore conçue comme ne faisant pas partie des risques où la prévention est transmissible dès la formation initiale. Nous ne pouvons que dénoncer une telle logique qui en quelque sorte structure le risque et expose les personnels à un traumatisme potentiel. Il appartient aux services de formation de donner à chaque surveillant une compétence pour prévenir le suicide dès son premier jour de fonction. Dit autrement, il n'est pas acceptable que des détenus soient « exposés » à un surveillant qui n'a pas cette compétence.

Un chapitre entier porte sur **l'accueil du détenu lors de l'écrou**. Très documenté et argumenté, il contient une multitude de recommandations, précautions, à la fois pratiques et détaillées pour améliorer l'accueil et ainsi minimiser au mieux la souffrance et la désorganisation psychique. Le groupe de travail propose aussi d'inclure dans ce processus d'accueil un système associant la détection de la souffrance et d'appel si la situation personnelle et l'état psychologique sont particulièrement préoccupants.

Le groupe rappelle « qu'il peut être utile de faire appel au médecin » et « préconise l'appel au personnel de direction de permanence pour information et décision. Outre les différences sémantiques, il est à noter que le groupe ne s'est pas engagé pour dire si l'appel devait se faire de préférence auprès d'un généraliste ou d'un psychiatre. Il n'a pas du tout abordé ce que devait faire ce médecin et dans quel délai.

La demande récente de la Direction générale de la santé de recommandations professionnelles pour les SMPR auprès de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est certainement à articuler avec cette zone floue laissée par un groupe de travail pourtant composée de spécialistes.

Un ensemble d'observations critiques, portant sur le fait de doubler en cellule des détenus, suit immédiatement cette absence de recommandations sur l'action médicale. Les observations portent sur l'efficacité douteuse du doublage, la responsabilité morale sur le co-détenu et l'anxiété de l'arrivant en difficulté si le co-détenu dort déjà. La préconisation du groupe est d'éviter le caractère systématique du doublage et si cela est fait de procéder à un choix circonspect du co-détenu. Il est aussi mentionné comme alternative au doublage, l'aménagement de cellule avec interphone ou système d'alerte.

Les visites des établissements démontrent que le doublage reste une des mesures essentielles de protection d'un détenu en souffrance. Le groupe a sous-estimé le fait qu'il est extrêmement difficile de modifier les pratiques professionnelles sans proposer une autre pratique, immédiatement applicable et avec une efficacité supérieure démontrée. Aucune mesure d'implémentation des recommandations n'est abordée dans le rapport, laissant beaucoup à l'initiative locale, donc au risque de non application en raison de toutes les autres exigences et contraintes existantes.

Des propositions pour améliorer les formations initiale et continue sont faites pour que les personnels puissent bien se représenter les besoins fondamentaux d'une personne pendant les premières de l'écrou. Les critères de choix pour l'affectation en cellule sont aussi cités. Il s'agit d'un élément important d'action, l'ambiance dans les cellules pouvant être très variable. Les formations telles qu'elles sont présentées s'adressent uniquement au personnel pénitentiaire puisque seule l'ENAP et la Sous direction des ressources humaines sont citées. Le repérage et la prise en compte du risque suicidaire fait l'objet d'un chapitre entier incluant un guide d'analyse des situations. Le contenu de ce document, repris en grande partie dans la grille de la circulaire du 26 avril 2002, est un outil d'évaluation du risque de suicide qui vise à améliorer :

- la qualité de l'observation ;
- le regroupement de l'information selon différentes sources ;
- et l'alerte de la hiérarchie, du service socio-éducatif, de l'UCSA et du SMPR s'il existe.

Ce document témoigne essentiellement d'une volonté de repérer les éléments nécessaires pour effectuer une évaluation du risque suicidaire. Ce sont : les antécédents de suicide personnels ou familiaux, l'existence d'un trouble psychiatrique dont une dépression et/ou l'abus d'alcool, la nature du crime ou délit, la situation pénitentiaire dont les périodes où un excès de risque est identifié.

Ainsi, alors que les paramètres de l'évaluation du risque sont bien regroupés, il n'existe aucune proposition pour quantifier ce risque, définir des seuils d'intervention ainsi que les interventions appropriées autre que signaler. Le seuil de signalement est défini dans le guide « lorsqu'il y a conjugaison de plusieurs éléments ou apparition d'un événement majeur dans une situation individuelle ». D'ailleurs le signalement est un mot dont la présence répétée dans l'ensemble des documents consultés contraste avec la pauvreté de tout ce qui concerne les actions de prévention.

Ceci peut se comprendre dans la mesure où ces documents émanent de l'administration pénitentiaire qui veut assurer son rôle de repérage tout en attribuant, a priori, la prévention du suicide au dispositif sanitaire. Nous rencontrerons à plusieurs reprises cette répartition des rôles conduisant à une hypertrophie relative du système de détection par rapport aux actions de prévention et de protection.

Les notions de crise suicidaire avec ses différentes étapes et d'urgence suicidaire sont absentes de ce rapport. L'absence de l'évaluation de l'urgence suicidaire empêche de définir l'intensité de l'idéation suicidaire, l'existence ou non d'un scénario suicidaire et de connaître le délai de réalisation de ce scénario. L'absence de ces notions s'accompagne d'une crainte presque généralisée des personnels pénitentiaires et sanitaires, même spécialisés en psychiatrie, pour parler directement avec le détenu de sa souffrance et de ses idées de suicide. Si cette crainte est une attitude presque universelle et spontanée, il y a bien longtemps que les avantages d'une exploration directe et franche ont été démontrés et ont été adoptés par tous les organismes professionnels et bénévoles qui interviennent dans le champ de la prévention du suicide. Ces arguments seront repris en détails dans le chapitre des recommandations.

De ce fait le guide d'analyse proposé insiste à juste titre sur tous les facteurs de risque que l'on peut déceler indirectement, sans dialoguer avec le détenu. Mais il néglige totalement l'approche la plus simple, la moins ambiguë et la plus aidante qui est **le dialogue direct avec la personne**. En effet, ce guide débute par la phrase suivante : « Ce guide n'est pas un questionnaire qui s'adresse directement aux personnes incarcérées. C'est un outil d'aide à l'observation, à la réflexion, à l'analyse de situation pour une meilleure intervention ».

La grille d'analyse a l'avantage de proposer un ensemble d'informations nécessaires à la prévention du suicide utiles pour évaluer le risque dont des informations à caractère médical. La présence de ces données pose la question des informations partagées et partageables entre les différentes personnes qui interviennent auprès d'un détenu. Il n'est pas écrit dans le guide d'analyse dans quelle mesure les professionnels sanitaires contribuent à l'information

de ce document. Le contrôle de la qualité des données n'est pas posé, ni leur réactualisation.

En ce qui concerne l'intervention, il est intéressant de noter que « ***l'intervention peut se situer à différents niveaux et le personnel de surveillance, comme le personnel d'encadrement, est généralement capable de trouver seul des réponses appropriées à chacune de situations observées*** ». Cette capacité d'intervention des personnels pénitentiaires est fondamentale et doit être soutenue. Cependant le rapport apporte peu d'informations sur la nature des interventions.

La grille d'analyse a été testée à la maison d'arrêt d'Epinal que nous avons visitée, et a servi de base à la grille incluse dans la circulaire du 26 avril 2002. Ceci dénote une démarche cohérente, articulée et continue au fil des années pour produire un système documentaire et réglementaire favorable à la prévention du suicide. Cependant le système proposé présente des lacunes qui risquent de rendre inefficaces les efforts conduits quelle qu'en soit l'ampleur. Le groupe de travail d'ailleurs laisse beaucoup de latitude aux établissements pour appliquer la procédure et suggère timidement quelques lignes directrices d'organisation. Ces propositions deviendront des recommandations impératives dans la circulaire citée plus haut.

5.4. Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998

Cette circulaire, signée par le seul ministère de la Justice, contient l'idée importante que face au problème du suicide, il n'y a pas de *solution unique et radicale*. Elle reprend à son compte des passages du groupe de travail de 1996 en insistant sur le fait que la prévention cherche à *restaurer le détenu dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie*.

La circulaire contient ensuite une série de recommandations de pratiques professionnelles pour améliorer l'accueil des arrivants, la prévention en détention, la prise en charge d'un acte auto agressif et enfin la postvention. Elle suit, en cela, parfaitement les recommandations du groupe de travail de 1996 et donne aux personnels pénitentiaires un référentiel de prévention tout à fait adapté.

Citons quelques points clés pour inclure dans la phase d'accueil un processus de prévention du suicide :

- ***tenir compte que des suicides peuvent survenir avant l'audience arrivant ;***
- ***faire intervenir le service socio-éducatif dès que possible ;***
- ***conduire les entretiens avec une approche susceptible de repérer la détresse d'un détenu ;***
- ***l'examen médical doit intervenir dans les plus brefs délais ;***
- ***en cas détresse manifeste, l'équipe médicale doit être contactée par le gradé de permanence, et il doit être fait appel au dispositif d'urgence en dehors des heures d'ouverture du service médical ;***
- ***les détenus signalés dans leur notice individuelle par l'autorité judiciaire doivent faire l'objet d'une surveillance particulière ;***
- ***la bonne circulation des informations est indispensable pour assurer la prévention ;***
- ***mise à disposition de moyens d'hygiène corporelle (douche) et vestimentaire (sous-vêtements neufs) ;***
- ***favoriser la possibilité donnée aux familles de faire parvenir aux détenus des effets vestimentaires, demande distincte du permis de visite ;***
- ***disposer du nécessaire de correspondance.***

Les paragraphes sur la prévention en détention apportent quelques modifications et aussi des rappels sur les dispositions en vigueur. Ce sont :

- ***cesser la pratique consistant à déshabiller un détenu, même en le laissant avec des sous-vêtements en fibres non tissées en raison de son caractère humiliant ;***

- **de recourir à la mise en prévention au quartier disciplinaire de façon exceptionnelle, c'est-à-dire *seulement en cas d'infraction des premier et deuxième degrés et si cette mesure est « l'unique moyen de mettre fin à la faute ou de préserver l'ordre à l'intérieur de l'établissement » (art. D.250.3) ;***
- **cette mise en prévention est qualifiée de « mesure grave » réalisée sous la responsabilité du chef d'établissement ;**
- **il peut être nécessaire, dans les cas de *comportement très agressif, symptôme éventuel d'une crise psychologue grave, d'aviser dans les délais les plus brefs le service médical pour qu'il apprécie par une intervention rapide, si ce placement n'est pas de nature à compromettre la santé du détenu ;***
- **les périodes plus particulièrement à risque de suicides sont rappelées (*arrivants, mauvaises nouvelles, comparution ou condamnation, quartier disciplinaire*), ainsi que l'apport des informations retranscrites par écrit au cours du service.**

La circulaire précise aussi la prise en charge *individualisée et rapide* des détenus auteurs d'actes auto agressifs en rappelant que ceux-ci sont à risque de suicide (*25 fois plus d'antécédents de tentative de suicide, 6 fois plus d'auto mutilation et 3 fois plus de grève de la faim chez les personnes décédées par suicide*).

De ce fait, leur signalement doit être systématique au service médical et les suicidants (c'est-à-dire les personnes qui ont fait une tentative de suicide) doivent bénéficier d'une *prise en charge qui doit être abordée lors de réunions associant les services médicaux, les autorités judiciaires et l'administration pénitentiaire*.

Le rôle des personnels pénitentiaires est décrit comme primordial en *complément à l'éventuelle prise en charge somatique ou psychologique*. Ils sont invités à restaurer le dialogue avec ces détenus *pour éviter l'escalade dans la violence auto aggressive et le détenu doit être reçu en audience par un personnel de direction le ou les jours suivants le passage à l'acte*.

Le rôle du service socio-éducatif est précisé en demandant au travailleur social d'entrer en contact, sur accord du détenu et en l'absence d'opposition du magistrat saisi du dossier, avec la famille ou les proches du détenu.

Les associations d'écoute et d'accueil peuvent aussi être sollicitées pour aider les détenus en détresse.

La postvention est aussi envisagée dans plusieurs composantes :

- l'annonce du décès à la famille ;
- recevoir la famille en entretien sur sa demande dans les meilleurs délais ;
- solliciter le service socio-éducatif pour aider la famille dans ses démarches ;
- signaler les co-détenus qui peuvent éprouver un sentiment de culpabilité ;
- aider les *personnels volontaires -pénitentiaires et sanitaires-* par une *séance d'écoute et de dialogue sous la direction d'un psychologue*, de la direction régionale avec l'aide éventuelle de psychologues cliniciens formés ;
- cette séance est clairement disjointe de toute recherche de responsabilité, *le responsable d'établissement ou ses adjoints n'ayant pas vocation à y participer.*

Toutes ces mesures, si elles sont appliquées, constituent un support idéal à la prévention du suicide notamment en positionnant tous les acteurs autour de la trajectoire de la souffrance pour la repérer et intervenir. Le positionnement des acteurs sanitaires s'appuie sur le code de procédure pénale tout en demandant plus aux personnels sanitaires, au moins dans l'esprit alors que la circulaire émane seulement de la justice. Ce manque sera comblé par la circulaire, Justice Santé d'avril 2002. Il manque cependant les aspects spécifiques pour détecter le risque, l'évaluer et pour intervenir de façon appropriée.

5.5. Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral (février 1999)

Il s'agit de l'évaluation du programme expérimental sur onze sites pilotes, d'une action lancée par le Directeur de l'Administration Pénitentiaire en 1995 à la suite du groupe de travail qui a produit le rapport de mai 1996. Sur la base de ces recommandations un programme est lancé au printemps 1997 dans onze sites par la DAP. Il est intéressant de noter que le volontariat n'a pas été choisi pour sélectionner les établissements, ce qui permet de mieux rendre compte de l'acceptabilité et de la faisabilité réelle de telles actions.

Le Comité National d'Evaluation a conduit une évaluation de la mise en œuvre des moyens prévus dans le cadre du programme de prévention du suicide pour apprécier la valeur des expériences pilotes, tirer les enseignements pour améliorer et diffuser les actions de prévention du suicide. Le demandeur de cette évaluation est clairement l'Administration pénitentiaire.

Une méthode d'évaluation associant les membres du comité et des pairs recrutés par une note et par publication dans le mensuel Etapes, revue de l'AP, diffusé à destination des personnels pénitentiaires.

Dix établissements ont été évalués, quatre d'entre eux, Bayonne, Epinal, Fleury Mérogis et Loos, ont été inclus dans notre programme de visite. Ce rapport contient la description des objectifs et des actions locales en matière de prévention du suicide, l'évaluation de l'atteinte des objectifs et une série de recommandations. Il est certain que ce rapport est très proche de la mission que nous avons conduite même si les moyens utilisés et la méthode diffèrent quelque peu. Dans les objectifs locaux, il est naturel que nous retrouvions la sensibilisation et la formation comme actions premières.

5.5.1. La sensibilisation des personnels et la formation

Des difficultés sont mises en avant pour :

- la diffusion de l'information aux personnels ;
- le fait que les formations s'adressent généralement à un « cercle d'initiés » ;
- le manque de volontaires pour se former, d'où des désignations d'office surtout pour les personnels d'accueil et du quartier disciplinaire ;
- **la mise au point du contenu de la formation ;**
- le recrutement d'un formateur, ayant une bonne connaissance de l'administration pénitentiaire et de la vie carcérale ;
- la persistance de résistances faites d'un scepticisme sur la pertinence d'une politique de prévention du suicide et sur l'efficacité de ce type de formation.

Il est important que le comité d'évaluation insiste sur ces difficultés car, si nos propositions apportent des réponses sur quelques points, il sera toujours essentiel de tenir compte des résistances psychologiques à l'égard de la prévention du suicide et de la formation. On doit noter que des écarts peuvent exister entre l'expression du besoin de formation et l'engagement dans un processus de formation, notamment sur un sujet qui a des implications émotionnelles fortes. **Malgré cela, cinq établissement sur dix évalués avaient mis en place au moins une action de formation.**

5.5.2. L'amélioration de l'organisation du quartier disciplinaire

C'est le deuxième objectif fixé localement, très approprié puisque le QD est un lieu à risque de suicide bien identifié.

Les actions relativement modestes consistent en :

- la désignation d'un gradé responsable et une stabilisation des surveillants du QD ;
- la mise en place peu fréquente (2 sites sur 10) d'outils d'observation individuelle.

Outre les deux visites médicales prévues par le Code de Procédure Pénale qui sont réellement effectuées, le comité d'évaluation n'a pas relevé de perturbations pour la

continuité des soins et des traitements médicamenteux sauf pour la prise en charge psychiatrique et psychologique.

Ce dernier point constitue pour nous une anomalie majeure en considérant que, d'une part, la souffrance psychique induite par les maladies mentales est la première cause de suicide et que, d'autre part, le suivi par les psychiatres, les psychologues et les infirmiers vise à diminuer cette souffrance. Le simple fait que des thérapeutes soient absents a été décrit comme un facteur de fragilisation, même en milieu ouvert ; dans ce cas de figure, il y a cumul de facteurs de fragilisation. Si une telle politique est systématique on peut avancer que la prise de risque de suicide l'est aussi.

5.5.3. L'accueil du détenu

Le comité d'évaluation a trouvé des pratiques hétérogènes pour les axes essentiels de la prévention du suicide. Des variations existent en particulier pour :

- la recherche d'informations sur le risque suicidaire en amont, auprès des instances judiciaire et policières ;
- une recherche structurée d'information concernant le risque suicidaire ;
- la durée de la phase d'accueil, d'une journée à une semaine ;
- une possibilité de douche globalement occultée ;
- un quartier arrivant plus ou moins bien individualisé.

Mais la totalité a élaboré des documents écrits qui sont remis aux détenus dès leur écrou pour les informer des éléments principaux de la vie carcérale.

5.5.4. Observer le détenu

Les actions mises en évidence sont :

- la désignation de gradés référents qui sont chargés de faire la synthèse des observations des personnels de surveillance et d'en faire part à la Commission pluridisciplinaire ;
- la conception d'outils d'observation, jamais élaborés avec les surveillants, et dont la mise en place est inconstante, avec parfois la crainte de voir sa responsabilité engagée en s'exprimant par écrit ;
- la mise en place de commissions pluridisciplinaires dans trois établissements sur dix, pour suivre les détenus à risques ou fragiles, mais les surveillants de surveillance y participent très peu et les comptes-rendus sont rares ;
- l'amélioration des relations entre services pénitentiaire et sanitaires qui sont estimées globalement satisfaisantes bien qu'essentiellement orales.

Le Comité d'évaluation a cependant relevé des anomalies dans cette communication qui se fait dans le sens pénitentiaire vers sanitaire sans véritable réciprocité. **Le personnel pénitentiaire souffre d'une absence de retour de l'information justifiée par le respect du secret médical.** Des situations de blocage ont aussi été observées avec des relations inexistantes entre l'UCSA et l'Administration pénitentiaire.

Un autre point fondamental est souligné : la commission pluridisciplinaire ne peut se résumer à une instance de repérage des sujets à risque, elle doit être un lieu de prise de décisions et d'initialisation des mesures de suivi. Cette recommandation prend en compte le fait que les actions pour prévenir directement le suicide des détenus sont réduites par rapport à l'énergie déployée pour le repérage.

5.5.5. Gérer l'après-suicide

Les différentes dimensions de la postvention sont envisagées sauf celle qui porte sur le suicide par imitation. L'aide psychologique auprès des personnels pénitentiaires, sanitaires et des codétenus est abordée pour dire son irrégularité. Cette aide est réalisée essentiellement sur demande alors que la plupart des personnes traumatisées sont en général incapables de solliciter de l'aide, notamment les hommes. L'aide est apportée par le psychologue de la DR, les personnels sanitaires et parfois le médecin du travail.

Le poids de l'enquête administrative est souligné mais l'impact des inspections, souvent suite à une série de suicides, n'est pas abordé. Les visites ont permis aux professionnels de dire le stress supplémentaire qu'apportaient les inspections.

Des recommandations sont faites pour l'annonce du décès à la famille et les contacts que le travailleur social peut avoir avec l'entourage. Le soutien de la famille en tant que personnes endeuillées n'est pas évoqué. Les recommandations visent surtout à prévenir le soupçon. Ce point est important, car le deuil par suicide induit toujours une recherche des responsabilités qui peuvent être des accusations et des autoaccusations. Le manque de transparence peut bloquer le travail de deuil.

Ce rapport, après un chapitre qui reprend une analyse des dimensions citées plus haut, est conclu par une série de recommandations portant sur les objectifs et la mise en œuvre du programme par les établissements pénitentiaires, les DR, la DAP et les autorités judiciaires et enfin les acteurs de santé.

Parmi 77 recommandations, seules 6 sont à destination des structures (UCSA, SMPR) et des établissements de santé liés par convention. Aucune recommandation n'est

formulée pour les responsables sanitaires départementaux, régionaux ou nationaux. La prévention du suicide n'est toujours pas conçue comme un risque à gérer et à prévenir de façon conjointe par les acteurs pénitentiaires et sanitaires, avec des objectifs, une stratégie et des actions partagées.

Ce rapport est cependant de grande qualité et les recommandations proposées vont dans le bon sens pour améliorer les conditions de vie des détenus, atténuer le sur risque lié au quartier disciplinaire, améliorer l'évaluation du risque suicidaire et disposer d'un partage d'information efficace. En revanche, les aspects spécifiques de la prévention du suicide n'émergent pas dans les actions des établissements qui ont été pilotes, et dans les recommandations. Le Comité d'évaluation préconise la généralisation du programme avec un pilotage actif avec un rôle important des Directions Régionales. La sensibilisation généralisée des personnels pénitentiaires est à nouveau énoncée comme priorité.

Ce rapport montre enfin les limites de recommandations forgées de bon sens, mais relativement faibles sur le plan de la stricte prévention du suicide. Le recours à l'initiative locale, même si les établissements engagés sont « désignés volontaires », constitue une seconde faiblesse pour des actions de prévention qui, par essence, sont régulières et systématiques. De ce fait, on peut se demander si l'application stricte de ces recommandations ci-dessus pourrait avoir un effet significatif sur le nombre de suicides.

5.6. La gestion de la santé dans les établissements du programme

13 000 (septembre 1999)

Le rapport réalisé à la suite de la mission confiée par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et le secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, à Monsieur Pierre Pradier, député européen, est une évaluation des conséquences en terme de santé publique de la délégation des soins à une société gestionnaire privée pour 21 établissements pénitentiaires. Il faut souligner le caractère interministériel de cette mission.

Ce système de délégation, aujourd'hui révolu, nécessitait une évaluation pour savoir si cette organisation qui faisait rupture avec les usages antérieurs apportait les réponses antérieures appropriées. De ce fait les soins psychiatriques, la prise en charge de la toxicomanie et la prévention du suicide font l'objet de descriptions, de remarques et de suggestions.

Parmi les principales, nous retiendrons celles qui sont en faveur de la prévention du suicide.

5.6.1. Le rapprochement des UCSA et de la psychiatrie publique de secteur

Pierre Pradier veut susciter le rapprochement entre la médecine et la psychiatrie, ou plus précisément avec l'institution hospitalière publique, afin d'améliorer la convergence de ces partenaires de santé autour des besoins des personnes détenues. Pour lui, les hospitalisations dans les services de secteur psychiatrique doivent être plus faciles et pour des durées de séjour suffisantes afin d'obtenir une amélioration significative de l'état de santé ; **le séjour ne peut se réduire à un séjour en chambre d'isolement**. Le nombre important de personnes atteintes de troubles psychotiques et dont la pathologie a été souvent la cause première de l'incarcération impose une amélioration de l'accès aux soins psychiatriques de ces populations. Il souligne, et nous trouverons souvent ce questionnement au cours de nos visites, l' inexplicable présence en prison de personnes manifestement extrêmement malades mentalement. La difficulté de les surveiller, les réinsérer, les soigner et à vivre à leurs côtés est partagée par les surveillants, les soignants et les co-détenus. Il soulève la difficulté d'obtenir des hospitalisations d'office D 398 pour ces patients ainsi que l'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles (UMD), forte de 520 lits et pour lui insuffisante.

La prévention du suicide

Après une évocation du cauchemar que représente le suicide pour l'administration et les personnels de surveillance et sa progression des dernières années, il est fait état des principales mesures pour mieux identifier les « sujets à risques » lors de la visite d'entrée et d'observation plus attentive des personnes détenues considérées comme plus fragiles. Ces mesures ne sont pas décrites en détail et ne sont pas évaluées dans leur application. L'auteur note que dans un établissement une seule des cinq personnes décédées par suicide était inscrite sur la liste des sujets à risque. Ce point montre bien la nécessité de mettre en place un dispositif qui permette l'identification correcte des risques. La surmortalité par suicide lors des trois premiers mois d'incarcération et au quartier disciplinaire est soulignée et doit faire l'objet d'une réflexion.

Le suicide est perçu par l'auteur comme un acte qui « est la marque d'une détermination qui défie encore aujourd'hui toutes les précautions, et la prévention du suicide reste à l'état de problème non résolu ». **Ce constat montre combien le mythe, qui veut que les personnes suicidaires qui souhaitent absolument mourir, est partagé et est cohérent avec l'absence de suggestions pour agir directement sur le taux de suicide.**

De nombreuses propositions sont faites pour mieux gérer les urgences, limiter la consommation de psychotropes. Sur ce point, plus d'une page est consacrée à savoir comment dire **non** à une demande de psychotrope pour un usage détourné. La médecine

pénitentiaire doit aussi savoir répondre aux demandes sans besoin. Il faut noter que le problème des besoins sans demande, c'est-à-dire la question des incitations pour faire émerger une demande ou encore des soins sous contrainte, n'est pas abordé. Or nous verrons que c'est un sujet important pour la prévention du suicide.

Ce rapport a le mérite de souligner le travail des infirmiers qui a produit une avancée de la santé en prison : agents de la continuité des soins, disponibles, « oreille attentive » et interface avec les surveillants par le biais du surveillant chargé de l'UCSA.

L'accent est mis aussi sur le rôle que devrait avoir la procédure d'accréditation introduit par l'ordonnance d'avril 1996 pour vérifier la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé publics et privés. Nos visites, quatre ans après ce rapport, ont permis de constater un démarrage très lent de cet incitatif et nous avons sollicité l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en charge de cette procédure pour disposer des évaluations faites et des recommandations émises pour les établissements accrédités et en charge d'une UCSA et/ou d'un SMPR. L'évaluation des pratiques professionnelle est encore débutante.

5.7. Le guide du détenu arrivant, Ministère de la Justice, 1999

Ce document doit être remis à tous les arrivants. Il est complété dans certains établissements par un autre guide qui donne des précisions sur les règles de fonctionnement et les possibilités spécifiques à l'établissement. Le guide donne des informations importantes qui ne doivent pas dispenser d'une explication orale. Beaucoup de détenus sont illettrés ou ne savent pas lire le français. Un support d'information complémentaire a, par exemple, été réalisé aux Baumettes. Une cassette vidéo, disponible en 4 langues, est présentée dans une salle aux détenus arrivants.

Nous avons relevé les principales informations en lien direct ou indirect avec la prévention du suicide. Ce sont :

Page 3

J'ai eu, ou je vais avoir un bref entretien avec un responsable. Je pourrai lui signaler un problème de santé, ou toute difficulté.

Page 7

Comment faire pour écrire à ma famille, à un ami ?

Je peux recevoir des photos de ma famille.

Je peux recevoir un mandat de ma famille.

Je peux écrire à tous les services de l'établissement sous pli fermé.

Je peux demander à voir le premier surveillant, le chef du bâtiment ou le directeur soit par demande écrite, soit en le signalant au surveillant.

Page 18

Et si je suis malade, ou très angoissé ?

A mon arrivée, je dois être examiné lors d'une consultation médicale dans les plus brefs délais après mon incarcération.

Signaler au médecin tout problème médical ou traitement en cours.

Par la suite, signaler que j'ai un problème de santé, et que je souhaite être reçu par le médecin, le dentiste, le psychiatre ou le psychologue.

Je peux écrire, ou faire écrire au personnel de santé de l'établissement, sous enveloppe fermée, pour demander un rendez-vous ou parler d'un problème personnel ou de santé physique ou psychologique : ce courrier est confidentiel.

Demander à mon médecin de prendre contact avec le médecin de l'établissement.

Page 20

Si c'est très urgent, je dois le signaler au surveillant qui fera d'abord appel au personnel soignant.

La nuit, il est fait appel à un service médical d'urgence - le surveillant doit faire appel au premier surveillant pour ouvrir la cellule.

Page 21

Si j'ai un problème de drogue ou d'alcool, si je suis en manque.

Ce support apporte aux arrivants une information de base qui est intégrée que s'ils ne sont pas trop tendus émotionnellement et désorganisés psychiquement. Il ne faut pas oublier que le taux d'illettrisme est évalué à un peu moins de 40 % des personnes détenues et que ce document n'est que le support d'une information normalement délivrée oralement.

5.8. Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord (août 2000)

Il s'agit d'une analyse comparée à partir de la contribution de 12 pays européens et d'Amérique du Nord, transmises par les magistrats de liaison dans ces différents pays. La synthèse a été rédigée par le bureau PMJ1 de la DAP. Il ressort des analyses statistiques que le taux de suicide en détention est corrélé avec le taux de suicide en population générale et que l'augmentation du suicide en détention dans les dernières années concerne plus de la moitié des pays.

Les points de départ des programmes de prévention sont variables, prise de conscience d'un taux élevé, éviter les recours administratifs... A titre d'exemple, il est maintenant admis en Espagne qu'un suicide survenu dans une prison entraîne une indemnisation de la famille du

décédé, pour « fonctionnement anormal de l'institution pénitentiaire » pour une somme, en 2000, de 200 000 à 400 000 francs.

Les données transmises par la Belgique apportent une conception de la crise suicidaire en accord avec les données des dernières recherches. La progressivité de la crise, ses stades avec une tension majeure et souvent des manifestations agressives. La crise a une phase préparatoire identifiable qui est provoquée par la survenance d'un événement négatif « déclenchant ».

De nombreux éléments de cette analyse seront repris dans les rapports suivants. Quelques points nous paraissent essentiels :

- le traitement médical qui peut être obligatoire dans certains pays, comme l'Italie ;
- les visites journalières au détenu suicidaire en Espagne ;
- son placement en surveillance spéciale dans un local affecté à la prévention du suicide, local situé si possible en secteur médical, aux Etats-Unis.

La surveillance spéciale est variable selon les pays :

- surveillance vidéo permanente au Québec ;
- surveillance 4 fois et jusqu'à 8 fois par heure en Belgique ;
- **entretien quotidien avec le responsable du programme de prévention du suicide qui est le seul à pouvoir interrompre la surveillance aux Etats-Unis ;**
- implication des services psychosociaux en Autriche.

Les mesures matérielles sont aussi utilisées pour limiter l'accès aux moyens de suicide :

- vêtements et draps jetables en Italie ;
- adaptation de la cellule et du mobilier pour éviter tout risque de pendaison aux Pays-Bas ;
- retrait de tout objet dangereux en Autriche.

Nous verrons plus loin que la limitation de l'accès aux moyens de suicide peut faire l'objet de plusieurs autres propositions.

Les mesures pour éviter l'isolement du détenu suicidaire constituent une piste d'intervention importante :

- le placer sous la surveillance d'un autre détenu, éventuellement formé pour jouer ce rôle de protection (Espagne, Canada, Belgique) ;
- l'occuper (Italie) ;
- ou encore, favoriser le maintien des liens familiaux par des contacts avec des personnes extérieures (Italie, Pays-Bas) ;

- ou encore, rompre l'isolement grâce aux associations d'écoute et de réconfort (Roumanie, Italie, Espagne, Autriche, Finlande, Belgique).

Ce document qui recèle bien d'autres informations, présente en annexe les contributions de chaque pays. Par exemple, celles fournies par Bernard Rebatel, magistrat de liaison à Washington, qui indique que dans un pays où il y a une inflation carcérale avec presque 2 millions de personnes détenues, le taux de suicide dans les prisons fédérales n'excéderait pas le taux de la population générale, soit 11 pour 100 000 en 1998. Ce taux est environ 20 fois inférieur au taux carcéral français et un tiers inférieur au taux de la population générale française.

La majorité des administrations pénitentiaires des Etats-Unis ont mis en place des programmes de prévention qui comprennent des recommandations dans les six composantes suivantes :

- **formation du personnel pénitentiaire avec une formation annuelle sur les risques suicidaires ;**
- **mise en œuvre de mesures d'évaluation des risques, de surveillance, de conseils et de soins ;**
- conditions de détention, notamment lorsque le détenu est au quartier disciplinaire ;
- niveaux de contrôles avec possibilité de communiquer verbalement avec le détenu ;
- rapidité d'intervention ;
- études des dossiers de suicide.

L'administration pénitentiaire doit démontrer après un suicide qu'elle a effectivement mis en œuvre un programme de prévention pour écarter sa responsabilité. Nous reprendrons cette obligation de moyen à notre compte car, quelle qu'en soit l'efficacité, elle permet de dire que tout ce qui pouvait être fait a été fait. Les échecs sont bien moins difficiles à assumer dans un tel contexte que dans celui où l'on est obligé de penser que tout n'a pas été fait.

Cependant cette obligation de moyens doit tenir compte du fait que faire confiance à la personne en crise est un facteur positif qui impose en soi une prise de risque.
--

Au Québec, la prévention du suicide fait l'objet de nombreuses actions en milieu ouvert comme dans les établissements pénitentiaires. Les études concernant les facteurs de risque présentés par les personnes détenues décédées par suicide indiquent qu'elles présentaient souvent des troubles de la personnalité (personnalité antisociale et borderline) accompagnés ou non d'états dépressifs ; en général ces troubles n'avaient pas été repérés. Ces personnes

sont plus souvent toxicomanes, avec des difficultés relationnelles avec les co-détenus et arrivés récemment dans l'établissement.

Parmi les femmes incarcérées, 55 % auraient déjà fait une tentative de suicide et 28 % des hommes avec en moyenne plus de 3 tentatives par personne. La fréquence des antécédents de tentatives de suicide sont d'environ 3,5 % dans la population masculine adulte. Ces données sont issues du rapport fait par Marc Daigle et Gilles Côté, en avril 2002, pour le ministère de la santé du Québec sur le dépistage systématique et la prise en charge des hommes incarcérés suicidaires.

Presque 50 % des hommes incarcérés ont déjà « pensé sérieusement au suicide en prévoyant le moyen pour le faire » avant d'être écroués contre 10 % pour la population générale. Les détenus en urgence suicidaire élevée, selon l'échelle en 9 niveaux définie par Morissette en 1994 (en annexe 19 dans le document proposé pour évaluer le potentiel suicidaire), représentent 8 % de la population carcérale et 14 % ont un trouble mental sévère. Le risque est considéré comme élevé à partir du degré 2 de cette échelle ce qui peut paraître excessif avec le risque de mettre tous les détenus suicidaires sous le même plan de prévention.

Trente cinq pour cent seulement des personnes en urgence élevée étaient dépistées de façon formelle et placées en surveillance spéciale. Ceci montre que les améliorations à conduire ne sont pas spécifiques à notre pays.

La prévention au Québec obéit aux mêmes principes qu'en Europe. Quelques points particuliers paraissent intéressants à souligner.

Des actions de sensibilisation et de formations sont faites auprès des personnels, des intervenants des associations, des personnes incarcérées et des groupes d'entraide. La formation inclut l'intervention en cas de crise suicidaire, telle qu'elle est abordée dans la conférence de consensus française, avec le repérage des signes de la crise et l'intervention fondée sur l'établissement d'une relation de confiance puis d'un désamorçage de la crise. La formation aborde aussi les thèmes de la hiérarchie, de la manipulation, de l'impulsivité et de l'agressivité. Une journée sur la prévention du suicide fait partie de la formation initiale et les équipes d'intervention de crise bénéficient de 4 journées.

Il existe un programme spécial d'aide par les pairs qui s'appuie sur l'idée qu'une relation de confiance peut s'instaurer plus facilement entre détenus qu'entre détenus

et surveillants. Cette possibilité vient compléter l'aide qu'apportent les surveillants et ce dispositif peut augmenter les chances de détecter et d'intervenir en cas de crise suicidaire.

Les arrivants sont soumis à un questionnaire pour évaluer le risque de suicide. Cet instrument est intitulé « **Critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral** ». Les informations issues de différentes sources, observation, dialogue avec le détenu, impression subjectives, sont renseignées dans un document qui a inspiré en partie la grille de la circulaire du 26 avril 2002. Il existe une volonté d'explorer les points suivants :

- **le vécu du détenu quant aux émotions et sentiments qu'il peut éprouver : tristesse, pleurs, effondrement, désespoir, honte, peur, anxiété, colère, impuissance, idéation suicidaire...**
- **les antécédents de tentative de suicide et d'auto lacération ;**
- **les pertes dans les 6 derniers mois (proche, conjoint, ami, emploi...) ;**
- **les menaces et pertes futures liées à l'incarcération (famille, emploi, santé, argent...) ;**
- **le fait d'être endeuillé par suicide ;**
- **l'existence d'une désorganisation psychique (agitation, impossibilité de se concentrer, absence de réaction, incohérence, retrait, effets de drogues ou de l'alcool, hallucination, délire) ;**
- **les idées de suicide et les projets de suicide.**

Les concepteurs ont prévu que s'il y avait plus de 8 réponses positives pour les 18 critères, le détenu devait être signalé au chef d'unité. De plus, 7 critères sont considérés comme suffisamment spécifiques quant à l'urgence suicidaire, pour qu'une seule réponse positive à l'un d'entre eux induit un signalement, quelles que soient les autres réponses. Ce sont les critères sur l'idéation suicidaire, le fait que le détenu ait une reconnaissance sociale ou a commis un crime particulièrement choquant, le désespoir, les antécédents de tentative de suicide, l'incohérence et l'influence de drogues ou d'alcool.

La surveillance qui découle de cette évaluation comporte 3 niveaux : de routine, active et constante. Thierry Alvès et Ludovic Fossey, qui ont fait une mission lors du premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide à Québec en avril 2000, ont été étonnés de découvrir que les personnes en urgence suicidaire élevée pouvaient bénéficier d'une surveillance constante par le recours à la vidéo sur de courtes périodes. Ils proposaient après ce constat une réflexion sur l'équilibre à trouver entre le respect de la liberté individuelle et l'obligation faite à l'administration d'empêcher le passage à l'acte.

Les documents annexés à leur rapport contiennent des mises en garde sur l'utilisation de description ou de profil type des personnes à risque de décès par suicide ou de moment-type de survenance du suicide. Les rédacteurs de ces documents voient un risque de soustraire à la vigilance des divers intervenants des détenus ou des situations qui s'écartent de ces profils.

Quelques objectifs et principes de prévention en cas de crise suicidaire existent au Québec dans la procédure de dépistage, de référence et d'intervention :

- **prévenir l'apparition de comportements suicidaires et leur aggravation (idéation passagère, menace, automutilation, tentative de suicide) ;**
- **instaurer un mécanisme de référence unique permettant aux personnes suicidaires incarcérées ayant un potentiel suicidaire de rencontrer les personnes-ressources appropriées ;**
- **instaurer un système permettant la communication d'information entre les intervenants.**

Les liens successifs entre agressivité, violence, menaces, automutilation, tentative de suicide et suicide sont bien décrits en Amérique du Nord. Les personnes recourant à un moment données à l'automutilation sont clairement identifiées comme à risque de suicide élevé.

L'engagement social et associatif au Québec pour prévenir le suicide est important comme la place donnée aux formations adaptées au milieu pénitentiaire. L'administration pénitentiaire française devrait s'engager à travailler sur la limitation de l'accès aux moyens de suicide comme le fait le Québec. La postvention est aussi décrite dans ses différentes composantes. Nous la reprendrons plus loin.

L'intérêt de l'institution des coroners⁵ est aussi évoqué pour analyser avec précision les causes et les circonstances des décès, notamment en cas de suicide, quel que soit le lieu de survenance. Ce dispositif a l'avantage d'avoir accès à l'ensemble des informations existantes, de reconstituer la séquence causale avant le décès et de faire des recommandations en vue de la prévention. Il est certain que l'analyse des causes des suicides en France manque cruellement dans tous les milieux de l'existence d'un tel dispositif.

⁵ Les coroners sont des officiers publics qui ont compétence pour tout décès selon la loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès. Les coroners analysent les décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes. Les coroners émettent des recommandations pour améliorer la prévention. <http://publicationsduquebec.gouv.ca>

5.9. Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires ; évaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires Annexe (janvier 2001)

Il s'agit d'un document technique très complet de l'Administration pénitentiaire qui vise à identifier quels sont les paramètres des établissements pénitentiaires liés à leur structure et leur fonctionnement qui peuvent influencer le taux de suicide des personnes détenues.

Une typologie des établissements est proposée en trois classes selon le niveau du taux de suicide et la présence de caractéristique corrélées avec le taux de suicide.

Le taux de suicide dépend des paramètres suivants qui sont eux-mêmes corrélés entre eux. Par exemple les maisons d'arrêt ont plus de suicides et le taux d'encadrement est plus faible que dans les centres de détention.

Le groupe 1, avec un faible taux de suicide, est constitué essentiellement :

- d'établissements pour peine ;
- avec un faible taux d'occupation ;
- un bon taux d'encadrement (73 % avec moins de 2,8 détenus par surveillant ;
- et une mise en service après 1980.

Le groupe 3, avec un fort taux de suicide, est constitué de manière prévalente de :

- **maisons d'arrêt**
- **avec un fort taux d'occupation ;**
- **un faible taux d'encadrement (53 % avec plus de 3,2 détenus par surveillant) ;**
- **et une forte proportion d'établissements construits avant 1960.**

Le groupe 2 est constitué d'établissements où aucune caractéristique marquée qui favoriserait le suicide ou en protégerait.

La variable taille de l'établissement ne se dégage pas dans cette analyse alors, qu'intuitivement, on pourrait penser qu'il y a une taille optimale pour mieux organiser la prévention. Une large partie du document comporte une comparaison entre les 3 groupes quant aux pratiques institutionnelles préconisées dans la circulaire pour la prévention du suicide. Il ne s'agit pas d'une évaluation à partir d'un échantillon de détenus pris en charge mais de réponse des établissements sur les pratiques habituelles.

Ces données nous apportent des informations relativement complexes car si les maisons d'arrêts sont plus souvent dans le groupe 3 avec un taux de suicide élevé, ce sont elles qui font le plus en sorte que les détenus arrivants voient un médecin le jour même de l'arrivée.

A la question « le psychologue ou le psychiatre reçoivent-ils le détenu arrivant ? » les réponses sont de 16,7 % pour le groupe 1, et 24,2 % pour le groupe 3. Cette question sous-entend que la procédure est systématiquement appliquée pour tous les arrivants alors que dans tous les établissements les psychiatres et psychologues reçoivent des détenus, souvent sur demande ou sur signalement, mais pas tous.

Selon les réponses faites, les pratiques d'utilisation du quartier disciplinaire ont été modifiées dans le bon sens suite à la circulaire. La baisse du nombre de décès enregistrés au QD en 2001 est 2002 est-elle à relier à ces changements ? Faute de données antérieures sur les pratiques déclarées, il est difficile de l'affirmer mais cette tendance doit être retenue.

A la question portant sur les professionnels qui rencontrent **systématiquement** dans les premières heures un détenu mis en prévention au QD, les réponses sont :

- le chef de détention dans 86 % des établissements ;
- un personnel de direction dans 32 % des établissements ;
- un personnel socio-éducatif dans 3 % des établissements ;
- un médecin dans 68 % des établissements ;
- un psychiatre ou psychologue dans 4 % des établissements.

La seule différence entre les 3 groupes porte sur la fréquence où le chef de détention voit le détenu (93 % des établissements dans le groupe 3) essentiellement des maisons d'arrêt, qui, rappelons-le, a le plus de suicide. Les autres pratiques, exceptées la visite du médecin, sont trop peu fréquentes pour expliquer les différences entre les groupes.

La fréquence avec laquelle les psychiatres ou psychologues interviennent au QD pour rencontrer un détenu placé en prévention apparaît extrêmement faible en regard du risque de suicide qui est sur le plan sanitaire le principal risque à prévenir.

Plusieurs autres questions portent sur l'attitude des établissements face au risque de suicide, lorsque celui-ci est identifié pour un détenu le jour de l'écrou. Là encore, les réponses indiquent des variations :

- le médecin de l'UCSA, en raison probablement de l'examen systématique mais aussi d'une mobilisation spécifique puisque le taux en routine est autour de 49 %, est le professionnel le plus rencontré pour 87 % des établissements ;

- pour le psychiatre : 30 % pour le groupe 1, 61 % pour le groupe 2 et 53 % pour le groupe 3 ;
- pour le CIP : 58 %.

Les mesures prises pour protéger le détenu sont :

- la surveillance spéciale avec des rondes plus fréquentes (69 %), une observation plus approfondie (58 %) ; des entretiens individuels (8 %), des comptes-rendus à la hiérarchie (20 %).

En cas de doublement de la cellule, le médecin est très peu sollicité pour avoir son avis sur le choix du co-détenu. Ce dernier, dont la présence est sensée protéger, n'est informé systématiquement du risque que dans 37 % des établissements globalement, plus dans les centres de détention que dans les maisons d'arrêt.

La palette de l'offre des différents professionnels de surveillance, du SPIP et de l'UCSA est relativement large. Les réponses donnent l'impression que tout le monde a un rôle à jouer, mais qu'il existe des variations qui témoignent qu'il n'y pas peut-être par une claire répartition des contributions de chacun.

L'aide apportée sous forme d'entretien par le SPIP est déclarée pour 87 % des établissements alors qu'elle est de 55 % pour les psychologues et de 42 % sous forme d'un suivi psychiatrique.

Le travail préconisé par la circulaire, sous la forme de réunions pluridisciplinaires pour aborder la situation des détenus fragiles ou avérés suicidaires, est mis en place dans 59 % des établissements avec une périodicité hebdomadaire dans 23 % des cas, tous les 15 jours pour 11 %, et 36 % mensuellement. Un intérêt pour le travail de prévention est déclaré dans 89 % des établissements.

La recommandation d'ouverture et de recours au monde associatif pour contribuer à la prévention du suicide est le fait de seulement 4 % des établissements.

Pour le volet sensibilisation et/ou formation 14 %, des établissements déclarent des actions dans ce sens pour la prévention du suicide.

Enfin, nous constatons que 43 % répondent utiliser une « grille de repérage » sans qu'il soit précisé que cela porte spécifiquement sur le risque de suicide. Ce taux est plus élevé que celui constaté lors de nos visites pour la grille de la circulaire de 2002.

Quelques soient ces résultats, la volonté d'évaluation du changement induit par une circulaire au niveau de l'organisation et des pratiques est en soi remarquable.

On ressent cependant un certain « vide » entre la circulaire et son évaluation, avec l'impression que malgré les « prescriptions » précises contenues dans un texte réglementaire, les établissements ne sont pas suffisamment accompagnés dans leur démarche d'amélioration du processus de prévention du suicide. Les nombreuses réponses, « à la demande », « si besoin » indique que la démarche de prévention n'est pas systématique et que son « moteur » est plus le volontariat des acteurs locaux soumis aux aléas des institutions et de l'empilement successif de priorités.

5.10. Rapport de la mission d'étude de dispositifs étrangers de prévention du suicide en milieu carcéral (mai 2001)

Monsieur Didier Boccon-Girod, conseiller technique au Cabinet de la Garde des Sceaux, Madame Isabelle Gorce sous-directrice à la DAP, Madame Sophie Lambremon, inspectrice générale adjointe des services judiciaires, Monsieur Michel Rispe, magistrat à la DAP, rapporteur et Monsieur Michel Vernerey, inspecteur général à l'IGAS ont été missionnés en 2001 par la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice pour rendre compte des dispositifs de lutte contre le suicide à l'étranger.

Cette mission démontre encore une fois la préoccupation de l'Administration pénitentiaire de trouver les meilleures solutions face à ce fléau. Pourtant, il est signalé dans le préambule que le Bureau des études, de la prospective et du budget de l'administration pénitentiaire n'a pu mettre en évidence un lien entre les taux de suicide publiés et l'existence d'une politique formalisée de prévention du suicide, pas plus qu'avec les conditions de détention ou les caractéristiques des populations détenues. Cette assertion est reprise du travail de synthèse remarquable fait par ce bureau (DAP-PMJ1) en août 2000 intitulé : « Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord » et résumé plus haut.

Un rappel de la « sur-suicidité » carcérale, par rapport à la population générale des pays de référence, indique que la France est en position médiane, avec un coefficient de 12 fois plus de suicides pour les personnes détenues, parmi des extrêmes de 4 pour la Finlande et de 24 pour l'Irlande. Il est à noter que ce sont des données brutes et que la population carcérale

n'est pas comparée avec une population libre présentant les mêmes caractéristiques d'âge, de sexe, de facteur de risque. Faute de données françaises, il nous est impossible de dire l'ampleur de cette sur-suicidité qui est potentiellement attribuable au délit ou au crime, à l'arrestation, à la garde à vue, à la mise sous écrou, à la détention, aux différentes phases judiciaires et à leurs cortèges respectifs de conséquences. Cette question qui est plus d'ordre scientifique est latérale à notre mission dont l'objectif est de faire des propositions, non pas pour expliquer le suicide pour les personnes détenues, mais pour faire face à ce risque et le diminuer.

Les caractéristiques générales des 6 pays visités, Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Angleterre et Pays de Galles sont comparées pour la population carcérale totale, les taux de suicide, le nombre de personnes écrouées, la durée de détention, la capacité carcérale, la densité carcérale et la politique ou non de l'encellulement individuel. Le taux d'encadrement qui est le nombre de détenus par surveillant était de 2,5 en France pour les années 1998-2000 pour 3 en Allemagne et 1,5 aux Pays-Bas.

Les membres de la mission indiquent qu'aucun paramètre à soi seul ne peut être relié au taux de suicide.

Le grand intérêt de cette mission est de mettre en lumière les solutions adoptées par ces différents pays exprimées sous formes de 13 propositions.

La première est, une fois de plus, la formation des personnels. La recommandation contient, outre l'enseignement d'une meilleure connaissance du phénomène suicidaire, celui des rôles que ces personnels doivent jouer, notamment l'intérêt qu'il y a à communiquer avec les détenus et d'échanger avec les autres services. La conférence de consensus d'octobre 2000 sur « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » est citée pour rappeler que la formation est un objectif prioritaire identifié par le jury.

Le repérage du risque de suicide, et les conditions favorables à ce repérage, font l'objet des 5 propositions suivantes :

- **établissement par les services de police d'une fiche écrite portant sur le comportement des personnes placées en garde à vue avec transmission à l'établissement pénitentiaire dès l'écrou ;**
- **création de quartiers arrivants dans tous les établissements pénitentiaires ;**
- **utilisation de grilles d'évaluation du risque suicidaire pour chaque entrant ;**

- **ouverture d'une cote spéciale dans le dossier individuel d'une personne détenue repérée comme suicidaire pour s'assurer de la réalité de sa prise en charge ;**
- **systématisation des réunions multidisciplinaires préconisées par la circulaire de 1998.**

Une grille de repérage du risque suicidaire a été reprise dans la circulaire du 26 mars 2002 cosignée par la Justice et la Santé. Ceci montre l'effort de cohérence pour améliorer la prévention du suicide. Nous verrons les faiblesses qui peuvent expliquer qu'en 2003 cette grille soit peu utilisée dans les établissements que nous avons visités.

Les six propositions émises pour apporter un soutien aux détenus présentant un risque suicidaire sont importantes car elles introduisent des mesures conformes aux recommandations des experts internationaux de la prévention du suicide. On peut seulement regretter encore que le risque de suicide soit encore confondu avec l'existence d'une crise suicidaire.

La première notion introduite est que la réponse doit être adaptée à l'importance du risque ce qui implicitement impose une graduation du risque (ceci est valable aussi pour l'urgence suicidaire). La surveillance spéciale faite par les personnels pénitentiaire ne peut plus être la réponse univoque.

La deuxième est que le dialogue doit être privilégié et il « **s'agit de converser humainement avec le détenu sans craindre d'évoquer les idées de suicide** ».

S'il n'y avait qu'une seule recommandation à faire en terme de prévention du suicide, c'est celle-ci que nous ferions car sans l'exploration des idées de suicide, des intentions et du scénario, il est strictement impossible de savoir sans ambiguïté si une personne pense ou ne pense pas au suicide. On peut avoir de l'intuition, on peut s'appuyer sur des signes indirects ou faire des constructions pseudo logiques, seul le dialogue permet de confirmer ou d'infirmer ces suppositions. Il est dommage que cette notion n'ait pas été reprise dans la circulaire de 2002 pour renseigner la grille sur le risque de suicide.

Une proposition est en faveur de l'expérimentation de détenus confidents selon le modèle anglais, repris aussi au Québec. Les auteurs du rapport sont prudents, doutant de l'acceptabilité d'une telle solution, ils écrivent qu'il faut prendre *toutes les précautions qui s'imposent*. Un jumelage entre établissements est même évoqué. L'Angleterre, et l'Espagne

dans une moindre mesure, ont poussé le plus loin la rationalisation du choix du co-détenu qui va « doubler » celui qui est suicidaire. Il s'agit d'une pratique habituelle en maison d'arrêt.

L'utilisation de critères explicites rendrait certainement encore plus adapté le choix qui est fait le plus souvent avec attention mais sur des critères qui dépendent plus du professionnel en poste que de la structure. Ainsi, il est proposé que le choix d'un détenu confident appartienne au comité pluridisciplinaire de suivi de chaque établissement. Ces détenus seraient choisis parmi des volontaires qui devraient recevoir une formation adéquate. Des mesures financières sont aussi proposées à l'étranger pour reconnaître l'engagement des détenus.

L'esprit d'ouverture suscité par cette mission à l'étranger se poursuit par la possibilité de développer les liens avec l'extérieur par :

- par l'intervention des associations d'écoute ;
- par la possibilité de visites au profit des détenus à risque de suicide, notamment ceux qui sont placés au quartier disciplinaire, comme l'avait déjà proposé un groupe de travail en 2000 ;
- en aidant financièrement les familles peu fortunées pour favoriser les déplacements en cas de détention éloignée ;
- en étendant la possibilité de téléphoner pour les prévenus.

Il est certain que ces mesures tendent potentiellement à augmenter les possibilités pour un détenu de mieux endurer ses souffrances et d'éviter qu'il entre dans une crise suicidaire.

La postvention est évoquée par les actions conduites aux Pays-Bas pour limiter le phénomène de contagion après un suicide, pour soutenir les personnels et assister la famille. La possibilité est offerte à la famille du défunt de visiter sa cellule dans souci de dialogue et de transparence. Il est remarquable que cette proposition ait été adoptée en France rapidement.

Suite à ses déplacements, la mission conclut qu'il n'y a pas de solution unique mais une palette d'approches et de mesures complémentaires pour maintenir ou restaurer le désir de vivre chez les personnes incarcérées.

5.11. Circulaire DGS/SD6C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001

Cette importante circulaire vise à la réalisation d'actions précises pour :

- **favoriser la prévention ;**
- **diminuer l'accès aux moyens du suicide létaux ;**
- **améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches des suicidants ;**
- **mieux connaître la situation épidémiologique.**

L'objectif de cette stratégie est de passer à terme sous la barre symbolique des 10 000 morts par suicide. Il est intéressant de savoir que le Cépidc de l'INSERM qui recense les causes de décès, donnait, début 2003, le chiffre de 10 268 suicides pour 1999. Une tendance à la diminution se manifestant depuis plusieurs années, il est possible que cet objectif ait été atteint avant la parution de cette circulaire, sauf si l'on tient compte de la sous-estimation des déclarations des suicides évaluée à 20 %.

Un des axes importants de cette circulaire est la réalisation d'une formation de formateurs (universitaires de psychiatrie et universitaires de psychologie, à raison d'au moins un binôme par région) pour qu'ils réalisent au moins 3 formations par an pendant 3 ans aux fins de transmettre les conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire. Cette action aura été financée à hauteur de 1 500 000 F pour les six premières sessions qui seront achevées en janvier 2004. La liste des formateurs régionaux est en annexe 11.

Une dynamique de partenariat est sollicitée entre ces universitaires et les différentes institutions régionales dont la justice. Pour chaque action de formation dans les régions un financement important est prévu. Cette circulaire témoigne d'un engagement fort et sans précédent du ministère de la santé en faveur de la prévention du suicide.

5.12. Circulaire NOR JUSE 02 400 75C/Santé-DGS 2002/258 du 26 avril 2002

Cette circulaire constitue un événement dans le champ de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire car elle est cosignée par les 2 ministères. Son volume, 16 pages accompagnées d'une grille d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire de 4 pages, atteste de l'engagement politique et technique du ministère de la santé dans la prévention du suicide des personnes détenues.

Un large historique introductif permet de montrer l'évolution des idées et des différents textes précédant. L'introduction d'un nouveau texte est justifié, après évaluation faite par la DAP

(Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires – DAP/PMJ1 – janvier 2002) par une *application trop imparfaite de la circulaire précédente pour l'information des familles, l'accueil des arrivants écroué tardivement, l'échange et la circulation des informations, le peu de réunions consacrées à la prévention du suicide et un relatif cloisonnement des services.*

L'évaluation citée a permis de mettre en évidence des initiatives locales :

- mise en place d'une *période d'observation de plusieurs jours en maison d'arrêt* comme ce qui est fait pour les centres de détention dotés d'un PEP ;
- prise de *contact avec les associations environnantes pour améliorer la prise en charge des personnes détenues fragiles* ;
- *des unités de consultations et de soins ambulatoires ont entrepris d'animer des groupes de parole pour les détenus en difficulté.*

Différentes actions sont rappelées pour mieux introduire les changements proposés. La visite dans plusieurs pays étrangers, décrite plus haut permet d'écrire : « ***la lutte contre le suicide en détention, loin de se limiter à un simple suivi médical, mobilise fortement toutes les catégories de personnels, tant les équipes soignantes, les partenaires associatifs que les personnels de surveillance, au point que leurs efforts conjugués ont permis d'obtenir des résultats probants qui démontrent, s'il en était besoin, que la prévention du suicide est possible*** ».

Cette déclaration marque une étape importante dans la prévention du suicide car elle en fait une performance collective.

La circulaire oriente le renforcement du dispositif construit jusqu'ici dans cinq plans :

- ***développer des actions de formations ciblées*** ;
- ***favoriser un meilleur repérage du risque suicidaire*** ;
- ***apporter un plus grand soutien aux personnes détenues présentant un risque suicidaire*** ;
- ***mieux limiter les conséquences du passage à l'acte*** ;
- ***améliorer le suivi des actes suicidaires et de l'application du dispositif de prévention des suicides.***

Les actions concernant la formation mobilisent l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) pour renforcer l'enseignement sur la prévention du suicide. Les intervenants en milieu pénitentiaire peuvent bénéficier aussi des formations régionales mises en place par la DGS. Ces formations visent à diffuser les recommandations de la conférence

de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie (FFP) avec le soutien méthodologique de l'ANAES : « La crise suicidaire : repérer et prendre en charge ».

Les publics ciblés par cette formation sont décrits dans la circulaire ministère de la santé du 5 juillet 2001 avec pour la première année une participation limitée des personnels pénitentiaire en raison des besoins dans les différents milieux. A terme, il est prévu que les formations seront dispensées par les services compétents de l'administration pénitentiaire.

Rien n'est dit sur la participation des personnels sanitaires à la formation.

L'amélioration du repérage du risque suicidaire introduit une grille qui est qualifié de premier outil d'aide au signalement des personnes présentant un risque suicidaire. L'objectif est de *mettre en relief certains aspects ou facteurs qui laissent à penser qu'une personne peut être tentée de se suicider.*

Théoriquement, en accord avec les conclusions de la conférence de consensus et certaines expériences étrangères, cette grille est perfectible et fait l'objet d'une proposition (**Annexe 19**).

Des formations sont annoncées pour apprendre à renseigner cette grille ; elles ne verrons jamais le jour, et de plus, entraîneront une confusion avec les formations initiées par le ministère de la santé.

Les recommandations qui accompagnent cette grille sont ambiguës dans la mesure où il semble pouvoir renseigner les items sans poser directement les questions au détenu. Dans le problème qui nous concerne, il est resté la personne la plus informée sur sa souffrance et sur l'éventualité de recours au suicide pour mettre fin à celle-ci.

L'exploitation de la grille doit se faire *lors d'échanges entre les différents services* et il est prévu de la transmettre à l'UCSA et au SMPR, si l'établissement en est doté. Ces deux recommandations sont en faveur d'un meilleur partage de l'information. Nous verrons lors des visites que cette grille est peu renseignée souvent pour certains arrivants, et peu transmise aux équipes sanitaires.

Il est regrettable que la distinction entre risque et urgence suicidaire ne soit pas faite malgré la référence à la conférence de consensus et surtout, comme cela avait été noté à la suite des missions à l'étranger, que l'exploration directe des idées, des intentions et du scénario suicidaire ne soit pas érigée comme référence de pratique.

Même si ceci peut soulever peurs et réticences, il n'est pas connu, aujourd'hui, d'autre méthode, pour détecter et intervenir lors d'une crise suicidaire, que le dialogue direct avec la personne. La fiabilité des signes indirects est trop faible pour affirmer une crise, ces signes ne peuvent servir que de clignotants. Le professionnalisme passe par le dépassement de ces peurs lors de formations adaptées.

La poursuite de l'observation au cours de la détention est préconisée pour les périodes à risque déjà évoquées et les situations de mise en danger extrême, avec une référence explicite aux incendies de cellules et aux auto mutilations.

Au fil des documents, on voit se construire un lien entre la souffrance psychique avec ses diverses formes d'expression, quelles soient auto et/ou hétéro agressive et l'augmentation des agressions envers les personnels des services pénitentiaires qui ont doublé entre 1996 et 2001.

Cinq types d'action sont recommandés pour apporter un plus grand soutien aux personnes avec un risque de suicide. Cette énumération est précédée d'un rappel de jurisprudence sur l'obligation de moyen et de traçabilité des actions entreprises pour surveiller et protéger.

Le recours à un co-détenu et la désignation de celui-ci doivent être faits avec le plus grand discernement. Une expérimentation du dispositif anglais du « détenu confident » est envisagée.

Le soutien au détenu est constitué aussi du maintien, voire du renforcement, des liens familiaux et/ou amicaux. Le concours des familles, des proches et des associations doit être effectif.

L'expérimentation de téléphonie sociale conduite avec la Croix-Rouge française dans huit établissements devrait être étendue à d'autres établissements.

Le soutien préconisé passe aussi par un choix d'activités, poste de travail, sport, activités socio-éducatives et culturelles.

La surveillance spéciale est rappelée et il est proposé de mettre une cote spéciale dans le dossier du détenu pour garder trace de toutes les des actions faites pour prévenir le suicide.

Un silence total est fait sur les actions sanitaires pour prévenir le suicide et le traitement de la souffrance psychique liées aux maladies mentales. Dans ce sens la circulaire malgré sa double signature montre un trop faible engagement sanitaire. Rien n'est dit sur les consultations, leur caractère systématique ou seulement sur demande expresse du détenu, les délais de ces consultations, les examens médicaux au quartier disciplinaire, les indications de soins au SMPR et les hospitalisations en secteur de psychiatrie. Rien non plus sur les urgences liées aux crises suicidaires en dehors de heures de présence médicale.

Les recommandations après un passage à l'acte suicidaire sont détaillées à nouveau dans cette circulaire pour informer et accueillir la famille endeuillée. Les plus proches du défunt peuvent se rendre dans la cellule du défunt. Il leur est proposé systématiquement de rencontrer un psychiatre, un médecin ou encore un psychologue. Une information à destination des co-détenus doit aussi être effectuée par le chef d'établissement lors d'une réunion.

Le dernier point concerne un renforcement des rôles de la « commission d'étude des cas de suicide » mis en place depuis janvier 2001 au sein de la DAP qui devient « **commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral** ». Composée d'un magistrat et de membres de la DAP dont le chef du projet de prévention des suicides à la DAP, cette commission ne comprend qu'un représentant du ministère de la Santé.

Ses objectifs sont :

- ***veiller à ce que tous les décès par suicide soient effectivement recensés ;***
- ***contrôler la bonne application des dispositions édictées en matière de prévention du suicide ;***
- ***rechercher de nouveaux axes d'amélioration.***

Il est noté que *pour mener à bien ses missions cette commission pourra s'adjoindre l'expertise d'un médecin-psychiatre.*

La circulaire donne les étapes de la remontée d'information après un suicide ou tout décès de cause indéterminée et indique que cette commission doit se réunir chaque trimestre et qu'elle remet un rapport annuel au Garde des Sceaux.

Chaque Direction régionale doit recenser chaque année les actions de prévention du suicide faites dans chaque établissement et elles doivent réunir une fois par an l'ensemble des directeurs et chefs d'établissement.

Deux paragraphes importants se trouvent à la fin de cette volumineuse circulaire : l'un porte sur l'inscription des besoins des établissements pénitentiaires dans la programmation régionale de santé pour prévenir le suicide et le second demande à ce que, *ensemble, les acteurs du milieu carcéral devront s'employer à ce que les actions de prévention du suicide fassent l'objet d'une parfaite coordination, notamment entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires concernés.*

La grille d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque de suicide complète cette circulaire. Elle est commentée et fait l'objet de suggestions, de modification dans nos propositions.

5.13. Circulaire DGS/SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

Dans le droit fil de celle du 5 juillet 2001, cette circulaire prolonge les formations de formateurs, en prévoyant le financement de 2 sessions en plus. Plus de 80 seront ainsi formés en 4 sessions.

Les formations régionales sont aussi financées sous forme de crédits délégués sur le chapitre 47-11/70 pour indemniser les binômes de formateurs et assurer les frais attenants aux personnes formées.

Ceci démontre bien la volonté du ministère de la santé via la DGS pour mettre en œuvre la stratégie nationale de prévention dans un souci de cohérence et de progressivité.

Les chefs de service pénitentiaires et travailleurs sociaux des SPIP sont identifiés parmi 10 champs d'action prioritaires.

5.14. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation de l'Inspection générales des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires (juin 2002)

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générales des Services Judiciaires (IGSJ) ont été chargées d'évaluer l'organisation des soins aux détenus suite à la

loi du 18 janvier 1994 et le décret du 27 octobre 1994. Cette loi modifie profondément les soins aux détenus en :

- rattachant automatiquement chaque personne détenue au régime général d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale ;
- mettant en place des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), confiées aux hôpitaux publics ;
- instaurant la prise en charge des détenus nécessitant une hospitalisation par le service public hospitalier.

Cette loi est dans la logique de la réforme qui a conduit à la création des services médico-psychologiques (SMPR), en 1986, par les établissements hospitaliers publics, dans le cadre de la sectorisation.

La lettre de mission donnée aux inspections générales contenait plusieurs points qui concernent la nôtre : les traitements psychologiques et psychiatriques, le mode de signalement par les personnels médicaux, paramédicaux et de surveillance des attitudes suicidaires, les précautions prises à la suite de ces signalements et les initiatives déjà engagées pour enrayer ce phénomène.

Nous ne reprendrons que quelques idées et recommandations de ce rapport, uniquement sur le thème de la prévention du suicide.

Il est noté que le repérage suicidaire et l'accompagnement d'un détenu suicidaire sont une œuvre collective et que le partage trop strict des rôles peut s'avérer contre-productif.

Nous ne pouvons que souscrire à cette remarque d'autant plus que la situation est urgente.

L'amélioration des échanges entre les médecins et les travailleurs sociaux (de la permanence d'orientation pénale ou du service éducatif auprès du tribunal) qui ont été amenés à rencontrer le futur détenu lors de sa garde à vue, est recommandée.

*Le SMPR ou le secteur de psychiatrie doit répondre aux demandes de l'UCSA, des surveillants ou des travailleurs sociaux lorsque ces derniers signalent une situation à risque, **sans attendre une demande expresse du détenu.***

La mission demande que la question du placement en quartier disciplinaire de personnes souffrant de troubles mentaux soit évoquée et traitée par un groupe de travail DGS/DAP.

Personnellement, nous savons que le guide méthodologique des UCSA et SMPR est en cours de révision avec la DHOS à « code constant », c'est-à-dire sans modifier le code de procédure pénale actuel qui définit précisément les actions sanitaires au sein des établissements pénitentiaires. Cette contrainte limite totalement la possibilité d'introduire les changements qui seraient protecteurs pour les personnes détenues et malades mentalement.

En particulier, l'intervention des équipes de psychiatrie devrait être systématique en cas de mise au quartier disciplinaire pour vérifier que les troubles du comportement du détenu ne sont pas en lien avec un trouble mental non diagnostiqué et/ou en lien avec une crise suicidaire qui prend un masque d'irritabilité, d'agressivité ou de violence.

Les idées d'expérimentation de détenus confidents, d'assistance téléphonique sont reprises.

Enfin, la mission distingue bien le champ de la recherche de responsabilité après la survenance d'un suicide et la recherche de causalité en vue d'améliorer la construction de la prévention. Ce domaine est celui du **retour d'expérience** qui est trop peu développé en santé.

La mission propose :

- le caractère pluridisciplinaire de cette réflexion, sans pointer l'engagement indispensable des acteurs sanitaires ;
- la position de retrait que devrait avoir l'administration pénitentiaire pour cette analyse afin de laisser la réflexion se conduire avec l'animation d'un technicien ayant l'habitude de ce type d'exercice.

Nous pensons que si la France se dotait de l'équivalent de l'institution des coroners, la question se poserait différemment car les administrations sanitaire et pénitentiaire disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur (officier public au Québec) extérieur, rôlé à l'exploration de la causalité dans tous les milieux. Elles auraient de ce fait seulement à se préoccuper de la mise en œuvre des recommandations qui leur sont faites, et ne seraient pas constamment juge et partie. En souhaitant à la fois rechercher ce qui s'est réellement passé, sans oser mettre à jour réellement le potentiel de prévention et à la fois protéger les acteurs et les institutions, la mission devient impossible. Personne ne peut adopter simultanément ces postures sans le risque de n'atteindre aucun objectif totalement.

La mission souligne l'importance des troubles mentaux chez les détenus, l'augmentation de la prescription des psychotropes. Elle cite une étude de la pharmacie de Fleury-Mérogis montrant la progression de la présence des psychotropes chez les détenus qui ont un traitement médicamenteux. De 39 % en 1996, le taux de 80 % est mesuré en 2000. Aucun commentaire ne peut être fait sans analyse plus fine. Meilleure couverture des besoins et/ou prescriptions inutiles ?

L'enquête des entrants de 1997 est citée. Pour les 17 % de détenus ayant une prescription de psychotropes, 3,5 % avaient des neuroleptiques et 4 % des antidépresseurs, alors que l'enquête présentée ci-après a mesuré que 30 % des hommes détenus auraient un trouble dépressif et 45 % des femmes détenues.

Il n'est pas possible de retraduire la richesse d'informations apportée par cette mission. Nous retiendrons qu'elle prend acte des progrès sanitaires induits par la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994 tout en notant de façon générale :

- **l'existence de divergences cultures professionnelles et de blocages organisationnels pour la coopération entre les différents acteurs ;**
- des lacunes importantes pour la mise en œuvre d'une politique de santé publique, pour le traitement des détenus présentant des troubles mentaux et la prise en charge du handicap et du vieillissement.

Si cette tendance générale est globalement confirmée par nos visites, plusieurs établissements sont capables d'instaurer une collaboration entre les acteurs qui permet de rendre caduques ces remarques. Le chemin pour généraliser ces réussites locales à l'ensemble des structures reste à trouver.

5.15. La santé mentale et le suivi psychiatrique des entrants accueillis par les services médico-psychologiques : étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (juillet 2002).

Il s'agit de la première étude dont l'objectif principal est d'évaluer la santé mentale des personnes détenues. Elle avait seulement été précédée par une étude réalisée par les médecins généralistes en 1997 avec pour résultats principaux pour notre sujet :

- 30 % des arrivants cumulaient les consommations d'alcool, de tabac, de drogues et de psychotropes ;

- un détenu sur 10 était orienté par le généraliste vers une consultation spécialisée en psychiatrie.

L'étude publiée en 2002 a été réalisée en 2001 conjointement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP).

L'étude a porté sur 2302 arrivants d'établissements dotés d'un SMPR en juin 2001. L'évaluation conduite par les psychiatres de ces établissements apporte des informations très intéressantes qui sont les suivantes en lien avec la prévention du suicide :

- au moins un trouble psychiatrique est décelé chez 55 % des arrivants ;
- 30 % des hommes et 45 % des femmes auraient un trouble dépressif ;
- 54 % un trouble addictif ;
- un sur 5 a déjà été suivi par les secteurs de psychiatrie ;
- un suivi psychiatrique est préconisé pour presque l'ensemble des arrivants pour lequel un trouble a été décelé (52 %) mais 10 % des arrivants ont été pris en charge en juin 2001 par les SMPR ;
- le taux de suivi préconisé est très supérieur à celui de l'étude de 1997 par les généralistes qui orientaient 9 % des arrivants en psychiatrie, 7 % en alcoologie et 4 % vers une consultation de toxicomanie.

Il est extrêmement surprenant que dans la publication de cette enquête, dans le n°181 de juillet 2002 de la revue *Etudes et Résultats*, le mot suicide n'apparaisse pas une seule fois dans un article de 10 pages alors que des données ont pourtant été recueillies dans ce sens lors de l'enquête. Le problème du suicide n'est jamais évoqué, ni le lien entre maladie mentale et conduite suicidaire.

Aussi nous remercions Madame le docteur Nathalie Prieto du GFEP d'avoir répondu à notre demande en nous apportant les données portant sur les arrivants qui avaient formulé des idées suicidaires. Ainsi :

- sur 2302 personnes enquêtées, 147 ont formulé des idées de suicide dont 113 de « façon patente », soit presque 7 % ;
- pratiquement tous ont des problèmes de santé mentale associés (troubles anxieux, 90 % ; impulsivité, 63 % ; tendances addictives, 35 %) ;
- pour 97 % d'entre une indication de suivi est mentionnée mais seulement 21 % ont été suivis au cours du mois de juin, entretien d'accueil exclu. L'enquête ayant inclus les arrivants de juin, il est certain que les personnes écrouées en fin de mois ont moins de chance d'avoir un suivi initialisé en juin. Cependant en raison du lien entre

l'existence d'une idéation suicidaire et le suicide, le taux de suivi est très faible et constitue en soi une anomalie majeure sauf à considérer que la prise en charge de ces personnes suicidaires est répartie entre les équipes des SMPR, des UCSA, les surveillants, les travailleurs sociaux, les bénévoles...

Cette enquête indique que ce sous-groupe avec idéation suicidaire présente quelques différences avec l'ensemble des arrivants sur les points suivants :

- meilleure insertion sociale des personnes suicidaires ;
- un peu plus d'antécédents judiciaires ;
- moins de primo-incarcérés ;
- 40 % ont été suivis en psychiatrie dont 25 % hospitalisés en psychiatrie et 33 % soignés antérieurement en SMPR.

Nathalie Prieto indique dans les tableaux fournis qu'il s'agit des idées de suicide exprimées ; nous n'avons aucune indication dans quelle mesure les cliniciens avaient des consignes pour explorer l'idéation suicidaire et s'ils les ont respectées, le cas échéant, de manière systématique. Selon les données, on peut supposer qu'ils ont mis à jour des idées suicidaires chez 34 patients alors que 113 les ont exprimées spontanément soit un total de 147.

Les antécédents de tentative de suicide ne sont pas abordés ce qui est très rare dans une enquête de santé mentale. En réalité, cette enquête porte sur les troubles psychiatriques car les paramètres de la santé mentale positive sont inexistants.

Cette enquête sera bientôt complétée par une autre étude de grande envergure et en phase de démarrage sur la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale.

5.16. Le Livre blanc de la psychiatrie (janvier 2003)

Cet ouvrage édité par la Fédération française de psychiatrie avec la collaboration de ses associations membres regroupe ce que les rédacteurs appellent les fondamentaux de la psychiatrie. Nous avons examiné essentiellement les idées défendues pour la psychiatrie pénitentiaire et la prévention du suicide.

La psychiatrie pénitentiaire occupe 14 lignes dans un ouvrage de 234 pages. La difficulté des conditions d'exercice est soulignée ainsi que les troubles du comportement (violence, tentatives de suicide) de la population carcérale. La psychiatrie au sein des UCSA n'est pas citée.

La prévention du suicide dans le chapitre sur la prévention est évoqué dans une interrogation pour *savoir comment cette pratique médicale (la psychiatrie) peut s'inscrire ou coopérer avec des actions de santé publique menées à un niveau plus général, comme la prévention du suicide.*

Malgré cette prudence, les rédacteurs écrivent que le risque est en rapport avec une vulnérabilité individuelle et que *le diagnostic de cette vulnérabilité et sa réduction est une des bases de l'action thérapeutique du psychiatre.*

Les stratégies de prévention du suicide en population générale, dans les établissements de santé et en milieu pénitentiaire, ne sont pas mises sur l'agenda de la profession. Il apparaît, en feuilletant cet ouvrage comme à sa lecture, que la prévention du suicide ne fait pas partie, comme la psychiatrie pénitentiaire, des fondamentaux que la profession a à cœur de mettre en avant et de porter. La psychiatrie pénitentiaire s'est-elle trop autonomisée pour être une préoccupation forte ? Quant à la prévention du suicide, on peut s'étonner que ne soit pas au cœur du métier car c'est le premier risque à gérer. Les recommandations pour la prise en charge des suicidants et la conférence de consensus sur l'intervention de crise suicidaire auraient pu être reprises avec moins de timidité, car elles représentent un engagement majeur pour aller vers l'action. Il est essentiel que les plus belles idées soient traduites en offre de prévention au risque de ne pas répondre aux besoins réels et aux espoirs suscités.

Notre connaissance des acteurs de terrain et l'engagement dont ils témoignent pour améliorer la prévention du suicide ne sont pas le strict reflet de cet ouvrage. Il est cependant essentiel que ceux qui représentent la profession soient porteurs d'un projet pour prévenir la plus dramatique complication de la souffrance psychique. La psychiatrie dispose des connaissances et des compétences pour jouer un rôle déterminant dans ce champ en partenariat avec d'innombrables autres acteurs bénévoles et professionnels. Faute de cet engagement dans d'autres pays, la prévention est organisée par les acteurs du champ social ou associatif.

La très récente enquête conduite, à notre demande, par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, sur les suicides dans les établissements publics et privés de psychiatrie permet d'apporter une première estimation de l'ampleur du problème. Nous tenons à remercier ceux qui l'ont conduite dans un délai aussi bref.

Ce sont 194 décès par suicide, 121 hommes et 73 femmes, qui ont été recensés par les DDASS pour l'année 2002 pour les patients hospitalisés. Il n'est pas possible de dire combien de personnes détenues et hospitalisées figurent parmi ces décès. Une

sous-estimation globale est possible dans la mesure où 5 départements n'ont pas apporté de réponse et 29 ne déclarent aucun suicide. Cependant l'absence de suicide est tout à fait possible, une année donnée, dans un département de petite taille. Un travail complémentaire est à faire pour relier avec rigueur ces données à des dénominateurs plus pertinents que les 60 892 lits installés ou les 623 902 entrées en 2000 (le même patient peut entrer plusieurs fois dans une année).

Cette enquête permet de montrer que la prévention du suicide en établissement de santé est un sujet d'importance comme en établissement pénitentiaire. Ces deux domaines ont en commun les troubles psychiatriques comme première cause et la psychiatrie comme acteur.

Il serait opportun que la profession s'empare encore plus de la prévention du suicide, le partage des expériences de part et d'autre pouvant servir à l'amélioration de la prévention. La perspective des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) invite à cette réflexion.

5.17. Etude épidémiologique nationale sur la santé mentale des personnes détenues (en cours)

Cette étude a été annoncée par une circulaire santé/justice (DGS/6C et DAP/PMJ2 N°2003/63 du 12 février 2003). Conçue en 2001, elle devait débuter en février 2003. Nous espérons les premiers résultats pour notre rapport mais le retard actuel est trop important. Il faut noter que dans l'argumentaire contenu de la circulaire, le problème du suicide n'est pas explicite. Une phrase indique que « le ministère de la justice souhaite en outre fournir à ses services déconcentrés des éléments fiables d'analyse permettant d'apporter des réponses adaptées, tant en matière de gestion de la population carcérale que de prise en charge au quotidien des personnes, avec un souci particulier concernant la prévention des effets pathogènes liés à la détention ». On peut penser que le suicide est classé dans les effets pathogènes de la détention ce qui est en soi une prise de position.

Nous avons pu nous procurer le protocole de l'étude qui mentionne, entre autres, l'augmentation du nombre de suicide en introduction. Parmi les variables, très pertinentes car identifiées comme facteurs de risque de suicide :

- les pertes parentales et séparation pendant l'enfance ;
- la maltraitance physique, psychologique ou sexuelle ;
- l'évaluation des troubles mentaux en particulier, schizophrénie, dépression, abus de substance ;

- et l'évaluation des troubles de la personnalité de type borderline, antisociale et évitante.

La recherche des antécédents suicidaires n'apparaît pas dans le protocole de recherche, document pourtant de 44 pages ainsi que la recherche d'une crise suicidaire. Dans le MINI, instrument diagnostique, le risque de suicide figure comme dans la grille diagnostique utilisée par les deux cliniciens qui vont examiner chaque détenu.

Il reste dommage que cette étude dont le budget est considérable ne soit pas construite pour faire au mieux le lien en maladie mentale et risque de suicide et que les conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire ne soient pas prises en compte pour apprécier :

- **le degré de risque suicidaire ;**
- **l'urgence suicidaire dans ses différents degrés ;**
- **et la dangerosité suicidaire.**

Cette étude aurait été l'occasion de faire une évaluation clinique pragmatique pour apprécier la dimension d'un risque qui repose sur tant de souffrance et en suscite autant. Le recueil de tant de paramètres concernant le tempérament, le caractère et la personnalité correspond, à notre sens, plus à une recherche fondamentale en psychopathologie.

L'absence, selon le protocole mis à notre disposition, de recueil sur les traitements mis en œuvre (modalités de prise en charge, traitements psychothérapeutiques et médicamenteux) est regrettable d'autant qu'un objectif est d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins des troubles mentaux. Il est seulement indiqué qu'en cas de pathologie décelée, la personne détenue pourra être signalée, avec son accord, à l'équipe de soignante de santé mentale compétente.

Le protocole contient une intéressante revue de la littérature sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes détenues. Les études sont seulement étrangères et la seule étude française, décrite ci-dessus, et effectuée par la DREES et le GFEP, en 2001, n'est pas citée.

Cette revue donne des résultats importants en terme de prévalence des troubles psychiques pour les populations détenues tout en considérant que des variations importantes selon les auteurs et les pays. Nous retiendrons les principaux :

- la dépression est estimée autour de 15 % ;
- la schizophrénie et autres psychoses autour de 5 % ;

- l'abus et la dépendance à l'alcool ainsi que la dépendance aux toxiques sont estimés avec de grandes variations selon les auteurs et pays (10 à plus de 60 %) ;
- les troubles de la personnalité de 10 à 30 %.

Nous attendons avec impatience les premiers résultats.

5.18. Circulaire DGS/SD6C n°355/2003 du 16 juillet 2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003

Cette circulaire qui est la troisième du genre devient de plus en plus précise sur les objectifs à atteindre et sur la façon de les atteindre. La place de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire prend une place plus importante. La mission qui nous est confiée facilite peut-être cette orientation forte cela est dû au fait que le bureau de la santé mentale est sous la responsabilité de Madame Fabienne Debaux. Cette dernière a fait une grande partie de sa carrière dans les établissements pénitentiaires et leur administration et connaît bien l'importance du sujet.

Cet intérêt explique le message, dans cette circulaire, aux responsables des DRASS pour obtenir une meilleure participation ***des personnels intervenant au sein des établissements pénitentiaires, qu'il s'agisse de surveillants pénitentiaires ou des personnels hospitaliers des UCSA et SMPR.***

La circulaire poursuit : ***les personnels des services hospitaliers, et notamment des services de psychiatrie, ont également été peu représentés parmi les personnes ressources formées alors même que leur rôle est prépondérant tant en matière de prévention que de prise en charge et que l'on observe une sursuicidalité chez les personnes hospitalisées ou récemment hospitalisées.***

Il serait souhaitable que soient analysés localement les motifs de ces écarts pour que soient envisagées en concertation avec les binômes formateurs, des dispositions particulières pour faciliter l'inscription de ces publics, dès lors que la situation s'y prête. En tout état de cause, les formations de personnes ressources doivent être poursuivies et étendues aux publics qui en sont globalement restés à l'écart.

En particulier, la situation préoccupante des suicides en prison, qui a conduit le Garde des sceaux et le Ministre de la santé à confier une mission de réflexion sur cette

question au Pr. J.L. Terra, ne peut qu'inciter à développer la formation des personnes exerçant en milieu carcéral.

5.19. Evaluation conduite par la Direction générale de la santé des actions de formations auprès des personnels exerçant en milieu carcéral (en cours)

Cette évaluation entre dans le suivi des actions de formations réalisées dans le cadre de la stratégie nationale d'action face au suicide lancée par voie de circulaire en 2001 et reprise en 2002 et 2003 par des circulaires qui détaillent chaque action. Nous avons réalisé personnellement un premier bilan de cette formation de formateur sous forme d'une évaluation stratégique dont les résultats ont été présentés en décembre 2002 au ministère de la santé en présence du directeur général de la santé. Les professionnels formés et les responsables des dispositifs sanitaires et associatifs engagés la prévention du suicide étaient invités. Les résultats indiquaient que la transmission des connaissances était facile et que les jeux de rôles constituaient un support essentiel de l'acquisition des compétences.

Le suivi entrepris par la DGS, à l'aide d'un questionnaire, reproduit en annexe et adressé aux DRASS, indique que plusieurs régions ont débuté des formations en direction des personnels travaillant en milieu judiciaire et pénitentiaire. Ceux-ci représentent environ 5 % de l'ensemble des personnes formées. Certaines régions, Ile de France, Poitou- Charente, Rhône-Alpes et bientôt Lorraine et PACA font des formations spécialement pour les personnels travaillant en milieu pénitentiaire. Le retour des informations n'étant pas complet, certaines autres régions ont pu aussi avoir des formations spécifiques. Les jeux de rôles à partir de cas préétablis sont utilisés pour que les personnes acquièrent une véritable compétence pour nouer une relation de confiance, évaluer la crise suicidaire et la désamorcer.

Le suivi des formations entrepris par la DGS est essentiel. Il est à poursuivre et ses résultats sont à communiquer pour permettre l'inscription de plus de plus d'acteurs de prévention car la formation est encore peu connue.

5.20. Les recommandations et les documents de formation

De nombreux documents existent sur les sites Internet des organismes officiels de prévention du suicide à l'étranger. Leur contenu a été utilisé pour construire les recommandations et des points particuliers sont inclus dans le rapport.

Ici, nous aborderons la formation faite à l'ENAP, les formations universitaires de médecine, de psychiatrie et de psychologie. Nous n'avons eu accès aux contenus des enseignements des diplômes d'université dédiés aux acteurs sanitaires en milieu pénitentiaire.

Lors de nos visites, nous avons eu des informations sur les organismes de formations ayant une offre pour les personnels pénitentiaire et sanitaire.

Enfin, les recommandations de L'Organisation Mondiale de la Santé » seront examinées.

5.20.1. La formation de l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire

La prévention du suicide est traitée pendant 4 heures dans la formation des chefs de service pénitentiaire et pendant 9 heures pour les directeurs. Les contenus pédagogiques transmis par Monsieur Philippe Peyron indiquent un contenu d'enseignement actualisé pour 2003 avec la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire est traitée de façon classique. Les concepts d'urgence et de dangerosité ne semblent pas enseignés ni l'intervention de crise.

Le module de prévention du suicide en milieu carcéral inclut tous les professionnels pénitentiaires dans l'organisation nécessaire pour prévenir ce risque. La répartition des rôles est décrite pour les directeurs, les CSP, les surveillants, les 1ers surveillants, les CSIP et les CIP.

Lors de nos visites, nous avons interrogé les personnels sur cet enseignement qu'ils avaient reçu lors de leur formation initiale. Globalement, l'enseignement était intéressant, mais trop théorique et fait souvent par des intervenants extérieurs qui ne connaissaient pas assez le milieu pénitentiaire. Nous avons trouvé dans ces cours des données sur le suicide qui dataient un peu et un manque d'actualisation des connaissances sur le suicide en population générale. Les informations sur le suicide en prison sont très précises, surtout pour la chaîne des arrivants, le quartier disciplinaire et les moments à risque de la vie judiciaire.

Comme pour les personnels sanitaires, l'évaluation du potentiel suicidaire se réduit à l'évaluation du risque sans que le projet suicidaire, s'il existe, ne soit exploré lors d'un dialogue avec la personne concerné. Les formations dans le cadre du programme national de prévention du suicide visent à compléter la formation initiale et à améliorer les compétences en cas d'intervention de crise.

Les contacts pris avec les responsables de l'ENAP indiquent un esprit d'ouverture et une volonté de délivrer un enseignement actualisé.

5.20.2. Les enseignements initiaux en médecine et en psychiatrie

Grâce à l'action du Collège des enseignants universitaires de psychiatrie (CNUP), une base commune d'enseignement est en cours de validation. L'enseignement sur la prévention du suicide reprend les conclusions de la conférence de consensus. Le contenu des enseignements précédents reflétait une variabilité entre les régions aussi bien pour l'approche du suicide que pour l'actualisation des connaissances. L'enseignement portant sur les soins psychiatriques des personnes détenues pour la spécialisation en psychiatrie est globalement très réduit, sauf engagement particulier d'un responsable universitaire. Il faut souligner le très faible nombre d'enseignant universitaire orienté vers la psychiatrie pénitentiaire. Les universitaires de médecine légale sont plus engagés dans la mesure où ils ont une orientation en même temps vers la psychiatrie.

Les enseignements complémentaires de médecine en milieu pénitentiaire existent. Leur enseignement devrait inclure les expériences étrangères sur les programmes de réduction du suicide en milieu pénitentiaire.

5.20.3. Les enseignements initiaux en psychologie

Nous n'avons pas eu accès directement aux programmes des enseignements des facultés de psychologie sauf celle de l'université Lyon2. Lors de la formation de formateur que nous avons réalisée à destination des psychologues universitaires, nous nous sommes rendu compte que la prévention du suicide était, sauf exception, peu abordée sur le plan de l'intervention de crise et sur celui de la postvention.

La formation au travail de deuil après suicide est généralement absente de la formation des psychologues. C'est une formation qui est très utile pour les psychologues des Directions régionales de l'administration pénitentiaire et pour les psychologues qui suivent des patients endeuillés. Il serait important que les facultés de psychologie puissent apporter un enseignement sur les soins à apporter aux personnes placées sous main de justice ou ayant des antécédents judiciaires.

5.20.4. Les recommandations de l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie une série de recommandations pour la prévention du suicide dont un guide intitulé « Prévention du suicide ; Indications pour le personnel pénitentiaire » traduit en 2002. Ce document de 22 pages qui synthétise les recommandations actuelles sur le sujet est rédigé par des spécialistes reconnus de la prévention du suicide.

La fréquence du suicide est rappelée en introduction ainsi que la pression exercée par l'intérêt que portent les médias à cette question qui peut vite devenir *une polémique politique. C'est pourquoi, la mise en place de programmes de prévention et d'intervention de crise est à la fois utile aux détenus et à l'institution pénitentiaire qui l'organise.*

Il est indiqué que les programmes complets de prévention ont permis d'obtenir des résultats significatifs dans plusieurs nations. Les grandes caractéristiques en sont présentées ainsi que les meilleures méthodes pratiques.

Nous reprenons les composantes essentielles :

- *un programme de formation pour le personnel pénitentiaire leur permettant de repérer les détenus suicidaires et de répondre de façon appropriée à ceux en crise suicidaire ;*
- *des procédures d'évaluation systématique des détenus dès leur arrivée et tout au long de leur séjour pour identifier ceux qui ont risque élevé ;*
- *une méthode pour maintenir la communication entre les membres du personnel concernant les détenus à haut risque de suicide ;*
- *des procédures écrites précisant les besoins minima pour l'hébergement des détenus à haut risque ; une offre de soutien social ; un contrôle visuel régulier et une surveillance constante pour les détenus les plus suicidaires ; un usage approprié des méthodes de contention ;*
- *le développement de pratiques internes suffisantes de liaisons avec les établissements psychiatriques de secteur afin de bénéficier des professionnels de santé mentale lorsqu'une évaluation complémentaire et un traitement s'avèrent nécessaires ;*
- *une stratégie pour l'analyse des cas de suicide afin de préciser les méthodes d'amélioration de repérage des détenus suicidaires, le contrôle et la prise en charge en milieu pénitentiaire de toute personne présentant un risque élevé de suicide.*

Les recommandations ci-dessus contiennent des exigences qui sont soit controversées comme le recours à la contention, ou qui ne sont pas régulièrement utilisées en France comme la surveillance constante, notamment par caméra.

Le document contient des indications précises sur les signes d'alerte d'un risque suicidaire, sur l'observation après l'admission, sur le risque lié au quartier disciplinaire et le difficile problème de la manipulation.

Le soutien aux personnels pénitentiaire suite à un suicide est aussi abordé en insistant sur les sentiments mêlés que peuvent susciter une telle expérience : tristesse, ressentiment, colère, culpabilité.

En conclusion, ce document est intéressant car il représente une synthèse concise, fruit des expériences internationales. Plusieurs recommandations demanderaient des changements profonds pour être intégrées à l'organisation actuelle. A l'inverse, les recommandations font moins appel au dispositif psychiatrique que l'organisation en vigueur dans notre pays. Ceci tient au fait que, quels que soient les manques perçus et/ou réels, le nombre de psychiatres en France est supérieur en moyenne aux autres pays, même si les inégalités entre régions sont considérables selon de nombreux rapports. La loi de 1994 a permis la construction d'une véritable offre de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires.

6. LES VISITES DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES : LES CONSTATS

6. Les visites des établissements pénitentiaires : les constats

Nous avons fait le choix de ne pas rendre compte de chacune des 17 visites d'établissements pour les raisons suivantes :

- l'objectif est d'améliorer les processus de prévention pour l'ensemble des établissements pénitentiaires à partir d'un échantillon d'entre eux et non de conduire une évaluation structure par structure ;
- les visites ont visé à examiner les processus pour connaître les points forts et les points faibles, et identifier les variantes pour faire un diagnostic global.

Plusieurs établissements visités souhaitaient avoir un retour sur la qualité de leurs processus de prévention. Ce fut possible lors d'une discussion générale, très souvent à la demande du directeur ou du chef d'établissement pénitentiaire, en fin de visite.

Nous reprenons ci-dessous les éléments essentiels. Beaucoup de points ont été décrits dans les rapports précédents suite à de nombreuses visites et évaluations.

6.1. L'organisation des visites

La liste des établissements visités a été communiquée par le Directeur de l'administration pénitentiaire aux Directeurs régionaux et par le Directeur des hôpitaux aux Directeurs régionaux de l'action sanitaire et sociale et aux Directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation.

Bien que nous ayons essayé de donner à l'avance les dates de nos visites, nous n'avons pu parfois informer les établissements que peu de jours avant notre visite. Quel que soit ce délai, nous devons signaler la grande qualité de l'accueil qui nous a été réservé dans tous les cas. Cependant, ce délai a parfois empêché les responsables pénitentiaires et sanitaires d'informer à leur tour, tous les intervenants ayant une action dans le champ de la prévention du suicide. Nous devons insister sur l'effort de mobilisation de beaucoup de personnes qui ont modifié leur emploi du temps pour se rendre disponibles rapidement.

Volontairement, nous avons choisi de ne pas donner un programme de visite type avec une liste des personnes à rencontrer afin d'éviter des visites stéréotypées et trop préparées. Un programme de visite nous a été cependant demandé bien souvent quelques jours avant la visite. Nous avons surtout demandé à emprunter le trajet des personnes détenues lors de leur arrivée et en cours de détention voulant ainsi plus évaluer le fonctionnement ordinaire

qu'exceptionnel. Au fil de la visite, nous avons cherché à avoir des entrevues, souvent brèves avec les personnels, les bénévoles et les détenus. Dans chaque établissement nous avons rencontré des personnes détenues dans leur cellule, au QD ou dans les autres lieux. Plusieurs étaient en crise suicidaire.

La visite débute par une réunion dans le bureau du directeur ou du chef d'établissement avec les principaux responsables de la détention, du SPIP et du dispositif sanitaire, directeur des hôpitaux liés par convention, chefs de services, directeur des soins. Il y a eu toutes les variations entre la réunion avec 2 ou 3 personnes et la réunion avec plus de 10 participants. Ce premier contact permet une présentation de l'établissement et donne une perception de l'accueil fait à cette mission.

La présentation de l'établissement permet de faire le tour des grandes questions d'actualité pour l'établissement. La première, et d'extrême importance, est celle de la surpopulation pour les maisons d'arrêt. Cette situation, devant laquelle les personnels pénitentiaires se sentent impuissants, alourdit les charges de travail puisque le nombre de personnes détenues peut être supérieur au double de la capacité d'accueil. Les établissements pénitentiaires sont les seules structures qui ne peuvent ni refuser d'admettre, ni décider de la sortie des personnes confiées. La réalisation des missions de surveillance, d'insertion, de soins se trouve entravée. Malgré cela, la mission qui nous a été confiée fut bien reçue.

Plusieurs fois, des surveillants nous ont rappelé que la souffrance des personnels était aussi une réalité et ont évoqué le suicide de collègues. Il est certain que la prévention du suicide des détenus ne peut être une priorité que si les professionnels ne sont pas dépassés par leurs propres difficultés.

La politique de l'établissement en matière de prévention du suicide est ensuite présentée dans ses grandes lignes avec les différents partenaires. Les éventuels suicides de personnes détenues sont abordés. Les hasards de la mission mais surtout la fréquence du problème ont fait que nous avons rencontré à quelques reprises des équipes qui avaient vécu un suicide récemment.

Le périmètre des professionnels et bénévoles concernés par cette mission n'est pas strictement dessiné, sauf quand l'établissement conduit une politique de lutte contre le suicide de longue date et qu'il a identifié les acteurs clés. Lorsqu'elle existe, la composition de la commission de prévention du suicide (commission pluridisciplinaire), est un bon

indicateur des acteurs jugés comme essentiels. Nous avons pu assister à quelques unes de ces commissions lors des visites.

Les établissements associent en proportion variable un fonctionnement de type :

- plutôt hiérarchique, privilégiant les attributions, chaque responsable de structure devant être informé personnellement pour assurer la représentation de son équipe ;
- réseau, plus horizontal, plus souple et favorable à une mobilisation plus rapide et favorisant les contributions.

Le degré de cloisonnement des différents acteurs influence la vitesse de communication. Nous pensons aux SPIP, direction des établissements hospitaliers, ARH, DRASS, DDASS, CODES, associations de bénévoles qui ont pu se mobiliser bien souvent dans des délais brefs. **Le nombre de personnes ayant un rôle direct ou indirect dans la prévention du suicide est un véritable défi pour assurer une coordination optimale. Le nombre d'heures dans la journée où les détenus sont accessibles limite aussi l'espace de prévention.**

6.2. La prévention du suicide au cours du circuit des arrivants

L'organisation mise en place aussi bien dans les maisons d'arrêt que dans les centres de détention est très propice, par son caractère structuré et systématique, à la prévention du suicide. La description qui suit cette chaîne montre la complexité des tâches et leur enchevêtrement.

La chaîne comprend pour ses phases principales dans les maisons d'arrêt :

- la phase d'écrou qui se réalise au greffe ;
- l'audience arrivant avec un gradé ;
- un entretien avec le travailleur social ;
- l'examen médical par un médecin généraliste ;
- un entretien avec un membre de l'équipe de psychiatrie, le plus souvent un infirmier.

Cette chaîne permet une relativement bonne évaluation du risque suicidaire, même s'il y a des confusions entre l'évaluation du risque et l'existence ou non d'une crise suicidaire actuelle. Le processus général correspond à la procédure décrite dans les circulaires de 1998 et 2002, il permet à un arrivant à plusieurs occasions d'exprimer sa détresse et aux professionnels de mettre en évidence les différents facteurs de risque de suicide et de déceler une crise suicidaire. La difficulté est certainement la répartition des rôles, le partage

et la transmission des informations pertinentes et la réactivité des intervenants de cette chaîne pour apporter les bonnes réponses dans le bon délai.

6.2.1. Le greffe et l'accueil

La personne arrivante est d'abord placée dans une salle d'attente qui est un local très réduit. Lors de nos visites, nous avons pu constater une grande variabilité entre des locaux acceptables et propres et des lieux dégradés, sombres et sales.

Le passage au greffe, phase où sont enregistrés l'identité de l'arrivant et le document qui justifie l'incarcération, est un moment très important pour reconnaître le choc carcéral et alerter les autres intervenants pénitentiaires et sanitaires. Le fait que l'arrivant soit un « primaire », c'est-à-dire incarcéré pour la première fois, donc susceptible d'être profondément choqué, est un fait parfaitement connu dans le monde pénitentiaire. Des détenus témoignent volontiers que l'attitude des personnels au greffe les rassure et contraste avec ce qu'ils imaginaient de la prison. Nous tenons à remercier tous les professionnels rencontrés au greffe d'avoir accepté de répondre à nos nombreuses questions sur leur façon de procéder.

L'accueil structuré et qualifié de chaleureux par certains témoignages succède à une période de garde à vue qui a pu être extrêmement difficile. Quels que soient les qualités des personnels du greffe et le soin qu'ils prennent à l'accueil des arrivants, il nous est apparu que **l'idéation suicidaire n'était pas recherchée par le dialogue**. Si le détenu exprime spontanément ces idées, elles semblent entendues et le système d'alerte fonctionne. Dans le cas contraire, malgré une souffrance exprimée, il n'existe pas une exploration pour repérer une crise suicidaire et l'évaluer dans ses différentes composantes. La recherche des antécédents de tentative de suicide est loin d'être conduite de façon systématique. Plusieurs fois, nous avons pu lors d'entretiens, mêmes brefs, avec des personnes détenues, mettre à jour des antécédents qui n'étaient pas connus des professionnels présents.

De façon générale, nous rencontrerons cette lacune tout au long de la chaîne des arrivants et seuls, de trop rares professionnels sanitaires abordent directement l'idéation, l'intention et le scénario suicidaire permettant d'évaluer le degré d'urgence suicidaire.

Les motifs pour ne pas faire cette exploration sont nombreux et défendus par quelques chefs d'établissement. Les craintes exprimées pour expliquer cette attitude ne sont pas spécifiques au milieu pénitentiaire. Ce sont pour les plus fréquentes :

- c'est difficile et délicat à demander ;

- on a peur d'induire les idées de suicide ;
- on risque de se faire manipuler ;
- ceux qui le disent ne le font pas, et ceux qui se tuent ne le disent pas, donc cela ne sert à rien de le demander ;
- ceux qui sont suicidaires sont bien décidés à mourir et rien ne peut les empêcher ;
- mettre à jour des idées de suicide impose d'apporter une réponse et on ne sait pas quoi faire, de plus cela engage notre responsabilité ;
- ce n'est pas notre rôle, il y a le gradé pour cela, ou les médecins, les infirmières, les psychiatres, les psychologues.

Une autre raison peut être trouvée dans la notice de la grille d'évaluation du risque suicidaire de **la circulaire du 26 avril 2002 où il était souligné que le recueil des informations ne devait pas se faire en posant directement les questions à l'arrivant**. De nombreux personnels ont souligné cette ambiguïté.

Les indications portées sur la notice individuelle renseignée par le Juge d'instruction ou par le Juge des libertés et de la détention, comme nous l'avons constaté au Service pénal du Tribunal de grande instance de Paris, constituent un élément d'alerte. Le signalement se fait simplement par une réponse oui ou non sur l'existence de risque suicidaire. De ce fait, sauf mention explicite et spontanée du juge, il n'existe pas d'information sur la nature des facteurs de risque et leur poids. La valeur de ce signalement est parfois mise en doute quand le signalement devient presque systématique et qu'il est perçu comme une précaution excessive qui protège plus le juge que la personne écrouée. On a constaté que l'existence d'un signalement par le juge n'entraînait pas systématiquement une exploration directe de la crise suicidaire, ce qui ne lève pas le doute sur son existence réelle et sur le bien-fondé d'une surveillance.

Ce signalement induit une surveillance spéciale, habituelle pour les arrivants mais qui sera prolongée au-delà. Les établissements semblent démunis pour savoir sur quels critères interrompre une surveillance spéciale qui paraîtrait inutile selon leurs données d'observation. L'existence d'une commission de prévention du suicide peut permettre de mettre fin à cette surveillance spéciale. Une demande écrite est parfois faite par l'établissement au juge d'instruction pour qu'il confirme la nécessité de prolonger la surveillance spéciale ; celle-ci étant suspendue sans réponse de sa part au d'un certain délai. L'absence de réponse serait l'occurrence serait la plus fréquente.

Le passage au vestiaire permet à la personne écrouée de déposer ses papiers d'identité et les objets, de subir une fouille au corps et de prendre le plus souvent une douche. Un

paquetage lui est remis dont la composition réglementaire est plus ou moins enrichie selon les établissements. Nous avons été sensibles au fait que certains établissements fournissent des produits de première nécessité de bonne qualité (brosse à dent, tube de dentifrice..., voire même déodorant) tandis que d'autres s'en tiennent à des produits de faible qualité (brosses à dent très minces, non conformes aux normes d'hygiène dentaire, simple sachet de dentifrice).

Les lieux dans lesquels se déroule cette phase importent dans la mesure où certains locaux, mêmes modestes, démontrent un souci de respect (peintures rafraîchies, ordre, propreté, rangement des effets des détenus) tandis que d'autres dénotent par une vétusté, un défaut d'entretien et de rangement. La possibilité de douche pour les arrivants semble bien respectée sauf pour les écrous tardifs.

L'attitude des professionnels reste certainement l'élément le plus important pour les arrivants. Cette phase qui est en soi difficile à supporter, par essence intrusive est l'occasion pour les surveillants de bien mesurer la réaction de la personne écrouée.

La mise en place d'un quartier arrivant est inconstante dans les établissements, surtout pour ceux de petite taille. Pour ceux qui en sont dotés, les protocoles de fonctionnement sont assez variables. Le quartier arrivants peut être individualisé avec un personnel dédié et une durée de présence des arrivants de plusieurs jours. **Un flux d'entrants considérable et le surencombrement consécutif peuvent désorganiser le fonctionnement du quartier arrivant et limiter la phase d'observation initiale.**

L'existence d'un quartier arrivant avec un personnel fixe, au moins sur une certaine durée, est propice à construire la sécurité par une plus grande qualité d'observation et une mise à profit de l'expérience. L'affectation permanente des personnels de surveillance permet de structurer des liens avec les autres intervenants.

Les établissements qui ont construit un quartier arrivant l'ont doté d'aménagements qui tranchent avec le reste des autres locaux de détention. Ces cellules peuvent être équipées de douches, de télévision et d'un réfrigérateur. Si tous les professionnels s'accordent sur les progrès représentés, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure cet équipement atténue le choc carcéral.

6.2.2. L'audience par le gradé

Cette audience, qui est systématique, se fait dans les heures qui suivent l'arrivée, le lendemain matin en cas d'arrivée le soir. Il s'agit d'un moment important qui permet de faire

une deuxième évaluation. En cas de détresse particulière d'un arrivant, nous avons pu constater plusieurs fois la mobilisation du gradé, voire du chef ou du directeur d'établissement pour conduire très rapidement cet entretien après signalement d'un surveillant.

Nous avons constaté, et eu des confirmations par plusieurs sources, que les gradés reçoivent facilement les détenus en souffrance qui en font la demande. Une politique d'écoute est en place. Le problème est, semble-t-il, la capacité à apporter les réponses quand elles dépendent d'autres intervenants.

Le risque est de susciter des espoirs par des promesses, puis de la déception si les réponses ne sont pas réelles. Plusieurs fois, des surveillants, des visiteurs de prisons et des détenus nous ont dit que la capacité de l'Institution à dire non, par crainte d'un incident, s'était affaiblie face aux personnes les plus démunies de stratégies pour faire face à leurs problèmes.

L'écoute des surveillants et des gradés est très importante pour les détenus qui ont commis des crimes sexuels qui vivent souvent dans des conditions de solitude et de peur extrêmes.

6.2.3. L'entrevue avec le travailleur social

L'entrevue avec le travailleur social est un moment important pour les détenus, car ils sont en quelque sorte les ambassadeurs du monde extérieur et des liens avec la famille. Le travailleur social est investi comme une personne pouvant trouver des solutions aux problèmes antérieurs et à ceux induits par l'incarcération.

Nous avons perçu selon les discours des autres professionnels et selon nos constats une intégration très variable des travailleurs sociaux dans les établissements pénitentiaires. Les flux d'arrivants et un nombre largement supérieur à 100 dossiers, en milieu ouvert et/ou en milieu fermé, à gérer peuvent limiter le rôle des travailleurs sociaux pour intervenir en cas de crise suicidaire. Cependant, leur accès au monde extérieur permet souvent de trouver des solutions à la détresse des détenus dans les différentes sphères de leur vie

Les travailleurs sociaux ont accès à des informations sur la trajectoire de vie qui sont précieuses pour évaluer le risque suicidaire. Le partage des informations avec les personnels de surveillance et les personnels sanitaires nous a paru inconstant dans certains établissements. Leur articulation avec les assistants sociaux des SMPR n'est pas toujours apparue clairement.

6.2.4. Structures sanitaires : UCSA et SMPR

Le circuit des arrivants des établissements pénitentiaires comporte un passage par l'UCSA qui regroupe, dans les mêmes locaux, l'équipe de soins somatiques et celle de psychiatrie, sauf en cas d'existence d'un SMPR. Il en découle généralement une facilité des contacts.

Lorsque l'établissement est doté d'un SMPR, celui-ci est habituellement situé dans des locaux à proximité variable de l'UCSA. Une difficulté peut en découler pour accéder de l'un à l'autre.

Nous envisageons ce circuit toujours dans le cas de la prévention du suicide.

- **Le médecin généraliste**

Chaque détenu arrivant bénéficie d'un examen médical par le médecin généraliste dès le jour même ou le lendemain de son arrivée. Ce délai peut être porté à trois jours en fin de semaine. Les établissements importants peuvent organiser une présence médicale le samedi matin tandis que dans de petits établissements un détenu peut être examiné jusqu'à 6 jours après son arrivée si le généraliste ne vient qu'une fois par semaine. Un examen médical peut être réalisé par un médecin des services d'urgence ambulatoire en cas de besoin. Leur déplacement n'est toutefois pas toujours assuré selon les informations rapportées.

L'examen médical systématique est propice au recueil de données pour évaluer le risque de suicide : antécédents médicaux et chirurgicaux, abus de substances (alcool, drogue), traitements antérieurs et en cours. L'évaluation de la dépression et de l'urgence suicidaire n'est en revanche pas réalisée de façon systématique. Elle dépend du praticien et de son expérience clinique.

Le rôle du médecin généraliste et des infirmières est essentiel face aux détenus en détresse. Ces derniers peuvent leur être adressés en urgence par les surveillants et gradés quand ils ont détecté un risque suicidaire chez un arrivant. Ce mécanisme d'alerte et d'accélération des interventions est essentiel. Il représente une force du système. Dans les établissements qui ne sont pas dotés d'un SMPR, la proximité avec l'équipe de psychiatrie est, en principe, favorable à une intervention rapide de celle-ci. Dans le cas des établissements dotés d'un SMPR, la même rapidité d'intervention est recherchée mais pas toujours obtenue.

- **L'équipe de psychiatrie**

L'équipe de psychiatrie fait en sorte que tous les arrivants bénéficient d'un entretien avec un membre de l'équipe. Les infirmiers ont habituellement très souvent cette

charge qui comprend un accueil, une présentation de la structure et une évaluation. Cette évaluation peut être aussi conduite systématiquement par les psychologues ou par les psychiatres selon les établissements. Ces variations ne sont pas soutenues par des preuves d'équivalence des trois modalités d'organisation. Si la pénurie peut être une excellente justification dans les petits établissements, elle n'a pas de justification dans les structures importantes.

Le délai dans lequel est fait cet entretien pose des questions dans le cadre de la prévention du suicide. Des SMPR s'engagent à voir tous les détenus dans un délai précis, par exemple dans les 10 jours qui suivent leur arrivée. Cette organisation positionne le SMPR en aval dans le processus de détection systématique du risque de suicide. Cette structure doit donc faire confiance aux intervenants en amont pour détecter et orienter rapidement les personnes en crise suicidaire.

Cette évaluation est essentielle dans le cadre de la prévention du suicide en raison du sur risque des personnes souffrant d'affections mentales. **Les discussions avec de nombreuses infirmières et infirmiers nous indiquent qu'il n'y a pas de procédure structurée pour identifier les personnes les plus à risque de suicide. L'organisation s'appuie sur l'expérience de chaque professionnel, plus ou moins partagée au sein de l'équipe, pour identifier les patients qui ont le plus besoin de prise en charge. Cette manière de procéder correspond aux pratiques habituelles de la psychiatrie.** Cependant, en raison du grand nombre de personnes à rencontrer et de la difficulté à apprécier le risque de suicide, il serait opportun qu'un ensemble de critères explicites soit partagé.

Les psychologues ont plus rarement la charge de rencontrer systématiquement tous les arrivants. C'est cependant le cas dans quelques SMPR. Certains psychologues ont une solide formation en prévention du suicide, notamment lorsqu'ils ont fait une partie de leur cursus à l'étranger ou qu'ils interviennent à l'extérieur dans des organismes de prévention du suicide. Les psychologues sont souvent en deuxième ligne, recevant des patients après orientation des infirmiers ou des psychiatres ou encore sur demande expresse des détenus.

6.3. La prévention du suicide au cours de la détention

La prévention du suicide en détention est mise en place en fonction de l'évaluation initiale et des événements qui ponctuent la vie de la personne détenue. Ces événements de nature diverse peuvent s'accumuler et avoir un effet de potentialisation. La prévention dépend aussi de l'organisation sanitaire en place, de son accessibilité et de la nature des soins dispensés.

6.3.1. Les événements de la vie pénitentiaire

- **Le quartier disciplinaire (QD)**

Le placement au quartier disciplinaire est relié avec une augmentation du risque de suicide. Nous savons cependant que le nombre de décès par suicide au QD est globalement en diminution. Des directeurs ont fait des rappels pour limiter les placements en prévention au QD ainsi que l'interdiction de retirer les vêtements des détenus suicidaires.

Le placement au QD de détenus suicidaires représente une véritable incompatibilité sauf à considérer que le QD est le lieu de l'établissement où la surveillance et les soins peuvent être les plus intenses. Si le détenu doit être puni, cette punition doit s'effectuer en dehors d'une crise suicidaire lorsqu'un équilibre émotionnel est retrouvé.

Les médecins généralistes ont la charge de voir deux fois par semaine les détenus au QD. Le médecin peut demander l'interruption de cet isolement pour des motifs médicaux. Il n'est pas sûr que leurs recommandations soient toujours suivies de l'aveu même d'un directeur. Les soins psychiatriques sont parfois interrompus lors du placement ce qui constitue une anomalie.

- **Les transfèrements**

Leur caractère traumatique dépend des motifs du transfèrement et des conséquences de ce qui peut représenter un éloignement de la famille. La rapidité de certain transfèrement est liée à des impératifs de sécurité si bien que ce départ ne peut être préparé. La transmission de dossiers de qualité est essentielle pour ne pas faire perdre des chances à cette personne

- **Les anomalies de la vie pénitentiaire**

La vie pénitentiaire est complexe et il est difficile pour un œil extérieur de distinguer ce qui est normal et anormal.

Les problèmes de l'intimidation et de la violence entre détenus ont été relativement peu abordés par les détenus lors des rencontres. Ils se plaignent beaucoup plus de la promiscuité, du bruit, de l'absence de propreté. Cependant, quelques uns nous ont signalé que les rapports de force étaient prévalents dans quelques établissements, notamment dans les cellules où il y avait des matelas par terre. Les relations sexuelles imposées n'ont pas été dénoncées lors de nos visites. Elles le sont par certains patients, antérieurement incarcérés, que nous suivons dans le cadre de notre exercice professionnel.

Les services de gestion financière nous ont indiqué qu'ils suivaient les dépenses de cantine pour voir si les détenus étaient contraints d'acheter à cause du racket. Les détenus condamnés pour crime sexuel nous ont dit la peur dans laquelle ils avaient pu vivre ou vivaient encore. Des mécanismes de protection sont mis en place pour ces détenus dans toute leur trajectoire au sein des établissements.

Parmi les difficultés dont se plaignent le plus les détenus, on trouve la dépendance dans laquelle ils se trouvent et la perte de contrôle. Elle est inhérente à la situation de détenu. La difficulté à avoir une réponse aux demandes, le fait d'être obligé d'attendre pour une durée indéterminée donne un vécu d'impuissance et de désespoir. Le fonctionnement normal que peut endurer un détenu en équilibre psychique peut se révéler insupportable pour une personne en crise. Des réactions violentes peuvent être la marque de l'impuissance.

6.3.2. Les événements de la vie judiciaire

Une attention toute particulière est donnée aux événements de la vie judiciaire. Certains moments sont très difficiles : les confrontations, la reconstitution, le procès, la sentence, les refus de liberté conditionnelle ou la perspective d'une nouvelle affaire. Ces événements sont traités comme des périodes critiques qui peuvent augmenter le risque de suicide dans les Commission Locale d'Insertion ou les commissions de prévention du suicide.

Quelques établissements ont établi une durée de surveillance spéciale automatique avant le procès et après la condamnation. Ce caractère systématique est en faveur de la prévention.

Le rôle des travailleurs sociaux est essentiel pour l'accompagnement des détenus, l'élaboration du projet de réinsertion et du projet d'exécution de peine (PEP). La surcharge du SPIP peut provoquer des retards et augmenter les sentiments d'abandon et de désespoir que plusieurs détenus nous ont confiés.

6.3.3. L'organisation sanitaire

Les rôles des infirmiers de soins somatiques et de psychiatrie dans les UCSA des établissements de petite taille comportent la prise de nombreuses responsabilités en raison d'une présence médicale non constante. Habituellement volontaires et motivés pour cette fonction, ils bénéficient à la fois de beaucoup de liberté d'initiative et reçoivent des patients qui ne vont pas bien et qui veulent souvent tout, tout de suite. Le métier est décrit par une infirmière dans une interview pour un quotidien comme « lourd et attachant ». Les infirmiers programment les consultations des généralistes et des psychiatres.

Le plus souvent, les psychologues reçoivent les patients sur leur demande expresse ou sur orientation des psychiatres. Quelquefois l'offre de soins psychologiques est concentrée sur un nombre très faible de détenus. Selon les établissements, les psychologues vont ou non en détention pour rencontrer des détenus signalés et sans demande d'aide.

L'examen psychiatrique des personnes détenues n'est habituellement pas systématique, sauf exception. Ceci pose un problème pour être assuré que l'ensemble des facteurs de risque soit bien identifié. Les antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide ne sont pas constamment recherchés comme nous avons pu le constater. Il serait important que quels que soient les professionnels qui font l'évaluation clinique, il soit dressé une liste des données essentielles à recueillir pour chaque arrivant. **L'intuition ne suffit pas dans le cadre de la prévention du suicide. Les personnels pénitentiaires ont quant à eux beaucoup plus recours à des documents pour décrire l'état psychologique ou le comportement de la personne détenue. Ceci est bien sûr très développé dans les centres de détention où il y a une véritable culture de l'observation.**

Le fait qu'il soit demandé aux détenus d'écrire pour obtenir une consultation peut être un facteur limitant pour les personnes qui ne sont en difficulté avec l'écrit et pour les personnes qui sont à la fois fières et fragiles.

La prescription de psychotropes

Nous avons rencontré des UCSA où les généralistes prescrivent les différents psychotropes dont les antidépresseurs comme en clientèle en milieu ouvert. Dans d'autres UCSA, ils sont cantonnés au renouvellement des prescriptions de psychotropes instaurées précédemment et à la prescription des seuls anxiolytiques et des hypnotiques. La mise en route des antidépresseurs est faite par les psychiatres. Cette organisation est intéressante si les patients rencontrent réellement les psychiatres et qu'elle n'entraîne pas de perte de chance de bénéficier d'un antidépresseur. A l'inverse, si le généraliste ne peut pas, en cas de dépression, prescrire d'antidépresseur et que le patient refuse et/ou ne voit pas le psychiatre, il y a une anomalie de l'organisation des soins.

Le taux de personnes détenues sous antidépresseur est un indicateur dont nous avons demandé la mesure au cours de nos visites. Il s'agit bien d'un indicateur dans le sens où le traitement de la dépression ne se restreint pas à la prescription de médicaments. Nous remercions les pharmaciens et les équipes médicales et infirmières qui ont fait le décompte des patients de cette classe thérapeutique un jour donné.

Les taux varient de 3,4 % à 33,4 % des personnes détenues, le taux le plus élevé étant dans un centre de détention pour femmes ce qui est cohérent avec la prévalence de la dépression dans ce groupe. En effet, les études précédemment citées, indiquent une prévalence de cette affection qui est la première cause de suicide entre 15 et 50 %. De telles variations du taux de personnes détenues sous antidépresseurs ne peuvent être expliquées par des différences des besoins de santé.

Une enquête auprès des entrants indiquait un taux de 4 % de personnes sous antidépresseurs à l'arrivée. Ceci signifie que dans certains établissements, la prise en charge sanitaire n'augmente pas la probabilité d'un traitement de la dépression.

Le nombre de personnes détenues ayant une prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques varie beaucoup d'un établissement à l'autre. Il en est de même pour les médicaments de substitution. De nombreux professionnels de santé, mais aussi de formateurs nous ont alerté à propos de ces prescriptions pour lesquelles ils ont des doutes quant à l'intérêt en terme de santé et de vie quotidienne, sans parler du risque de trafic.

Les prescriptions d'anxiolytiques à des posologies supérieures aux recommandations alertent les pharmaciens qui disent parfois ne pas pouvoir exercer le contrôle qui leur est confié réglementairement. Nous soulignons ce point, non seulement en raison du risque en cas d'absorption massive de ces médicaments, mais en raison des interrogations sur le lien entre anxiolytiques et passage à l'acte.

Des audits sur les pratiques de prescription sont à conduire par les différentes équipes médicales et les comparaisons seraient certainement fructueuses lors des réunions scientifiques des UCSA et des SMPR. Ces évaluations sont à inclure dans les démarches qualité et la procédure d'accréditation.

Le circuit du médicament

Aucun problème de disponibilité des médicaments nécessaires aux soins n'a été évoqué au cours de visites. La charge de travail des infirmiers de l'UCSA, en l'absence de préparateur en pharmacie, peut être considérable au point diminuer leur temps consacré aux soins. Le fait qu'il soit prévu réglementairement que les infirmières de soins somatiques préparent et administrent l'ensemble des médicaments est vécu comme une injustice.

En effet, les prescriptions sont constituées souvent à 60 % de psychotropes, prescrits essentiellement par les équipes de psychiatrie. De plus, sur le plan du suivi thérapeutique, c'est un non sens puisque l'administration des médicaments est un acte important qui

permet de détecter des problèmes d'observance, des effets secondaires et d'évaluer les effets thérapeutiques. La distribution des médicaments peut être pluriquotidienne, quotidienne, quotidienne la semaine et pour 2 jours en fin de semaine, 2 fois par semaine et une fois par semaine. Une distribution de fréquence élevée permet aux infirmiers d'avoir des points de contact avec les personnes en difficulté.

Nous recommandons que cette charge soit au moins partagée entre les équipes somatiques et psychiatriques comme nous l'avons vu dans plusieurs établissements. Ceci améliore le climat social et limite les clivages toujours délétères pour prévenir un risque comme le suicide.

Le dossier du patient

L'existence d'un dossier unique, qui n'est hélas pas la règle, est un point fort pour rassembler dans un même document les informations nécessaires. La multiplicité des dossiers, chaque établissement de rattachement et chaque corps professionnel pouvant le revendiquer, est un non-sens quand il s'agit de protéger le patient, notamment en situation d'urgence. L'éparpillement des informations et leur détention dans des lieux divers, pas toujours sécurisés, reviennent à une construction de la prise de risque.

La collaboration entre les équipes somatiques et psychiatriques adopte toutes les formes des relations humaines. Une ambiance de collaboration avec le respect des compétences de chacun est la forme la plus fréquente. Rarement, mais c'est encore trop fréquent, nous avons pu percevoir un véritable climat délétère dont il est difficile de penser qu'il n'a pas de conséquences en terme d'organisation et de qualité des soins. Nous avons été surpris du nombre élevé de personnes informées de cet état de fait et de l'impossibilité pour un département ou une région de traiter ces anomalies devenues chroniques. La gestion et la prévention d'un risque supposent des organisations qui travaillent continûment ensemble.

L'hospitalisation au SMPR

Les visites nous ont permis de confirmer ce qui avait été constaté lors des précédentes missions. Les chefs de service des SMPR sont conscients des limites actuelles car, et nous citons l'un d'entre eux, les « *SMPR ne sont pas des lieux d'hospitalisation au sens strict du terme ; ce sont des lieux de prise en charge, le plus souvent à temps partiel (8 heures/18 heures) dans la prison, soumis aux impératifs pénitentiaires* ». Ils ne correspondent pas aux impératifs « *d'un soin intensif (surveillance clinique 24H/24, traitements médicamenteux intensifs avec surveillance clinique rapprochée, surveillance des états suicidaires)*. L'accès direct aux détenus n'est pas constant en raison des charges qui incombent aux surveillants. La nuit, l'accès à un patient au SMPR en cas d'urgence

demande 15 à 20 minutes, ce qui est un délai trop élevé en cas de détresse vitale. Sauf erreur de notre part, seuls 2 SMPR sur 26 en France bénéficient d'une présence infirmière la nuit.

Certains SMPR visités ont eu à déplorer des suicides ces dernières années. Il est très tentant de relier la vétusté, voire l'insalubrité des locaux, la sensation d'isolement et d'abandon qui peuvent en découler avec la survenance de suicides. Le raccourci est probablement inexact en partie. Nous sommes convaincus que les personnes sont conduites au suicide parce que leur vie va très mal et que plus rien n'y fait pour atténuer leur souffrance. Cependant, il est difficile d'imaginer que certaines cellules que nous avons visitées constituent un lieu apaisant, protecteur et source d'espoir. Proprement effrayantes en terme d'aspect, d'hygiène, de confort, ces cellules ne peuvent être le témoin d'une marque de respect et considération.

La mise en place des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) devrait, à terme, faire disparaître ces lieux non sanitaires.

La garde médicale de psychiatrie

Un modèle d'organisation précis de la garde ne nous est pas apparu clairement. Les médecins généralistes disent que ce sont eux qui les assurent, pour la plus grande part, essentiellement en cas de tentative de suicide et d'automutilation. Pour d'autres établissements, les équipes de psychiatrie assurent cette mission en se rendant disponibles 7 jours sur 7.

L'accès à un psychiatre de garde doit pouvoir être assuré dans chaque établissement pénitentiaire.

6.4. Le bilan de la prévention du suicide au travers des visites

6.4.1. La promotion de la santé

La promotion de la santé physique

Les actions de promotion de la santé physique et de la prévention des risques sont nombreuses. Dès son arrivée à l'UCSA, un arrivant peut se rendre compte par les affichages, les documents mis à disposition qu'il s'agit d'un lieu médical où la santé a de la valeur. Ces actions sont le fait de différents acteurs dont l'entente peut être excellente, la Direction régionale, le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), l'UCSA et par son intermédiaire les spécialistes qui ont une compétence particulière pour le tabagisme, les infections virales par exemple. Les formateurs peuvent associer les détenus à réaliser

des documents de promotion de la prévention sous une forme efficace en terme de communication.

La promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale se fait sous forme d'actions d'information et de discussion sur les thèmes de la prévention du stress, les risques liés à l'alcool, la dépression. Ces actions sont loin d'être généralisées à tous les établissements.

Les groupes de paroles pour les détenus paraissent très utiles et sont un facteur de construction d'un lien social encadré par les équipes psychiatriques.

Les journaux internes aux établissements pénitentiaires représentent un moyen de dialogue et de diffusion de messages de santé. La qualité de rédaction comme la liberté de ton et d'expression dans la rubrique « courrier des lecteurs » sont des bonnes surprises.

Des enquêtes sont réalisées pour connaître les besoins des détenus en terme de prévention. Les résultats d'une enquête faite dans un établissement indiquent que plus de la moitié des détenus ont pensé au suicide, que presque un tiers a déjà fait une tentative de suicide.

Les difficultés en détention sont en premier les relations avec les autres détenus, les problèmes d'hygiène. Les personnels sanitaires et de surveillance sont renvoyés dos à dos avec des relations qualifiées de difficiles avec ces équipes pour moins d'un quart des détenus. Ce résultat local ne peut être généralisé mais reste à prendre en compte.

Le manque de lieu de parole, le manque d'intimité en cellule, le tabac en cellule (co-détenu fumeur), la séparation avec les proches, le manque de contact avec les avocats sont des difficultés citées spontanément.

De telles enquêtes mériteraient d'être réalisées périodiquement dans tous les établissements car elles peuvent contribuer, s'il y a réelle une volonté, à des actions ciblées pour améliorer les conditions de vie et d'aide.

L'enseignement

Il s'agit d'un secteur important pour la réinsertion des personnes détenues d'autant que le taux de personnes en difficulté avec l'écrit est d'environ 38%. Ce temps d'acquisition diminue le sentiment de perte de temps et de perte de sa vie. Les enseignants sont des acteurs importants pour l'observation des détenus quant à leur forme, leur intérêt et leur moral. L'apprentissage étant exigeant, les problèmes des détenus transparaissent facilement. Ils

ont donc un rôle important pour la prévention du suicide en signalant les détenus en difficulté.

Les équipes d'enseignants peuvent faire des prouesses en permettant, de par la qualité des activités qu'ils proposent, de faire coopérer des détenus accusés de délits ou crimes théoriquement incompatibles.

Des établissements sont organisés sur le plan des horaires pour que les détenus puissent à la fois apprendre et travailler, et ainsi accomplir leur mission de réinsertion.

Le Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (GÉNEPI) est une association « loi 1901 » qui regroupe 850 étudiants bénévoles qui interviennent dans 70 établissements pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées.

Les associations culturelles jouent un rôle important dans la vie des établissements. Elles induisent une dynamique de projet et les événements culturels constituent des moments d'évasion qui donne un sentiment d'appartenance au monde

Le travail

Le classement des détenus, c'est-à-dire leur affectation à un travail, est un autre facteur de stabilité. Le désœuvrement induit une démoralisation de la population carcérale. La possibilité d'accès à un travail est bien sûr plus élevée en centre de détention qu'en maison d'arrêt. Autant le classement est un facteur positif, autant le déclassement peut être perçu comme une injustice et une dévalorisation. Les détenus particulièrement signalés ne peuvent plus avoir un travail. Cette interruption d'activité est particulièrement difficile.

Le classement des détenus condamnés à de courtes peines est habituellement difficile en maison d'arrêt. Les délais peuvent être très longs ce qui est un facteur de désespérance pour des détenus qui veulent travailler pour essayer d'oublier.

Les détenus peuvent être classés pour le service général, pour la cuisine ou pour les ateliers dans les centres de détention. La Régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP) gérât en 2002, 37 ateliers répartis dans 28 établissements. Nous avons pu visiter des ateliers de production (boisellerie, fer forgé, mécanique générale). Des ateliers sont en cours de certification. Le Service de l'emploi pénitentiaire employait 1260 détenus en 2002.

Des emplois existent aussi dans des chantiers extérieurs. Leur importance est telle que le problème de la dispensation des soins sur site se pose.

La Commission locale d'insertion est un lieu de décision du classement.

La lecture publique

La lecture publique tient une place toute particulière en prison et fait l'objet de nombreuses actions. Le livre est une occasion sans cesse renouvelée d'évasion. Les bandes dessinées sont très demandées et même elles servent parfois d'abattant pour les WC (il en faut deux!). La bibliothèque est en accès direct ou par l'intermédiaire d'un catalogue et d'une distribution itinérante. Les ouvrages accessibles au quartier disciplinaire ne nous ont pas fait une forte impression.

Les directeurs des établissements pénitentiaires encouragent plus ou moins cette politique d'accès au livre. Nous avons rencontré des détenus qui étaient devenus de véritables bibliothécaires, conseillant les codétenus sur la progression de leurs lectures et des ouvrages à emprunter. Mais le taux d'illettrisme reste élevé, autour de 38 % et les autres formes d'activité doivent être trouvées⁶.

Les activités sportives

Elles peuvent prendre une place considérable dans la vie en détention et être un facteur d'équilibre. Ces activités sont parfois très structurées avec des tournois organisés au sein de l'établissement avec un affichage des résultats. Une promotion du sport peut être faite grâce à la venue de vedettes. Les activités de musculation prennent une place tout particulière avec une pratique souvent intensive.

Les aires d'activité sportive, les locaux ainsi que le matériel ont des niveaux très disparates. Certaines salles et certains équipements sont dans un véritable état de délabrement. Au-delà des limitations budgétaires, l'investissement de la direction de l'établissement et des moniteurs peut expliquer de tels écarts.

Le maintien des liens familiaux : les parloirs, le courrier, le téléphone, les Unités Expérimentales de Vie Familiale

Le maintien des liens familiaux est un axe important pour préserver l'insertion des personnes détenues. Les parloirs font partie des grands moments de la vie des détenus et de la vie de la prison. Le premier parloir est un longtemps attendu après l'écrou. Les prévenus peuvent avoir trois parloirs par semaine et les condamnés une fois par semaine.

Les programmes pour favoriser les liens avec l'entourage ont suscité des aménagements dans certains établissements. De ce fait, des écarts semblent creusés tant dans la conception des parloirs que pour leur confort et les seuils de tolérance en vigueur. Les écarts pour le nombre et la durée des parloirs sont faibles entre les maisons d'arrêt et importants entre les établissements pour peine.

Il existe des parloirs clairs, propres, aérés, dotés de suffisamment de chaises, avec des toilettes pour les détenus et pour les familles, avec des distributeurs de boisson, avec des espaces et des jeux pour les enfants... Le contraire existe aussi.

Pendant les parloirs, les couples ont une vie intime pour laquelle l'ambivalence est de mise, à la fois illégale et en pratique objet d'une tolérance avec les risques de l'arbitraire. Quelquefois, des aménagements discrets protègent cette intimité et évitent la promiscuité avec les parloirs familiaux. Il est difficile d'affirmer que le taux de suicide diminuerait si les couples pouvaient avoir des relations sexuelles dans des conditions dignes. Il n'existe pas de données sur ce point. Il est très vraisemblable que de tels aménagements n'augmenteraient pas le taux de suicide. Un groupe de travail de l'Administration pénitentiaire est en cours sur ce thème qui semble avoir été dépassé par plusieurs pays dont l'Espagne.

Si la plupart des parloirs se passent bien, c'est aussi le lieu où des mauvaises nouvelles sont annoncées, où des échecs relationnels se révèlent. L'observation de l'attitude de détenus et de leur famille dans les parloirs que nous avons visités montre que la communication est parfois bloquée.

Dans quelle mesure les associations de familles de détenus ne pourraient-elles apporter une aide à celles qui sont le plus en difficulté pour parler avec leur parent incarcéré ?

Ces associations ont un rôle important pour aider les familles des détenus. Elles ont mis en place des lieux d'accueil pour les familles qui viennent de loin pour les parloirs. Des tensions dont les raisons nous sont obscures existent entre certains établissements et SPIP et les associations. La question de savoir si les familles doivent devenir des usagers pénitentiaires pour répondre à leurs besoins en tant que famille.

⁶ Besse J-M, Petiot-Poirson K, Petit-Charles E. Qui est illettré ? Retz, Paris octobre 2003.

Des équipes de psychiatrie ont su obtenir la mise en place des entretiens familiaux en présence du détenu. Cette possibilité apparaît comme essentielle pour l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Chacun peut entendre les mêmes choses au cours de cet entretien à défaut de les comprendre pareillement.

A l'issue des parloirs et des procédures (fouille, accompagnement) les surveillants ont l'habitude de s'enquérir si le détenu n'a pas reçu une mauvaise nouvelle. Les incidents de parloirs comme les parloirs « fantôme » (personne n'est venu) sont des événements à intégrer à l'évaluation du risque de suicide.

L'existence et l'utilisation d'une main courante après les parloirs permettent de noter des faits significatifs dans la vie de la personne détenue. Cette observation est plus facile en centre de détention de par le ratio personnel/détenu.

L'accès au téléphone est refusé aux prévenus et réservé aux seuls condamnés qui sont dans les établissements pour peine seulement. Ceci limite les possibilités de répondre aux demandes d'un détenu qui se sent abandonné. Certains détenus ont de la peine à imaginer qu'ils ne pourront plus téléphoner à leur proches et ne plus les voir pendant un certain temps à partir de l'écrou.

Nous suivons les recommandations précédentes pour que les prévenus, sauf impératif judiciaire, nécessaire à l'enquête, et/ou impératif pénitentiaire, lié à la sécurité, puissent avoir des liens téléphoniques avec leur famille. On ne sait dans quelle mesure un tel accès pourrait limiter le fait que 11 % des détenus hommes vivent une séparation dans le premier mois de détention.

Le courrier est un moyen de maintenir les liens. Il faut rappeler cependant que 38 % des détenus présentent un illettrisme. Des détenus savent développer des stratégies pour conserver des liens familiaux. L'un d'entre eux fait des dessins pour ses enfants que ces derniers colorient à la maison. Ensuite, il les met sur les murs de sa cellule. Ce père refuse que ses enfants viennent au parloir en raison de la promiscuité.

Plusieurs détenus ont souhaité que le courrier soit distribué le matin et non le soir car il est difficile de s'endormir sur une mauvaise nouvelle. La lecture non guidée et non accompagnée de son expertise psychiatrique reçue au courrier le soir a été une épreuve pour un détenu.

La mise en place des premières Unités Expérimentales de Vie Familiale constitue un changement très important pour la France. Ce rapprochement familial durant une durée maximale de 72 heures est suivi avec une attention légitime tant c'est un changement avec les pratiques antérieures. Les premiers bénéficiaires sont des femmes en établissement pour peine. Cette solution, qui a nécessité des investissements lourds, ne doit pas faire relâcher les autres efforts en faveur du maintien des liens familiaux car le nombre de ces UEVF sera faible (3 sont prévues pour l'instant selon notre connaissance).

- **Les visiteurs des prisons**

Ils jouent un rôle essentiel auprès des détenus isolés en constituant parfois le seul lien avec l'extérieur. Les demandes des détenus pour avoir un visiteur varient selon les régions. Leur fonction est multiple pour lutter contre le suicide. Ils ont un rôle de soutien et facilitent la mise en parole de souffrances. Ils peuvent détecter des situations à risque et alerter. Enfin, ils peuvent recevoir les confidences d'un projet suicidaire.

6.4.2. La prévention du suicide

En lien avec les services pénitentiaires, la structure actuelle des UCSA nous a semblé propice pour organiser la prévention du suicide. Les examens sont systématiques, les flux de patients importants et les équipes de psychiatrie intégrées au dispositif. Ceci favorise le partage d'informations qui peut avoir lieu plusieurs fois par jour pour un patient en grande détresse. Le lieu est attractif pour les détenus et moins stigmatisant qu'une structure identifiée spécifiquement pour le soin des troubles mentaux. Il est des établissements où un quart de la population carcérale se rend chaque jour à l'UCSA. Ceci constitue un avantage pour faire de la prévention, mais aussi occasionne une surcharge de travail.

L'hospitalisation au SMPR est une structure de prévention à situer en troisième ligne en tant que recours lorsque les troubles psychopathologiques sont prévalents et que la crise suicidaire ne cède. L'hospitalisation dans un établissement de santé spécialisé occupe la même position. L'activité d'intervention et de consultation des SMPR est à situer en deuxième ligne.

Repérage ou dépistage

L'arrêté du 10 mai 1995 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux apporte une série de modifications à l'arrêté du 14 décembre 1986. Parmi celles-ci, nous relevons dans l'article 2 que les mots « dépistage systématique » sont remplacés par les mots « repérage précoce ».

Ce qui peut paraître subtil est lourd de conséquences pour prévenir le risque de suicide. Il nous semble très important que les maladies mentales des personnes détenues ne soient pas seulement repérées lors de décompensations bruyantes. Elles doivent être dépistées systématiquement⁷ pour les entrants afin de ne pas laisser courir le risque de ne pas recevoir de proposition d'aide et de soins. La prévention du suicide passe en grande partie par la prise en charge de la souffrance induite par les maladies mentales qui réduisent considérablement les possibilités d'adaptation aux événements de la vie et à la conflictualité. **L'évaluation du risque, c'est-à-dire la mise en évidence des facteurs qui augmentent le risque de suicide doit aussi être systématique et recherchée avant l'apparition de manifestations extrêmes.**

Enfin, en cas de tension, de souffrance particulière, l'exploration de l'idéation suicidaire doit être faite systématiquement lorsque la personne détenue ne peut spontanément l'exprimer.

Conformément à cet arrêté, nous avons constaté que les pratiques de repérage du risque suicidaire ne sont globalement pas systématiques, que ce soit au niveau des UCSA par les médecins généralistes, ou par les équipes de psychiatrie. Celles-ci sont plus attentives mais n'ont pas de stratégie explicite et partagée.

Les rapports d'activité et les projets de service des SMPR font peu de place à une amélioration du dépistage de la dépression et du risque de suicide. Seul le projet d'un SMPR que nous n'avons pas visité l'inclut dans le dossier d'accueil. Ce dernier est structuré pour évaluer les troubles psychiques, dont les troubles de l'humeur et le risque suicidaire.

Cette fonction est plus confiée aux équipes de psychiatrie sauf quand les généralistes savent que la personne risque de ne pas voir de psychiatre avant plusieurs jours, ou si le détenu refuse de voir le psychiatre.

Le repérage de la dépression se fait lors de l'examen médical, mais il n'y a pas de dépistage systématique avec des critères explicites. Les médecins généralistes ont une bonne habitude des examens systématiques et ils ont souvent mis en œuvre des « fiches épidémiologiques » pour décrire les antécédents médicaux et chirurgicaux, les consommations d'alcool et de drogue, les résultats de l'examen clinique, les prescriptions et les orientations nécessaires. De telles fiches contiennent plusieurs informations pertinentes

⁷ Daigle M, Côté G. Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires. Recherche du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2002).

pour la prévention du suicide. Les antécédents de tentative de suicide et l'existence d'une dépression pourraient y figurer en raison de leurs fréquences attendues élevées.

Un indicateur pour évaluer «l'alignement » des processus de prévention est le degré de recouvrement entre les personnes placées en surveillance spéciale pour risque suicidaire et les personnes bénéficiant d'une prescription d'antidépresseur. Les établissements qui ont pu faire le rapprochement de ces données constatent des écarts importants qui demanderaient de vérifier, au cas par cas, l'absence de dépression.

La grille d'évaluation du risque suicidaire (circulaire de 2002) lorsqu'elle est utilisée, est transmise de façon inconstante aux personnels sanitaires. La grille peut avoir été utilisée systématiquement puis délaissée en raison de sa lourdeur. Elle est parfois utilisée seulement pour certains détenus. Cela ôte bien sûr le caractère systématique de l'évaluation.

Certains établissements ont développé une culture de la prévention du suicide et le maximum d'informations partageables est mis en commun pour mieux connaître le détenu patient et organiser la prévention des différents risques qu'il court. Un établissement, pilote pour la prévention du suicide, diffuse chaque jour à 21 exemplaires la liste des personnes placées en surveillance spéciale pour risque de suicide. Cette liste peut être actualisée chaque jour grâce à l'application informatique GIDE (Gestion Informatisée des Détenus en Etablissement). Ceci permet à tous les intervenants d'être vigilants pour ces personnes en difficulté. Informés de leur fragilité, ils peuvent signaler des propos alarmants ou des modifications de leur comportement. Ces mêmes intervenants pourront, lors de la participation à la commission de prévention du suicide ou de la Commission locale d'insertion, apporter des observations plus précises. L'accès à GIDE, pour certains champs partageables, serait intéressant pour le personnel sanitaire afin d'avoir une vision de l'ensemble des détenus en surveillance spéciale pour risque de suicide.

6.4.3. L'intervention de crise

La chaîne des arrivants telle qu'elle est construite permet de prendre en charge une crise suicidaire dont l'expression est manifeste. Dans son fonctionnement actuel, cette chaîne n'est pas organisée pour détecter une crise qui serait discrète voire silencieuse. Le détenu peut être repéré comme fragile, ce qui est différent d'un repérage comme actuellement suicidaire. L'urgence suicidaire est un concept très peu utilisé et donc non évalué.

L'exploration de l'idéation suicidaire

L'exploration de l'idéation suicide et du scénario est très peu faite pour les personnes en situation de souffrance. Les infirmiers s'appuient essentiellement sur les signes indirects dont la liste est parfois dressée. Très peu s'autorisent à poser directement les questions. Toutes les équipes médicales ne sont pas convaincues de la légitimité de cette exploration.

Les infirmiers ayant réalisé une formation continue (AFAR, Institut National de l'Enfance et de la Famille) sur le thème de la prévention du suicide déclarent ne pas avoir appris à explorer l'idéation suicidaire lors de ces formations. **Que ces recommandations soient absentes des programmes, ou encore que les bénéficiaires n'acquièrent pas de façon définitive cette compétence, limite grandement l'intérêt de ces formations et constitue une fausse sécurité.**

Or, et nous le répéterons de nombreuses fois dans ce rapport, seule la personne en souffrance sait où elle en est de son projet suicidaire. Les signes indirects sont précieux pour s'inquiéter, mais ils ne peuvent en aucun cas dispenser de confirmer ou d'infirmer par le dialogue l'existence d'une crise suicidaire. La reconnaissance de la crise apporte habituellement une diminution de la tension, montre à la personne qu'elle est reconnue dans sa détresse et lui indique qu'elle a affaire à des professionnels qui ont le courage et la compétence d'aborder directement sa détresse.

Nous recommandons que les organismes de formation continue, actualisent les contenus qu'ils proposent, selon les recommandations de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie d'octobre 2000.

A l'heure actuelle, les stratégies d'intervention de crise ne peuvent donc pas être préétablies en fonction du degré d'urgence puisque celui-ci n'est pas évalué.

La surveillance spéciale est utilisée aussi bien pour des détenus à risque, non forcément en crise suicidaire actuellement, que pour des personnes en crise suicidaire. Il manque, à notre sens, un plan d'intervention qui serait à établir pour chaque personne en crise suicidaire. La surveillance spéciale n'étant qu'un volet qui ne peut à lui seul redonner espoir. Elle permet de repérer une aggravation, un geste suicidaire, mais ne peut pas modifier la cinétique de la crise. Doubler le détenu est une mesure de protection qui ne peut pas être abandonnée tant que des protections plus efficaces sont utilisées comme la surveillance constante.

6.4.4. La postvention (l'après suicide)

La postvention après un décès par suicide connaît encore un développement partiel. Tous ses aspects ne sont pas encore mis en œuvre.

L'information des proches

Après un décès par suicide, l'information de la famille est assurée par le directeur de l'établissement. Plusieurs nous ont dit combien cette annonce par téléphone est difficile en soi et aussi parce qu'il est difficile de connaître leur vulnérabilité.

Nous demandons s'il n'y aurait pas un intérêt à recourir aux forces de police ou de gendarmerie pour annoncer le décès dans les cas où il existe des doutes (vulnérabilité connue, accumulation de mauvaises nouvelles...) sur la réaction de la personne qui va recevoir la nouvelle.

Les détenus proches de la victime peuvent aussi être informés par un membre de la direction.

L'accueil des proches

Voir la cellule où vivait la personne décédée est une possibilité prévue par l'Administration pénitentiaire pour l'entourage. Réalisée sur demande de la famille, cette visite ne peut que faciliter le travail de deuil qui peut être bloqué si les personnes endeuillées pensent qu'on leur cache des choses. Le deuil par suicide est caractérisé par une recherche de responsabilités. Plusieurs membres des directions ont dit leur appréhension à la venue de la famille en détention. **Au moins, un directeur nous a dit que cela s'était bien passé et que cela n'avait suscité aucun mouvement.**

Répondre aux demandes des familles qui aimeraient rencontrer les co-détenus qui ont connu la personne décédée est plus difficile à faire. Cette démarche est très fréquente en cas de deuil par suicide en milieu ouvert. La compréhension de ce qu'a vécu la personne dans les dernières semaines est habituellement le fil conducteur du travail de deuil.

Les endeuillés doivent aussi pouvoir rencontrer les médecins qui ont pris en charge la personne décédée. L'information, autant que possible et autant que de besoin, est un impératif. Il a été démontré que les psychiatres qui recevaient les familles endeuillées avaient moins de recours en justice que ceux qui ne le faisaient pas. Ils se sentaient de surcroît aidés personnellement par les familles en tant qu'endeuillés professionnels.

Les actions auprès des intervenants professionnels

Le suicide est un événement traumatisant pour les personnels qui découvrent la scène, alertent, portent les premiers secours, rendent compte de ce qui s'est passé, rédigent un rapport... Le suicide est habituellement médiatisé, une inspection peut être déclenchée si plusieurs suicides sont considérés comme faire une « série ».

La succession de suicides est toujours difficile à assumer, induisant des doutes sur la capacité de la structure à prévenir le suicide. Seule une analyse de causalité permettrait de dire s'il y a des causes communes, ou s'il s'agit d'une série de phénomènes indépendants.

Le soutien psychologique des personnels, après un événement traumatisant, est prévu par l'Administration pénitentiaire. Des créations de postes de psychologues affectés au soutien du personnel ont eu lieu en 2001. Les psychologues des Directions régionales se mettent à disposition des personnels qui le souhaitent afin de les soutenir dans cette épreuve pour des rencontres individuelles ou collectives. Il s'agit essentiellement d'une activité de débriefing qui est proposée. Une intervention de crise peut être conduite auprès d'un professionnel particulièrement déstabilisé par l'événement.

Fondée sur le volontariat, cette démarche n'est pas évidente pour beaucoup. Il n'est pas facile de dire que l'on est touché à ce point par le décès d'une personne détenue et que l'on a vraiment besoin d'en parler. Plusieurs surveillants nous ont dit qu'ils préféreraient en parler avec des professionnels qui travaillent plus en détention.

L'impact de la découverte d'un suicide peut laisser des traces pendant de longs mois. Une surveillante nous a dit son appréhension à regarder dans l'œilleton après avoir découvert une personne pendue lors d'une ronde. Il n'est pas facile de parler des liens qui se créent entre les personnels et les détenus. Le suicide met fin brutalement à ce lien. Une orientation pour obtenir un soutien psychologique sur une période prolongée fait partie des missions des psychologues du personnel.

Le soutien psychologique aux personnels sanitaires ne doit pas être oublié. Il repose sur l'offre de leur établissement de santé de référence. La procédure est peut-être moins explicite que pour les personnels pénitentiaires. Le soutien aux médecins n'a pas pu être mis en évidence. Il est très rarement fait appel à la cellule d'urgence. **Un établissement de santé inclut, dans un avenant au Contrat d'objectif et de moyens signé avec l'Agence régionale de l'hospitalisation, un temps de psychothérapeute pour apporter un soutien psychologique aux équipes de l'UCSA et du SMPR.** L'objectif est de les accompagner et de prévenir l'épuisement psychologique dans un établissement où la population détenue est double de la capacité prévue.

Un suicide apporte suffisamment de désorganisation pour l'ensemble des intervenants qu'il serait important que les ressources des milieux sanitaires et pénitentiaires se concertent pour avoir une action commune. Cette coopération se fait déjà dans quelques régions.

La prévention du suicide par contagion

La prévention du suicide par contagion est un objectif peu développé selon les informations recueillies. Un détenu, placé au quartier disciplinaire après une réaction violente de sa part après avoir appris que sa libération conditionnelle était rejetée, nous a dit bien comprendre le suicide d'un détenu survenu un an plus tôt. Etant dans la même situation que lui, le suicide de ce dernier devenait une solution.

La contagion du suicide peut aussi toucher la famille du détenu décédé. Ce risque rend encore plus nécessaire la rencontre avec les proches et leur orientation vers des services spécialisés. Le hasard de la vie, fait que nous avons eu à déplorer, dans notre propre service hospitalier, le suicide d'un patient dont le frère s'était suicidé 6 mois plus tôt en prison. Notre patient avait tenté de s'immoler par le feu un mois après la mort de son frère. Manifestement dans cet enchaînement, tout le potentiel de repérage et de prévention n'a pas été utilisé.

6.5. L'encadrement et l'évaluation des actions de prévention du suicide

Nous avons longuement détaillé la politique et les actions conduites par l'Administration pénitentiaire avec un soutien progressif et constant des responsables sanitaires et sociaux. Les visites ont montré que l'organisation de cette prévention était difficile en raison de la complexité du sujet et du nombre d'acteurs en jeu.

L'ensemble des actions faites pour mieux prévenir le suicide est encadré par un système d'évaluation dû essentiellement à l'Administration pénitentiaire. Un recensement précis des actions de prévention a été fait par les Directions régionales. Le processus de prévention au cours de la chaîne des arrivants et au cours de la détention a été analysé lors de l'évaluation des sites pilote.

L'évaluation des pratiques professionnelles en santé est globalement encore très peu développée. Des directions d'établissements de santé incluent avec succès les UCSA et SMPR dans l'auto évaluation de la procédure d'accréditation. Quelques UCSA sont dotées d'une véritable démarche qualité qui est très fortement soutenue par les directions de la qualité des hôpitaux. Des protocoles sont mis en place pour les problèmes de santé les plus

fréquents dont quelques protocoles en santé mentale. Il serait opportun que les avancées des UCSA et des SMPR soient contagieuses dans ce domaine.

L'inspection des structures de santé conduite par les DDASS est tout à fait intéressante car elle complète la démarche d'accréditation qui est plus volontariste et moins spécifique. Les documents et le référentiel qui nous a été transmis par Monsieur Vallerand et par Madame Bonnard⁸, médecins inspecteurs régionaux, sont structurants et remarquablement détaillés. Nous pouvons regretter que les critères pour les SMPR et leurs antennes ne portent pas plus sur leurs activités de soins psychiatriques comme c'est le cas pour les soins somatiques dispensés par les UCSA. La prévention du suicide n'est pas évoquée alors qu'il représente plus de décès que la légionellose. Cette inspection se fait sur site ce qui permet de nombreux constats. Au travers de nos visites, nous n'avons pas le sentiment que toutes les régions portent le même intérêt aux résultats de ces inspections.

Le rôle des Programmes régionaux de santé (PRS) et de la Stratégie nationale d'action face au suicide

Les PRS ont représenté le moyen essentiel pour construire progressivement des actions de santé publique afin de mieux prévenir le suicide à partir de 1996. Ces programmes, financés par la Direction générale de la santé, ont permis aux professionnels de divers champs de s'investir dans des actions locales. Ainsi, les intervenants des établissements pénitentiaires ont pu bénéficier de formations ou d'action dans ce domaine, conformément aux circulaires du ministère de la Santé. Ces actions sont maintenant possibles dans toutes les régions avec l'adoption d'une stratégie nationale depuis 2000. L'engagement des DRASS est ascendant sur ce thème.

Des actions de formations associant les équipes sanitaires et pénitentiaires ont débuté dans différentes régions. Des formateurs ont mis au point des jeux de rôles adaptés aux situations qui se présentent en milieu pénitentiaire. La DGS fait actuellement le recensement des formations auprès des cibles visées par les circulaires de 2001, 2002 et 2003 (le document de recueil des informations figure en annexe 13).

⁸ Référentiels d'inspection de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires du Nord Cécile Guitard, Lionel Martinon, DDASS du Nord (version 2000) et DRASS de Picardie : Vallerand, Jasion, Veyret (version mai 2003)

7. LES RECOMMANDATIONS

7. Les recommandations

Les recommandations sont classées selon leur capacité à réduire le nombre de suicides et leur délai de mise en oeuvre.

7.1. Un objectif national

Un objectif national de réduction du suicide en milieu pénitentiaire doit être fixé. Nous proposons de viser une réduction de 20 % en 5 ans du nombre de personnes détenues décédées par suicide. Le projet de loi de santé publique, qui contient dans son deuxième objectif la prévention des morts violentes et des suicides, constitue un cadre adapté pour soutenir la politique nécessaire. L'action de l'Administration pénitentiaire, initialisée depuis des années, combinée à la Stratégie nationale d'action face au suicide mise en place depuis 2000 par le ministère de la Santé, représente un cadre opérationnel pour l'atteinte de cet objectif. Les agences de santé, comme l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES) peuvent assurer un soutien pour atteindre cet objectif.

7.2. La formation à l'intervention de crise

L'objectif est que toute personne détenue et suicidaire ait une chance, chaque jour et chaque nuit, de pouvoir être au contact d'une personne formée. La formation, qui doit être adaptée au milieu pénitentiaire, vise à apporter un langage commun et à donner une compétence pour détecter et intervenir auprès des personnes détenues⁹. Elle doit donc inclure la souffrance psychique qui prend le masque de l'agressivité et de l'automutilation.

Tous les différents professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues doivent être capables :

- de contribuer à identifier les personnes à risque de suicide élevé ;**
- de repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades ;**
- de conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;**

⁹ La demande de formation est bien classée dans les priorités pour améliorer la prévention du suicide quand les personnels sont interrogés. Thèse de médecine de Kifayet Baran : Etude des suicides survenus à la maison d'arrêt de la Talaudière de 1980 à 2000. Ce qu'en pensent les intervenants. Université de Saint Etienne, 2002.

- d'évaluer l'urgence, c'est dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
- d'intervenir, d'alerter et d'orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

Afin de favoriser le repérage et la prise en charge précoce d'une crise suicidaire, il est nécessaire d'envisager aussi cette formation pour les professionnels qui interviennent en amont de l'écrou, lors de la garde à vue, lorsque la personne est déférée au Parquet, puis mise en détention provisoire.

Le périmètre des personnes à former inclut les intervenants de la téléphonie sociale qui devrait bénéficier à plus de personnes détenues.

La formation de co-détenus doit être expérimentée dans des sites pilote selon l'exemple d'autres pays (détenus confidentiels) pour évaluer l'opportunité d'une extension plus large.

La formation peut être délivrée dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cette dernière permet de former rapidement une masse critique d'intervenants d'autant que la Stratégie nationale d'action face au suicide dispose de 80 formateurs à ce jour et de 120 en janvier 2004. Des psychiatres de SMPR et des enseignants de l'ENAP participeront aux sessions de formation de formateurs de décembre 2003 et de janvier 2004, et ainsi augmenteront la capacité de formation dans les régions. Deux fiches action décrivent plus en détail cette recommandation en annexe 18 A et 18 B.

7.3. Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression

Un plan national est en cours d'élaboration au ministère de la santé. La dépression est plus fréquente pour les personnes détenues que pour la population générale. La dépression non traitée est la première cause de suicide. Au moins 50 % des personnes décédées par suicide avaient une dépression, le plus souvent non traitée.

Le repérage des symptômes, le diagnostic et le traitement de la dépression doivent être des objectifs prioritaires des UCSA et des SMPR. Les médecins généralistes ont, comme les psychiatres, un rôle déterminant à jouer. Les acteurs de santé en milieu pénitentiaire doivent s'inscrire dans ce plan national.

L'objectif est que le taux de personnes détenues traitées pour dépression soit en accord avec l'importance de cette maladie. La fréquence de cette dernière sera mieux

précisée par une étude épidémiologique actuellement en cours auprès d'un échantillon de 1000 personnes détenues.

Le taux de personnes en surveillance spéciale, pour risque de suicide et recevant un traitement antidépresseur, est un indicateur à suivre.

Dès maintenant, la formation à l'intervention de crise, évoquée plus haut, met l'accent sur la dépression comme facteur de risque de suicide et sur le repérage et le traitement de ce trouble. La fréquente association de la dépression avec un autre trouble, comme la dépendance à l'alcool et/ou aux drogues et comme les troubles de la personnalité, est aussi soulignée.

Les équipes de psychiatrie doivent centrer leur action auprès des personnes détenues souffrant de plusieurs troubles psychiques simultanés (troubles comorbides) et proposer les approches thérapeutiques recommandées, notamment avec une offre psychothérapeutique adaptée.

Le plan national de traitement de dépistage de la dépression devra être relayé dans les établissements pénitentiaires sous forme d'actions d'information et de sensibilisation. Les acteurs et structures de promotion de la santé ont un rôle important à jouer.

7.4. Les personnes détenues en crise suicidaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire.

Les personnes en souffrance psychique utilisent différentes stratégies pour trouver un apaisement. Ces stratégies sont en lien avec les troubles de la personnalité sous-jacents et avec le degré de désespoir. Il existe une progressivité dans la recherche de solutions au cours d'une crise suicidaire. Plus la personne est empressée à être soulagée, plus elle fait des demandes insistantes et souvent malhabiles. Elle peut devenir agressive. Il peut exister une progression qui masque temporairement la crise suicidaire : demandes pressantes, réactions de déception et de colère, intimidations, menaces, violences, automutilation puis tentative de suicide, suicide. Le stade où la personne estime qu'elle n'a plus rien à perdre est particulièrement critique car tout devient possible.

Les personnels doivent être formés pour reconnaître au mieux une souffrance psychique majeure derrière un tel tableau. Les objectifs sont d'éviter les réponses qui

pourraient aggraver la crise, et de désamorcer une telle escalade. Reconnaître la souffrance derrière des manifestations violentes reste difficile. Le recours à des professionnels spécialisés aux intrications entre la souffrance psychique et les troubles du comportement est nécessaire.

Puisque le suicide est le premier risque qui peut survenir au quartier disciplinaire, un examen psychiatrique doit être pratiqué pour ces détenus avant leur placement au quartier disciplinaire. La mise en prévention au quartier disciplinaire représente une menace qui peut précipiter le geste. Elle doit être évitée, sauf quand aucune autre mesure ne peut mettre fin au trouble, tel que le prévoit le Code de Procédure Pénale. La recherche d'alternatives au quartier disciplinaire est à développer selon les recommandations des précédents rapports.

Nous demandons que tout soit fait pour vérifier que les troubles qui motivent le placement au quartier disciplinaire ne soient pas dus à une crise suicidaire. Si l'examen psychiatrique s'oriente vers cette hypothèse ou la confirme, la personne détenue doit être placée 72 heures dans une cellule sécurisée¹⁰, facilement accessible à l'équipe sanitaire. Cette période permet une observation, un dialogue, une évaluation et la mise en place de soins, si nécessaire. Elle sert aussi à rechercher les déterminants de cette crise par la reconstitution de l'histoire récente du détenu : quelles sont les difficultés éprouvées ? quels sont les événements survenus ou ceux qui menacent l'avenir ?

Au terme de cette période :

- **si la personne est considérée en crise suicidaire et si une sanction est prononcée, son exécution doit avoir lieu lorsque l'équilibre émotionnel est retrouvé. Il est important de rappeler que les personnes mettent, au mieux, plusieurs semaines, pour retrouver un équilibre ;**
- **si la personne n'est pas considérée comme en crise suicidaire, la sanction prononcée peut être exécutée avec une surveillance particulière pénitentiaire et sanitaire.**

Si, de façon exceptionnelle, une personne détenue et souffrant de troubles psychiatriques est placée au quartier disciplinaire, les soins psychiatriques doivent être poursuivis.

¹⁰ Le plan d'une cellule sécurisée est reproduit en annexe 18.

7.5. Un système documentaire partagé est à mettre en place pour évaluer le potentiel suicidaire et définir les actions à entreprendre

Parce que :

- **les facteurs de risque de suicide se situent dans des domaines très divers : histoire personnelle, troubles psychiques, événements de vie ;**
- **tout professionnel ou bénévole peut recevoir des confidences d'une personne en crise suicidaire ;**
- **la personne en crise, souvent tendue et épuisée, risque de ne pas se confier plusieurs fois ;**

un support commun doit servir au recueil des informations pertinentes pour évaluer le degré de risque de suicide, d'urgence et de dangerosité, et pour définir les actions à entreprendre et réalisées.

Ce document devrait être ouvert lors de la garde à vue, et suivre la personne déférée puis écrouée. L'objectif est de diminuer le risque de perdre une information importante et de suivre de façon continue l'état d'esprit de la personne. La grille annexée à la circulaire du 26 avril 2002 constitue une base pour élaborer un document qui doit être simple. Une proposition de ce document figure en annexe 19 D. L'objectif est de connaître le niveau de risque, d'urgence et de dangerosité suicidaire pour mettre en œuvre les réponses adaptées.

La participation de chacun est nécessaire pour rassembler les informations pertinentes. Les professionnels sanitaires ont un rôle notamment pour évaluer le risque suicidaire. Les événements de la petite enfance (négligence parentale, abandon, sévices), les troubles psychiques et les événements de vie récents représentent des informations nécessaires aussi bien pour évaluer ce risque que pour assurer des soins. La connaissance de ces éléments permet d'apprécier ce risque et de limiter l'influence des facteurs de risque quand cela est possible.

Il est important de considérer qu'il ne s'agit pas de partager toute l'information mais d'aboutir collectivement à la meilleure évaluation pour apporter collectivement la meilleure protection.

L'exercice de l'ensemble des équipes sanitaires des UCSA et SMPR se fait dans le cadre hospitalier¹¹. Le Code de la Santé Publique, article L.1110-4, stipule que :

¹¹ Godet PF, Piégay C. La question des « notes personnelles » en institution psychiatrique. Le Journal de Nervure, n°4 – Tome XVI - Octobre 2003, p 1,et p 7.

« lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

Ce rappel semble nécessaire pour que la « rétention » d'informations ou de notes personnelles ne vienne pas faire perdre une chance au patient. Dans ce sens, l'existence d'un double dossier du patient, somatique et psychiatrique, peut représenter un risque organisé si le cloisonnement des informations empêche d'apprécier la nature du risque et l'urgence de la situation. L'amélioration de la qualité du dossier du patient représente un objectif collectif de l'ensemble des structures sanitaires. Les avancées de certaines équipes constituent une base précieuse

7.6. La surveillance spéciale pour risque de suicide doit être complétée dans tous les cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection.

Chaque personne considérée comme à risque élevé de suicide et/ou en crise suicidaire doit bénéficier de plans spécifiques. Ces plans sont à définir quant à la nature des actions et des acteurs qui les mettent en œuvre. Les acteurs de prévention sont habituellement en trois lignes pour répartir les rôles.

Le plan d'action est différent selon que la personne est à risque de suicide sans être en crise suicidaire, ou est en crise actuellement.

Si la personne est à risque, mais n'est pas en crise suicidaire, prévenir consiste à agir sur les déterminants de la souffrance, pour lesquels une action est possible, afin d'éviter une évolution vers une idéation suicidaire. Ce sont, essentiellement :

- le traitement des troubles psychiques ;
- les actions qui visent à atténuer l'impact des pertes (liens familiaux, insertion sociale, travail...) ;
- la protection du détenu des risques qu'il court au sein de l'établissement en raison de la nature du délit ou du crime
- et la prévention des dysfonctionnements qui pourraient augmenter sa souffrance et son désespoir. Le suivi des demandes faites et des réponses apportées semble essentiel pour éviter une escalade dans la frustration et l'incompréhension.

La personne en crise suicidaire doit bénéficier d'une intervention dont la nature et le délai sont adaptés au degré de l'urgence (idées, intention, programmation du scénario).

L'évaluation de l'urgence selon une progression en 9 points (donnée en annexe 19 D) permet à l'intervenant de première ligne de faire son évaluation et la transmettre. Cet intervenant peut arriver à désamorcer la crise en instaurant une relation de confiance et, le cas échéant, il oriente la personne vers un autre intervenant.

Un des moyens les plus efficaces de prévenir est de donner à la personne le goût de se protéger. Les mesures passives de protection, c'est-à-dire sans la participation, ou les mesures imposées sont des solutions de dernier recours. Elles peuvent être perçues comme un manque de confiance et être vécues comme blessantes et inutiles. De ce fait, elles sont à réserver lorsque les différentes interventions ont été un échec et que rien ne semble dissuader la personne que se donner la mort est la seule solution à sa souffrance.

La prévention du suicide impose de bien examiner le rapport risque/bénéfice de chaque décision et notamment selon la perspective du bénéficiaire. Plus une personne est en crise, plus elle est sous l'emprise de sa subjectivité. Par exemple, le recours à l'hospitalisation qui devrait être une protection peut être vécue comme un abandon ou comme stigmatisante. Ainsi, l'hospitalisation n'est jamais une garantie totale de sécurité.

7.7. La prévention est une œuvre collective où chacun peut et doit jouer des rôles différenciés

On peut distinguer les intervenants :

- **de première ligne**, personnes au contact direct des détenus. Les surveillants sont au premier plan, mais chacun peut être, à un moment donné, cet intervenant lors d'un contact direct (un directeur, un travailleur social, un éducateur, un infirmier, un médecin, un co-détenu) ;
- **de deuxième ligne**, ceux auxquels on a habituellement recours pour alerter, signaler, mobiliser lorsque l'intervenant de première ligne est confronté à une situation qui dépasse ce qui est prévu dans son champ de compétence et d'action ;
- **de troisième ligne**, ceux dont la compétence permet de mettre en œuvre des actions après l'intervention d'urgence (évaluation complémentaire, orientation, soins spécialisés, suivi,).

Plus le degré d'urgence est élevé, plus les actions sont préétablies et accomplies par les personnes présentes. Le cumul de petits retards et de mauvaises décisions est à

la source de la plupart des catastrophes. La prise des bonnes décisions ne doit pas être paralysée par le fait de professionnels inaccessibles.

L'intervention de crise suicidaire est du registre de la conduite à tenir devant une détresse vitale. Ce n'est ni un soin, ni une psychothérapie. C'est une intervention à visée salvatrice devant une détresse psychique. Comme toute personne peut être amenée à faire cette intervention un jour dans sa vie professionnelle et/ou personnelle, chacun a à être formé car l'intervention ne peut pas s'improviser, quelles que soient les qualités personnelles et la formation initiale.

En cas de crise suicidaire, il est important qu'une personne soit désignée comme référent de l'ensemble du processus d'évaluation et de protection.

Ce professionnel doit s'assurer de la coordination des différentes actions et de la fiabilité collective. L'objectif est de prévenir les ruptures (matin/après-midi, jour/nuits, semaine/week-end, sanitaire/pénitentiaire) dans la continuité et la cohérence des actions. Il doit avoir une entrevue chaque jour avec la personne en crise.

Le dispositif mis en place ne peut être arrêté sans l'aval de ce professionnel référent. La question d'un double référencement, pénitentiaire et sanitaire, serait un mode d'organisation à expérimenter.

Chaque établissement doit être doté d'une commission de prévention du suicide. Le cas échéant, cette fonction est intégrée dans une commission existante. Les participants représentent les différents processus de prévention mis en œuvre autour de la trajectoire de la personne détenue. La mise en place des plans de prévention et de protection, ainsi que leur arrêt est validé par cette commission. La participation du professionnel référent évoqué ci-dessus est indispensable.

Ses membres vérifient que toutes les personnes détenues qui en ont besoin ont un plan de prévention ou un plan d'intervention de crise. Elle vérifie la pertinence et la mise en œuvre de ce plan. Le plan d'intervention est élaboré à partir des recommandations professionnelles existantes, et tient compte des attentes de la personne en crise.

7.8. Mettre en place un cadre de détention qui préserve la dignité du détenu et favorise la détection des personnes suicidaires.

A l'heure actuelle, l'identification des détenus à risque d'auto agression ou de suicide est très insuffisante puisque la majorité des détenus qui attendent à leurs jours ne sont pas identifiés comme à risque ou comme suicidaire.

Un aspect essentiel de tout plan de prévention réside donc dans l'établissement d'un climat propice aux confidences sur leur souffrance pour tous les détenus. La disponibilité des professionnels pour parler est de ce fait essentielle.

Ainsi, le bon fonctionnement des sonnettes représente une mesure générale qui a une importance dans la fonction d'alerte. Il est difficile d'expliquer la réussite d'établissements dans ce domaine alors que les bonnes raisons pour renoncer à cette facilité abondent dans d'autres structures !

Pour avoir une atmosphère propice à la prévention, le stress et l'anxiété des personnes détenues est à réduire au maximum en particulier grâce à de bonnes relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire, à des conditions de vies décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien de liens familiaux ainsi qu'à des activités constructives et valorisantes. **Le rôle des visiteurs des prisons et de l'ensemble des bénévoles est essentiel pour rappeler la valeur des personnes incarcérées.**

L'instauration d'un tel climat de confiance représente une véritable gageure que les services pénitentiaires s'efforcent de relever. En son absence, le risque est de ne pas pouvoir mettre en évidence les personnes qui vont mal au sein d'une population carcérale tendue et agitée. De nombreux pays conduisent des actions pour déceler l'existence de brimades et pour conduire, si nécessaire, des actions pour les réduire. Un questionnaire avec des réponses anonymes est un moyen d'évaluation utilisé par ces pays. Des actions similaires, déjà réalisées à l'initiative d'établissements français pour connaître les difficultés éprouvées par les détenus, sont à encourager.

Le développement de la téléphonie sociale est une action qui augmente la possibilité de dire leur souffrance aux personnes qui éprouvent de la solitude en tant que condamné ou prévenu. Ce recours est important pour les prévenus qui connaissent des moments de désarroi intense, notamment avant l'obtention de l'autorisation de parloir.

Les intervenants de la téléphonie sociale doivent être formés à l'intervention de crise suicidaire pour avoir une évaluation juste de l'urgence suicidaire et partageable. Nous recommandons que, si le projet de réalisation du suicide est dans les 48 heures, l'établissement pénitentiaire en soit alerté. Il est important de considérer que si une personne informe cet intervenant au téléphone, elle exprime directement ou indirectement le désir que quelque soit fait pour elle. Obtenir l'accord de la personne est préférable mais ne peut être considéré comme obligatoire.

Les situations d'urgence vitale imposent l'action comme éthique. De ce fait, l'engagement personnel des intervenants face au suicide est un paramètre important et à travailler.

7.9. Réduire l'accès aux moyens de suicide

La pendaison et surtout l'étouffement étant les recours utilisés dans plus de 90 % des cas signe que l'accès aux autres moyens de suicide est bien contrôlé. Le nombre de suicide par intoxication médicamenteuse est en diminution passant de 7,1 % des moyens utilisés en 1999-2000 à 3,5 % en 2001-2002.

Aussi, il reste à envisager comment une politique de réduction aux moyens de strangulation et de pendaison pourrait être mise en œuvre. Ce point n'est certes pas le plus facile et on pourrait facilement penser que dans ce champ il n'y a strictement rien à entreprendre. Pourtant plusieurs pays ont tenté de limiter au mieux l'accès aux supports matériels permettant de fixer un dispositif permettant la pendaison et/ou la strangulation. Il est à noter que les établissements de psychiatrie ont pris de nombreuses mesures dans ce sens à la suite d'un suicide. Ces précautions locales ne semblent jamais avoir fait l'objet de réflexion nationale. Nous n'avons d'ailleurs pas trouvé de tels dispositifs de sécurité à Hôpital Expo, salon professionnel où expose pourtant l'ensemble des fournisseurs des établissements de santé.

En revanche, des sites Internet étrangers dédiés aux équipements sanitaires et pénitentiaires proposent plusieurs dispositifs dont certains paraissent intéressants.

Avant d'envisager des solutions qui ont un coût certain, quelques mesures s'imposent. Les points permettant un arrimage facile d'un lien (drap, vêtement, rallonge électrique...) doivent être progressivement éliminés.

Les potences des téléviseurs

En premier lieu ce sont les potences de télévision qui devraient être remplacées par des tablettes, **comme cela est déjà fait dans de nombreux établissements.** La présence de

potences, encore plus inutiles lorsqu'elles ne supportent même pas une télévision, et leur solidité constitue un moyen qui ne suppose pas de longues recherches pour un détenu suicidaire.

La barre horizontale du cloisonnement du coin toilette

Ce cloisonnement constitue une amélioration indéniable pour l'intimité des personnes détenues, même si certains détenus trouvent que le cloisonnement a trop d'emprise sur l'espace restant de la cellule et que le lavabo n'aurait pas dû être inclus dans ce cloisonnement.

Quel que soit ce progrès, le nombre de détenus qui ont utilisé cette barre pour se pendre, et recensés par la Commission centrale de suivi des suicides laisse perplexe. Existe-t-il des possibilités de remplacer la barre actuelle par un matériau qui ne pourrait pas soutenir le poids d'un homme ? Les procédés trouvés par d'autres pays inciteraient à penser au moins que des solutions sont à rechercher.

Utilisation de vêtement anti-pendaison en cas de crise suicidaire majeure.

Une société anglaise (SafeSuit) propose depuis peu un vêtement en mousse de PVC à cellules ouvertes qui empêche toute utilisation comme lien. Ce vêtement jetable devrait être étudié en pour apprécier son intérêt. Son utilisation est à réserver lorsque la crise suicidaire n'a pas pu être désamorcée et qu'un lien de confiance n'a pu être établi. Parfois un lien de confiance est établi mais il n'est pas protecteur tellement la personne souffre.

L'aménagement de cellules sécurisées est à étudier.

Un plan est reproduit en annexe 18. L'emplacement de ces cellules doit permettre une surveillance facile, voire constante. Chaque établissement devrait pouvoir en disposer au moins d'une cellule de ce type. Elles peuvent être située en face du bureau de la détention et le plus à proximité des services sanitaires. Leur utilisation pour les détenus qui doivent être évalués avant une éventuelle sanction par le placement au quartier disciplinaire est à prévoir. De telles contraintes sont à prendre en compte dans la construction des nouveaux établissements pénitentiaires et des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

7.10 Augmenter les possibilités de surveillance

Nous abordons ici un thème qui soulève des résistances chez de nombreuses personnes et notamment les psychiatres. Les programmes étrangers incluent un niveau de surveillance constante quand la personne suicidaire ne peut être désamorcée. La surveillance directe est celle qui apporte le plus de protection et d'humanité. La vidéosurveillance ne saurait en aucun lui être substituée.

La surveillance directe

La surveillance directe constatée est employée aussi dans certains pays qui font le choix de détacher du personnel spécifiquement. Le besoin de disposer d'un lieu, où une surveillance constante a été parfois exprimé lors de nos visites pour surveiller un arrivant qui allait manifestement très mal et où le fait de le laisser seul, ne serait-ce que pour quelques dizaines de minutes, était perçu comme un risque.

Pour les personnes les plus à risque, les cellules disposées en rotonde sont plus propices à la surveillance que les cellules alignées. Cette possibilité de surveillance est accrue quand la porte de la cellule permet le contrôle visuel direct. Ces cellules sont utilisées à l'étranger pour quelques heures et pour des personnes en détresse extrême. Il est important que la personne détenue puisse être vue et puisse voir le surveillant et qu'ils puissent se parler facilement.

La vidéosurveillance en cellule

L'évocation d'un tel dispositif fait l'objet de nombreuses craintes. Les craintes sont centrées sur l'atteinte à la vie privée et au risque que la surveillance à distance remplace la présence humaine. Le coût est un obstacle de second ordre tant la prévention est importante.

Les expériences étrangères dans ce domaine consistent à utiliser la surveillance vidéo pour de courtes durées lorsque la crise suicidaire nécessite une surveillance très régulière voire constante. Il va sans dire qu'un tel dispositif n'a de sens que si les possibilités d'intervention dans la cellule sont immédiates. De ce fait, de telles cellules sont placées, si possible, en secteur médical pour assurer les interventions de soutien nécessaires. Le recours à un tel moyen de surveillance doit être réservé aux cas où une relation de confiance n'a pu être établie et que la crise suicidaire n'est pas désamorcée.

Nous ne ferons pas de recommandations sur ce thème autre que d'étudier, sans passion, l'utilisation de la vidéo surveillance au travers de la littérature et de visites à l'étranger. Les quelques unités hospitalières qui l'utilisent changent massivement d'opinion lorsque ce système leur a permis de sauver une personne. La DHOS pourrait prendre en charge cette question qui est récurrente et d'actualité pour la sécurité à l'hôpital.

7.11. La postvention est à redéfinir et à mieux organiser

La postvention comprend un ensemble d'actions justifiées par la cascade de conséquences après un suicide. Les recommandations antérieures représentent un

support important auxquelles sont intégrées celles d'un programme de postvention au Québec¹².

Les points sur lesquels une attention particulière est à porter sont :

- **proposer des rencontres avec la famille endeuillée, aussi bien avec les responsables pénitentiaires que sanitaires et sociaux ;**
- **identifier l'impact du réseau des conséquences liées à cette perte pour cette famille ;**
- **identifier si cette famille a besoin d'un soutien immédiat et/ou pour l'accompagnement dans son travail de deuil ;**
- **annoncer la nouvelle aux personnes présentes dans l'établissement (personnels, détenus) simplement même si l'information a déjà diffusé, en évitant de rassembler un grand nombre de personnes au risque d'augmenter les réactions de stress ;**
- **la personne qui annonce doit adopter une attitude calme, compréhensive, rassurante et respectueuse ; elle doit éviter de juger le geste et annoncer clairement le décès ;**
- **distinguer le stress temporaire¹³ du stress aigu¹⁴ et du trouble de stress post-traumatique¹⁵ pour apporter les réponses adaptées ;**
- **intervenir auprès des personnes suicidaires qui peuvent être déstabilisées encore plus par l'événement ;**
- **identifier les personnes qui avaient une relation d'attachement avec cette personne et qui seront endeuillées en tant que professionnel, bénévole ou ami ;**
- **disposer d'un programme préétabli avec une équipe de postvention ;**
- **aller au devant des professionnels qui ont vu la scène, porté secours ou qui avaient un lien avec la personne décédée pour leur proposer une aide ;**
- **identifier les détenus dans une situation analogue à la personne décédée pour prévenir un phénomène d'imitation.**

La mise en œuvre de telles recommandations nécessite un travail collectif pour les intégrer et ainsi améliorer le programme de postvention actuel. Ces programmes sont

¹² Programme de postvention en milieu scolaire, Séguin, Roy, Bouchard et coll, version novembre 2002.

¹³ Le stress temporaire est une réaction normale face à l'adversité avec des perturbations marquées par la préoccupation, l'inquiétude, la difficulté à se concentrer. Un retour vers l'équilibre se fait en quelques jours ou semaines.

¹⁴ Le stress aigu survient tôt après l'événement et touche les personnes qui ont assisté au suicide ou découvert la scène. La personne éprouve des sentiments de peur, d'impuissance, d'horreur, peut être agitée ou dans un état de torpeur. Le trouble dure entre 2 jours et 4 semaines.

¹⁵ Le trouble de stress post-traumatique est dans le prolongement du stress aigu. L'événement est constamment vécu, dans les rêves ou des impressions « comme si » l'événement allait se reproduire. Il existe un cortège de troubles : sommeil, une anxiété, une irritabilité...pendant plus d'un mois.

globalement encore très peu développés en France. Le débriefing, dont l'intérêt est de plus en plus mis en cause, représente un aspect partiel de la postvention.

7.12. Des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques.

Localement, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé recommande la mise en place de ces groupes d'analyse dans chaque établissement. Les auto-lacérations, les tentatives de suicide et les décès par suicide survenant en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier doivent bénéficier d'une analyse causale par les personnels sanitaires pour apprécier si le dispositif de détection/soins/protection a fonctionné normalement. L'objectif est d'en tirer expérience pour améliorer la prévention.

Au niveau national, le ministère de la Santé doit organiser un système de recueil et d'analyse de l'ensemble des suicides survenus en détention. L'objectif est d'avoir une vision d'ensemble de la qualité de fonctionnement des processus de prévention du suicide. Il serait même envisageable que ce système soit similaire et/ou commun avec l'analyse des décès par suicide survenant en établissement de santé. L'enquête réalisée par la DHOS pour l'année 2002 est une première étape importante. Certains suicides de personnes détenues surviennent d'ailleurs au cours d'une hospitalisation. Ce système donnerait un rôle tout différent aux représentants du ministère de la Santé à la Commission centrale de suivi des conduites suicidaires.

7.13. Améliorer le traitement des troubles psychiques

L'amélioration du traitement des troubles psychiques est un axe essentiel de tout programme de prévention du suicide. La recommandation 3 porte sur l'amélioration du dépistage et du traitement de la dépression. Celle-ci est plus générale pour une meilleure prise en charge des troubles psychiques qui induisent une souffrance considérable. Ils ont des conséquences nombreuses comme la survenue d'événements négatifs dépendant des troubles et une faible capacité face à l'adversité. La justesse des diagnostics est nécessaire pour mettre en œuvre les traitements appropriés.

Favoriser l'accès des personnes détenues aux différentes modalités de soins psychiatriques

Les personnes détenues doivent pouvoir accéder aux mêmes formes de soins que la population générale si l'on suit le credo martelé dans beaucoup de documents. Les principes actuels, encadrés sur le plan réglementaire, font que les détenus sont soignés à leur

demande alors que l'absence de demande de soins, voire le refus de soins, sont fréquents en cas de troubles psychiques.

Les professionnels de psychiatrie de plusieurs UCSA et SMPR visités prennent acte qu'une personne détenue peut avoir des besoins de soins alors qu'elle n'exprime pas de demande ou même refuse les soins. Ces professionnels vont en détention voir ces détenus et essayent de nouer une alliance pour les engager dans un processus thérapeutique.

Attendre que la demande émerge, souvent sous forme d'une demande écrite de personnes qui ont des besoins de soins importants, ou encore considérer que l'incapacité de se protéger soi-même, est une expression de liberté paraissent des contresens majeurs sur le rôle de la médecine envers les personnes détenues. Une telle attitude confine à organiser la perte de chances en terme de santé.

Nous recommandons que les personnes, manifestement en détresse et qui ne formulent pas de demande de soins expresse correspondant à leur état de santé, bénéficient de visites des professionnels de santé dans les lieux de détention pour l'ensemble des établissements.

La population générale peut bénéficier de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il est anormal que cette possibilité n'existe pas pour les personnes détenues.

De même, les personnes en milieu ordinaire peuvent bénéficier d'une hospitalisation à temps plein sous le régime libre dans un établissement de santé en bénéficiant la nuit d'une présence infirmière constante et un recours à un médecin autant que de besoin. Manifestement ce n'est pas le cas dans l'immense majorité des SMPR qui sont, et leurs responsables en conviennent, plus des lieux d'hospitalisation à la journée. Le rapprochement souvent fait avec les hôpitaux de jour ne paraît licite que lorsque des soins et des activités de groupe sont suffisamment fréquents.

Nous reprenons simplement les recommandations suivantes :

- **la possibilité d'hospitalisation à la demande d'un tiers, déjà évoquée dans des rapports précédents doit être organisée ;**
- **l'hospitalisation à la demande du patient doit pouvoir se faire dans un service de psychiatrie qui assure des soins continus correspondant au temps plein ;**

- **les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) semblent correspondre à ces nécessités à condition que le transfèrement se fasse dans des délais identiques à ceux de la population générale ;**
- **les UHSA doivent comporter des lieux spécialement aménagés pour permettre la prise en charge de personnes en crise suicidaire, permettre une surveillance constante tout en offrant les soins selon les meilleures pratiques actuelles.**

7.14. Introduire une dynamique d'amélioration continue des soins psychiatriques dans les UCSA et SMPR

La culture de l'évaluation est encore peu développée malgré l'incitatif représenté par la procédure d'accréditation conduite par l'ANAES. Les experts visiteurs de cette agence n'ont généralement pas visité les 62 UCSA et les 6 SMPR des 68 établissements de santé qui ont achevé la procédure, ni les 55 UCSA et 6 SMPR dont la procédure est en cours. Ils ont essentiellement rencontré les membres des groupes d'auto évaluation. L'évaluation des pratiques professionnelles est encore très peu développée dans ces structures. La conférence de consensus sur la crise suicidaire est peu connue, rarement lue, sauf si des formations régionales ont eu lieu dans le cadre de la stratégie nationale.

Puisque l'ANAES doit élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour les soins psychiatriques, nous recommandons que leur implémentation soit accompagnée. Les cellules qualité des hôpitaux de rattachement représentent un support naturel pour cet accompagnement qui peut être encouragé par la DRASS et l'ARH. Cet effort est déjà conduit avec détermination dans plusieurs régions.

La deuxième version du manuel d'accréditation devrait intégrer la prévention du suicide dans les risques à prévenir pour les établissements de psychiatrie et ainsi favoriser la prévention.

L'amélioration de la prise en charge des conduites addictives, le bon usage des psychotropes et des traitements de substitution, l'utilisation des cellules d'isolement en SMPR et la tenue du dossier du patient sont des thèmes à inclure dans cette démarche de progrès. Un effort doit être conduit pour aller vers le dossier unique. Les dossiers multiples, dans le cadre de la prévention d'un risque, représentent par essence une organisation de la prise de risque.

7.15. Développer la promotion de la santé physique et mentale

Toutes les actions dont le principe est :

- d'accorder de la valeur à la personne détenue ;
- de lui donner du contrôle sur sa santé en investissant l'avenir ;
- de donner le goût et la compétence de se protéger ;

peuvent diminuer la vulnérabilité et faciliter le développement de capacités pour faire face aux difficultés.

La formation des détenus aux premiers gestes de secours en cas de détresse vitale est une action qui valorise les détenus. La formation de détenus à l'intervention de crise suicidaire procède de ce même principe et accroît le potentiel de prévention au sein de l'établissement. Ce recours est important pour les détenus qui ont développé une méfiance à l'égard des professionnels.

7.16. Le rôle des médias

Leur rôle est essentiel pour attirer l'attention sur le monde carcéral et apporter de l'information. La couverture médiatique des suicides qui se produisent dans les établissements pénitentiaires semble très élevée par rapport à l'ensemble des autres suicides, bien qu'ils représentent à peine plus de 1% de l'ensemble des suicides.

Cette sur médiatisation relative fait courir un risque de stigmatisation aussi bien pour les personnes détenues que pour les professionnels. Le suicide en prison ne doit pas être considéré comme un problème à part dont les seules causes seraient dans les murs. Il existe des tentatives de suicide avant la prison, il existe des suicides après.

Les médias peuvent jouer un rôle actif dans la prévention du suicide. La crise suicidaire est une succession d'équilibres métastables marquée par la désorganisation psychique. A un moment donné, le nombre de personnes en difficulté est élevé et chacune peut être influencée favorablement ou défavorablement par les messages qu'elle reçoit.

Il a été démontré que la façon de rapporter un suicide pouvait influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicides. L'influence négative est décrite comme « l'effet Werther¹⁶ » en fonction des facteurs suivants¹⁷ :

- **suicide d'une personne célèbre ;**
- **suicide d'une personne jeune ;**
- **présenter le suicide comme une solution ;**

¹⁶ Le roman de Goethe « Die Leiden des jungen Werther » en 1774 conduisit à une série de suicides dits par « imitation ». L'ouvrage fut retiré des librairies à l'époque. Source OMS 2002, La prévention du suicide ; indications pour les professionnels des médias.

¹⁷ Source OMS 2002, La prévention du suicide ; indications pour les professionnels des médias.

- **dire que le suicide est normal ;**
- **dire que cela peut arriver à tout le monde ;**
- **dire que la personne avait tout pour être heureuse ;**
- **dire que la personne a été courageuse ;**
- **parler du moyen de suicide¹⁸ ;**
- **dire qu'elle n'a pas souffert ;**
- **utiliser la première page des journaux ;**
- **glorifier la personne ou en faire un martyr, pouvant faire croire que la société rend honneur au comportement suicidaire :**

Les médias peuvent jouer un rôle positif en :

- **ne donnant pas détails précis sur la méthode utilisée ;**
- **en publiant dans les pages intérieures ;**
- **en informant sur les services d'aide et d'assistance en cas de détresse psychologique ;**
- **en mettant l'accent sur les facteurs de risque et les signes d'alerte ;**
- **en faisant savoir que la dépression non traitée est la première cause de suicide ;**
- **en prenant en considération l'impact du suicide sur la famille et leur deuil**
- **en communiquant les coordonnées des groupes de soutien pour les endeuillés par suicide.**

Les recommandations ci-dessus portent sur l'ensemble des suicides. Ceux qui surviennent dans les établissements pénitentiaires étant rapportés de façon presque constante, il serait important de limiter au mieux le risque de contagion.

7.17. Améliorer l'analyse des décès par suicides au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral

Le travail de cette commission est actuellement centré sur les suicides. Les tentatives de suicide devraient être aussi étudiées et surtout les cas où les personnels de surveillance ont pu intervenir pour arrêter le geste suicidaire. Il est ainsi important de se centrer sur ce qui marche et sur les éléments qui ont contribué au sauvetage.

¹⁸ Un de nos patients suicidaire a cherché à localiser son artère fémorale suite à la publicité faite au moyen utilisé par Pierre Chanal.

Cette action est essentielle pour mettre à jour ce qui a pu se passer et entrevoir les pistes d'amélioration. Sans ce niveau d'analyse, la Commission centrale de suivi des suicides ne peut pas disposer d'une information de valeur pour améliorer globalement la prévention.

Objectifs

- Mieux connaître ce qui s'est passé pour les personnes décédées par suicide en détention dans une approche de recherche de causalité et non de responsabilité ;
- déterminer le potentiel d'amélioration en l'état actuel de l'organisation de la prévention ;
- identifier les problèmes, rechercher leurs causes puis les solutions qui peuvent servir à améliorer la prévention dans l'ensemble des établissements ;
- diffuser les recommandations à l'ensemble des établissements.

Le traitement des anomalies importantes, c'est-à-dire les déviations par rapport aux règles établies, doit utiliser la voie hiérarchique habituelle. Toute étude approfondie d'une situation dépister des anomalies qui ont pu, ou non, jouer un rôle dans le bon fonctionnement du processus de prévention.

Méthode

Pour chaque cas, il s'agit de décrire ce qui s'est passé et de savoir si le système de détection protection habituel a fonctionné ou non.

- Que savait-on des facteurs de risque, et qui avait l'information ?
- Les informations pertinentes recueillies par les différents intervenants ont-elles été prises en compte ?
- Les facteurs de risques étaient-ils enregistrés ?
- Quelles actions ont été entreprises pour chacun des facteurs de risque où une intervention était possible ?
- Le plan de prévention du suicide a-t-il été conçu en fonction du niveau de risque ?
- Quel était-il ?
- Les actions de prévention préconisées ont-elles été appliquées ?
- Quelle mesures, ou précautions, ont été réellement mises en place ?
- Dans les jours ou heures avant le suicide, quels événements, alertes ou signaux ont été repérés et enregistrés, et par qui ?
- La personne avait-elle indiqué sous forme de signes indirects ou directs qu'elle projetait de mettre fin à ses jours ?
- Est-ce que certaines personnes avaient exprimé leur inquiétude ?
- Avait-on tenté de parler avec le détenu pour évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire ?

- Quelles réponses ont pu être apportées, par qui, quand et comment ?
- Ces réponses correspondent-elles au fonctionnement normal ?
- Quelles anomalies ou défaillances ont pu être identifiées ?
- Quelles actions auraient pu modifier le cours des choses ?
- Quelles recommandations ont découlé de l'analyse

Réalisation

Organiser un recueil de données dans chaque établissement pour compléter les données déjà disponibles. Le recueil se fait en réunissant les personnes qui ont connu la personne décédée. Les différents intervenants pénitentiaires, sociaux et sanitaires sont à associer à cette démarche. Il serait souhaitable de recueillir des informations auprès des détenus qui ont été en contact avec cette personne.

L'objectif est de poursuivre une réflexion sur le repérage des éventuels signes avant-coureurs, de leur partage entre les différentes personnes qui ont connu la personne détenue et du potentiel de prévention qui pourrait être mis à jour.

Il ne s'agit pas d'une recherche de responsabilité mais d'une recherche qui ressortit au domaine du « retour d'expérience¹⁹ ». Cette recherche causale (causalité cyndinique) vise à favoriser la « fabrique de la prévention²⁰ ». Cette analyse doit permettre de classer les décès selon le degré de mise en œuvre du potentiel de prévention.

Classement des décès par suicide selon leur caractère évitable²¹

1. Suicide totalement imprévisible.

La personne ne présentait pas de facteur de risque de suicide, elle ne présentait pas de signe de souffrance, elle n'a pas demandé d'aide, ni donné des signes directs ou indirects sur ses intentions. Si des événements négatifs sont survenus dans les dernières semaines, personne n'en avait connaissance.

2. Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu pour contrer les facteurs de risque.

¹⁹ Le Centre National de la Recherche Scientifique a organisé une série de séminaires sur le thème « Retours d'expérience, apprentissages et vigilances organisationnels. Approches croisées » dans le cadre du Programme Risques Collectifs et Situations de Crise (CNRS) organisés par Claude Gilbert et Isabelle Bourdeaux MSH – Alpes.

²⁰ Ce concept a été le titre d'un séminaire de travail organisé par la MIRE et la DRESS en octobre 2000 à la Maison de la Chimie

²¹ Classement utilisé par le Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil du Groupe Mc Gill à Montréal (Professeure Monique Séguin) La reconstitution de la trajectoire de vie, de difficulté et d'aide des personnes décédées par suicide utilise les méthodes de l'autopsie psychologique.

La personne était connue pour être en difficulté et tout a été entrepris pour l'aider mais rien n'a pu la détourner de son projet suicidaire

3. Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises

La personne était connue pour être en difficulté, recevait et bénéficiait de soins et de surveillance cohérents mais insuffisants en regard de l'issue.

4. Suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque.

La personne était en difficulté, demandait de l'aide qui ne lui a été apportée qu'en partie. Les interventions réalisées ne portaient pas nécessairement sur tous les facteurs de risque.

5. Le suicide aurait facilement été prévenu.

La personne était identifiée à risque, parlait explicitement de son intention de se suicider, a demandé une aide à plusieurs reprises qui n'a pas été apportée du tout. Il existait des interventions potentiellement efficaces.

S'il faut accepter l'idée qu'il y aura toujours des suicides, la part de ceux qui sont considérés, a posteriori, comme évitables devrait se réduire. La proportion de ceux qui sont totalement imprévisibles devrait croître dans un contexte global de diminution des suicides. Cette analyse est la seule capable de démontrer que les variations du suicide sont attribuables aux efforts conduits.

Reste la question difficile de la mise en œuvre d'un tel système d'analyse. Actuellement l'Administration pénitentiaire tente de porter un regard courageux sur l'ensemble des décès par suicide avec la Commission centrale de suivi des actes suicidaires. Le ministère de la Santé doit se joindre activement à cette analyse pour apporter un éclairage sur les troubles psychiques et les actions de soins.

Cette analyse reste cependant difficile comme pour la plupart des morts inattendues et/ou violentes quelque soit le lieu de survenance (domicile, voie publique, école, entreprises, hôpitaux, maison de retraite, prison).

Si la France se dotait d'une institution analogue à celle des coroners, la question se poserait différemment pour les administrations sanitaire et pénitentiaire. Elles disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur (officier public au Québec) extérieur, rôdé à l'exploration de la causalité dans tous les milieux.

De ce fait seulement, elles auraient seulement à se préoccuper de la mise en œuvre des recommandations qui leur sont faites, et ne seraient pas à la fois juge et partie. En souhaitant à la fois rechercher ce qui s'est réellement passé, sans oser mettre à jour réellement le potentiel de prévention et à la fois protéger les acteurs et les institutions, la mission devient impossible. Personne ne peut adopter simultanément ces postures sans le risque de n'atteindre aucun objectif totalement.

La mise en place d'un tel système de retour d'expérience demande des modifications importantes pour réaliser une analyse qui est de nature « interministérielle ». De ce fait, il s'agit d'une recommandation générale qui pourrait servir l'amélioration de la prévention de l'ensemble des suicides et des autres morts violentes, objectif numéro 2 du projet de loi de santé publique.

8. LES FACTEURS DE REUSSITE D'UN PROGRAMME DE PREVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES DETENUES

8. Les facteurs de réussite d'un programme de prévention du suicide des personnes détenues

Quelques éléments sont apparus comme particulièrement important au cours de la mission. Ce sont :

- des facteurs qui se révèlent être des obstacles réels qu'il importe de modifier ;
- des obstacles imaginés servant de justification pour ne pas aller plus loin dans une telle démarche ;
- ou encore des lacunes qui doivent être comblées.

8.1. Le projet doit être porté au plus au niveau et suivi

La prévention du suicide est un sujet difficile car il n'y a pas de solution unique qui du jour au lendemain permettra par son application systématique de réduire ce fléau. Elle entre dans le champ de l'**amélioration continue de la sécurité** où les solutions, même s'il existe des recommandations générales, imposent **de la créativité et un modèle participatif** pour être trouvées, adaptées et appliquées. L'évaluation doit accompagner les actions pour savoir rapidement « ce qui marche » et « ce qui ne marche pas ». Il est nécessaire de savoir arrêter « ce qui ne marche pas ».

Pour que ce mouvement soit ample et continu, il est fondamental que ce thème soit porté par les plus haut responsables, notamment du ministère de la Santé et du ministère de la Justice, et, pas seulement, lorsque la situation devient intenable, face au drame humain et face à la pression des médias.

L'impression des professionnels que les modes changent, ce qui suscite investissements puis abandons, est à limiter au mieux. Un tel chantier ne peut s'installer que dans la durée car le changement fondamental est dans les personnes et les institutions pour la culture, dans les compétences et dans l'organisation. Les nations qui ont réussi à faire diminuer significativement le taux de suicide ont mis au moins 5 ans pour atteindre cet objectif.

8.2. Dépasser les mythes sur le suicide pour avoir une culture de prévention

Les mythes concernant le suicide et sa prévention sont nombreux et difficiles à dépasser sans une démonstration que seule la formation avec des jeux de rôle peut apporter. Aussi, ils doivent faire l'objet d'une attention particulière car les fausses idées peuvent empêcher le développement d'une politique de prévention du suicide et les attitudes appropriées des intervenants.

Les mythes les plus fréquents et les plus tenaces :

- les personnes qui parlent de suicide ou menacent de se suicider ne le font pas ;
- ***en réalité, les personnes qui meurent par suicide en ont parlé directement ou indirectement, mais heureusement beaucoup de personnes qui en parlent sont aidées avant le passage à l'acte ;***
- le suicide survient brutalement sans signe d'alerte
- ***en réalité, la plupart des suicides résultent d'une stratégie élaborée avec soin pour faire face à de nombreux problèmes personnels perçus comme sans solution, il y a souvent de nombreux jours ou semaines entre la première idée de suicide et l'acte ;***
- les personnes qui viennent de faire une tentative de suicide n'y pensent plus et ne vont pas recommencer ;
- ***en réalité, les personnes qui ont fait une tentative ont généralement toujours les mêmes problèmes immédiatement après la tentative, le risque de récurrence est élevé ;***
- les personnes suicidaires ont l'intention de mourir ;
- ***en réalité, les personnes suicidaires veulent d'abord arrêter de souffrir ;***
- poser directement les questions sur les idées et le scénario suicidaire peut encourager une personne détenue au suicide ;
- ***en réalité, les personnes qui n'ont pas d'idées suicidaires disent qu'ils n'en sont pas là ; ils savent que si un jour ils pensent au suicide, ils pourront en parler à cet intervenant. Les personnes en crise suicidaire sont soulagées de pouvoir partager le fardeau de telles pensées ;***
- les personnes détenues réellement suicidaires se distinguent facilement de celles qui s'automutilent et sont manipulatrices ;
- ***en réalité, le fait, ou non, de s'infliger des blessures pour obtenir quelque chose ne permet pas de déterminer le caractère plus ou moins létal d'une éventuelle tentative ; mais il est certain que les personnes qui s'automutilent décèdent plus par suicide que ceux qui ne le font pas ;***

- on ne peut pas stopper quelqu'un qui a l'intention de se suicider ;
- ***la plupart des suicides peuvent être prévenus car les personnes sont profondément ambivalentes, elles se donnent une chance, parfois de façon très maladroite, en cherchant de l'aide même le jour de leur suicide ; de plus beaucoup de personnes interrompent leur geste de suicide quand le moyen choisi le permet (médicament, arme blanche) et demandent du secours car le passage à l'acte diminue la tension. Mais il arrive aussi que la personne soit très déterminée car elle sait qu'il n'y a aucune solution à ses problèmes. Dans ce cas et seulement dans ce cas, elle ne va plus tenter de trouver de l'aide, même maladroitement.***

8.3. Tout le monde peut jouer un rôle décisif pour prévenir le suicide et des niveaux d'action sont à préétablir

Il suffit parfois de très peu de choses pour éviter un suicide. Un détenu qui avait porté quelques semaines avant son incarcération un bébé dans ses bras, s'est protégé du suicide en gardant cette image de vie en lui. Pareillement un détenu qui testait un moyen de « s'accrocher » au barreaudage a vu sa tête tournée en direction des photos de ses enfants. Il mit fin à ses préparatifs.

De même, l'expression des émotions constitue une grande partie de l'intervention de crise qui permet de diminuer un peu le niveau de la souffrance et de gagner un peu de temps. Intervenir en crise ne suppose pas un arsenal de solutions. L'écoute active suffit en grande partie car les personnes en détresse n'attendent pas de solution miracle. Elles savent que nous ne sommes pas des magiciens. Aussi prévenir le suicide ressortit fondamentalement à tous.

Les témoignages des aumôniers eux-mêmes, des autres intervenants et des détenus montre à l'évidence leur capacité à recueillir les confidences des personnes en détresse. Leur présence en détention contribue à la capacité de détection et de signalement.

Les visiteurs des prisons et l'ensemble des bénévoles ont aussi un rôle essentiel pour détecter notamment les personnes en rupture de confiance avec le réseau des professionnels.

Chaque intervenant doit se sentir soutenu par une organisation prévue pour la prévention du suicide. Cette organisation définit les actions et les compétences de chacun. Le but est d'éviter une improvisation constante et le sentiment d'être seul

face aux situations de détresse et sans recours. La confiance de chacun dans ses capacités s'étaye sur la fiabilité de l'organisation.

8.4. Rigidité réglementaire et souplesse d'action

En raison des difficultés réelles de cette entreprise et de facteurs liés au milieu pénitentiaire, il existe de nombreuses peurs et, en particulier, il est très facile de trouver des ennemis. Nous avons pourtant observé au cours des visites de nombreuses personnes et services qui ont su construire des aires de coopération pour tenir compte des besoins des détenus et répondre de la manière la plus appropriée.

Dans un contexte aussi complexe avec de nombreuses exigences et contraintes, les solutions ne peuvent naître que dans **le dialogue, la négociation et la recherche de compromis**. Par exemple opposer, sans forcément les appliquer, les textes réglementaires qui s'appliquent à chaque champ, ou encore mettre en exergue les contradictions et les impossibilités qui en découlent sont de très bons moyens pour créer des blocs, des affrontements et de bonnes raisons pour ne rien faire.

La prévention d'un risque impose un décloisonnement car **les problèmes et les défaillances méconnaissent les frontières**. Personne ne peut dire qu'il assure seul la maîtrise et le contrôle des processus sous sa responsabilité. Il existe une **interdépendance fondamentale** des professionnels et services, encore plus dans un milieu « confiné ».

Les meilleurs engagements entre services sont oraux mais des chartes, reprenant les engagements réciproques, peuvent représenter des supports structurants en cas de difficulté.

8.5. Compatibilité entre approche sécuritaire et prévention du suicide

Pour beaucoup d'acteurs et responsables, il semble exister une incompatibilité fondamentale entre les deux ; un renforcement de la sécurité ne pourrait que laisser à l'arrière-plan la prévention du suicide. Cette dernière ne peut être opérante que dans un climat où il est possible d'entendre, de décoder et de traiter les signaux faibles. Une population carcérale, frustrée, énervée, bruyante, agitée, violente, des professionnels surmenés, envahis par leurs propres souffrances et par la souffrance des détenus représente un contexte très défavorable. **Si de très nombreux détenus sont énervés, il sera difficile de discerner parmi eux et à côté d'eux, dans un bruit de fond élevé, ceux qui vivent un drame personnel au point de ne pas trouver d'autre solution que le suicide, pour stopper leur souffrance.**

En suivant les spécialistes de l'obtention de la sécurité dans les systèmes complexes, la gestion et d'amélioration de la sécurité au sein des établissements pénitentiaires (risque d'agression, risque d'homicide, risque d'évasion) demande **un contexte où les signaux faibles puissent aussi être entendus et traités. Il est dangereux que des personnes puissent en arriver à ne plus avoir rien à perdre. Les liens entre homicide et suicide existent : environ 1 % de l'ensemble des suicides en population générale, sont précédés d'un homicide ou d'une tentative d'homicide. La séquence agression puis tentative de suicide est probablement encore plus fréquente en milieu pénitentiaire.**

La crainte que la prévention du suicide devienne une « usine à gaz » avec des aspects technologiques est une crainte qui doit être prise en compte pour éviter un échec. Il est donc essentiel qu'elle soit intégrée au mieux aux différentes missions et exigences d'un établissement pénitentiaire. Les processus de prévention sont à intégrer au fonctionnement ordinaire de l'établissement et il serait dangereux de créer un système parallèle.

Construire la sécurité en général et construire la prévention du suicide peuvent être conduits de concert. Il est même possible que des synergies soient trouvées. Par exemple, permettre à une personne qui arrive en centre de détention de choisir calmement, sur un rayonnement suffisamment vaste, parmi l'ensemble de ses affaires, celles qu'elle veut avoir en cellule, répond à ses besoins personnels et favorise la sécurité.

8.6. La prévention du suicide ne se construit pas en un jour : les mesures doivent être appliquées systématiquement avant d'être évaluées

L'attention que les médias portent aux suicides dans les établissements pénitentiaires est un incitatif majeur pour une politique de prévention. La prévention du suicide dans d'autres milieux ne bénéficie pas de la même pression.

Mais un excès d'intérêt peut se révéler néfaste en l'absence de résultat rapide. Une obligation à agir peut emballer le train des réformes avant même que les précédentes soient appliquées.

La prévention d'un risque impose que des mesures systématiques soient prises notamment lorsque la détectabilité du risque est faible.

Nous avons vu que $\frac{3}{4}$ des personnes qui se sont suicidées n'avaient pas été identifiées comme suicidaires. De ce fait une amélioration de la prévention ne pourra être obtenue que

si les solutions sont régulièrement appliquées. **Il est nécessaire de détecter et de protéger de très nombreuses personnes détenues pour obtenir un seul décès en moins.** C'est le lot de la plupart des actions de prévention qui se différencient des actions à visée thérapeutique.

De ce fait, les actions pilote visibles, mais d'ampleur limitée, et d'efficacité difficile à démontrer, doivent laisser place à un programme généralisé. Aussi, il est opportun de mieux intégrer la prévention du suicide dans les systèmes d'évaluation, de surveillance, de prévention, d'aide et de soins existants afin de ne pas alourdir le fonctionnement quotidien.

Le passage d'une démarche fondée sur le volontariat à une action obligatoire intégrée au fonctionnement ordinaire modifie le jeu des responsabilités. Les directeurs des établissements pénitentiaires ont dans leurs missions la charge directe de la prévention du suicide. La prévention de ce risque est aussi une mission explicite pour les responsables sanitaires dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Les écarts entre les textes, mêmes fondateurs, et les pratiques, imposent de considérer maintenant la prévention du suicide comme une « vigilance » essentielle qui doit faire l'objet d'une organisation préétablie avec des moyens et des responsables identifiés. Dans la mesure où les actions à entreprendre sont claires, l'intelligence locale et régionale devrait permettre de dépasser les cloisonnements et les renvois de responsabilité.

CONCLUSION

Conclusion

Au terme de cette mission, quelques évidences se dessinent clairement :

- l'Administration pénitentiaire conduit depuis de nombreuses années des efforts importants pour assurer une réduction des suicides, sans le succès escompté ;
- le Ministère de la Santé s'associe de plus en plus à ses côtés dans cette lutte ;
- les recommandations émises par voie réglementaire portent plus sur les actions des personnels pénitentiaires que sur celles des personnels sanitaires ;
- les recommandations émises ont manqué de spécificité quant à la prévention du suicide, pour se tourner essentiellement vers l'amélioration des conditions de détention et l'amélioration du dépistage ;
- les visites des établissements ont montré que les actions de prévention étaient réelles mais non généralisées ;
- elles révèlent que les connaissances sur les méthodes de prévention du suicide sont peu maîtrisées ;
- il existe 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 détention ;
- ce potentiel est limité par le phénomène de la surpopulation carcérale.

Les actions proposées peuvent paraître relativement réduites face à un problème d'une telle complexité. Nous insistons en effet sur ce qui manque au dispositif actuel tout en validant les nombreuses recommandations précédentes. Par exemple, l'amélioration des conditions de vie des détenus est une recommandation faite par tous les rapports précédents. Nous la reprenons totalement. Mais seule, elle est insuffisante pour réduire le suicide.

Les personnes sous main de justice ont de très nombreux facteurs de risque et des taux de suicides élevés. Réduire le suicide est donc difficile sans des actions spécifiques. Aussi, à des fins de réalisme et d'efficacité, nous avons insisté sur ce qui paraissait le plus régulièrement défaillant pour la prévention du suicide. De ce fait, la promotion de la santé est à situer en arrière plan par rapport à l'intervention de crise suicidaire et au traitement de la souffrance liée aux troubles psychiques pour atteindre cet objectif.

L'amélioration de la qualité des soins des troubles mentaux est un axe essentiel de tout programme de prévention du suicide. Un meilleur dépistage et un meilleur traitement de la dépression, sont des actions qui ont démontré leur efficacité pour réduire le taux de suicide en population générale. La réduction de la souffrance et du désespoir lié à la dépression qui touche les personnes détenues constitue une voie d'action prioritaire.

Le peu de place accordé au problème des moyens humains est lié au fait que les pratiques sont, à notre sens à modifier en premier, quand cela est nécessaire, avant d'envisager de corriger des carences en personnel connues de tous. Nous insistons sur les actes de prévention que chaque personne détenue doit pouvoir bénéficier si elle est de détresse.

Nous insistons aussi sur l'importance d'une prévention des dysfonctionnements de la vie en détention afin de ne pas faire évoluer des personnes vulnérables vers une crise suicidaire. De même, les détenus dont la crise suicidaire prend le masque de l'agressivité, ne peuvent pas être mis au quartier disciplinaire sans risquer d'accélérer la progression de leur détresse. La mise au quartier disciplinaire doit être réalisée seulement après s'être assuré que la personne détenue n'est pas dans une crise suicidaire

L'action de formation qui est proposée est la première étape qui devrait combler l'essentiel des lacunes en terme de connaissance et de pratique d'intervention face à une crise suicidaire. L'interactivité des formations devrait représenter une assise pour induire un changement culturel et de nouvelles pratiques. L'objectif est de passer d'une prévention intuitive à une démarche structurée et systématique.

La mise en place d'un document d'évaluation du potentiel suicidaire au long de la trajectoire de la personne, de la garde à vue, au parquet et en détention représente une prolongation et une amélioration des propositions faites par la circulaire santé/justice de 2002.

La prévention du suicide peut progresser avec un retour d'expérience sur chaque drame qui survient. En dehors de l'éventuelle recherche de responsabilité, comprendre ce qui a pu se passer est essentiel au niveau local et au niveau national. La compréhension qui est la base du travail de deuil tant de l'entourage que des professionnels est aussi garante de la progression de la prévention.

Les possibilités d'accompagnement des familles endeuillées par suicide doivent être proposées dans les différentes régions pour aider les personnes qui le souhaitent. Ce soutien doit être intégré à celui qui devrait être proposé à l'ensemble des personnes endeuillées par suicide dont le nombre dépasse les 60 000 chaque année en France.

Le soutien des personnels pénitentiaires et sanitaires est nécessaire pour qu'ils continuent et améliorent ce qu'ils font déjà quotidiennement, c'est-à-dire prévenir le suicide en prison, mission considérée souvent de l'extérieur comme impossible, et pourtant bien réelle.

La prévention du suicide devient de plus en plus une priorité sanitaire partagée, dans laquelle s'engagent de très nombreux acteurs professionnels et bénévoles. La stratégie nationale doit servir cet espoir collectif en permettant la transition entre des actions expérimentales et des actions généralisées. Les efforts conduits et à conduire dans le monde pénitentiaire peuvent être exemplaires.

Annexes

Annexe 1 – liste des documents préparés par la Direction de l'Administration Pénitentiaire ayant trait à la Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires

1- **Prévention du suicide – Réglementation et documentation**

- Circulaire JUSE 02 400 75 C / Santé D.G.S. 2002/258 du 26 avril 2002.
- Circulaire JUSE 98 400 34 C du 29 mai 1998.
- Note de la Sous-Direction de l'exécution des décisions judiciaires du 12 novembre 1991 - Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.
- Circulaire du 12 mai 1985 amélioration des relations entre l'administration et les proche d'un détenu malade ou décédé.
- Note du 2 décembre 1980 à l'attention des Directeurs Régionaux et des Chefs d'établissements - Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.
- Note du 10 janvier 1980 à l'attention des Directeurs Régionaux et des Chefs d'établissements - Distribution des médicaments.
- Note A.P. 67-09 du 15 février 1967 à l'attention des Directeurs Régionaux et des Chefs d'établissements - Prévention des suicides, rédaction des comptes rendus de suicide et de tentatives.
- Note A.P. 85 du 9 novembre 1953 à l'attention de Messieurs les Directeurs de Circonscription pénitentiaire - Port de lacets, de bretelles et des ceintures par les détenus.

2- **Commission centrale de suivie des actes suicidaires en milieu carcéral**

- Rapport de la Commission Centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral – compte rendu de la première réunion du 21 novembre 2002.
- Rapport de la Commission Centrale de suivie des actes suicidaires en milieu carcéral – compte rendu de la deuxième réunion du 3 décembre 2002.
- Rapport de la Commission Centrale de suivie des actes suicidaires en milieu carcéral – compte rendu de la troisième réunion du 8 janvier 2003.

3- **Suicides et caractéristiques des établissements pénitentiaires**

- Rapport – Janvier 2003

4- **Commission de la mission d'étude de dispositifs étrangers de prévention du suicide en milieu carcéral**

- Rapport – Mars 2001

- 5- **Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires**
 - Evaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires – Janvier 2001
 - Rapport sur les suicides de détenus – situation 2000 - Mai 2001
- 6- **Conclusion du groupe de travail « Accueil et information des familles »**
- 7- **Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans les différents pays européens et d'Amérique du Nord**
- 8- **Rapport sur les suicides de détenus (1998-1999)**
- 9- **Rapport du Comité National d'Evaluation du Programme de Prévention du Suicide en Milieu Carcéral – Mars 2001**
- 10- **Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire – DAP – Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention – Mai 1996**

Rapports des services déconcentrés rassemblés par la direction de l'administration pénitentiaire

Actions locales pour la prévention des suicides 2002

- 1- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Bordeaux
- 2- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Dijon
- 3- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Lille
- 4- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Lyon
- 5- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Marseille
- 6- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Paris
- 7- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Rennes
- 8- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg
- 9- Rapport de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Toulouse
- 10- Rapport de la Mission des Services Pénitentiaires d'Outre-mer

Annexe 2 – Liste des documents préparés par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins et la Direction Générale de la Santé

Liste des pièces du dossier fourni par le ministère de la santé (DGS, DHOS)

I- Stratégie nationale de prévention du suicide (2000-2005)

- 1- Exposé de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)
- 2- Conférence de consensus sur la crise suicidaire des 19 et 20 octobre 2000 : texte long des recommandations élaboré par le jury (Pour la recherche -FPP- décembre 2000) et texte du Dr. Sophie BARON-LAFORET, expert, sur le suicide en milieu carcéral.
- 3- Circulaires DGS du 5 avril 2001 et du 29 avril 2002 relatives à la stratégie nationale d'actions face au suicide : actions prioritaires pour 2001 et pour 2002
- 4- Circulaire JUSTICE/SANTE du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.
- 5- Enquête en cours auprès des référents des PRS « suicide » sur les formations de personnes ressources du champ pénitentiaire (2002-2003)
- 6- Travaux du comité scientifique : facteurs de risque suicidaire –mars 2000

II- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) sur l'organisation des soins aux détenus –rapport d'évaluation – juin 2001

- 1- Texte du rapport
- 2- Résumé du rapport
- 3- Synthèse de la mise en œuvre des recommandations émises dans le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ
- 4- Tableau DHOS/DGS/DAP de suivi des recommandations du rapport : années 2002 et suivantes

III- Programme national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge sanitaires des personnes détenues –2002-2005 (avril 2002)

IV- Note SANTE/JUSTICE du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive

V- Projet de rapport du ministère de la Santé et du ministère de la Justice sur « Santé mentale des détenus et troubles du comportement : comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire » (mars 2001-mars 2002) en cours de validation

VI- Etudes

- 1- Etudes et résultats n° 109 -avril 2001- « Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique » -DREES
- 2- Etudes et résultats n° 185 -août 2002-« L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération » -DREES
- 3- Article de la revue d'épidémiologie et de santé publique de 1993 issu de l'étude de Nicolas BOURGUOIN sur les suicides en prison (Edition l'Harmattan 1994)
- 4- Etudes et résultats n° 4 du 4 janvier 1999 - « La santé en prison : un cumul de risque » - DREES
- 5- Etudes et résultats n° 181 -juillet 2002 - « La santé mentale et suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR » -DREES- GFEP
- 6- Protocole de l'étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en France
- 7- Résultats de l'enquête un jour donné du 3 au 7 décembre 2001 sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire

VII- Documents étrangers

- 1- Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires - Rapport d'évaluation du 22 avril 2002 –Marc DAIGLE et Gilles COTE – Université du Québec à Trois Rivières, centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal
- 2- La prévention du suicide : indication pour le personnel pénitentiaire – département de santé et mentale et toxicomanies de l'OMS-2002

VIII- Formations incluant la prévention du suicide

- 1- DU d'éthique et médecine en milieu carcéral -Paris VI
- 2- DU de santé publique en milieu pénitentiaire -Paris V
- 3- Projet de DESS de sciences pénitentiaires -Paris II

IX- Textes relatifs à l'organisation des soins aux personnes détenues

- 1- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 : missions du service public hospitalier d'assurer les soins aux personnes détenues – Article L.6112-1 du code de la santé publique

2- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation pour la justice : Article 48 (Articles L.3214-1 à L.3214-5 du code de la santé publique relatifs à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux)

3- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire (Articles R.711-7 à R.711-20 du code de la santé publique)

4- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

5- Arrêté du 14 décembre 1986 modifié relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

6- Arrêté du 10 mai 1995 fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges des SMPR et des établissements pénitentiaires du secteur de psychiatrie pénitentiaire de chaque SMPR

7- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique

Annexe 3 – Les établissements pénitentiaires visités

- Prisons de Lyon (Saint Paul, Saint Joseph) ;
- Maison d'Arrêt de Saint Etienne (la Talaudière) ;
- Centre de détention de Riom ;
- Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis ;
- Maison d'Arrêt de Saintes ;
- Centrale de Saint Martin de Ré
- Maison d'Arrêt de Seysses
- Maison d'Arrêt de Loos
- Maison d'Arrêt d'Amiens
- Maison d'Arrêt de Reims
- Maison d'Arrêt de Bayonne
- Maison d'Arrêt d'Epinal
- Centrale de Rennes
- Maison d'Arrêt de Nice
- Maison d'Arrêt de Dijon
- Centrale de Lannemezan
- Centre pénitentiaire des Baumettes

Annexe 4 – Liste des personnes rencontrées au cours des visites d'établissement

Cette liste est incomplète faute d'avoir noté toujours avec précision les noms et les fonctions de chaque personne rencontrée. Nous remercions les directeurs et chefs d'établissement de leur aide pour reconstituer cette liste. De nombreuses personnes ne sont pas citées. Nous les prions de nous excuser.

Prisons de Lyon - Saint Paul - Saint Joseph

- Monsieur Ricard, Directeur
- Docteur Barlet, chef de service de l'UCSA
- Docteur Lamothe, chef de service du SMPR
- Docteur Meunier, psychiatre SMPR

Maison d'arrêt de la Talaudière – Saint Etienne

- Monsieur JULLIAND, directeur de la MA
- Monsieur LEPIN Jean-Luc, directeur de l'hôpital de Bellevue
- Monsieur le docteur STRAUB, psychiatre
- Madame le docteur VIALLO, psychiatre
- Madame LENEUW, cadre de santé UCSA
- Madame PORTE, IDE
- Monsieur PACQUIER, IDE
- Madame NORE, IDE
- Madame JOURDE, secrétaire médicale
- Monsieur ROUBY, surveillant de l'administration pénitentiaire affecté à l'UCSA.

Centre de détention de Riom

- Madame Chailloux, Directrice
- Mademoiselle Lauret, Directrice-adjointe
- Madame Rambert, CIP
- Madame Grand, Adjoint territoriale, DSIP de Clermont
- Madame Dolat, Infirmière
- Madame Om, Infirmière
- Monsieur Charrier, CSP
- Monsieur Auzillon, Médecin
- Monsieur Roquain, directeur du Centre hospitalier général

Maison d'arrêt de Saintes

- Monsieur Durand Daniel, CSP HC, Chef d'Etablissement
- Monsieur Autant Jean-Claude Surveillant
- Monsieur Bonneau Francis, Surveillant
- Monsieur Rakowski Robert, Surveillant retraité
- Madame Bô Catherine, Infirmière UCSA.
- Monsieur Guirand, Directeur du Centre hospitalier de Saintes
- Docteur Cleirec, psychiatre UCSA
- Monsieur Douillard Jean-Luc, psychologue, coordinateur du PRS « suicides et dépression » pour le sud de la Charente-Maritime

Centrale de Saint Martin de Ré

- Monsieur Page, Directeur
- Madame Bessaguet, Directrice adjointe

- Monsieur Boffard, Directeur du Site hospitalier Saint-Louis, La Rochelle
- Monsieur Ferré, Médecin généraliste à l'UCSA
- Docteur Prévost, Psychiatre à l'UCSA
- Madame Jardinier, Infirmière à l'UCSA
- Mademoiselle Balin, Psychologue PEP
- Madame Kasteleyn, Gradée formatrice
- Madame Roy, Chef de détention quartier Citadelle
- Monsieur Toulouse, Chef de détention adjoint quartier Caserne

Maison d'arrêt de Reims

- Monsieur Bigayon, Chef d'Etablissement
- Docteur Duntze, Médecin généraliste UCSA
- Madame Lagrange, Responsable sanitaire, direction régionale de Dijon
- Monsieur Mohin, Directeur SPIP
- Monsieur Caron, 1er surveillant
- Monsieur Cholet, Assistante sociale
- Madame Chapuis, Assistante sociale
- Madame Desbordes, Secrétaire

Maison d'arrêt de Fleury Mérogis

Monsieur Barate, Directeur
Monsieur Puaud, Directeur adjoint
Monsieur Micoud, Directeur délégué aux missions d'insertion
Madame Marion, Directrice de la maison des hommes
Monsieur Briand, Responsable de l'unité de formation
Madame Cailloce, Adjoint territorial – SPIP de l'Essonne
Madame le Bourgeois, Aumônerie Catholique
Madame Thomas, Proviseur adjoint
Madame Roberval, Directrice régionales des services pénitentiaires de Paris
Docteur Brahmy, Médecin-chef du SMPR
Monsieur King Soon, Cadre supérieur de santé SMPR
Docteur Canetti, Psychiatre
Docteur Forissier, Psychiatre
Docteur Souami, Psychiatre
Docteur Tesu Rollier, Psychiatre
Madame Manfroy, Infirmière SMPR
Madame Grassot, Psychologue
Docteur Fix ; Médecin-chef de l'UCSA
Madame Job, Cadre supérieur UCSA
Docteur Roustang, UCSA
Docteur Kanoui, UCSA
Madame Morin, Directrice du Centre hospitalier Sud Francilien
Monsieur Ouvrier, Directeur adjoint du Centre hospitalier Sud Francilien
Monsieur Douceron, Médecin à la DDASS de l'Essonne

Maison d'arrêt de Toulouse Seysses

Monsieur Ribar, Directeur
Monsieur Magne, Directeur adjoint
Madame Saucet, Directrice adjointe
Docteur Crochet, Psychiatre SMPR
Docteur Blanc, UCSA
Monsieur Dardé, Directeur du Centre hospitalier Gérard Marchand
Monsieur Iché, Directeur de la qualité au CHU de Toulouse
Madame Lamaison, Cadre infirmier
Madame Mulji, Infirmière
Monsieur Delair, Surveillant
Monsieur Fornassier, Surveillant
Monsieur Cargoles, Surveillant

Maison d'arrêt de Loos

Madame Decroix, Directrice
Docteur Archer, Médecin-chef du SMPR
Monsieur Delmotte, Directeur général du CHU de Lille
Madame Knaff, Directeur déléguée aux soins aux détenus

Maison d'Arrêt d'Amiens

Madame Liban, Directrice
Monsieur Carre, Chef de détention
Monsieur Poly, Surveillant (QD et QI)
Monsieur Ambroise, Directeur adjoint SPIP
Docteur Herman, responsable de l'UCSA
Madame Petit, Infirmière surveillante chef UCSA
Madame Kanaan, pharmacie UCSA
Madame Prévost, Infirmière UCSA
Monsieur Laniel, Infirmier UCSA
Docteur Gonzalez, Responsable SMPR
Monsieur Vrignaud, Psychologue
Docteur Watrin, Praticien hospitalier
Monsieur Godquin, Surveillant
Madame Falize, Infirmière
Madame Leblanc, Infirmière
Madame Baillet, Infirmière
Madame Zana, Infirmière
Monsieur Vallerand, Médecin inspecteur régional DRASS de Picardie

Maison d'arrêt de Bayonne

Maison d'arrêt d'Epinal

Centrale de Rennes

- Monsieur Raynal, Directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier
- Madame Burgot, pharmacien CHR de Rennes – Hôpital Sud
- Monsieur le docteur Morin, UCSA

Maison d'Arrêt de Nice

- Monsieur Leloup, Directeur adjoint
- Monsieur Bruel, Directeur de détention
- Monsieur Gilles, Chef de détention
- Madame Bernigaud, Conseiller d'Insertion et de Probation
- Madame Vincent, Médecin-chef de l'UCSA
- Madame Laffranchi, Médecin-chef du SMPR

Maison d'arrêt de Dijon

- Monsieur Mailles, chef d'établissement
- Monsieur Eric Vincent, CSP
- Monsieur Bruno Lefebvre, CSP
- Monsieur Stéphane Aubry, CSP
- Monsieur Lair, Directeur du Centre hospitalier de la Chartreuse à Dijon
- Docteur Petit, UCSA
- Docteur Wambergue, médecin-chef de service SMPR
- Madame Dalle, psychiatre SMPR
- Monsieur Laurent Jacquenet, cadre infirmier SMPR

- Monsieur Jeggo, Directeur
- Madame Georget, Psychologue, DR de Dijon

Centrale de Lannemezan

- Monsieur RAMONE, DRSP Toulouse
- Monsieur KATZ, Chef d'établissement du CP Lannemezan
- Mademoiselle FERRIER, Directrice
- Monsieur CRABOL, Chef de détention
- Monsieur DUTHU, 1ER Surveillant PEP
- Madame BARBREAU, Psychologue PEP
- Madame JOSSET, DDSPIP (65)
- Monsieur LAGORS, Chef de Service, Adjoint au DSIPIP 65
- Madame JULIENNE, CIP
- Monsieur RIGAL, Directeur des Hôpitaux de Lannemezan
- Monsieur SOCODIABEHERE, DRH des Hôpitaux de Lannemezan
- Madame PERISSE, Infirmière cadre IDE
- Monsieur GODET, Praticien hospitalier responsable de l'UCSA
- Monsieur CHATARD, Psychiatre à l'UCSA
- Monsieur SIMON, Psychiatre à l'UCSA
- Madame ROUSSE, Infirmière psychiatrique UCSA
- Madame PICOT, Infirmière UCSA
- Madame PLASSIN, Infirmière UCSA.

Centre pénitentiaire des Baumettes

- Monsieur Allaman, Directeur du Centre pénitentiaire de Marseille
- Madame Rotah, Directrice du Centre pénitentiare pour femmes
- Monsieur Barry, Chef de détention
- Monsieur Robardey, Premier surveillant
- Madame le docteur Galinier, Médecin-chef de l'UCSA
- Madame le docteur Paulet, Médecin-chef du SMPR
- Madame le docteur Bensadoun, Médecin inspecteur de la santé – DDASS
- Madame Glaviano, Directrice des Hôpitaux Sud
- Monsieur Cantarel, Directeur du Service d'Insertion et de Probation des Bouches-du-Rhône
- Monsieur Alain Trouilloud, Président de l'Association socioculturelle et sportive du CP des Baumettes

Annexe 5 – Les personnes auditionnées et les organisations rencontrées

Cette liste ne comprend que les personnes qui ont été sollicitées pour être auditionnées ou qui ont demandé spontanément à l'être. Elle ne comprend pas les nombreuses personnes, plusieurs centaines, rencontrées au cours des visites des établissements avec lesquelles un échange a eu lieu de façon spontanée.

Monsieur Edouard Couty, directeur des hôpitaux

Madame le docteur Elisabeth Rousseau ; DHOS

Madame Charré, DHOS

Monsieur Yves Feuillerat, DHOS

Madame Fabienne Deboux, DGS

Monsieur le docteur Michel Gentile, DGS

Madame Anne-Noëlle Machu, DGS

Monsieur le professeur Frédéric Rouillon, psychiatre, conseiller à la DGS

Madame Catherine Pautrat, DAP

Madame Sandrine Zientara Logeay, DAP

Monsieur Michel Risper, DAP

Madame le docteur Dominique de Galard, DAP

Monsieur Pierre Delattre, DAP

Madame Maud Guillonnet, DAP

Madame Colombe Babinet, DAP

Madame Marie-Ange Masclet, DAP

Madame Sylvie Tourette, DAP

Monsieur Philippe Peyron, ENAP

Monsieur Philippe Hérald, Premier vice-président – Tribunal de Grande Instance de Paris

Monsieur Patrick Mounaud, Directeur régional, Lyon

Monsieur André Gerin, Député - Maire de Vénissieux

Monsieur Bruno Coulon, DSPIP de l'Ardèche, docteur en droit pénitentiaire

Madame le docteur Catherine Mayaut, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Monsieur le docteur Pierre Barlet, médecin-chef, UCSA de Lyon

Monsieur le docteur Jean-Jacques Chavagnat, médecin coordonnateur PRS suicide Poitou-Charentes

Monsieur Clément Rizet, psychologue – formateur du programme national de prévention du suicide

Monsieur le professeur Jean-Pierre Soubrier, OMS

Madame Jeannette Favre, Présidente de l'UFRAMA

Madame Liliane Chenin, Présidente de l'Association nationale des visiteurs de prison

Madame Maureen Mooney-Lassale, Psychologue, Croix-Rouge Française

Monsieur Alain Capiello, Médecin, Croix-Rouge Française

Directeurs de la Direction régionale de Lyon à l'occasion des journées des prisons de Lyon à Challes les Eaux

Personnels pénitentiaires et sanitaires de la Direction régionale de Lyon bénéficiaires de deux jours de formation à l'intervention de crise suicidaire (action dans le cadre du programme national de prévention du suicide)

Les organisations rencontrées

Les organisations syndicales de la pénitentiaire, le 26 mars 2003

CFDT-INTERCO branche justice : M. JALLET et M. JUILLAN.

CFTC-Justice : M. DAVILLERD.

FO-personnel administratif : Mme SCOTTON (secrétaire générale).

FO-personnel de direction : M. SQUARCINI.

FO-personnel de surveillance : M. CARRIER et M. HAUG.

FO-personnel technique : M. HOURNON.

SNEPAP-FSU : Mme SIEFERT et M. MAYNAUD.

SNCP-CFE-CGC : M. PEYRON.

UFAP-UNSA : M. FORGET et M. LOUVOUNOU.

Les organisations syndicales des personnels sanitaires des UCSA et SMPR avec les représentants de la DGS et de la DHOS (compte rendu reproduit en annexe 9)

Direction générale de la santé

Bernard BASSET, Sous-directeur de la santé et de la société

Michel GENTILE, Bureau de la santé mentale

Anne-Noëlle MACHU, Bureau de la santé mentale

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Myriam REVEL, Sous-directrice de l'organisation régionale de soins

Elisabeth ROUSSEAU, Chef du bureau de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques

Betty BRAHMY, Chargée de mission au bureau de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques, médecin chef du SMPR de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

Yves FEUILLERAT, Bureau de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques

Représentants des professionnels de santé

Se sont excusés de ne pouvoir être présents ou représentés à la réunion : le Syndicat des psychiatres français (SPF), le Syndicat national des psychiatres privés (SNPP), le Syndicat universitaire de la psychiatrie (SUP) et l'Association Nationale Formation Personnel Hospitalier (ANFH)

<u>NOM</u>	<u>ORGANISATION REPRESENTEE</u>	<u>QUALITE</u>

Dr Sylvie BALANGER	Syndicat des médecins exerçant en prison (SMEP)	Responsable de l'UCSA de la maison d'arrêt de la Santé (Paris)
Dr Christiane De BEAUREPAIRE	Syndicat des psychiatres de secteur (SPS)	Médecin chef du SMPR du centre pénitentiaire de Fresnes
Michel BROT	UNSA Santé-Sociaux	-
Michèle CUVILLIER	CFE-CGC-FFASS	-
Caroline FERREIRA	CGT	-
Dr Françoise HUCK	Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP)	Médecin chef du SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg
Sylvain HURE	CFTC	Cadre de santé à la maison d'arrêt de Dunkerque
Laurent JACQUENET	CFDT	
Georges JOVELET	Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)	-
Christine LAJUGIE	Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)	Cadre de santé à l'EPSM d'Armentières (59)
Patrick NICOLAON	Sud-Santé Sociaux	-
Dr Catherine PAULET	Comité d'action syndicale de la psychiatrie (CASP) Union syndicale des psychiatres (USP)	Médecin chef du SMPR de la maison d'arrêt des Baumettes (Marseille)
Sandrine REGNIER-DESCHAMPS	FO	Cadre de santé au centre hospitalier de Poitiers
Dr Pierre-Yves ROBERT	Associations des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)	Responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Nantes
Noël ROMANO	UNSA-Santé Sociaux	

Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANPV)
Groupe national de concertation prison (CNCP) Annexe10
Observatoire international des prisons (OIP)
Secours catholique

Union Nationale des Fédérations Régionales des Associations d'Accueil de Familles et Proches de Personnes Incarcérées (UFRAMA)

Nous avons été auditionné lors de notre mission par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements humains dégradants (CTP) ainsi que par les membres de la commission Cléry Melin

Annexe 6 – Liste des SMPR dont le bilan d'activité 2001 et/ou 2002 ainsi que le projet de service ont été mis à disposition par la DHOS

- **SMPR d'Amiens**
- **SMPR de Bois d'Arcy**
- **SMPR de Bordeaux**
- **SMPR de Caen**
- **SMPR de Châlons-en-Champagne**
- **SMPR de Châteauroux**
- **SMPR de Dijon**
- **SMPR de Fleury-Mérogis**
- **SMPR de Fresnes**
- **SMPR de la Guadeloupe**
- **SMPR de Lille**
- **SMPR de Marseille**
- **SMPR de Metz**
- **SMPR de Nice**
- **SMPR de Paris la Santé**
- **SMPR de Perpignan**
- **SMPR de Rennes**
- **SMPR de la Plaine des Galets La Réunion**
- **SMPR de Rouen**
- **SMPR de Strasbourg**
- **SMPR de Toulouse**
- **SMPR de Varcès**

Annexe 7 – Liste des UCSA dont le bilan d'activité 2001 et/ou 2002 et le projet de service ont été consultés

- UCSA des Prisons de Lyon (Saint Paul, Saint Joseph) ;
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Saint Etienne (la Talaudière) ;
- UCSA du Centre de détention de Riom ;
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis ;
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Saintes ;
- UCSA de la Centrale de Saint Martin de Ré
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Seysses
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Loos
- UCSA de la Maison d'Arrêt d'Amiens
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Reims
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Bayonne
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Nice
- UCSA de la Maison d'Arrêt de Dijon
- UCSA de la Centrale de Lannemezan
- UCSA du Centre pénitentiaire des Baumettes

Programme régional de santé : La prévention du suicide en Champagne-Ardenne 2000-2003
DRASS et DDASS de la région Champagne-Ardenne

Annexe 8 – Liste des rapports d'activité des Directions régionales et des établissements de pénitenciers consultés

-

En complément aux bilans des actions réalisées par les établissements pénitentiaires et rassemblées par les Directions régionales, quelques établissements nous ont confié leur rapport d'activité.

- **SPIP de la Somme**
- **SPIP de l'Ardèche**
- **Centre pénitentiaire des Baumettes**
- **Maison d'Arrêt de Nice**

Annexe 9 – Compte-rendu de la rencontre des organisations représentatives des professionnels de santé

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Direction générale de la santé
Bureau de la santé mentale

Direction de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins
Bureau de l'offre régionale de soins
et des populations spécifiques

MISSION INTERMINISTERIELLE
Du Professeur Jean-Louis TERRA SUR LA PREVENTION DU SUICIDE
EN MILIEU CARCERAL

RENCONTRE DES ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Réunion du 24 juin 2003 - 14H30-17H30

La réunion est introduite par Bernard BASSET et Myriam REVEL qui soulignent l'intérêt que la DGS et la DHOS attachent à la mission du Pr Terra sur la prévention du suicide en milieu carcéral dans le cadre à la fois de la stratégie nationale de prévention du suicide et de la politique de santé à l'égard de la population détenue.

La liste des personnes présentes à la réunion figure en annexe 1.

(i) I- Présentation de la mission menée par le Pr Terra

Monsieur Terra explique que face au taux élevé de suicides en milieu carcéral, il a été missionné le 23 janvier 2003 par les ministres de la justice et de la santé avec les objectifs d'évaluer les actions déjà mises en œuvre et de faire des propositions permettant de conduire le développement d'un programme complet de prévention du suicide. Il souhaite prendre en compte sur ce sujet le volet sanitaire et le volet pénitentiaire de manière symétrique, même s'il fait remarquer que sur ce sujet médiatique, l'institution pénitentiaire est principalement mise en cause.

Il signale qu'il a déjà rencontré les organisations représentatives des personnels pénitentiaires en mars dernier et qu'il a souhaité entendre les représentants de professionnels de santé afin de connaître leurs positions sur le sujet ainsi que leurs propositions.

Son rapport s'appuiera sur les observations recueillies lors de la vingtaine de visites d'établissements pénitentiaires qu'il a pu mener d'avril à août 2003. Au cours de ces déplacements, il a rencontré les différents professionnels tant du champ pénitentiaire que sanitaire, des directeurs d'établissement hospitalier de rattachement des équipes soignantes, que des représentants des services déconcentrés des deux ministères.

Il souhaite proposer une stratégie nationale à décliner au niveau local, régional/départemental, que les acteurs sur le terrain s'approprient.

Son rapport comprendra quatre parties :

- 1^{ère} partie : la promotion de la santé
- 2^{ème} partie : les connaissances et les stratégies existantes au niveau international
- 3^{ème} partie : l'intervention de crise
- 4^{ème} partie : la postvention.

II- Présentation des premiers constats issus de ces visites

Le Pr Terra exprime l'intérêt qu'il porte au milieu pénitentiaire qu'il ne connaissait pas au sein duquel l'ensemble des professionnels qui y exercent ont la volonté de développer une action de qualité. Il a noté les efforts menés dans le cadre de la promotion de la santé ainsi que la prise en considération de la vie quotidienne des personnes détenues.

- Concernant la détection du risque suicidaire de la personne arrivant en détention, il a demandé si les professionnels pénitentiaires et sanitaires posaient directement la question de sa volonté de se suicider. Il ressort de ces visites que la majorité des professionnels ne posent pas la question directement alors qu'il signale que c'est la seule susceptible d'être opérante.

Il a constaté que la circulaire Justice/Santé du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires était peu connue des professionnels de santé et que la grille d'aide au signalement du risque suicidaire destinée aux personnels pénitentiaires était très peu utilisée.

En outre, il existe une confusion chez les personnels entre les formations menées depuis 2002 à l'instigation des DRASS sur l'intervention de crise, dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide, et les formations qui n'ont pas été réalisées sur la grille d'aide au signalement, outil annexé à la circulaire du 26 avril 2002.

- Concernant la protection de la personne au moment de la crise suicidaire, le Pr Terra fait état de l'excès de confiance manifestée par les professionnels à l'égard de la surveillance spéciale afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire. Or, cette surveillance spéciale est déclenchée le plus souvent sans identification de critères précis et formalisés, quelques fois sur l'avis d'une seule personne. Les services de santé ne sont pas systématiquement informés des personnes mises sous surveillance spéciale. Enfin, il s'avère que la personne détenue cesse également de bénéficier de cette surveillance spéciale sans critères particuliers.

Il souligne la nécessité de passer d'une protection passive à une protection active incluant la personne détenue elle-même.

- Au niveau de la prise en charge sanitaire, il a noté, d'une part, la forte variabilité du taux de prescriptions d'antidépresseurs (10 à 15% de la population pénale), parfois en deça du taux de prescriptions pour la population française. Il a été également étonné des importantes variations d'une équipe à une autre dans les prescriptions médicamenteuses (anxiolytiques, subutex) ainsi que dans l'offre de psychothérapies et de prescriptions d'hospitalisation d'office en établissement de santé. Enfin, certains attendent une demande expresse de la personne détenue avant toute prise en charge.
- Au niveau des collaborations entre équipes somatiques et psychiatriques, il a constaté dans certains établissements de fortes difficultés de communication. Une partie de ces difficultés est fondée sur une appréciation différente de la notion d'urgence. JL Terra considère, en outre, que l'absence de dossiers médicaux communs constitue une prise de risque importante au travers d'un émiettement de l'information.
- Il existe également une hétérogénéité des pratiques des services médico-psychologique régional (SMPR) dans leurs rôles de recours et de conseils pour les équipes de psychiatrie générale des établissements pénitentiaires de leur secteur. Certains de ces services restent tournés vers leur établissement d'implantation. Les liens des SMPR avec les unités pour malades difficiles (UMD) sont également très variables.
- L'hospitalisation en établissement de santé pour des motifs non psychiatriques rencontre des dysfonctionnements : date des rendez-vous inconnue des services sanitaires des établissements d'accueil, rendez-vous annulés faute d'escorte, chambres sécurisées non utilisées, existence ou non d'un circuit spécifique aux personnes détenues.
- Il a remarqué que les professionnels des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des SMPR étaient peu reconnus et intégrés dans leur établissement de santé.

JL Terra pose la question du secret professionnel entre les professionnels des champs pénitentiaires et sanitaires et du niveau de confidentialité quand il y a urgence. Dans le cas d'une détresse vitale, il considère qu'il existe une manière de travailler conjointement dans le respect des missions de chacun.

Il met en avant la nécessité de mener un travail sur la gestion du risque suicidaire fondé sur un savoir commun autour de la notion de souffrance, savoir commun aux services déconcentrés de la santé (DRASS/DDASS), professionnels de santé, associations, visiteurs de prisons en y associant les comités départementaux d'éducation à la santé (CODES).

III- Appréhension globale du phénomène par les professionnels de santé

La CFTC fait état du sentiment d'abandon exprimé par les personnels de l'administration pénitentiaire qui n'ont pas reçu de formation à la suite de la circulaire du 26 avril 2002. Ceux-ci estiment en outre que revient à la psychiatrie le soin de prendre en charge les personnes détenues présentant un risque suicidaire.

L'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) souligne que la prévention du suicide des personnes détenues constitue pour les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire une priorité de santé publique sur laquelle ils sont mobilisés.

Il ressort des discussions des représentants des professionnels de santé que les points importants dans la prévention du suicide sont les suivants :

- en amont de l'incarcération, l'importance du repérage médico-judiciaire : les magistrats, les policiers et les médecins intervenant dans le cadre des gardes à vue ont un rôle à jouer : une évaluation de ce repérage serait intéressante,
- la qualité de l'accueil des arrivants en détention : la mise en place d'un circuit pour les personnes arrivants en détention a amélioré la qualité de l'accueil,
- l'aménagement de la vie en détention,
- le repérage des personnalités à risque,
- le développement du partenariat avec les UCSA,
- le développement du partenariat avec les surveillants pénitentiaires, avec une aide et un soutien des équipes de soins. Dans le cadre de ce partenariat, sont nécessaires la formation de ces professionnels, le dégagement de temps d'échanges, notamment autour des personnes détenues elles-mêmes. La moitié des SMPR participent aux commissions locales mises en place pour le suivi des personnes détenues présentant un risque suicidaire.

L'union syndicale des psychiatres (USP) note également l'effet « loupe » de la prison autour du phénomène du suicide qui grossit les dysfonctionnements existant également à l'extérieur.

Enfin, le manque de moyens des équipes de soins est souligné, notamment dans les petits établissements pénitentiaires qui ne disposent pas de SMPR.

IV- Thèmes abordés et discussions

1-La gestion du risque suicidaire et contexte carcéral

JL Terra pose la question de la polycéphalie de la gestion du risque suicidaire des personnes détenues et la responsabilité de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire.

Le Syndicat des psychiatres de secteur (SPS) met en avant la responsabilité de la situation carcérale :

- le suicide en détention peut apparaître comme la réponse d'une personne incarcérée à la souffrance née de cette situation et des conditions dans lesquelles elle est vécue,
- la population détenue est spécifique au regard des comorbidités qu'elle présente et qui la rend vulnérable au milieu auquel elle est confrontée.

La CGT souligne également l'importance des conditions de détention dans l'appréhension du phénomène.

L'USP estime que dans le phénomène suicidaire, il est nécessaire d'analyser ce qui est du ressort de la pathologie, de la vulnérabilité psychologique et des facteurs environnementaux qui sont majeurs en milieu pénitentiaire. A la maison d'arrêt des Baumettes, une étude a été menée après la circulaire du 26 avril 2002 sur les 16 cas répertoriés de suicides. Ces derniers interviennent rarement chez les entrants venant de l'état de liberté mais davantage lorsque la personne arrive après un transfert. Certains étaient suivis par l'équipe psychiatrique.

L'association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) fait remarquer que la pendaison est le mode principal de suicide en milieu pénitentiaire et qu'elle présente une probabilité de décès élevée (78%).

Il ressort des discussions, que pour les représentants des professionnels de santé, la responsabilité de la prévention, du repérage et de la prise en charge doit être multiple en réponse à cette multifactorialité du phénomène suicidaire en milieu pénitentiaire.

2-La formation des surveillants pénitentiaires et des professionnels de santé

Les représentants des professionnels de santé estiment que l'impossibilité pour les surveillants pénitentiaires de dégager du temps sur leurs jours travaillés pour des formations et leurs effectifs restreints est un frein à une politique de formation, même si la mise en place des équipes de surveillants régionaux permet d'améliorer la situation. De fait, les formations touchent davantage les SPIP et les professionnels de santé. Un représentant s'interroge également sur la formation des surveillants à la psychologie.

Le Pr Terra souligne le caractère récent de l'identification des facteurs de risque qui date d'une vingtaine d'année et du développement des notions de postvention, d'intervention de crise et de promotion de santé. Ces notions sont peu présentes dans les études initiales des médecins et des paramédicaux et le suicide est considéré comme inéluctable, impulsif et agressif alors que la crise suicidaire est le résultat d'un processus.

Il existe donc une nécessité de formation au repérage de la crise suicidaire et de l'intervention de crise. Les formations menées dans le cadre de la stratégie nationale face au suicide et gérées par les DRASS concernent l'ensemble des personnels pénitentiaires et soignants.

3-La situation des soignants en milieu pénitentiaire : le cas des avis médicaux dans le cadre des placements au quartier disciplinaire

Les représentants des professionnels de santé signalent le caractère aléatoire du respect de leurs avis par l'institution pénitentiaire concernant la situation des personnes qui présentent une intrication médico-légale.

Cette difficulté se retrouve à l'occasion des interventions des professionnels de santé au quartier disciplinaire (QD). Ceux-ci ont une obligation d'intervention régulière ; ils doivent également pouvoir y assurer une continuité des soins ; ils disposent enfin de la faculté de demander la sortie du QD (suspension de la sanction disciplinaire ou son fractionnement en raison d'un état de santé de la personne incompatible avec le maintien au QD). Ceci peut être le cas lorsqu'une urgence suicidaire est repérée. Néanmoins, l'institution pénitentiaire reçoit difficilement de telles demandes qui peuvent être perçues comme remettant en cause leurs prérogatives et les avis médicaux ne sont pas toujours suivis, voire même parfois systématiquement rejetés. En outre, sont soulignées les difficultés engendrées par les avis médicaux de suspension de peine qui peuvent encourager d'autres personnes placées au quartier disciplinaire à passer à l'acte.

Le représentant de FO signale que dans un établissement les infirmiers ne disposent pas du droit de rencontrer la personne détenue qu'ils suivaient lorsqu'elle est présente au QD, même pour y distribuer les médicaments. L'ASPMP estime que la personne détenue présente au QD devrait pouvoir se déplacer pour des soins au SMPR.

En tout état de cause, la circulaire Justice sur la procédure disciplinaire laisse une marge de manœuvre qui suppose que les partenaires soignants et pénitentiaires travaillent en bonne intelligence.

4-Secret professionnel/confidentialité et relations avec le champ pénitentiaire

JL Terra pose la question du secret professionnel et de la confidentialité dans le cadre de la gestion de la crise suicidaire.

L'APSEP rappelle que le secret professionnel est au bénéfice du patient. A partir de là, un partage d'informations est possible entre les équipes sanitaires et pénitentiaires afin d'aboutir à une appréhension globale et une action cohérente à destination de la personne détenue. En effet, la prise en charge de la souffrance des personnes détenues n'appartient pas qu'aux psychiatres. Ce travail devrait également être mené entre les magistrats et l'administration pénitentiaire.

L'USP considère que problématique de la confidentialité et du partage d'informations, même entre les équipes de soins a beaucoup évolué depuis 10 ans : multiplicité des dossiers, développement des fiches de liaisons et des grilles, plus récemment celle de l'informatisation permettent d'améliorer les liens entre les différents acteurs, pénitentiaires et sanitaires. L'USP

souhaite néanmoins que les informations échangées passent par la personne détenue : les informations doivent être données aux personnes afin de leur permettre d'être acteurs.

Le CFTC signale que les réunions préparatoires aux commissions d'application des peines donnent lieu à des échanges d'informations afin d'appréhender la situation de la personne globalement.

La CGT signale que selon elle, il serait nécessaire d'accorder une plus grande place à l'écoute et à l'entourage des personnes détenues. En outre, il est nécessaire d'améliorer les relations entre les équipes pénitentiaires et sanitaires d'expliquer au monde pénitentiaire les objectifs et les techniques thérapeutiques de la psychiatrie.

5-Médicaments et suicide

Pour l'ASPEP la distribution quotidienne des médicaments encourage un stockage quelle qu'en soit la finalité.

Il est fait état d'une grande hétérogénéité des pratiques d'un établissement à un autre dans les modalités et le rythme des distributions. Certains établissements ne connaissent que la distribution quotidienne tandis qu'il existe des établissements comme la maison d'arrêt des Baumettes où cette distribution des antipsychotiques est hebdomadaire.

La circulaire du 8 décembre 1994 et le guide méthodologique avaient prévu que la distribution des médicaments serait faite par l'équipe de l'UCSA. Néanmoins, si les équipes de l'UCSA et du SMPR se coordonnent, cette distribution peut être réalisée ensemble. Il existe des établissements où cette distribution est réalisée par des membres des deux équipes comme à Fleury Mérogis. Une psychiatre signale que la proximité des lieux de l'UCSA et du SMPR encourage cette collaboration.

6-Les liens avec les familles

JL Terra souligne que les familles n'ont pas l'habitude de parler de leur souffrance ; en conséquence, certains parloirs sont des échecs tant pour la famille que pour la personne détenue. Il s'interroge sur l'aide à apporter aux familles de manière à favoriser la qualité des liens avec la personne.

L'USP indique que le directeur de l'établissement pénitentiaire des Baumettes a prévu un lieu intéressant, ailleurs qu'aux parloirs, où les intervenants extérieurs (soignants, sociaux, etc) peuvent rencontrer la famille et la personne détenue.

Concernant les parloirs pouvant permettre des relations sexuelles avec le conjoint, les professionnels de santé expriment majoritairement une opinion favorable et font observer que les nuitées existent dans d'autres pays. Néanmoins, cela pose un problème pour les personnes qui n'ont pas de conjoint(e) habituel(le).

7-La postvention

La question recouvre l'aide à apporter aux personnes détenues, aux personnels pénitentiaires et aux professionnels de santé après le suicide d'une personne détenue. Cette postvention concerne les personnes qui ont vu ou qui ont découvert la personne qui s'est suicidée et les personnes qui avaient un lien d'attachement avec elle et notamment la famille (un suicide représente en moyenne huit endeuillés). Il s'agit en outre de repérer les personnes détenues qui se trouvent dans la même configuration que la personne qui s'est suicidée afin d'éviter un phénomène d'imitation.

A cet égard, M. Terra souligne l'importance dans les phénomènes de « contagion » de la façon dont les médias relatent un suicide.

Le Pr Terra signale qu'en matière de postvention, les professionnels de santé n'ont généralement pas développé de savoir faire en milieu hospitalier, ce qui rend difficile son appréhension en milieu carcéral. Le nombre de suicides dans les établissements de santé est estimé à 1 pour 10000 admissions en hôpital général et 1 à 4 pour 10000 admissions en centre hospitalier spécialisé (Norvège). A cet égard, la DHOS signale qu'à la demande du Pr Terra, une première évaluation rapide des suicides dans les services de psychiatrie est en cours auprès des DDASS.

JL Terra fait remarquer que lors de ses visites, il a été interrogé sur la prise en compte du suicide des personnels pénitentiaires. Les professionnels de santé estiment que sur ce sujet, les psychologues des directions régionales des services pénitentiaires (DRSP) se trouvent isolées. La CFTC explique que dans un autre établissement, les personnels pénitentiaires

peuvent s'adresser au CMP du secteur de psychiatrie générale. Néanmoins, certains surveillants préfèrent être reçus par un psychiatre qui connaît le milieu pénitentiaire.

Les représentants des professionnels de santé soulignent leur manque de supervision par un professionnel extérieur, dans le cadre de leur exercice en milieu pénitentiaire. La médecine du travail est, en outre, peu présente sur les difficultés éprouvées par les professionnels dans le cadre de leur exercice en milieu pénitentiaire.

8-Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

L'ASPMP explique son désaccord de principe à l'idée de ces unités qui étaient demandées par les secteurs de psychiatrie générale. Elle considère cependant que, suite à l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui les a créées, il s'agit d'en faire maintenant des lieux de soins de qualité.

Le Pr Terra fait remarquer que ces unités devraient combiner une approche psychiatrique et somatique.

Il s'interroge sur les raisons de leur création et ainsi que celle expliquant l'absence de personnel soignant la nuit dans les SMPR.

La chef de bureau de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques de la DHOS fait état de l'ensemble des difficultés rencontrées au cours des hospitalisations des personnes détenues pour motifs psychiatriques. L'absence de garde par les forces de l'ordre entraîne des difficultés d'hospitalisation et notamment des maintiens prolongés en chambre d'isolement. Dans ce cadre, des évasions sont nombreuses. Enfin, ces hospitalisations ne peuvent être réalisées que dans le cadre juridique de l'hospitalisation d'office. Ces difficultés aboutissent à un déficit d'accès et de qualité des soins. Quant à l'hospitalisation au SMPR, elle est soumise au règlement pénitentiaire et même lorsque des soignants sont présents la nuit, l'accès aux patients n'est pas direct.

Conclusion

Le Pr Terra et les représentants de la DGS et de la DHOS remercient les représentant des organisations syndicales d'avoir répondu rapidement à cette demande d'entrevue ainsi que d'avoir aider aux réflexions et aux propositions concernant la prévention du suicide en milieu pénitentiaire.

Le Pr Terra souhaite que les organisations syndicales se fassent un relais des recommandations du rapport qui sera rendu aux ministres de la santé et de la justice pour le 15 septembre 2003 et dont il souhaite assurer une présentation au niveau local.

Annexe 10 – Représentativité du réseau des associations intervenant dans et autour de la prison regroupées au sein du « groupe national de concertation prison (GNCP)

Au nom du groupe national, Jean-Yves Cado nous a invité le 24 juin à rencontrer les représentants dont la liste des présents figure ci-dessous. Suite à cette rencontre, nous avons demandé à ses responsables de nous indiquer l'importance du réseau d'associations. Nous remercions Jean Caël pour le tableau qu'il nous a autorisé à reproduire ci-dessous. Le potentiel d'intervention est éloquent.

Au niveau national, ce groupe informel se réunit 4 à 5 fois par an depuis 1996.

Au niveau régional, la plupart de ces réseaux disposent d'un correspondant régional du GNCP. La composition actuelle est la suivante :

Nom de l'association	Nom du président au 24 juin 2003	Nom du représentant lors du GNCP du 24 juin 2003	Le « poids » du réseau
A.N.V.P (Association Nationale des Visiteurs de Prison)	Liliane CHENAIN	Catherine COEROLI	1350 membres dont 1000 visiteurs
Aumônerie Catholique des prisons	Aumônier général : Jean-Hubert VIGNEAU (Successeur prévu : Jean-Louis REYMONDIER)	Jean-Hubert VIGNEAU Jean CACHOT	450 membres répartis en équipes présentes sur quasiment tous les établissements.
Aumônerie Protestante des prisons	Aumônerie Générale tournante pour l'instant entre - Jacques GRADT - Philippe FAURE - Christian SEYTRE	Jacques GRADT	300 aumôniers répartis dans tous les établissements français et outre-mer.
G.E.N.E.P.I (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées)	David MALIGORNE (fin de mandat été 2003)	David MALIGORNE Elodie GOTZORG Amélie TRAPPLER	800 bénévoles 50 groupes locaux sur 70 établissements
F.A.R.A.P.E.J. (Fédération des Associations Recherche Action Prison et Justice)	Guy-Bernard BUSSON	Madeleine PERRET Michel SOULETIE Frédérique CLEMENT	Une cinquantaine d'associations quasiment partout en France, principalement dans le domaine de l'accueil des familles en attente de parloir et de structures d'accueil de sortants ou d'aménagement de peine.
Croix-Rouge	M. GENTILINI	Gabriel MOUESCA Colette AMBLARD Mlle TEDESCA	- 1500 salariés - 60.000 bénévoles - 80 référents locaux
Secours Catholique	M. THORAVAL	Jean-Yves CADO Jean CAËL Joëlle GUERIN	- 68000 bénévoles généralistes et thématiques dont 2000 sur le thème « prison » quasiment partout en France. - 3,6 millions de francs de secours indigents versés en 2002.

U.F.R.A.M.A (Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées)	Mme Jeannette FAVRE	Absente (auditionnée dans le cadre de notre mission)	6 régions pénitentiaires couvertes (une soixantaine d'associations affiliées) mais a une action sur tout le territoire national.
--	----------------------------	---	--

Annexe 11 – DGS Liste des formateurs régionaux au
30 octobre 2003

Stratégie nationale d'action face au suicide
Direction générale de la santé

Région	Psychiatre	Psychologue
Aquitaine	Mme le Dr Stéphanie CATOIRE Hôpital Jean Abadie Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte (UMPAJA) 89 rue des Sablières 33000 Bordeaux	Mme Anouk CHOURLAUD Hôpital Jean Abadie Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte (UMPAJA) 89 rue des Sablières 33000 Bordeaux
Alsace	M. le Pr Claude BURSZEJN Hôpitaux universitaires de Strasbourg Service de pédopsychiatrie 1 place de l'Hôpital 67091 Strasbourg cedex	Mme Liliane GOLSTAUB Maître de conférence de psychopathologie Faculté de psychologie de l'Université Louis Pasteur à Strasbourg 15 rue de Bruxelles 67000 Strasbourg
		M. Rémi BADO Directeur de l'Association « SEPIA » 8 rue Robert Schuman 68100 Mulhouse
Auvergne	Mme le Dr Eve COURTY Service de psychiatrie A Groupe hospitalier Saint-Jacques BP69 63003 Clermont-Ferrand cedex 1	Mme Martine DE CHASSEY Service de psychiatrie A Groupe hospitalier Saint-Jacques BP69 63003 Clermont-Ferrand cedex 1
Bourgogne	M. le Dr Pierre BESSE CHU de Dijon Service de psychiatrie adulte Hôpital Général 3 rue du Faubourg Raines BP1519 21033 Dijon cedex	M. le Pr Hervé BENONY Université de psychologie de Bourgogne Boulevard Gabriel 21000 Dijon
	M. le Dr Pierre LORIOT CHG William Morey Service des urgences 7, quai de l'hôpital 71321 Chalon-Sur-Saône cedex	Mme VERSINI CHS de Sevrey 8, rue A. Champion 71331 Chalon-sur-Saône cedex
Bretagne	M. le Pr Michel WALTER CHU Hôpital La Cavale Blanche Centre d'accueil et d'urgence 5 avenue Foch 29200 Brest	Monsieur Loïc JOUSNI Hôpital Morvan Unité médico-psychologique Angela Duval 6 avenue Foch 29609 Brest cedex
	M. le Dr Francis EUDIER CHU de Rennes Service des urgences 2, rue Henri Le Guillou 35033 Rennes	

Région	Psychiatre	Psychologue
	M. le Dr Philippe CHARPENTIER Chef de service Hôpital du Bon Sauveur 22140 Bégard M. le Dr Dominique HOUDET Hôpital de Saint-Avé 22 rue de l'Hôpital 56890 Saint-Avé	
Champagne-Ardenne	M. le Pr Charles-Siegfried PERETTI CHU de Reims Service de psychiatrie adulte 23 rue des Moulins 51092 Reims cedex	Mme Carine LEON CHU de Reims Service de pédopsychiatrie 23 rue des Moulins 51092 Reims cedex
	Mme le Dr ROLAND CHU de Reims Service de pédopsychiatrie 23 rue des Moulins 51092 Reims cedex	Mme Christine-Vanessa CUERVO CHU de Reims Service de psychiatrie adulte 23 rue des Moulins 51092 Reims cedex
Centre	M. le Pr Philippe GAILLARD Clinique psychiatrique universitaire de Tours CHU de Tours 12-26 rue du Coq 37041 Saint-Cyr sur Loire cedex	Mme Valérie RUFFAT CHG de Dreux service de psychiatrie et de psychologie médicale CH Victor Jousset 44 avenue du Président Kennedy BP69 28107 Dreux
Corse	M. le Dr Hervé ROUSSEL Secteur de psychiatrie infanto-juvénile Centre hospitalier de Toga 20100 Bastia - Haute-Corse M. le Dr Michel LARRIEU Service de psychiatrie du Dr Larrieu Centre hospitalier départemental de Castelluccio 20176 Ajaccio BP85 - Corse du Sud	
Franche-Comté	Mr le Pr. Paul BIZOUARD CHU de Besançon Hôpital Saint-Jacques 2, place Saint-Jacques 25030 Besançon cedex	Mme ABECASSIS 14 rue Isenbert 25000 Besançon
	M. le Dr Pierre VANDEL Service de psychiatrie adulte Hôpital Saint Jacques CHU 2 place Saint Jacques 25030 Besançon	Mme Isabelle LASSUS-PHILIPPE CHU de Besançon Service de psychiatrie et psychologie médicale - Hôpital Saint Jacques 2 place Saint Jacques 25030 Besançon

Région	Psychiatre	Psychologue
Ile de France	Pr Roland DARDENNES CH Sainte-Anne Clinique des maladies mentales et de l'encéphale 100 rue de la santé 75674 Paris cedex 14	Mme Lucia ROMO Psychologue universitaire CH Louis Mourier Service de psychiatrie 178 rue des Renouillers 92701 Colombes
	Dr Yves SARFATI CH de Versailles Réseau Santé mentale Yvelines Sud 177 rue de Versailles 78150 Le Chesnay	M. Pierre KRZAKOWSKI Chargé de cours à l'Université Paris V en psychologie 6 rue de Sully 78180 Montigny-le-Bretonneux
	M. le Dr Jorge FISCHMANN CH St-Anne CMP Secteur 14 14-20 rue Mathurin Régnier 75015 Paris	M. Clément RIZET (formateur référent à l'Institut Nationale de l'Enfance et de la Famille) Centre hospitalier général 159 rue du Président François Mitterrand BP 125 91161 Longjumeau cedex 01
Languedoc-Roussillon	M. le Dr Philippe COURTET Service de psychologie médicale et de psychiatrie CHU de Montpellier Hôpital Lapeyronie 371 avenue du doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier cedex 5	Mme Marie-Christine CANNAT Service de psychologie médicale et de psychiatrie CHU de Montpellier Hôpital Lapeyronie 371 avenue du doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier cedex 5
Limousin	M. le Dr Jean-François TERME Unité de psychiatrie de liaison secteur de psychiatrie 4 CH Esquirol 15 rue du docteur Marcland 87025 Limoges cedex	Mme Marie-Pierre GILLEUVIC Unité de psychiatrie de liaison secteur de psychiatrie 4 CH Esquirol 15 rue du docteur Marcland 87025 Limoges cedex
Lorraine	M. le Pr Jean-Pierre KAHN CHRU de Nancy Service de Psychologie Médicale Hôpital Jeanne-d'Arc 29 rue de Lattre de Tassigny CO n°34 54035 Nancy cedex	Mme Rosine DIWO Maître de conférence UFR Connaissance de l'Homme 23 boulevard Albert 1 ^{er} 54000 Nancy
Midi-Pyrénées	M. le Pr Jean-Philippe RAYNAUD Hôpital la Grave Place Lange 31052 Toulouse cedex 4	Mme Sylvie BOURDET-LOUBERE Universitaire du Mirail CERPP – Maison de la Recherche 5 allée Antonio Machado 31058 Toulouse cedex
Basse-Normandie	Mme le Dr Françoise CHASTANG CHRU de Caen Centre Esquirol Côte de Nacre 14033 Caen	Mme Annick FINEL CHRU de Caen Centre Esquirol Côte de Nacre 14033 Caen

Région	Psychiatre	Psychologue
Haute-Normandie	M. le Dr FOULDRIN CHU de Rouen Service de psychiatrie 1 rue de Germont 76031 Rouen cedex Mme le Dr Nathalie GIRAudeau CHU de Rouen Service de psychiatrie 1 rue de Germont 76031 Rouen cedex	
Nord-Pas de Calais	M. le Dr DODIN hôpital Saint-Philibert Service de psychiatrie rue du Grand But BP 249 59462 Lomme cedex	Mr NANDRINO, Maître de conférence en psychopathologie - Lille III hôpital Saint-Philibert Service de psychiatrie rue du Grand But BP 249 59462 Lomme cedex
	M. le Dr Guillaume VAIVA Clinique Fontan Centre Hospitalier Régional Universitaire 6 boulevard du Professeur Jules Laguesse 59037 LILLE CEDEX Mme le Dr Virginie BOSS Clinique Fontan Centre Hospitalier Régional Universitaire 6 boulevard du Professeur Jules Laguesse 59037 LILLE CEDEX	
	Mme le Dr Isabelle DANSET CRES Nord-Pas-de-Calais 13 rue Faidherbe 59046 Lille cedex Mme le Dr Catherine THEVENON GIGNAC Service de psychiatrie EPSM Armentières Lille Métropole 104, rue du Général Leclerc 59421 Armentières cedex	
Pays de Loire	M. le Pr Jean-Bernard GARRE Service de psychiatrie et de psychologie médicale CHU d'Angers 4 rue Arrey 49033 Angers cedex 01	M. Jean-Luc PILET Service de psychologie D.D.E.C. 15 rue Leglas-Maurice 44041 Nantes cedex

Région	Psychiatre	Psychologue
Picardie	M. le Pr Christian MILLE CHRU Amiens Hôpital nord Intersecteur de psychiatrie infanto juvénile Place Victor Pauchet 80 054 Amiens cedex	M. le Pr Jean-William WALLET Vice-président de l'Université JulesVerne Rue Salomon Mahlangu 80000 Amiens
Poitou-Charentes	M. le Pr Daniel MARCELLI Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Centre hospitalier Henri Laborit 370, avenue Jacques Cœur BP 587 86021 Poitiers cedex	Mr le Pr HOFFMANN Département de psychologie UFR de sciences humaines Avenue du recteur Pineau 86022 Poitiers cedex
	Mr le Dr Jean-Jacques CHAVAGNAT, Unité de consultation médico- psychologique CHU La Milétrie BP 577 86021 Poitiers cedex	Mr TEXIER, Service psychiatrique en milieu pénitentiaire CH Henri Laborit 5 ^{ème} secteur BP 587 86021 Poitiers cedex
Provence-Alpes- Côtes-d'Azur	M. le Pr Marcel RUFO Chef de secteur infanto-juvénile Hôpital de la Timone 13385 MARSEILLE cedex 5	
	M. le Dr FREQUELIN Service de psychiatrie adulte Centre Hospitalier Spécialisé Sainte Marie BP 519 87, avenue Joseph Raybaut 06009 Nice cedex 1	
	M. le Dr Jean-Marc CHABANNES Responsable des urgences psychiatriques Hôpitaux de la Timone Service de psychiatre adulte 264 rue St-Pierre 13385 Marseille cedex 5	
	Mme le Dr Nathalie THEISSIER Fondation Lenval Service de pédo-psychiatrie du Pr Myquel 57 avenue de la Californie 06200 Nice	Mme Jacqueline COLLET Fondation Lenval Service de pédo-psychiatrie du Pr Myquel 57 avenue de la Californie 06200 Nice

Région	Psychiatre	Psychologue
Rhône-Alpes	Mr le Dr BOULEY Service de psychiatrie adulte Hôpital Bellevue Pavillon 52B CHU Boulevard Pasteur 42023 SAINT-ETIENNE Cedex	Mme Marie-Hélène BUSSAC Espace Régional de Santé Publique 9, quai Jean Moulin 69001 LYON
	Mr le Dr Marc DUBUC Service de psychiatrie de l'adulte Hôpital SUD CHU BP 185 38 042 GRENOBLE Cedex 09	M. Bernard CHOUVIER psychologue clinicien, professeur des Universités 5 rue Alsace Lorraine 69001 Lyon
		M. Didier POUDEVIGNE ADES 26 36B rue Biberach 26000 Valence
Guadeloupe	M. le Dr PONSARD CHRU de Pointe-à-Pitre Service de psychiatrie BP 465 97159 Pointe-à-Pitre – Guadeloupe	écoute CHS de Monteran 97120 St-Claude Guadeloupe
Martinique	Dr Nicolas BALLON CHU de Fort-de-France Service de psychiatrie BP 632 97261 Fort-de-France Martinique M. le Dr LACOSTE Service du Pr Charles Nicolas CHU de Fort-de-France BP 632 97261 Fort-de-France cedex	Mme Edith DANON-BOULARD service de psychologie médicale et de psychiatrie CHU de Fort de France Hopital Pierre Zopbda-Quitmann BP 632 97261 Fort-de-France cedex
	M. le Dr Régis BRUNO CHS Colson BP631 97261 Fort-de-France	Mme Véronique LAVAYSSE CHS de Colson Structure d'Adolescents en Crise N°110 rue Jeanne Lero Place d'Armes 97232 Lamentin – Martinique
Guyane	Mme le Dr Geneviève SIMART Service de Pédopsychiatrie Centre Hospitalier "Andrée-Rosemon" Rue des Flamboyants 97300 – CAYENNE	Mme Karine GARNIER Service de pédopsychiatrie Centre Hospitalier "Andrée-Rosemon" Rue des Flamboyants 97300 - CAYENNE -
La Réunion	Dr Jean-Claude COMBES, pédiatre CHD Félix GUYON Bellepierre 97405 Saint-Denis cedex	M. Jacques BRANDIBAS, psychologue clinicien Centre médico-psycho-pédagogique 6, rue Edmond Rostand 97490 Ste-Clotilde

Région	Psychiatre	Psychologue
Services de téléphonie sociale oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide :		
SOS Amitiés		M. Jean-Claude BERNOT psychologue clinicien rattaché à la Commission fédérale de Formation 238 rue Saint-Alban 42 153 Riorges tel/fax : 04 77 71 82 91
Suicide écoute		Mme Pascale DAUBIGNY Ecoutante 21 rue St Médard 75005 Paris
Fil Santé Jeunes		Mme Nadège PIERRE Responsable de la ligne Fil Santé Jeunes Ecole des Parents des éducateurs IDF 5 impasse bon Secours 75011 Paris
Sida Info Service		Mme Gaëlle SITBON Sida Info Service Ligne AZUR jeunes 190 bd de Charonne 75020 Paris
Drogue alcool tabac infos service (DATIS)		M. Yannis DUTERIEZ coordinateur de la ligne Drogue Alcool Tabac Info Service 10-16 rue de la Justice 75020 Paris

Annexe 12 – Exemple de programme d'une formation sur 2 journées

« Reconnaître et prendre en charge une crise suicidaire »

Action dans le cadre de la Stratégie nationale d'action face au suicide

Objectifs généraux

Cette formation vise à développer :

- une compréhension à la fois théorique et pratique de l'intervention clinique en cas de crise suicidaire chez une personne détenue ;
- de connaître, après les avoir expérimentés, les modes d'intervention adaptés aux différentes phases d'un état de crise suicidaire.

Objectifs spécifiques

À la fin de la formation, les participants seront en mesure de:

- définir les concepts clés liés à l'intervention de crise suicidaire ;
- saisir le développement d'une crise suicidaire tout en reconnaissant et en identifiant les différentes phases associées à ce processus ;
- identifier les facteurs de risque associés à l'émergence d'une crise suicidaire ;
- apprendre les éléments essentiels d'une évaluation clinique de la crise ;
- décrire les principes de base, les étapes et les limites de l'intervention de crise ;
- s'organiser pour orienter les personnes en cas de crise psychosociale ou psychiatrique.

Programme de la 1ère journée

- 9h00 Présentation des participants
Présentation du contenu de formation
Pré-test
Echange sur les "idées reçues" sur la prévention du suicide
Epidémiologie du suicide et des comportements suicidaires en population générale et en milieu pénitentiaire

Pause

- 11h00 Le développement de la crise suicidaire
 - État d'équilibre
 - État de vulnérabilité
 - État de crise et passage à l'acte suicidaire
Les facteurs de risques et de protection
 - Facteurs individuels
 - Facteurs familiaux
 - Facteurs environnementaux

12h30

Déjeuner

- 14h00 Le processus suicidaire
 - Évolution et étapes d'intervention
 -Stratégies d'intervention

Pause

- 15h30 Mise en situation en petits groupes sur un scénario de crise pré-établi

Evaluation du cas et pistes d'intervention
Retour sur la journée

17h00

Programme de la 2^{ème} journée

9h00

Mise en train
Évaluation du potentiel suicidaire.
- Évaluation du risque
- Évaluation de l'urgence
- Évaluation de la dangerosité

Pause

10h30

Mise en situation soit en petit groupe
Spécificités de la conduite d'entretien en cas de crise suicidaire

12h30

Déjeuner

14h00

Le travail de deuil suite à un suicide
- Élaboration du travail de deuil
- Issues du travail de deuil et spécificité du deuil suite à un suicide
- Les facteurs de risque et de résilience associés à la résolution du deuil
Suivi de crise suicidaire

Pause

Retour sur la journée
Évaluations : post-test et satisfaction

17h00

Fin de la formation

Annexe 13 – Document de la DGS pour recenser les actions de formations à l'intervention de crise suicidaire réalisées dans chaque région

REGION :

BINOMES DE FORMATEURS : ETAT DES LIEUX AU 31/12/03		
Nombre de binômes complets et fonctionnels dans la région		
FORMATIONS A LA CRISE SUICIDAIRE		
	Entre le 1/01/03 et le 31/12/03	Total cumulé au 31/12/2003
Nombre de sessions de formation organisées		
Nombre de personnes ressources ayant suivi la formation		
Dont		
	Site d'exercice professionnel	
	Associations de bénévoles	
	Point accueil et écoute jeunes	
	Education nationale	
	Jeunesse et sport	
	PJJ	
	Collectivités territoriales	
	Institutions pour personnes âgées	
	Administration Pénitentiaire	
	UCSA et SMPR	
	Services hospitaliers d'urgence	
	Services hospitaliers de pédiatrie	
	CSST et CCAA et réseaux addictologie	
	Médecine de ville	
	Autres	
	Profession	
	Enseignant	
	Educateur	
	Travailleur social	
	Psychologue	
	Médecin	
	Infirmier	
	Surveillant pénitentiaire	
	Autres	

Annexe 14 – Liste des sites Internet visités

1- Sites francophones

- INSERM : Repérage du suicide en prison et éléments contextuels (Dr Sophie Baron-Laforet)
<http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/baronlaforet.html>
- Journée Inter-régionale des intervenants, des dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire 1 Juin 2001
<http://www.psyfc.com/medecinepenitentiaire.htm>
- Correctional Service of Canada
Site en anglais et en français. Etude sur le suicide chez les détenus.
http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e043/e043c_e.shtmlv
- Revue Canadienne de criminologie et de justice pénale
<http://www.ccja-acjp.ca/fr/rccr20.html>

2-Sites anglophones

- SAMHSA's National Mental Health Information Center (United states Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration)
Site en anglais et espagnol qui présente la stratégie de la prévention du suicide aux Etats-Unis (NSSP : National Strategy for suicide prevention) On retrouve les documents de L. Hayes.
<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/default.aspx>
- Suicide Detention and Prevention in Jails : Texas Commission on Law Enforcement.
Site en anglais décrivant un programme de formation incluant le guide du formateur. Révisé en juillet 1999. Il représente une actualisation du programme de Hayes qui est le plus grand spécialiste des années 80 aux Etats-Unis auquel est attribué la diminution très importante du taux de suicide en milieu pénitentiaire.
<http://www.tcleose.state.tx.us/GuideInst/HTLM/3501.htm>
- National Center on Institutions and Alternatives (NCIA)
Website en anglais, Jail and prison suicide publications (L.Hayes)
<http://ncia.igc.org/ncia/suic.html>
- US Department of justice: cette page donne accès à des documents relatifs à la santé mentale et à la prévention du suicide en prison. Site en anglais.
<http://www.ojp.usdoj.gov/managingoffenders/mentalhealth.htm>
- University of Maryland- Baltimore-
Center for Behavioral Health, Justice and Public Policy.
<http://www.umaryland.edu/behavioraljustice/issues/suicidecorrectional/>
- Florida Corrections Commission
Website en anglais, rapport annuel de 1999
<http://www.fcc.state.fl.us/fcc/reports/final99/ap5-6.html>

- National electronic Library for Mental Health

Site en anglais d'origine britannique dont une partie est consacrée à la santé mentale en prison.

http://www.nelmh.org/home_prison.asp?c=17

- Mental Health Primary Care in Prison

Site en anglais créé pour HM Prison service (UK).

<http://www.prisonmentalhealth.org/>

http://www.prisonmentalhealth.org/downloads/prison_officer/08-61_suicide_prevention.doc

- Her Majesty's Prison service

Site des services carcéraux britanniques.

http://www.hmprisonservice.gov.uk/filestore/321_408.pdfv

Fiche de procédure.

http://www.hmprisonservice.gov.uk/filestore/102_879.pdfv

- The royal college of psychiatrists (UK)

Site en anglais.

<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/cr99.htmvv>

- Executive online: official website of the Scottish Executive, the devolved government for Scotland.

Site en anglais. Travaux en particuliers sur les femmes et les jeunes en prison, mais les remarques s'appliquent aussi au reste de la population carcérale. Date de 2001.

<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/eefr-01.asp>

- Australian Institute of Criminology: Suicide in Prison 1980 to 1998: national overview.

Site en anglais. Un document national sur le suicide en prison de 1980 à 1998.

<http://www.aic.gov.au/media/990829.html>

<http://www.aic.gov.au/publications/tandi/ti126.pdfv>

- The University of Adelaide (Australia)

<http://www.library.adelaide.edu.au/guide/med/menthealth/suicide.html>

- Ministry of Youth Affairs of New Zealand

Document sur l'impact de la prison dans le suicide des jeunes.

<http://www.youthaffairs.govt.nz/pag.cfm?i=178>

Annexe 15 – Liste de moyens utilisés à l'étranger pour prévenir le suicide en milieu carcéral

- 1- Au niveau des cellules : les suicides et tentatives se font principalement par pendaison en s'accrochant aux fenêtres, aux lits et aux portes. De ce fait des études ont été effectuées afin de créer un modèle de cellule approprié. Cf. schéma reproduit pages suivantes.
<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/elmh/nelmh/suicide/prison/action/2.html>
- 2- Les détenus utilisent principalement les draps et assimilés afin de former des liens. Des tentatives ont été faites pour trouver de nouvelles matières. Actuellement une entreprise britannique a créé un textile qui ne peut former un lien et ne peut être mis dans la bouche pour créer une suffocation.
<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/elmh/nelmh/suicide/prison/action/2.html>
<http://www.safesuit.co.uk/>
- 3- Tests de détection des personnes suicidaires utilisés par l'US Army.
http://www.medtrng.com/suicideprevention/suicide_prevention.htm
- 4- Utilisation de contrats « no suicide », exemple Néo-zélandais pour les jeunes à risque
http://nzhta.chmeds.ac.nz/prevent_yth_suicide.htm
- 5- Formation de détenus à l'écoute de leurs codétenus pouvant leur apporter une écoute à tout moment, et ce dès l'arrivée en prison. Mis en place au Royaume –Uni.
- 6- Différentes échelles existent afin de mesurer les risques de tentatives de suicides¹.
 - a. The Scale for Suicide Ideation (Beck, A.T., Kovaacs, Lester, D. & Trexler,L.,1979),
 - b. The Hopelessness Scale (Beck, A.T., Weismaman, Lester, D. & Trexler,L.,1974),
 - c. The Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, W.M., 1987),
 - d. The Reasons for Living Inventory (Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. & Chiles, 1983),
 - e. Spirituality and Resilience Assesment Packet Version 4.2 (Kass, Jared D.& Lynn, 2000),
 - f. The LASPC (Los Angeles Suicide Prevention Center) Scale,
 - g. TIPM (Thoughts, Intent, Plan, Mean) assessment (Rosenberg, 1997)
- 7- Mise en place de stratégie « anti-brimades » (Anti-bullying strategy). Une relation existe entre brimades, dépression et d'automutilation. Au Royaume-Unis, des questionnaires sont donnés tous les 2 ans aux détenus concernant les brimades en prison pour qu'ils puissent exprimer leurs points de vue et leurs expériences pour permettre la mise en place d'action pour résoudre les différents problèmes mis en avant.

¹ Personnellement nous ne recommandons pas l'utilisation d'échelles. Les items qu'elles contiennent sont utiles pour conduire l'évaluation mais faire le score global peut constituer une fausse sécurité. Le jugement clinique doit guider les actions à entreprendre.

- 8- Des formations existent pour la prévention du suicide en prison, différents organismes proposent des cours dont Living Works Education créé en 1983. Les formations ne doivent pas concerner seulement le personnel carcéral mais toute personne en contact avec le prévenu de l'arrestation à l'arrivée en prison. Un comportement suicidaire peut se détecter à tout moment.
- 9- Développement d'un outil d'estimation de risque pour déterminer le lieu adapté pour la première nuit en prison de la personne écrouée et favoriser l'aide au détenu. Le risque de tentatives de suicide est important lors de la première nuit et de la première semaine. Cela peut sous-entendre la création d'une unité spéciale commune aux détenus à tendances suicidaires et aux nouveaux arrivés afin d'éviter tout risque. Cet outil est en développement au Royaume-Uni.
- 10- Développement d'un système d'information performant afin de connaître les personnes à risque du tribunal jusqu'à la prison et à l'intérieur de la prison. Un outil de ce type a été conçu au Royaume-Uni, il est connu sous le nom de « the Offender Assessment System » et est actuellement en essai.
- 11- Au Canada, utilisation de personnes sentinelles vis-à-vis du risque de suicide. Ce sont des personnes à qui on explique comment repérer un « candidat » au suicide. Est concernée toute personne ayant affaire à des personnes suicidaires dans le cadre de son travail, comme les enseignants, les surveillants de prisons, le clergé, les agents de police. Dès 1987, à la suite d'un rapport du Service correctionnel du Canada (SCC), qui insistait sur le suicide et l'automutilation dans les prisons, un programme de formation a été mis en place dans les provinces maritimes, puis étendu au reste du pays pour le personnel pénitentiaire.

Annexe 16 - Exemple de guide² du formateur pour la formation pour les personnels pénitentiaires³

Avertissement

Les objectifs pédagogiques du programme que nous avons traduit sont donnés à titre indicatif. Ce programme récent (juillet 1999) a été choisi parce qu'il fait partie des rares programmes accessibles et précis. Il ne s'agit en aucun cas d'une recommandation. Un tel document doit être analysé pour savoir dans quelle mesure des éléments sont utilisables pour améliorer la prévention en France.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer l'importance du problème du suicide au niveau national dans les prisons et les milieux fermés.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 4 facteurs proactifs afin de neutraliser les litiges.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de donner au moins 2 raisons pour expliquer la nécessité que les policiers travaillant sur le terrain aient une formation sur les signes et symptômes du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 5 mythes et faits sur le suicide.

2. Le profil de la victime suicidaire

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 5 caractéristiques du profil type des détenus à risque de suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer la raison pour laquelle il faut définir un profil de la victime de suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire les avantages et problèmes de la création d'un profil tant au niveau local que régional.

3. Le comportement suicidaire

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 4 facteurs dans le milieu carcéral qui influent sur le suicide.

² Il s'agit du guide détaillé pour le formateur (45 pages complété d'un guide pour l'évaluation des connaissances). La formation a une durée de 8 à 12 heures.

³ Source : <http://www.tcleose.state.tx.us/GuideInst/HTLM/3501.htm>. Cette formation est destinée aux surveillants pénitentiaires. Nous avons gardé le mot officier pénitentiaire pour rappeler qu'il s'agit d'un autre contexte.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 4 facteurs prédisposant au suicide en prison.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 6 périodes à haut risque pour les suicides en prison.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 10 signes et symptômes indiquant le potentiel suicidaire.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 8 signes et symptômes de dépression.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 3 symptômes d'énervement.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 4 situations qui peuvent avoir un impact sur le suicide en milieu carcéral.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 4 facteurs de stress passés ou présents qui peuvent influencer sur le comportement suicidaire.

4. Evaluation des troubles de santé mentale et des risques suicidaires.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 6 maladies mentales pour lesquelles un suivi médical et psychiatrique devrait être demandé avant l'incarcération d'un détenu en prison.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 3 raisons pour lesquelles l'enfermement de personnes dépendantes peut être dangereux.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de souligner 3 aspects du dépistage à l'admission.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de dire les procédures standards de la Commission Carcérale de l'état du Texas pour le dépistage à l'admission.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 4 avantages du dépistage à l'admission.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 4 conditions pour lesquels les profilers peuvent observer un détenu à son admission.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 6 des 8 facteurs qui déterminent si une personne souffre d'un retard mental et nécessite un examen psychiatrique.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier les problèmes associés à l'utilisation des 8 facteurs déterminant l'arriération mentale.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier les questions essentielles pour les personnes souffrant de maladies mentales.

4.10 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier les procédures à utiliser en cas d'un épisode psychotique.

4.11 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 4 éléments pour un entretien d'admission- profilage réussi.

4.12 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 8 questions et observations pertinentes pour un identifier un comportement suicidaire.

4.13 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 4 facteurs et principes pour identifier un comportement suicidaire.

5. Interaction avec des détenus potentiellement suicidaires (*traduction annexe 17*)

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer le plus important facteur dans la prévention du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de définir le rôle fondamental de l'officier dans la prévention du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 10 principes disciplinaires et de santé mentale qui peuvent avoir un impact dans la prévention du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer les étapes d'approche d'une personne suicidaire.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier les techniques de communication appropriées à utiliser avec une personne suicidaire.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer 2 facteurs critiques pendant l'interaction avec des détenus.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer la différence entre un détenu à bas risque suicidaire et à haut risque.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer la procédure recommandée pour surveiller les détenus à bas risque suicidaire et à haut risque.

6. Les premiers secours

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de décrire au moins 3 étapes immédiates à faire pour s'occuper correctement d'un cas de pendaison.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 4 actes de premiers secours en cas de pendaison.

7. Le plan de prévention du suicide en prison

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 5 composantes du plan de prévention du suicide et des handicaps mentaux demandé par la Texas Commission on Jail Standards.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de discuter sur les procédures générales sur le partage de l'information concernant les détenus entre les différents organismes d'état en accord avec le Texas Health and Safety Code.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer 3 domaines qui devront être inclus dans le rapport administratif.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 2 composantes d'une autopsie psychologique.

8. L'architecture carcérale (*traduit en annexe 18*)

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de dire la différence entre prisons surveiller directement et celles par vidéo caméras, et son impact sur la prévention du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 10 aspects de l'architecture carcérale qui peuvent aider à la prévention du suicide.

9. Les controverses de la prévention du suicide

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer au moins 5 sujets à controverse concernant l'approche de la prévention du suicide.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer les avantages et inconvénients d'au moins 5 sujets à controverse.

10. Les litiges sur le suicide en prison.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de définir la négligence.

Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de définir l'indifférence délibérée.

11. Résumé

12. Liste des cas juridiques.

13. Bibliographie

14. Vidéo.

Annexe 17 - Exemple de programme pour intervenir auprès de détenus potentiellement suicidaires

Contenus de formation des officiers pénitentiaires au Texas (Etats-Unis)

Avertissement

Le chapitre 5 du programme que nous avons traduit est donné à titre indicatif. Il a été choisi pour sa précision mais il ne s'agit en aucun cas d'une recommandation. Un tel document doit être analysé pour savoir dans quelle mesure des éléments sont utilisables pour améliorer la prévention en France.

5. Interaction avec des détenus potentiellement suicidaires

5.1 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer le plus important facteur dans la prévention du suicide.

- A. Le facteur primordial est d'avoir des officiers⁴ pénitentiaires bien entraînés.
- B. L'entraînement des officiers inclus :
 - 1. Entraînement à la détection des signes et symptômes
 - 2. Des documents sur les procédures décrites minutieusement.
 - 3. Se référer aux services médicaux ou à des conseillers est important.

5.2 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de définir le rôle base de l'officier dans la prévention du suicide.

- A. Connaître les symptômes habituels d'un détenu avant une tentative de suicide.
- B. Etre à l'écoute de signaux évidents ou subtils que chaque détenu émet.
- C. Des contacts journaliers : en remarquant tout changement soudain de comportement, vous serez peut-être capable de sauver une vie.
- D. Etre énergique, ne pas porter de jugement. Un « devoir de soin » est requis par l'Etat.
- E. Ne pas abandonner. Un rôle positif d'officier modèle peut être ce qui va sauver une vie.
- F. Un personnel bienveillant sauve des vies, un personnel dur, rejetant peut favoriser le suicide.
- G. Si seulement une personne fait attention et le montre, le suicide peut être évité.

⁴ Nous avons fait le choix de conserver le mot officier et de ne pas le remplacer par surveillant afin de bien rappeler qu'il s'agit d'un document étranger.

- H. L'officier occupé, non bienveillant, peut être la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

5.3 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de nommer au moins 10 principes disciplinaires et de santé mentale qui peuvent avoir un impact dans la prévention du suicide.

A. Principes généraux

1. Un échange humain avec des officiers qui suivent les règles d'or est la meilleure prévention du suicide.
2. Des principes de bonne discipline et de santé mentale résulteront :
 - a. Un bon management et une bonne discipline des détenus
 - b. Un climat et une atmosphère positive
 - c. Une minimisation des incidents
 - d. Une prise en charge plus efficace des détenus à tendance suicidaires et de ceux atteints de maladies mentales.

B. Quelques principes de bonne discipline et de santé mentale.

1. Etre juste...Trait de caractère numéro un parmi tous chez les officiers.
2. Ne pas montrer de favoritisme...Parce que ce n'est pas juste.
3. Tenir ses promesses... Ne pas les tenir est mentir aux détenus.
4. Utiliser l'autorité et le pouvoir de manière constructive... Des officiers qui se respectent ne souhaitent pas le « pouvoir ».
5. Admettre ses erreurs... En admettant ses erreurs nous nous grandissons.
6. Ne pas réprimer ou être condescendant....des officiers sûr d'eux, qui se respectent n'écrasent pas les personnes.
7. Ne pas laver son linge sale en public...Ne pas critiquer ouvertement le personnel...Cela est accablant et ne démontre pas d'un esprit d'équipe.
8. Répondre aux questions...Une réponse raisonnable favorise la communication et le respect d'autrui.
9. Demander et ne pas toujours ordonner de faire quelque chose...Demander permet d'obtenir un meilleur résultat. Vous pouvez toujours ordonner plus tard.
10. Etre logique et être sensé....Tout à chacun apprécie la logique.
11. Discuter avec les détenus...Obtenir d'un détenu qu'il parle, est un facteur clé dans la prévention du suicide, cela demande un investissement de la part de l'officier et démontre du respect.
12. Etre une personne que les détenus peuvent respecter...Les officiers qui ont un rôle positif de modèle pour les détenus sont plus à même de pouvoir décourager les suicides.
13. Etre un membre de l'équipe...Un effort d'équipe apporte beaucoup.
14. Etre sûr de soi, ne pas être arrogant...Le respect de soi-même apporte la confiance en soi.
15. Manifester de la sincérité et de l'honnêteté... Ces deux qualités sont à la base des autres traits de caractère positifs.
16. Reconnaître qu'une personne a fait quelque chose quand il y a lieu....Mettre l'accent sur les efforts apporte plus de positivité...Cela est terriblement nécessaire dans notre domaine.

17. Accepter les critiques constructives...Ne pas être sur la défensive...Un travailleur s'améliore en profitant des critiques honnêtes.
 18. Garder un esprit ouvert...Sans cela, l'apprentissage s'arrête.
 19. Ne pas menacer....Ou vous ne gagnerez jamais le respect.
 20. Laisser les problèmes personnels à la maison.
 21. Ne pas hurler et ne pas jurer...Les officiers qui sont des modèles positifs ne le font pas.
 22. Faire plus que ce qui est attendu de vous...Les 2% d'effort en plus peuvent faire...
 23. 100% de la différence.
 24. Être patient... La patience est la preuve de confiance en soi et du respect d'autrui.
 25. Ne pas abandonner facilement...Quand nous abandonnons, c'est peut-être leur dernier espoir qui disparaît.
 26. Ne pas faire de sermon...Un exemple positif accomplit plus que prêcher.
 27. La bienveillance...Un officier bienveillant qui le montre peut sauver des vies.
- C. Des officiers qui suivent les principes de bonne discipline seront de plus efficaces agents de changement dans la vie des détenus.
- D. Gérer les détenus atteints de maladies mentales, certains peuvent être suicidaires.

Les principales lignes directrices.

1. Tenter de calmer l'individu et de soulager son anxiété en restant calme, sûr de soi, ferme, juste, et raisonnable soi-même. Expliquer votre vision du problème, ce qui peut-être fait, quelle en sera l'issue. Dire au détenu que la crise n'est que temporaire - les problèmes peuvent être résolus - en règle générale.
2. Encourager le détenu à parler librement, à exprimer ses sentiments et à établir un rapport avec vous. Éviter de discuter et aider le détenu à structurer l'événement de façon à ce que cela soit moins chaotique et que cela n'apparaisse plus comme exceptionnel.

5.4 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer les étapes d'approche d'une personne suicidaire.

L'approche d'une personne suicidaire

1. Se rappeler que le sujet peut tenter de se faire abattre⁵.
2. Rester calme.
3. Faire un plan et le suivre. Se précipiter peut totalement augmenter les risques.
4. Savoir que :
 - la situation est instable,
 - la personne peut devenir un meurtrier⁶.

⁵ Cet avertissement vaut pour les pays où les personnels pénitentiaires portent une arme à feu.

⁶ Ceci est particulièrement valable pour les personnes qui estiment qu'ils n'ont plus rien à perdre, veulent se venger car ils perçoivent la situation comme totalement injuste

5. Demander l'intention : « Avez-vous l'intention de vous tuer ? »
6. Délimiter la situation. Demander :
 - Comment comptez-vous vous tuez ?
 - Quand avez-vous prévu de passer à l'acte ?
 - Demander à la personne de vous donner les moyens qu'elle avait prévu d'utiliser.
 - La personne agit ainsi pour sa propre sécurité.
 - Les jeter au loin car une démonstration de force peut déclencher l'acte suicidaire.

5.5 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier les techniques de communication appropriées à utiliser avec une personne suicidaire.

Ce qu'il faut dire...

1. Montrer de la compassion à l'individu : dire quelque chose comme « Je peux voir que vous souffrez maintenant. »
2. Rediriger les pensées de la personne vers ses sentiments et non vers ses actions. Demander « A quoi pensez-vous maintenant ? » ou « Que ressentez-vous ? ».
3. Autres alternatives : demander « Que feriez-vous d'autre à cet instant pour vous sentir mieux ? »
4. Laisser la personne s'exprimer : ne pas se montrer condamnant, choqué.
5. Faire comprendre que les pensées suicidaires sont un élément normal d'une dépression sévère. Permettre à la personne de se sentir moins coupable ou moins seule.
6. Aider la personne à identifier sa souffrance. Demander si elle est blessée et d'où vient la souffrance.

Les obstacles à une **communication** efficace. L'officier ne devrait pas :

7. Offrir des solutions ou donner des conseils.
8. Se mettre en colère, porter des jugements ou menacer.
9. Etre sarcastique ou faire des blagues à propos de la situation.
10. Mentir à propos de promesses que vous ne tiendrez pas.
11. Défier la personne d'aller jusqu'au bout de son acte.
12. Ignorer la menace ou le risque suicidaire.

5.6 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de citer 2 facteurs critiques pendant l'interaction avec des détenus.

Les principales lignes directrices.

- A. Utiliser les étapes préventives (surveillance augmentée) afin de décourager tout comportement manipulateur.
- B. Eviter l'isolement comme solution à un comportement manipulateur.
- C. En déclarant le comportement, not making a determination.
- D. Soumettre le détenu à une estimation du personnel médical ou du service de santé mentale.
- E. Eviter le terme de « manipulation » dans les documents écrits.

5.7 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer la différence entre un détenu à bas risque suicidaire et à haut risque.

A. Bas risque

1. Individus non activement suicidaires, mais qui ont exprimés des pensées suicidaires et / ou ont un passé de comportement d'autodestruction.
2. Ils devraient être mis sous une surveillance rapprochée et observés physiquement par le personnel à intervalle régulier ne dépassant pas 15 minutes⁷.

B. Haut risque

1. Les individus activement suicidaires par menace et / ou engagés dans l'acte suicidaire ou autres comportements d'autodestruction , et / ou ayant fait une tentative récente de suicide.
2. Ils doivent être placés sous une surveillance constante et observés physiquement par le personnel d'une manière continue et ininterrompue.

5.8 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'expliquer la procédure recommandée pour surveiller les détenus à bas risque suicidaire et à haut risque.

- A. Tous les détenus à tendance suicidaire devraient être mis dans des cellules spécialement adaptées, anti-suicide et sans aucun élément protubérant. Ces cellules doivent être situées dans des aires de passage et visibles.
- B. Ceintures, cravates, lacets, bretelles doivent être enlevés mais les détenus peuvent être autorisés à garder leurs autres vêtements à moins que leurs comportements n'indiquent le contraire. Si les vêtements sont enlevés, des vêtements en papier⁸ doivent être donnés.
- C. Dans la plupart des cas, une surveillance constante ne nécessite pas l'enlèvement des vêtements ou de moyens de contention.
- D. L'observation audio et vidéo rapprochée, standard dans le système correctionnel, ne doit pas être utilisée à la place du suivi par le personnel.
- E. L'enlèvement des vêtements et l'utilisation de moyens de contention doivent être utilisés seulement en dernier recours dans les périodes où le détenu est physiquement en phase d'autodestruction

⁷ La fréquence de la surveillance est souvent très élevée en Amérique du Nord ou en Europe du Nord par rapport à ce qui est fait pratiqué en France. Ceci est valable aussi bien pour la surveillance en milieu sanitaire (chambre d'isolement en psychiatrie) que pour la surveillance spéciale pour risque suicidaire en détention.

⁸ L'information suivante nous a été transmise par Bernard Rebatel, Magistrat de liaison à l'Ambassade de France au Royaume-Uni : des vêtements en mousse de PVC à cellule ouverte viennent d'être proposés par une société anglaise (SafeSuit dans le Buckinghamshire : www.safesuit.co.uk) L'habit est décrit comme chaud, jetable, recyclable et son coût est de 22 euros, prix qui serait inférieur de 80% aux produits analogues.

8. L'architecture carcérale

8.1 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable de dire la différence entre la surveillance directe et la surveillance par vidéo caméras, et son impact sur la prévention du suicide.

- A. Une mauvaise conception et disposition de la prison influe sur le suicide et affecte le contrôle et la surveillance.
- B. Les officiers doivent se situer à l'intérieur ou dans un local adjacent à l'espace où il y a les cellules.
- C. Les officiers doivent répondre en moins de 4 minutes aux urgences (American Correctional Association Standard).
- D. La disposition des cellules alignées le long de couloirs est beaucoup plus difficile à contrôler.
- E. Lorsque l'officier est positionné au milieu d'un module de cellules ou dans un bureau de surveillance, il y a une meilleure interaction et une meilleure communication. Les changements de comportement sont remarqués plus vite et une action de prévention du suicide est plus probable.
- F. Le concept de la surveillance directe permet non seulement une meilleure prévention du suicide mais aussi soulage de nombreux problèmes en prison.
- G. Une bonne architecture carcérale est une bonne assurance pour alléger les responsabilités, spécialement avec l'inadéquation courante entre le personnel et la surpopulation.

8.2 Objectif d'apprentissage : le participant sera capable d'identifier au moins 10 aspects de l'architecture carcérale qui peuvent aider à la prévention du suicide.

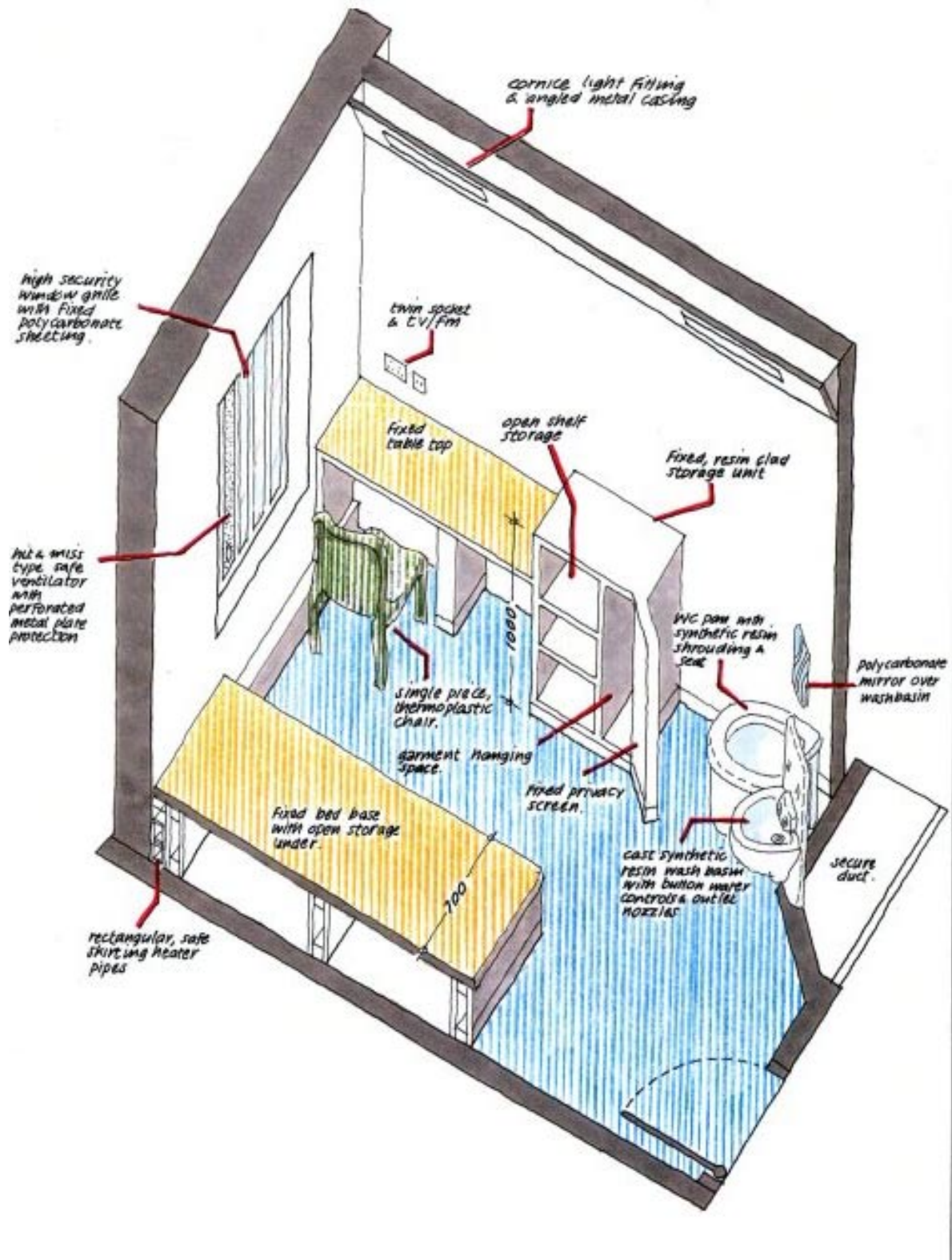
- A. Eliminer⁹ :
 - Les barreaux et les grilles d'aération,
 - Les portemanteaux et les porte-serviettes,
 - Les lits et étagères,
 - Les arroseurs¹⁰,
 - Les gonds de porte,
 - Les poignées et les boutons,
 - Les robinets d'eau, les portes papier toilette, et les porte-savons.
- B. Eviter l'isolation phonique excessive.
- C. Créer des unités spéciales, des cellules spéciales (pour les détenus potentiellement suicidaires et ceux atteints de maladie mentale), une ségrégation administrative, et des cellules de soutien.
- D. Revoir les règles standards de la Texas Commission on Jail concernant l'architecture des prisons.

⁹ Une cellule sécuritaire (Royaume-Uni) pour le risque de suicide figure en annexe, pages suivantes.

¹⁰ Il s'agit très probablement du système d'extinction automatique dont sont dotés certains établissements pénitentiaires.

Annexe 18 - Plan d'une cellule de sécurité Source : Angleterre

• SAFER PRISON CELL •



Annexe 19 – Fiches action

A - Formation continue à l'intervention de crise suicidaire

B - Formation initiale à l'intervention de crise suicidaire

C - Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression

D – Proposition de document pour évaluer le potentiel suicidaire et prévoir les actions de prévention et d'intervention

Fiche action 19 A : Formation continue à l'intervention de crise suicidaire

But : améliorer la compétence de l'ensemble des différents intervenants auprès des détenus pour repérer et intervenir en cas d'une crise suicidaire.

Bénéficiaires : personnels pénitentiaires, sanitaires, sociaux, bénévoles travaillant si possible ensemble. Nous considérons qu'en dehors des professionnels et bénévoles ayant déjà fait cette formation, aucun professionnel, quel que soit sa formation initiale, son ancienneté, son grade et sa fonction ne peut en être dispensé. La non participation peut bloquer totalement le processus de prévention et créer des tensions entre les différents intervenants.

Références

Textes de la conférence de consensus d'octobre 2000 : « La crise suicidaire : repérer et prendre en charge »

Manuel du formateur

Circulaires santé en 2001, 2002 et 2003

Formateurs : les 80 formateurs nationaux actuels (120 début 2004) du programme national d'action face au suicide. Leur action s'étend progressivement aux formations initiales de médecine, de psychiatrie et de psychologie. De nouveaux formateurs dont la mission sera plus spécialement en direction de la prévention en milieu pénitentiaire seront formés fin 2003 afin que la formation initiale et continue dispensée par l'ENAP comprenne cette formation.

Modalités de formation : par groupe d'une vingtaine de personnes sur 2 journées (un exemple de composition de groupe est donné en annexe).

Plusieurs pays effectuent un rappel de cette formation chaque année à tout le personnel dans un temps bref ; Ce rappel est analogue aux formations sur la conduite à tenir devant une détresse vitale et la lutte contre l'incendie. Ce rappel est à prévoir afin de ne pas perdre rapidement les effets de la formation.

Contenu de la formation : il se réfère à la conférence de consensus sur la crise suicidaire d'octobre 2000 et à la formation mise au point pour l'action 1 de la stratégie nationale d'actions face au suicide. Il comprend des aspects théoriques et pratiques sous forme de jeux de rôles préétablis et adaptés aux crises suicidaires survenant en milieu pénitentiaire. Le contenu peut être amélioré en reprenant sur certains points des formations étrangères construites avec un apprentissage par objectifs (le plan de la formation française est en annexe ainsi que celui d'une formation étrangère)

Matériel à fournir aux personnes formées :

- **guide de prévention** (document à réviser pour le champ pénitentiaire)
- **cube aide-mémoire** (la fabrication à 5 000 exemplaires est épuisée, une nouvelle fabrication est en cours mais elle sera insuffisante pour les objectifs numériques fixés) ; l'association qui gère les ateliers où travaillent les personnes détenues pourrait étudier les possibilités d'une production ;
- d'autres supports documentaires sont à créer pour aider à construire un plan de prévention et pour indiquer les personnes ressource.

Objectifs quantitatifs

L'objectif ultime est de former l'ensemble des professionnels et bénévoles intervenants auprès des personnes détenues. De plus, si le choix en est fait, un certain nombre de détenus sont à former comme cela est réalisé dans plusieurs pays et comme cela est fait pour les détresses vitales en France.

Le premier palier quantitatif à franchir est de faire en sorte que dans chaque établissement, chaque arrivant, ait la chance de rencontrer au moins un intervenant formé dans la chaîne des arrivants et que l'établissement dispose, avec ses partenaires sanitaires, sociaux et autres d'une masse critique suffisante pour avoir une organisation d'intervenants de première, de deuxième et de troisième ligne.

Ceci constitue un premier objectif atteignable fin 2005 en se fondant sur une estimation de 2000 personnes à former par le biais de la formation continue avec le calendrier suivant :

2003 : 1 session de formation par direction régionale soit :	200 personnes
2004 : 3 sessions de formation par direction régionale soit :	600 personnes
2005 : 6 sessions de formation par direction régionale soit :	1200 personnes

Soit au total : 2000 personnes

Afin de jouer à la fois sur le volet de la formation initiale et continue, les enseignants de l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire en charge de la prévention du suicide pourront participer, dès fin 2003, à l'une des 2 sessions de formation de formateurs au niveau national. Cette participation leur permettrait d'inclure dans le programme 2003-04 des éléments de cet enseignement.

Evaluation de la formation : elle associe un pré test, un post test, un questionnaire de satisfaction. Dans la région Nord Pas de Calais, un post test tardif a déjà été utilisé, en dehors du champ pénitentiaire, pour vérifier que les compétences acquises modifiaient les pratiques professionnelles et bénévoles. Une évaluation directement par le bénéficiaire de l'intervention de crise a aussi été mise au point et est très bien reçue. Elle se fonde essentiellement sur le sentiment d'avoir été écouté, d'avoir pu exprimer ses émotions et d'être moins tendu au point que le processus suicidaire est désamorcé pour l'instant.

Evaluation du processus général de formation : le dispositif existant de suivi est à consolider. La DGS enregistre actuellement par l'intermédiaire des référents prévention du suicide au sein des DRASS, le nombre de formations effectuées et les catégories des participants. Les directions régionales de l'administration pénitentiaire ont joué un rôle précieux pour organiser ces formations dans plusieurs régions. Tout naturellement, ils pourront s'inscrire dans ce suivi.

Proposition d'indicateurs

Nombre de sessions organisées

Résultat de l'enquête de satisfaction.

Caractère pluridisciplinaire des sessions

Pourcentage des différentes catégories d'intervenants ayant reçu la formation au sein de chaque établissement et de chaque direction régionale.

Pourcentage des établissements pouvant assurer que chaque arrivant sera rencontré par au moins une personne formée.

Nombre de tentatives de suicide par établissement et par DR

Suivi de l'écart entre 2 tentatives de suicide par établissement et par DR

Nombre de suicides par établissement et par DR

Suivi de l'écart entre 2 suicides par établissement et par DR

La mesure de l'écart entre 2 événements est plus sensible pour mesurer l'impact sur un événement qui reste rare heureusement à l'échelle d'un établissement.

Un impact latéral sur le taux d'agression envers le personnel et les codétenus est à envisager. Ces événements pourraient bénéficier du même suivi que les indicateurs précédents.

Le suivi des indicateurs a un coût. Il vaut mieux suivre 1 indicateur pendant 3 ans que 3 indicateurs pendant 1 an.

Avertissement : des organismes, des formateurs, des experts proposent, aujourd'hui et proposeront encore demain, des formations aux personnels oeuvrant dans les établissements pénitentiaires et sanitaires. Il est important de s'assurer que les contenus pédagogiques sont conformes aux données actuelles de la science qui sont synthétisées dans la conférence de consensus d'octobre 2000. Les responsables des DRASS et des DR doivent être particulièrement vigilants à cet aspect car des informations contradictoires ne pourraient que légitimement démobiliser les acteurs de prévention.

Cette cohérence est essentielle quand il s'agit d'organiser des processus de prévention pour lesquels les intervenants doivent « **être successivement ensemble** » autour d'une personne en détresse en travaillant avec des représentations partagées, chacun sachant ce que sait l'autre. Cet aspect opérationnel doit être distingué d'une offre de réflexion autour du suicide et de sa prévention.

Fiche action 19 B : Formation initiale à l'intervention de crise suicidaire

Objectifs : les professionnels intervenants auprès des personnes détenues et en amont et en aval de la détention doivent acquérir durant leur formation initiale les compétences pour évaluer le potentiel suicidaire et pour intervenir en cas de crise suicidaire. Les spécificités de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire doivent figurer dans les programmes des formations complémentaires.

Les responsables des enseignements et leurs tutelles doivent s'assurer que ces objectifs figurent dans les programmes pédagogiques. Sont concernés plus particulièrement :

- l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire ;
- les facultés de médecine, les responsables d'enseignement de psychiatrie ;
- les facultés de psychologie ;
- les écoles de travailleurs sociaux ;
- les instituts de formation de soins infirmiers.

L'acquisition de cette compétence doit être vérifiée lors des procédures de recrutement et une formation complémentaire est à prévoir le cas échéant.

Les ministères concernés doivent veiller à ce que cet enseignement soit réalisé.

Fiche action 19 C : Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression

But : réduire la souffrance, notamment le désespoir, induit par la dépression et diminuer le taux de suicide chez les personnes détenues et dépressives. La dépression non traitée est considérée actuellement comme la première cause de suicide.

Les mesures à prendre :

Médecins généralistes et psychiatres sont formés pour traiter ces affections qui représentent une très large part de leur patientèle. Cependant nous avons fait le constat que le dépistage et le traitement de la dépression subissaient trop de variations et qu'il n'y avait pas d'organisation spécifique. De ce fait, quelques mesures sont nécessaires :

- organiser le dépistage de la dépression chez les personnes détenues et la mise en œuvre des traitements appropriés ;
- l'identification des symptômes de la dépression doit être une priorité dans l'évaluation de tous les arrivants et lors de modifications survenant chez tout détenu ;
- les professionnels et bénévoles intervenant auprès des détenus doivent connaître les signes de la dépression, non pour en faire le diagnostic, mais pour recueillir et transmettre avec le plus de précision possible ce que vit cette personne (dire que quelqu'un ne va pas est trop imprécis) ;
- les manifestations agressives de la dépression sont à bien connaître, car fréquentes chez les hommes : refus, agitation, accès de colère, agression verbales, menaces, voire automutilations ;
- le diagnostic, le traitement et le suivi de la dépression sont de la compétence des médecins généralistes, notamment si les personnes détenues ne souhaitent pas consulter un psychiatre ;
- le diagnostic, le traitement et le suivi des dépressions comorbides (trouble de la personnalité, abus de substance ...) ressortissent au champ de la psychiatrie en raison de la complexité des intrications et du risque de suicide élevé ;
- une offre psychothérapique différenciée doit être accessible à ces patients ;
- la prévention du suicide pour ces personnes associe un traitement adapté et efficace et une surveillance active de la survenance d'une crise suicidaire ;
- la surveillance spéciale et le doublement en cellule sont insuffisants, la personne doit être incluse dans un programme thérapeutique avec une évaluation périodique.

Les ressources complémentaires à cette action :

- un programme de repérage et de traitement de la dépression est en préparation au niveau de la Direction générale de la santé, il devrait être inscrit dans la loi de santé publique ;
- les recommandations pour la pratique clinique élaborées par la Fédération française de psychiatrie et l'ANAES sur le traitement de l'épisode dépressif ;
- la formation sur l'intervention sur la crise suicidaire insiste fortement sur le repérage des symptômes de la dépression et le traitement de celle-ci (7% des déprimés meurent par suicide), ce qui devrait permettre de ne pas mettre en place de formation supplémentaire.

L'évaluation de cette action

L'indicateur proposé est le taux de personnes détenues bénéficiant d'un traitement antidépresseur et le taux de personnes détenues en surveillance spéciale pour risque de suicide sous antidépresseur. Lors de nos visites nous avons constaté des écarts entre les établissements qui sont plus à expliquer par des variations de pratiques que par des particularités des personnes prises en charge ou non en charge. Ces taux seront à rapprocher des résultats de l'étude épidémiologique, en cours, sur la prévalence des affections psychiatriques dans la population des personnes détenues.

Une évaluation des pratiques professionnelles pourrait être conduite auprès des personnes détenues recevant seulement des anxiolytiques et/ou des hypnotiques pour vérifier qu'elles ne souffrent pas d'un état dépressif. Actuellement des chercheurs et des groupes de pression mettent en avant un risque accru de suicide sous anxiolytique. Cette suspicion devrait inciter à une certaine vigilance pour ces prescriptions dont la fréquence paraît parfois très élevée.

Fiche action 19 D – Proposition de document pour évaluer le potentiel suicidaire et prévoir les actions de prévention et d'intervention

Ce document inclut des commentaires destinés à expliquer les paramètres de l'évaluation ainsi que les actions à entreprendre. Le document final pourrait, par exemple, contenir au recto l'évaluation et les actions de prévention et au verso les principes d'utilisation.

La formation à l'intervention de crise suicidaire permet une bonne utilisation d'un tel document. Sa mise en place ne peut être conseillée sans un minimum de personnes formées.

L'évaluation du potentiel suicidaire intègre trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité. Cette évaluation se fait au cours d'un dialogue qui vise à entrer en confiance avec la personne, à identifier le facteur précipitant et à concevoir un plan d'actions pour protéger et orienter, si nécessaire.

1. Evaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire est la probabilité de décéder par suicide dans les 2 ans à venir. L'évaluation se fait en fonction de la présence ou de l'absence des facteurs de risque suivants et de leur cumul. Le risque peut être évalué en degré faible, moyen et élevé. La population pénitentiaire présente un sur risque important. De ce fait, la plupart des personnes détenues ont un risque moyen ou élevé. Toutes les personnes détenues doivent bénéficier de cette évaluation. Le niveau de risque est assez stable sauf quand des événements surviennent dans la vie de la personne. Dans ce cas l'évaluation est à renouveler. L'évaluation du risque est moins importante quand la personne est en urgence élevée. L'intervention de crise prime sur une entrevue approfondie.

Il n'est pas possible avec un tel nombre de facteurs de risque d'intensité variable de donner un seuil strict entre les trois degrés de risque. Le jugement clinique doit s'appuyer sur une bonne vision des facteurs en jeux et faire une synthèse au cas par cas.

Facteurs de risque de suicide

La liste ci-dessous comprend les facteurs connus pour la population générale et pour les personnes détenues.

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psychosociaux	Facteurs judiciaires	Facteurs pénitentiaires
Antécédent personnel de tentative de suicide	Sévéces physiques et/ou sexuels durant l'enfance	Isolement social et affectif	Faits reprochés de nature criminelle	Primo incarcération
Troubles de la personnalité avec impulsivité, réaction de colère, rigidité de la pensée, agressivité	Abandon et ou placement	Position sociale	Prévenu	Placement en prévention au QD
Existence de conflits avec les proches	Antécédents familiaux de suicide	Pertes et séparations	Confrontation aux victimes	Placement au QD
Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues	Autre :	Deuil	Reconstitution	Se sent menacé
Dépression, psychose		Endeuillé par suicide	Procès	Transfèrement pour motif disciplinaire
Autre :		Contexte de contagion de suicide	Sentence	Eloignement familial dû à un transfèrement
		Autre :	Refus de libération conditionnelle	Peine supérieure à 20 ans
			Nouvelle affaire	Autre
			Autre :	

Les intervenants successifs ont à entourer les facteurs identifiés. La commission de prévention du suicide doit valider ces informations et le plan de prévention à mettre en œuvre. Une place est laissée pour inscrire un facteur de risque qui ne figurerait pas dans les listes.

Le risque est classé en degré faible, moyen ou élevé. Il n'existe pas de gradation préétablie pour classer une personne les personnes détenues selon les 3 degrés. Le jugement clinique est essentiel car il est nécessaire d'inclure les facteurs de protection. La formation nationale donne une large part à cette évaluation.

2. Evaluation de l'urgence

L'urgence est la probabilité de décéder par suicide dans les 48 heures. La progression de la crise suicidaire est évaluée selon les 9 points de repères du tableau ci-dessous : **idées de suicide =>intention=>programmation.**

L'évaluation de l'urgence est établie à partir d'un dialogue direct avec la personne. Elle ne peut pas se deviner. Si l'évaluation n'est pas faite, il est important de noter qu'elle reste à faire. Le plus dangereux serait de ne pas réaliser l'évaluation et de noter l'absence d'idéation suicidaire lorsque la personne n'en a pas parlé spontanément.

Une personne en urgence suicidaire doit être réévaluée périodiquement.

Degré d'urgence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Absent
Contenu	Idées diffuses ou précises mais non ruminées Flash	Idées plusieurs fois par semaine Suicide envisagé comme possibilité	Idées fréquentes et quotidiennes	Seule solution ou solution principale Scénario incomplet	Projet de passer à l'acte au-delà des 48 heures	Projet dans les 48 heures	Projet de tentative immédiate	Tentative en cours ou débutée et stoppée	Décès	
Evaluation en garde à vu										
Evaluation au P										
Evaluation à l'écrou										
Evaluation médicale										

Un professionnel qui fait une intervention de crise peut noter son évaluation en début et en fin d'intervention selon l'exemple donné dans le tableau. Les flèches successives permettent de voir l'évolution de la crise suicidaire au fil de la trajectoire de la personne.

3. Evaluation de la dangerosité

Elle repose sur la létalité du moyen et l'accessibilité au moyen. La létalité est le nombre de décès pour 100 tentatives. S'agissant d'hommes en milieu pénitentiaire, les tentatives sont plus létales qu'en population générale.

La pendaison ou la strangulation font partie des moyens très létaux, utilisés quand aucun autre moyen n'est accessible.

Les médicaments sont peu létaux dans la mesure où il ne s'agit pas de médicaments pour une fonction vitale. Les objets coupants sont peu létaux car beaucoup de personnes interrompent leur geste et demandent des secours pour recevoir des soins.

Il est important de diminuer l'accessibilité au moyen en obtenant l'accord de la personne.

Moyen envisagé	Accessibilité du moyen
Actions à réaliser →	

4. Identification du facteur précipitant

Il s'agit de l'événement qui a augmenté la tension et le désespoir. L'objectif de l'intervention de crise suicidaire vise à permettre un retour vers le niveau de tension avant cet événement. Il n'est pas possible de revenir à un état d'équilibre mais seulement à un état de vulnérabilité.

Le facteur précipitant peut être l'incarcération elle-même ou une de ses conséquences. Cela peut être aussi un événement non encore survenu qui menace l'avenir.

La personne doit être encouragée à dire ses émotions suscitées par cet événement. L'expression émotionnelle et leur reconnaissance sont des éléments importants de l'intervention de crise.

5. Plan de prévention et d'intervention

La liste des actions de prévention prévues et réalisées sont à enregistrer. Le plan de prévention est un élément essentiel pour être simultanément et successivement ensemble autour d'une personne en difficulté. La fiabilité humaine des intervenants est essentielle car un événement, en apparence peu important, peut déstabiliser le détenu en cas de crise. Tous les événements qui peuvent prendre la signification d'un abandon, d'une perte de la face représentent un risque supplémentaire.

La liste des actions d'évaluation, de surveillance, de soins et de suivi est à décrire pour les intervenants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne avec leurs dates et/ou fréquences de réalisation.

Annexe 20 – Poème d'un détenu endeuillé par suicide

Ce poème nous a été remis par le père Jean-Hubert Vigneau, président de l'Aumônerie Catholique des Prisons en accord avec le détenu qui en est l'auteur.
Ce dernier a été endeuillé par le suicide de son codétenu.

Mon pote de galère

Cheveux ébouriffés, dégaine de vagabond,
Tu rêvais de voyages,
Qui te mèneraient jusqu'au bout de l'horizon,
Dans les airs et les nuages.

Une roulotte attelée à un ou deux chevaux,
Suffirait à ton bonheur,
Pour aller sur les chemins, par monts et par vaux
En oubliant tes malheurs.

Tu étais près de nous, mais ton esprit ailleurs
Entre tes amours déçus,
Ta fille, tes chevaux, ta vie de voyageur ;
Te secourir, on a su.

Quand tu parlais de tes rêves de liberté
A tes potes de galère,
Comment prévoir que tu étais si tourmenté,
Oubliant tes repères ?

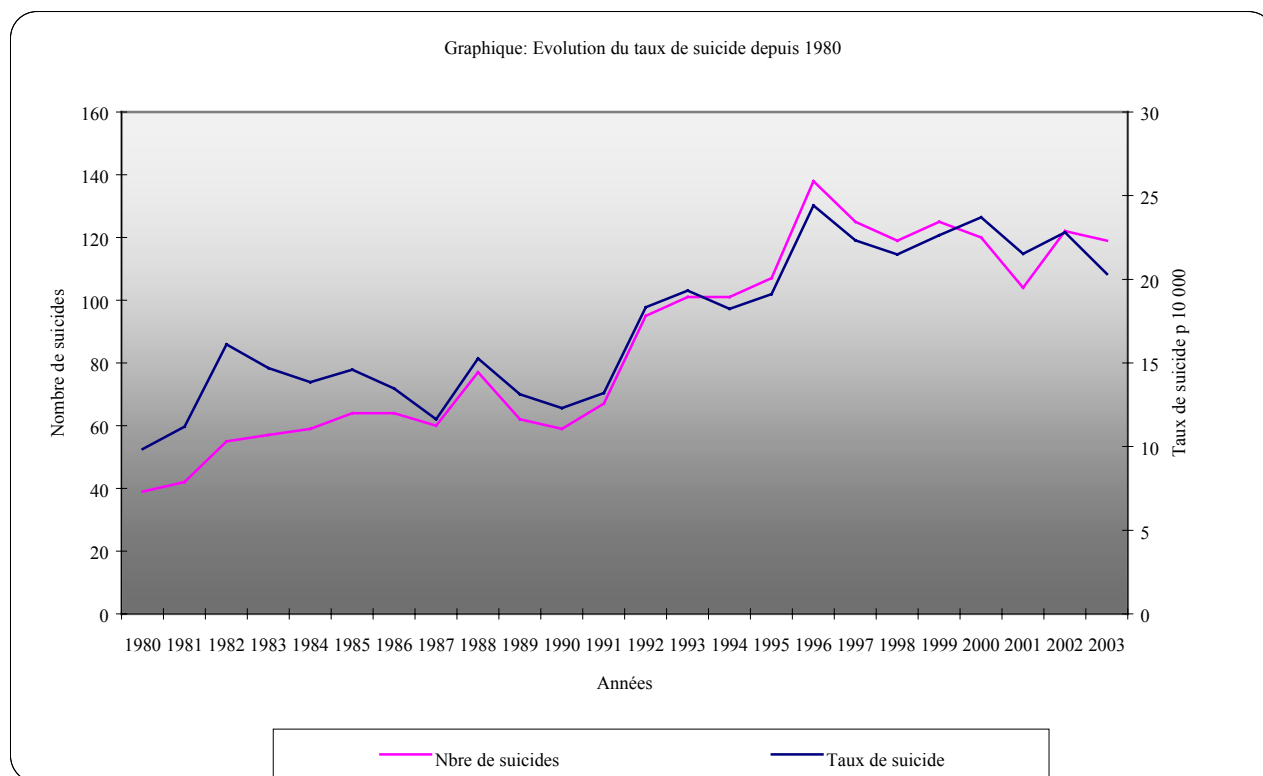
Pour, sur le fil du dernier espoir, t'en aller
Au bout d'un tissu tressé,
Rejoindre les âmes perdues et oubliées
Dans le tréfonds du passé.

Jean-Michel

- CHIFFRES RELATIFS AUX SUICIDES EN MILIEU CARCERAL -

	Nombre de suicides	Taux de suicides (pour 10.000)	Répartition hommes/femmes		Répartition prévenus/condamnés	
2001	104	21,5	94,2%	5,8%	47,1%	52,9%
2002	122	22,8	97,5%	2,5%	47,5%	52,5%
2003*	119	20,3	90%	10%	49,1%	50,9%

(* Les chiffres pour l'année 2003 sont des estimations prévisionnelles)



Suite à une lettre de mission
du garde des Sceaux, ministre de la Justice
et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

Synthèse du rapport et liste des recommandations

1. Méthode de travail

La mission qui m'a été confiée, le 23 janvier dernier, par le garde des Sceaux, ministre de la Justice et le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées porte sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires. Ses objectifs sont de faire un bilan des actions engagées et de proposer un programme complet de prévention.

Grâce à la collaboration des services concernés, j'ai examiné en détail l'organisation actuelle de la prévention du suicide au travers d'auditions, de l'examen d'un vaste ensemble de documents, comprenant les textes réglementaires, et par la visite de 17 établissements pénitentiaires. Ces visites organisées selon le parcours du détenu ont permis de nombreuses rencontres avec les personnels pénitentiaires, sanitaires, les bénévoles et les personnes détenues. Je me suis également documenté sur les expériences des pays qui conduisent une politique de prévention du suicide pour les personnes détenues.

Le rapport contient 17 recommandations concrètes pour améliorer la prévention du suicide, notamment pour mieux détecter les personnes en crise suicidaire et pour mieux les protéger. Six facteurs généraux de réussite d'un programme de prévention sont identifiés. L'application de certaines recommandations pourrait être effective dès janvier 2004. La synthèse regroupe les recommandations sous forme de 7 priorités.

2. Les constats

La politique de prévention du suicide de l'Administration pénitentiaire est de plus en plus soutenue par le ministère de la Santé

La mission a permis de constater l'engagement continu et de longue date l'Administration pénitentiaire pour prévenir le suicide. Cette dernière est dotée d'un système de recueil précis des suicides complété par une Commission centrale de suivi des conduites suicidaires qui a pour mission de les analyser et d'améliorer la prévention. Groupes de travail, missions et inspections se sont succédés ces dernières années avec pour résultat un ensemble de textes réglementaires.

Cette volonté se retrouve dans les établissements sous forme d'actions, plus ou moins systématiques, et d'expériences pilote. Des bilans réguliers de ces actions sont entrepris. Cependant l'absence d'infléchissement du nombre des suicides a

conduit, ces dernières années, à une accélération du rythme de production des recommandations.

Le ministère de la Santé s'est vu associé de plus en plus à cette politique de prévention du suicide pour les personnes détenues. Les Programmes régionaux de prévention du suicide puis la Stratégie nationale d'action face au suicide depuis 2000 ont permis la construction d'un partenariat dont l'équilibre n'est pas encore trouvé. La Direction générale de la santé a permis l'élaboration de recommandations pour l'intervention de crise suicidaire par la Fédération française de psychiatrie en octobre 2000. Une formation de formateurs est organisée à grande échelle qui inclut progressivement les professionnels exerçant en établissement pénitentiaire.

Les institutions et les acteurs pouvant agir pour prévenir le suicide sont très nombreux à tous les niveaux : national, régional et local. La cohérence et la synchronisation de leurs contributions respectives sont à rechercher.

Des lacunes existent pour évaluer le risque de suicide et surtout pour détecter une crise suicidaire

La prévention du suicide dans les établissements visités montre des lacunes qui sont en accord avec les documents examinés. Ces lacunes expliquent en grande partie l'absence de diminution du suicide.

La grille proposée de la circulaire « santé/justice » du 26 avril 2002, renseignée par les personnels pénitentiaires, est peu utilisée et est rarement un outil de prévention partagé avec les personnels sanitaires. L'identification des facteurs de risque de suicide est insuffisante, en particulier, pour la recherche des antécédents personnels de tentative de suicide et les troubles psychiques dont la dépression.

Le repérage des personnes en détresse est très insuffisant pour prévenir le suicide car il ne présente aucun caractère systématique. L'exploration attentive de l'idéation, de l'intentionnalité et de la programmation suicidaires n'est faite que lorsque la personne en parle spontanément. Ainsi, seulement un quart des personnes décédées par suicide avaient été repérées comme suicidaires. Le degré de l'urgence suicidaire n'est pas évalué selon un langage commun.

La « chaîne des arrivants » est une organisation favorable à la prévention du suicide. La mise en place de quartiers arrivant est un réel progrès sauf lorsque le flux des incarcérations empêche leur fonctionnement normal. Les visites ont montré à côté de modes de coopération exemplaires des dysfonctionnements qui font que les intervenants n'arrivent pas être ensemble, simultanément et successivement, pour gérer et prévenir ce risque. Les informations pertinentes peuvent être disséminées alors que leur synthèse conduirait à une appréciation toute autre de la situation que vit la personne détenue. Les commissions de prévention du suicide constituent un moyen essentiel pour construire la prévention mais elles ne sont pas généralisées.

Le traitement des troubles psychiques et de la dépression est très inégal

L'engagement de toutes les équipes de psychiatrie pour traiter les troubles psychiques qui prédisposent au suicide et pour intervenir en cas de crise suicidaire

n'est pas totalement acquis. Des écarts dans la conception de leur rôle et dans leurs pratiques ont été mis en évidence au cours des visites. Un entretien systématique avec un psychiatre est le fait de rares établissements. La fréquence d'utilisation des antidépresseurs s'étend dans une fourchette de 1 à 10 selon les établissements. Les variations des besoins de soins ne peuvent pas expliquer en totalité ces écarts.

La surveillance spéciale ne peut à elle seule réduire le nombre de suicides

Les actions de protection, de soins et de surveillance ne sont pas assez diversifiées et coordonnées entre les personnels travaillant en détention, les travailleurs sociaux et les personnels sanitaires. Le placement en surveillance spéciale est une mesure de protection utile qui ne peut pas à elle seule modifier le processus de la crise suicidaire. Le taux de personnes en surveillance spéciale pour risque de suicide et bénéficiant d'un traitement antidépresseur est faible. Cet indicateur est à rapprocher du fait que la dépression non traitée est la première cause de suicide.

Le risque de placer une personne détenue en crise suicidaire au quartier disciplinaire n'est pas maîtrisé

Le placement de personnes détenues au quartier disciplinaire ne fait pas l'objet d'une réflexion suffisante sur l'existence ou non d'une crise suicidaire sous-jacente. La mise en prévention au quartier disciplinaire constitue une menace supplémentaire qui peut accélérer l'évolution suicidaire.

L'intuition des intervenants n'est pas complétée par une évaluation systématique

Globalement le suicide est une préoccupation importante des établissements pénitentiaires et sa survenue est toujours un drame pour les familles, les professionnels et les bénévoles. Sa prévention n'intègre pas encore tous les aspects essentiels qui caractérisent la gestion d'un risque. En particulier, la détection des facteurs de risque et le dépistage d'une crise suicidaire ne sont pas systématiques. Les mesures de protection de surveillance et les actions de soins ne sont pas assez articulées autour de concepts et de pratiques partagés.

3. Les priorités

Première priorité

Définir un objectif national de réduction du suicide et intégrer celui-ci dans les projets et les actions de l'ensemble des intervenants en milieu pénitentiaire. La prévention du suicide étant classée au deuxième rang des priorités de la loi de santé publique, un soutien important doit être apporté à ceux qui ont en charge la surveillance, l'insertion et les soins aux personnes détenues.

L'objectif national que je propose est une réduction de 20% en 5 ans du nombre de suicide des personnes détenues (**Recommandation 1**)

Deuxième priorité

Chaque personne détenue doit avoir la chance d'être au contact, chaque jour au moins, d'un professionnel ou d'un bénévole capable de détecter sa détresse, de l'évaluer et de susciter une réponse appropriée. Je recommande aussi de sécuriser en amont la trajectoire de la personne qui est successivement gardée à vue, déferée au Parquet puis écrouée.

A terme, il est nécessaire de former l'ensemble des intervenants pour disposer d'un langage et de critères d'évaluation partagés. La formation doit permettre d'acquérir les compétences pour l'intervention de crise suicidaire. Elle n'est, ni un soin, ni une psychothérapie, mais simplement un ensemble d'attitudes face à une détresse psychologique pour laquelle le suicide devient progressivement une solution puis la seule solution (idées, voire menaces, puis intention et enfin programmation...).

La formation nationale mise en place par la Direction générale de la santé (DGS) et les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) doit permettre de former, d'ici fin 2005, 2000 professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues (**Recommandation 2**)

Parmi les 120 formateurs nationaux disponibles en janvier 2004, il y aura trois enseignants de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) et au moins trois médecins, chefs des Services médico psychologiques régionaux (SMPR).

L'inclusion de ce contenu dans les formations initiales dont l'ENAP, les facultés de médecine et de psychologie, ainsi que les instituts de formation de soins infirmiers est un processus en cours qui est à généraliser.

Je propose un projet de document pour évaluer le potentiel suicidaire de la personne de la garde à vue à la détention afin d'éviter au mieux la perte d'informations essentielles. Ce document viendrait se substituer à celui annexé à la circulaire du 26 avril 2002 serait la base du système documentaire pour la prévention du suicide (**Recommandation 5**).

La formation qui insiste sur les facteurs de risque du suicide devrait permettre un meilleur dépistage et un meilleur traitement de la dépression (**Recommandation 3**) et des autres troubles psychiques grâce à l'action des médecins généralistes et des psychiatres travaillant dans les Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et les SMPR (**Recommandation 13**). Je recommande aussi qu'une politique d'amélioration continue des soins, déjà engagée dans quelques établissements, soit généralisée à l'ensemble des UCSA et SMPR (**Recommandation 14**).

Troisième priorité

Je recommande que le placement d'un détenu au quartier disciplinaire soit précédé d'une vérification par un psychiatre qu'il ne s'agit pas d'une crise suicidaire à manifestation agressive. Si c'est le cas, ou en cas de doute, la personne est mise en observation pendant 72 heures dans une cellule sécurisée. Ce temps d'observation, d'évaluation et de surveillance est mis à profit pour rechercher les déterminants de cette crise (**Recommandation 4**)

Si une sanction est prononcée, celle-ci doit être exécutée lorsqu'un équilibre émotionnel est retrouvé.

Quatrième priorité

La prévention du suicide consiste à agir sur les facteurs de risque de suicide pour lesquels une intervention est possible. Un plan de prévention est à établir pour chaque personne à risque (**Recommandation 6**).

La surveillance spéciale est à compléter de plans d'intervention gradués selon l'urgence suicidaire. La participation de la personne à sa propre protection est à privilégier par rapport aux mesures passives. Un référent pénitentiaire et un référent sanitaire sont à désigner comme garants du processus de protection.

La limitation de l'accès aux moyens du suicide est à poursuivre avec la suppression des potences de télévision et la réduction des points permettant l'arrimage d'un lien (**Recommandation 9**). Je propose également l'aménagement de cellules sécuritaires et l'étude de leur disposition afin qu'il soit possible d'exercer une surveillance dans certains cas (**Recommandation 10**).

Cinquième priorité

Cette priorité regroupe toutes les actions qui portent sur les conditions de vie des personnes détenues et la promotion de la santé. D'un côté, ce sont les actions positives pour préserver leur dignité, favoriser leur réinsertion par le maintien des liens familiaux, par la formation, le travail et par la construction d'un projet (**Recommandation 15**).

D'autre part, ce sont toutes les actions pour prévenir les dysfonctionnements qui peuvent susciter des souffrances inutiles, de la méfiance, de la dévalorisation, de la colère et à terme du désespoir (**Recommandation 8**).

Les possibilités de détection des personnes suicidaires sont dépendantes du climat qui règne en détention et des relations instaurées avec les professionnels et les bénévoles.

Sixième priorité

Je recommande d'améliorer les attitudes et les actions après la survenance d'un suicide. Celles-ci entrent dans le cadre de la postvention qui comprend une série d'actions spécifiques auprès de l'entourage de la personne décédée, des personnes qui ont découvert la scène et porté secours, des professionnels, des bénévoles et des détenus qui avaient un lien avec elle. Il s'agit aussi de limiter au mieux le phénomène du suicide par imitation (**Recommandation 11**).

Cette postvention inclut la façon dont on annonce le décès, dont on en parle et dont les médias le relatent. Je rappelle les recommandations que les médias suivent dans d'autres pays et les rôles qu'ils peuvent jouer pour prévenir le suicide (**Recommandation 16**).

Septième priorité

Elle porte sur l'amélioration de l'analyse des décès par suicide aussi bien au niveau local (**Recommandation 12**) que national (**Recommandation 17**). Une double perspective sanitaire et pénitentiaire est essentielle pour que cette analyse porte sur l'ensemble des déterminants et permette d'évaluer précisément le potentiel de prévention qui a effectivement été mis en œuvre.

Je propose d'étendre cette possibilité d'analyse à l'ensemble des décès par suicide qui surviennent en France, notamment en milieu hospitalier et médico-social. Un système d'analyse, analogue de celui des coroners dans d'autres pays, favoriserait le « retour d'expérience » nécessaire à l'amélioration continue de la prévention

EN CONCLUSION

Le rapport contient 17 recommandations dont certaines peuvent avoir une application très immédiate. Les annexes contiennent des documents qui viennent enrichir les propositions. Je souligne l'intérêt d'inscrire cette politique dans le plan national de prévention du suicide et l'importance du potentiel de prévention qui n'est pas encore utilisé malgré des efforts continus.

4. Les 17 recommandations

1. Un objectif national

Un objectif national de réduction du suicide en milieu pénitentiaire doit être fixé. Une réduction de 20 % en 5 ans du nombre de personnes détenues décédées par suicide est proposée. Le projet de loi de santé publique, qui contient dans son deuxième objectif la prévention des morts violentes et des suicides, constitue un cadre adapté pour soutenir cette politique. L'action de l'Administration pénitentiaire, initialisée depuis des années, combinée à la Stratégie nationale d'action face au suicide mise en place depuis 2000 par le ministère de la Santé, représente un cadre opérationnel pour l'atteinte de cet objectif. Les agences de santé, comme l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES) peuvent assurer un soutien pour atteindre cet objectif.

2. La formation à l'intervention de crise

Le programme national de formation conduit par la Direction générale de la santé est adapté pour former les différents professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues. Elles doivent être capables :

- de contribuer à identifier les personnes à risque de suicide élevé ;
- de repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, notamment lorsque la souffrance psychique qui prend le masque de l'agressivité et de l'automutilation ;
- de conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- d'évaluer l'urgence, c'est dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
- d'intervenir, d'alerter et d'orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

Afin de favoriser le repérage et la prise en charge précoce d'une crise suicidaire, il est nécessaire d'envisager aussi cette formation pour les professionnels qui interviennent en amont de l'écrou, lors de la garde à vue et lorsque la personne est déférée au Parquet.

Le périmètre des personnes à former inclut les intervenants de la téléphonie sociale qui devrait bénéficier à plus de personnes détenues. La formation de codétenus doit être expérimentée dans des sites pilote selon l'exemple d'autres pays (détenus confidents) pour évaluer l'opportunité d'une extension plus large.

3. Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression

L'objectif est que le taux de personnes détenues traitées pour dépression soit en accord avec l'importance de cette maladie. Un plan national est en cours d'élaboration au ministère de la santé. La dépression est plus fréquente pour les personnes détenues que pour la population générale. La dépression non traitée est la première cause de suicide.

Le repérage des symptômes, le diagnostic et le traitement de la dépression doivent être des objectifs prioritaires des UCSA et des SMPR. Les médecins généralistes ont, comme les psychiatres, un rôle déterminant à jouer. Le taux de personnes en surveillance spéciale, pour risque de suicide et recevant un traitement antidépresseur, est un indicateur à suivre.

Dès maintenant, la formation à l'intervention de crise, évoquée plus haut, met l'accent sur la dépression comme facteur de risque de suicide et sur le repérage et le traitement de ce trouble. Elle devrait contribuer à atteindre cet objectif rapidement.

4. Les personnes détenues en crise suicidaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire.

Un examen psychiatrique doit vérifier que les troubles qui motivent le placement au quartier disciplinaire ne sont pas dus à une crise suicidaire. Le cas échéant, ou en cas de doute, la personne détenue doit être placée 72 heures dans une cellule sécurisée, facilement accessible à l'équipe sanitaire. Cette période permet une observation, un dialogue, une évaluation et la mise en place de soins, si nécessaire.

La mise en prévention au quartier disciplinaire représente une menace qui peut précipiter le geste. Elle doit être évitée, sauf quand aucune autre mesure ne peut mettre fin au trouble, tel que le prévoit le Code de procédure pénale. La recherche d'alternatives au quartier disciplinaire est à développer selon les recommandations des précédents rapports.

5. Un système documentaire partagé est à mettre en place pour évaluer le potentiel suicidaire et définir les actions à entreprendre

Parce que :

- les facteurs de risque de suicide se situent dans des domaines très divers : histoire personnelle, troubles psychiques, événements de vie ;
- parce que tout professionnel ou bénévole peut recevoir des confidences d'une personne en crise suicidaire ;
- parce que la personne en crise, souvent tendue et épuisée, risque de ne pas se confier plusieurs fois ;

un support commun doit servir au recueil des informations pertinentes pour évaluer le degré de risque, d'urgence et de dangerosité suicidaires, et pour définir les actions à entreprendre et les enregistrer une fois réalisées.

Ce document devrait être ouvert lors de la garde à vue, et suivre la personne déferée puis écrouée. L'objectif est de diminuer le risque de perdre une information importante et de suivre de façon continue l'état d'esprit de la personne. Une proposition de document est faite.

Il est important de considérer qu'il ne s'agit pas de partager toute l'information mais d'aboutir collectivement à la meilleure évaluation pour apporter collectivement la meilleure protection.

6. La surveillance spéciale pour risque de suicide doit être complétée dans tous les cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection.

La participation active de la personne est essentielle pour trouver les causes de sa souffrance, trouver les solutions qui peuvent diminuer sa détresse et lui donner le goût de se protéger.

Chaque personne considérée comme à risque élevé de suicide et/ou en crise suicidaire doit bénéficier d'un plan spécifique.

Si la personne est à risque, mais n'est pas en crise suicidaire, prévenir consiste à agir sur les déterminants de la souffrance, pour lesquels une action est possible, afin d'éviter une évolution vers une idéation suicidaire. Ce sont, essentiellement :

- le traitement des troubles psychiques ;
- les actions qui visent à atténuer l'impact des pertes (liens familiaux, insertion sociale, travail...) ;
- la protection du détenu des risques qu'il court au sein de l'établissement en raison de la nature du délit ou du crime
- et la prévention des dysfonctionnements qui pourraient augmenter sa souffrance et son désespoir. Le suivi des demandes faites et des réponses apportées semble essentiel pour éviter une escalade dans la frustration et l'incompréhension.

La personne en crise suicidaire doit bénéficier d'une intervention dont la nature et le délai sont adaptés au degré de l'urgence (idées, intention, programmation du scénario). L'évaluation de l'urgence selon une progression en 9 points permet à l'intervenant de première ligne de faire son évaluation et la transmettre. Cet intervenant peut arriver à désamorcer la crise en instaurant une relation de confiance et, le cas échéant, il oriente la personne vers un autre intervenant.

Les mesures passives de protection, c'est-à-dire sans la participation de la personne, ou les mesures imposées, sont des solutions de dernier recours. Elles peuvent être perçues comme un manque de confiance et comme blessantes et inutiles. De ce fait, elles sont à réserver lorsque les différentes interventions ont été un échec et que rien ne semble dissuader la personne.

7. La prévention est une œuvre collective où chacun peut et doit jouer des rôles différenciés

On peut distinguer les intervenants :

- **de première ligne**, personnes au contact direct des détenus. Les surveillants sont au premier plan, mais chacun peut être, à un moment donné, cet intervenant lors d'un contact direct (un directeur, un travailleur social, un éducateur, un infirmier, un médecin, un co-détenu) ;
- **de deuxième ligne**, ceux auxquels on a habituellement recours pour alerter, signaler, mobiliser lorsque l'intervenant de première ligne est confronté à une situation qui dépasse ce qui est prévu dans son champ de compétence et d'action ;

- **de troisième ligne**, ceux dont la compétence permet de mettre en œuvre des actions après l'intervention d'urgence (évaluation complémentaire, orientation, soins spécialisés, suivi,).

Plus le degré d'urgence est élevé, plus les actions sont préétablies et accomplies par les personnes présentes.

En cas de crise suicidaire, il est important qu'une personne soit désignée comme référent de l'ensemble du processus d'évaluation et de protection. Ce professionnel doit s'assurer de la coordination des différentes actions et de la fiabilité collective. L'objectif est de prévenir les ruptures (matin/après-midi, jour/nuit, semaine/week-end, sanitaire/pénitentiaire) dans la continuité et la cohérence des actions. Il doit avoir une entrevue chaque jour avec la personne en crise.

Le dispositif mis en place ne peut être arrêté sans l'aval de ce professionnel référent. Un double référencement, pénitentiaire et sanitaire, serait un mode d'organisation à expérimenter.

Chaque établissement doit être doté d'une commission de prévention du suicide. Le cas échéant, cette fonction est intégrée dans une commission existante. Les participants représentent les différents processus de prévention mis en œuvre autour de la trajectoire de la personne détenue. La mise en place des plans de prévention et de protection, ainsi que leur arrêt, est validé par cette commission. La participation du professionnel référent évoqué ci-dessus est indispensable.

8. Mettre en place un cadre de détention qui préserve la dignité du détenu et favorise la détection des personnes suicidaires.

A l'heure actuelle, l'identification des détenus à risque d'auto agression ou de suicide est très insuffisante puisque la majorité des détenus qui attendent à leurs jours ne sont pas identifiés comme à risque ou comme suicidaires.

Un aspect essentiel de tout plan de prévention réside donc dans l'établissement d'un climat propice aux confidences des détenus sur leur souffrance.

Une telle atmosphère impose de réduire au maximum le stress et l'anxiété des personnes détenues, notamment grâce à de bonnes relations entre les détenus et le

personnel pénitentiaire, à des conditions de vies décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien de liens familiaux ainsi qu'à des activités constructives et valorisantes. Le rôle des visiteurs des prisons et de l'ensemble des bénévoles est essentiel pour rappeler la valeur des personnes incarcérées.

L'instauration d'un tel climat de confiance représente une véritable gageure que les services pénitentiaires s'efforcent de relever. En son absence, le risque est de ne pas pouvoir mettre en évidence les personnes qui vont mal au sein d'une population carcérale tendue et agitée. De nombreux pays conduisent des actions pour déceler l'existence de brimades et pour conduire, si nécessaire, des actions pour les réduire. Un questionnaire avec des réponses anonymes est un moyen d'évaluation utilisé par ces pays. Des actions similaires, déjà réalisées à l'initiative d'établissements français pour connaître les difficultés éprouvées par les détenus, sont à encourager.

9. Réduire l'accès aux moyens de suicide

Les politiques de réduction de l'accès aux moyens de suicide ayant un impact réel, quelques mesures s'imposent. Les points permettant un arrimage facile d'un lien (drap, vêtement, rallonge électrique...) doivent être progressivement éliminés, notamment les potences des téléviseurs

L'aménagement de cellules sécurisées est à étudier dans les établissements pénitentiaires et en particulier dans la perspective des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

10 Augmenter les possibilités de surveillance

Les programmes étrangers incluent un niveau de surveillance constante quand la crise suicidaire ne peut être désamorcée. La surveillance directe est celle qui apporte le plus de protection et d'humanité. Il est important que la personne détenue puisse être vue et puisse voir le surveillant et qu'ils puissent se parler facilement.

La vidéosurveillance qui ne peut lui être substituée est un moyen complémentaire à étudier.

11. La période après suicide : les actions de postvention

Après un suicide, un ensemble d'actions est à réaliser pour gérer une cascade de conséquences.

Les points sur lesquels une attention particulière est à porter sont :

- proposer des rencontres avec la famille endeuillée, aussi bien avec les responsables pénitentiaires que sanitaires et sociaux ;
- identifier l'impact du réseau des conséquences liées à cette perte pour la famille ;
- identifier si cette famille a besoin d'un soutien immédiat et/ou pour l'accompagnement dans son travail de deuil ;
- annoncer la nouvelle aux personnes présentes dans l'établissement (personnels, détenus) simplement même si l'information a déjà diffusé, en évitant de rassembler un grand nombre de personnes au risque d'augmenter les réactions de stress ;
- la personne qui annonce doit adopter une attitude calme, compréhensive, rassurante et respectueuse ; elle doit éviter de juger le geste et annoncer clairement le décès ;
- distinguer le stress temporaire du stress aigu et du trouble de stress post-traumatique pour apporter les réponses adaptées ;
- intervenir auprès des personnes suicidaires qui peuvent être déstabilisées encore plus par l'événement ;
- identifier les personnes qui avaient une relation d'attachement avec cette personne et qui seront endeuillées en tant que professionnel, bénévole ou ami ;
- disposer d'un programme préétabli avec une équipe de postvention ;
- aller au devant des professionnels qui ont vu la scène, porté secours ou qui avaient un lien avec la personne décédée pour leur proposer une aide ;
- identifier les détenus dans une situation analogue à la personne décédée pour prévenir un phénomène d'imitation.

12. Des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques.

Les auto-lacérations, les tentatives de suicide et les décès par suicide survenant en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier doivent bénéficier d'une analyse causale par les personnels sanitaires pour apprécier si le dispositif de détection/soins/protection a fonctionné normalement. L'objectif est d'en tirer expérience pour améliorer la prévention.

13. Améliorer le traitement des troubles psychiques

L'amélioration du traitement des troubles psychiques est un axe essentiel de tout programme de prévention du suicide.

Les personnes détenues doivent pouvoir accéder aux mêmes formes de soins que la population générale.

Les personnes, manifestement en détresse et qui ne formulent pas de demande de soins expresse correspondant à leur état de santé, doivent bénéficier de visites des professionnels de santé dans les lieux de détention.

Les personnes détenues comme la population générale doivent pouvoir bénéficier de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation à la demande d'un tiers.

14. Introduire une dynamique d'amélioration continue des soins psychiatriques dans les UCSA et SMPR

L'amélioration de la prise en charge des troubles psychiques et des conduites addictives, le bon usage des psychotropes et des traitements de substitution, la tenue du dossier du patient sont des thèmes à inclure dans une démarche de progrès. Un effort doit être conduit pour aller vers le dossier unique ; les dossiers multiples, dans le cadre de la prévention d'un risque, représentent par essence un danger.

Les cellules qualité des hôpitaux de rattachement représentent un support naturel pour cet accompagnement qui peut être encouragé par les DRASS, les ARH et l'ANAES. Cet effort est déjà conduit avec détermination dans plusieurs régions.

La deuxième version du manuel d'accréditation devrait intégrer la prévention du suicide dans les risques à prévenir pour les établissements de psychiatrie.

15. Développer la promotion de la santé physique et mentale

Toutes les actions dont le principe est :

- d'accorder de la valeur à la personne détenue ;**
- de lui donner du contrôle sur sa santé en investissant l'avenir ;**
- de donner le goût et la compétence de se protéger ;**

peuvent diminuer la vulnérabilité et faciliter le développement de capacités pour faire face aux difficultés.

La formation des détenus aux premiers gestes de secours en cas de détresse vitale est une action qui valorise les détenus. La formation de détenus à l'intervention de

crise suicidaire procède de ce même principe et accroît le potentiel de prévention au sein de l'établissement. Ce recours est important pour les détenus qui ont développé une méfiance à l'égard des professionnels.

16. Le rôle des médias

Les médias peuvent jouer un rôle actif dans la prévention du suicide. La crise suicidaire est une succession d'équilibres métastables marquée par la désorganisation psychique. A un moment donné, le nombre de personnes en difficulté est élevé et chacune peut être influencée favorablement ou défavorablement par les messages qu'elle reçoit.

Il a été démontré que la façon de rapporter un suicide pouvait influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicides. L'influence négative est décrite comme « l'effet Werther » en fonction des facteurs suivants :

- suicide d'une personne célèbre ;
- suicide d'une personne jeune ;
- présenter le suicide comme une solution ;
- dire que le suicide est normal ;
- dire que cela peut arriver à tout le monde ;
- dire que la personne avait tout pour être heureuse ;
- dire que la personne a été courageuse ;
- parler du moyen de suicide ;
- dire qu'elle n'a pas souffert ;
- utiliser la première page des journaux ;
- glorifier la personne ou en faire un martyr, pouvant faire croire que la société rend honneur au comportement suicidaire :

Les médias peuvent jouer un rôle en positif en :

- ne donnant pas détails précis sur la méthode utilisée ;
- en publiant dans les pages intérieures ;
- en informant sur les services d'aide et d'assistance en cas de détresse psychologique ;
- en mettant l'accent sur les facteurs de risque et les signes d'alerte ;
- en faisant savoir que la dépression non traitée est la première cause de suicide ;
- en prenant en considération l'impact du suicide sur la famille et leur deuil

- en communiquant les coordonnées des groupes de soutien pour les endeuillés par suicide.

17. Améliorer l'analyse des décès par suicides au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral

Actuellement l'Administration pénitentiaires tente de porter un regard courageux sur l'ensemble des décès par suicide avec la Commission centrale de suivi des actes suicidaires. Le ministère de la Santé doit se joindre activement à cette analyse pour apporter un éclairage sur l'adéquation des soins avec les troubles psychiques de la personne. Cette action est essentielle pour comprendre ce qui a pu se passer et entrevoir les pistes d'amélioration.

Un classement des décès par suicide selon leur caractère plus ou moins évitable est à utiliser :

1. Suicide totalement imprévisible.
2. Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu pour contrer les facteurs de risque.
3. Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises
4. Suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque.
5. Le suicide aurait facilement été prévenu.

Cette analyse est la seule capable de démontrer que les variations du suicide sont attribuables aux efforts conduits.

Si la France se dotait d'une institution analogue à celle des coroners, la question se poserait différemment pour les administrations sanitaire et pénitentiaire. Elles disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur (officier public au Québec) extérieur, rôdé à l'exploration de la causalité dans tous les milieux. Ce système qui est utilisé pour l'ensemble des décès accidentels, intentionnels et inattendus qui surviennent dans un pays est essentiel pour améliorer la prévention.