

La prévention du suicide en milieu carcéral

Commission présidée par le docteur Louis ALBRAND

Janvier 2009

La prévention du suicide en milieu carcéral

Paris, le

03 NOV. 2008

Docteur,

La question des suicides des personnes détenues constitue l'une de mes préoccupations majeures. En effet, après une baisse du nombre de suicides en détention depuis 2002 dont une diminution nette et consécutive ces deux dernières années, l'année 2008 est déjà marquée par une augmentation du nombre de suicides.

Cette évolution est préoccupante.

Le temps est ainsi venu de faire un bilan du dispositif de lutte contre les suicides en milieu carcéral et de proposer des actions complémentaires pour remobiliser l'ensemble des acteurs.

Dans cet objectif, j'ai souhaité vous confier l'animation et la coordination d'un groupe de travail chargé de procéder à une évaluation du dispositif en place et de faire des propositions concrètes pour rendre celui-ci plus efficace.

Ce groupe de réflexion doit réunir l'ensemble des acteurs de terrain : médecins, personnels pénitentiaires, magistrats, psychologues, représentants de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et du Ministère de la Santé.

Vous prendrez connaissance des propositions du Comité de pilotage présidé par Monsieur Le BRETON, chargé de réfléchir sur la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide.

Vos travaux devront débuter dès le mois de novembre 2008.

Pour mener à bien votre mission, vous vous appuierez sur le soutien des services de la Direction de l'administration pénitentiaire.

Docteur Louis ALBRAND
Chargé de Mission
25, rue Henri Barbusse
75005 PARIS

Vous procéderez également à toutes les auditions utiles à vos travaux, notamment l'Académie Nationale de Médecine et le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

Vous voudrez bien me remettre, dès le 30 novembre 2008, un rapport d'étape sur le bilan des dispositifs et les orientations retenues par le groupe de travail sur les premières propositions concrètes.

Votre rapport final devra m'être transmis avant le 31 janvier 2009. Ce rapport devra s'appuyer sur des données chiffrées et sur une étude comparée avec d'autres pays européens.

Je vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de ma considération distinguée.



Rachida DATI

Liste des membres de la commission

Président

Docteur Louis ALBRAND, chargé de mission au Cabinet du Garde des Sceaux

Vice-président

Professeur Jean-Louis TERRA, psychiatre chef de service au CH le Vinatier, Lyon

Secrétaire générale

Mme Véronique PAJANACCI, directrice des services pénitentiaires, adjointe au chef de bureau des politiques sociales et d'insertion (PMJ 2), DAP

Assistée de **M. Fabrice LIEGEARD**, secrétaire administratif, PMJ 2

Membres

Docteur Louis JEHEL, responsable du service de suicidologie et de psychotraumatologie, hôpital Tenon (APHP), Unité INSERM 669

M. Laurent RIDEL, sous-directeur des personnes placées sous main de justice, DAP

M. Philippe PEYRON, directeur interrégional, DISP Dijon

M. Jérôme HARNOIS, directeur des services pénitentiaires, maison d'arrêt de Rennes

M. Yannick LEMEUR, directeur du SPIP de l'Essonne

M. Didier OBRINGER, capitaine, chef de détention de la maison d'arrêt de Strasbourg

M. Franck DORSO, capitaine, chef de détention de l'EPSNF

M. Christophe PRAT, psychologue PEP, centre pénitentiaire d'Avignon le Pontet

Docteur Michel BOTBOL, DPJJ

Mme Julie BARROIS, DGS

Mme Chantal VULDY, DHOS

Docteur Catherine PAULET, médecin chef de service du SMPR du centre pénitentiaire de Marseille, présidente de l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)

Docteur François MOREAU, médecin chef de service de l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, président du Syndicat des médecins exerçant en prison (SMEP)

Docteur Pierre HORRACH, médecin chef de service du SMPR du centre pénitentiaire de Metz

Docteur Gérard LAURENCIN, médecin chef de service du SMPR de la maison d'arrêt de Toulouse-Seysse

Professeur Pierre THOMAS, médecin chef de service du SMPR de la maison d'arrêt de Lille-Loos-Sequedin

Docteur Magali BODON-BRUZEL, psychiatre au SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes

Docteur David GOURION, psychiatre libéral, Paris

Professeur Philippe COURTET, psychiatre, CHU Montpellier

Professeur Denis SAFRAN, médecin chef de service réanimation-urgences vitales, Hôpital Georges Pompidou, Paris

Professeur Pierre MORON, professeur émérite de Psychiatrie et de Psychologie Médicale à la Faculté de Médecine de Toulouse

M. Philippe ZOUMMEROFF, écrivain

Docteur Jean-Pierre MOULINIE, anesthésiste réanimateur, médecin chef du service de santé des armées (officier général), Paris

M. Jacques DEVAULT, prêtre orthodoxe

Docteur François CAROLI, psychiatre chef de service au CH Sainte Anne, Paris

Professeur Frédéric ROUILLON, chef de service au CH Sainte Anne, Clinique des maladies Mentales et de l'Encéphale, directeur du Groupe d'intérêt Scientifique en recherche clinique épidémiologique et sociale en psychiatrie.

Personnalités auditionnées ou consultées

- M. Albin CHALANDON, ancien Garde des Sceaux
- M. Robert BADINTER, ancien Garde des Sceaux
- M. Jean-Marie COULON, premier président honoraire, Cour d'appel de Paris
- M. Edouard COUTY, ancien Directeur général de la santé
- Professeur Henri LOO, membre de l'Académie de médecine
- Mme Henriette MARTINEZ, députée des Hautes-Alpes
- M. Philippe LEMAIRE, procureur près la Cour d'appel de Lille
- Mme Stéphan MERCURIO, réalisatrice du film « A côté » sur le maintien des liens familiaux en prison
- Mme Nathalie BOURUS, journaliste à France Info
- M. Mathieu DELAHOUSE, journaliste au Figaro
- Mme Laurence de CHARRETTE, journaliste au Figaro
- Maître Paul LOMBARD, avocat
- Docteur Patrice BODENAN, médecin colonel, chef des urgences sapeurs pompiers de Paris
- Professeur Jean-Pierre OLIE, CH Sainte Anne, membre de l'Académie de Médecine
- Docteur Piernick CRESSARD, président de la section éthique et déontologie du conseil national de l'ordre des médecins
- Docteur Jean-Claude AMEISEN, membre du comité national d'éthique de l'INSERM
- M. Jean-Paul DELEVOYE, médiateur de la République
- M. Jean-Paul GUENOT, avocat général honoraire, Cour d'appel de Paris
- M. Philippe MARINI, sénateur, président de la Commission des Finances du Sénat
- M. Gilles BLANC, président du groupe Mialet
- Docteur Alain CHIAPELLO, psychiatre, médecin chef à la Croix Rouge Française et Mme Frédérique VAN BERCKEL, psychosociologue
- M. Alain CUGNOT, vice-président de la FARAPEJ (Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice)
- M. Jean-Louis DAUMAS, directeur général de l'école de la protection judiciaire de la jeunesse
- Mme Marie-Paule HERAUD, présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANVP)
- Mme Martine LEBRUN, présidente de l'Association nationale des Juges d'Application des Peines (ANJAP)
- M. Patrick MAREST, porte parole de l'Observatoire International des Prisons (OIP)
- M. Milko PARIS, président de l'Association Ban Public (Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe)
- M. Arnaud PHILIPPE, président du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées)

- M. Alain BLANC, président de l'association française de criminologie (AFC)
- M. Jean-Louis CADO, responsable national Prison – Justice – Secours catholique – Caritas France
- Maître Etienne NOËL, avocat
- Mme Nadia SOLTANI, association Lumière de détention (Lyon), Mme Karine BERGNES, association Faites la Lumière en Détention
- Mme Jeannette FAVRE, présidente de l'UFRAMA (Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées)
- Mme Isabelle LEBOURGEOIS, aumônier régional catholique des prisons, Paris

Organisations Syndicales :

UFAP : M. Jean François FORGET

M. David BESSON

M. Stéphane BARRAUT

FO-PS : M. René SANCHEZ

FO-PD : M. Patrick WIART

CGT : Mme Céline VERZELETTI

Mme Véronique MAO

M. Jérôme MARTHOURET

SNEPAP : Mme Sophie DESBRUYERES

Mme Charlotte CLOAREC

M. Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, a été saisi et a transmis à la commission ses premiers rapports d'inspection d'établissements pénitentiaires.

Remerciements

Le Président de la commission souhaite remercier l'ensemble des membres de la commission et des personnes auditionnées pour leur disponibilité et leur participation à cet ambitieux travail.

Il tient tout particulièrement à remercier :

- Véronique Pajanacci qui, assistée de Fabrice Liégeard et soutenue par Laurent Ridel, a assuré l'organisation et le suivi de la commission, ainsi que la rédaction du rapport ;
- le Professeur Jean-Louis Terra qui a apporté son expertise et son expérience dans le domaine de la prévention du suicide des personnes détenues ;
- le Docteur Louis Jehel qui a coordonné la partie Recherche du présent document ;
- Philippe Peyron, Yannick Lemeur, Didier Obringer, Franck Dorso, Christophe Prat, le Docteur Catherine Paulet, qui ont contribué de manière précieuse par plusieurs écrits à l'enrichissement du rapport final ;
- Philippe Zoummeroff qui a réalisé de nombreuses auditions.

Le Président adresse également ses remerciements aux services de la Direction de l'administration pénitentiaire (notamment les bureaux des politiques sociales et d'insertion, de la gestion de la détention, des affaires immobilières) qui ont fourni tous les renseignements nécessaires aux travaux de la commission, ainsi qu'à la rédaction de ce rapport.

Sommaire

LETTRE DE MISSION	1
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION	3
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	5
REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	8
ABREVIATIONS	9
<hr/>	
INTRODUCTION	10
I. ABORDER LE SUICIDE EN PRISON DE MANIERE DEPASSIONNEE	19
<i>A] Le bilan de la politique récente du gouvernement</i>	20
<i>B] Le domaine de la recherche à investir davantage sur le moyen et long terme</i>	36
<i>C] Un rôle positif des médias à développer</i>	44
II. CONSTRUIRE UN PLAN DE PREVENTION ET D'INTERVENTION AVEC L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTE CARCERALE ET DES INTERVENANTS	51
<i>A] Renforcer la pluridisciplinarité interprofessionnelle, pierre angulaire du dispositif</i>	52
<i>B] Inclure les autres acteurs de la communauté carcérale</i>	79
<i>C] Agir prioritairement dans les secteurs de détention sensibles et auprès des publics fragiles</i>	
III. RENFORCER L'EFFICACITE DES REPONSES ET INNOVER	112
<i>A] Mobiliser, analyser, évaluer, recommander à plusieurs niveaux</i>	113
<i>B] Utiliser les moyens matériels modernes</i>	121
<i>C] Prendre en charge les situations extrêmes en expérimentant de nouveaux outils</i>	130
IV. CONCLUSION	140
V. 20 PROPOSITIONS D'ACTIONS CONCRETES	143
<hr/>	
ANNEXES	150
TABLE DES MATIERES	401

Abréviations

AICS	Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
ANVP	Association Nationale des Visiteurs de Prison
AP	Administration Pénitentiaire
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCSAS	Commission Centrale de Suivi des Actes Suicidaires
CD	Centre de Détention
CIP	Conseillers d'Insertion et de Probation
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CP	Centre Pénitentiaire
CPU	Commission Pluridisciplinaire Unique
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
ENAP	Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
GENEPI	Groupement étudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées
GEPS	Groupe d'Etude et de Prévention du Suicide
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MA	Maison d'Arrêt
PEP	Projet / Parcours d'Exécution de Peine
PPR	Programme de Prévention de la Récidive
PRS	Programme Régional de Santé
PSE	Placement sous Surveillance Electronique
PSEM	Placement sous Surveillance Electronique Mobile
QD	Quartier Disciplinaire
QI	Quartier d'Isolement
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UVF	Unité de Vie Familiale
UFRAMA	Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée
UMD	Unité pour Malades Difficiles

Introduction

*« Une détresse trop grande peut conduire au suicide,
même si le suicide n'est au fond réellement qu'un appel au secours,
entendu trop tard... »*

(Bruno Samson, extrait de L'amer noir)

Le suicide en prison constitue une problématique particulièrement délicate et complexe.

D'une part parce que le suicide d'une personne détenue est toujours vécu douloureusement par l'environnement de celui qui y a recouru ; l'administration pénitentiaire, en charge de la garde et de la réinsertion des personnes qui lui sont confiées, étant souvent, a posteriori, perçue comme ayant été en quelque sorte responsable de ce décès.

D'autre part parce que ce phénomène est souvent abordé de manière passionnée ; non seulement le suicide donne à débattre des questions philosophiques essentielles, mais la prison demeure aussi un sujet d'affrontements idéologiques.

Le suicide d'une personne privée de liberté constitue également un échec, voire un drame de conscience, pour celles et ceux qui ont eu à intervenir dans son parcours depuis la garde à vue jusqu'à l'arrivée en détention. Tous les maillons de la chaîne judiciaire sont amenés à se poser des questions sur ce qui aurait pu être entrepris pour l'éviter.

L'administration pénitentiaire, plus que n'importe quel autre service de l'Etat, a ainsi depuis toujours été confrontée à cette question.

▪ La stabilisation de la « sursuicidité » carcérale française à un niveau élevé

La France connaît en Europe une situation singulière en matière de suicide avec un taux de suicides supérieur à la moyenne européenne tant en milieu carcéral qu'au sein de la population générale.

Même si les données s'agissant de la population générale sont connues avec moins de précision qu'en milieu carcéral, le taux de mortalité par suicide était estimé en 2006 en France à 17 pour 100 000 habitants. Près de 11 000 personnes se suicident ainsi chaque année en France, la sous-estimation de ce chiffre étant évaluée à 20%¹.

¹ Source : Drees n° 488 mai 2006 "Le CépiDc évalue cette sous estimation à environ 20 %.

Au niveau européen, en 2005, la Finlande, la Belgique, le Luxembourg et la France présentaient les taux de décès par suicide les plus élevés. A l'opposé, les pays méridionaux (Italie et Espagne notamment) où le rôle de la famille et la tradition religieuse sont particulièrement prégnants, présentaient les taux les plus faibles.

En milieu carcéral, depuis 1980², le taux de décès par suicide ou taux de suicide, calculé en rapportant le nombre de suicides de l'année à la population moyenne écrouée, n'a pratiquement cessé d'augmenter pour atteindre son maximum en 1996 avec 24,4 suicides pour 10 000 personnes écrouées.

Cette augmentation du taux de suicide se retrouve dans les chiffres du nombre de suicides des personnes écrouées. Elle s'est faite par paliers : jusqu'en 1984, le nombre de suicides annuel ne dépassait pas le seuil de 60, puis jusqu'en 1991, oscillait autour de cette moyenne. A partir de 1992, le nombre de suicides atteint puis dépasse le seuil de 100 par an. L'année 1996, avec un total de 138 suicides observés est l'année où le nombre de suicides a été le plus élevé. Depuis cette date, le nombre de suicides reste à un niveau élevé.

Parallèlement à cette augmentation, la population écrouée a connu une hausse de 68,6% (la population générale s'est accrue dans le même temps de 21,4%³). En moyenne mensuelle, elle est passée de 39 562 en 1980 à 66 716 en 2008. Il est de ce fait toujours plus pertinent d'observer le taux de suicide pour une population stable de 10 000 personnes.

Les évolutions sont moins marquées jusqu'en 2003, année à partir de laquelle les taux diminuent sensiblement. Le nombre de suicides baisse entre 2002 et 2008⁴ alors même que la population carcérale s'accroît sur la période. Le taux de suicide passe ainsi de 21,2 pour 10 000 personnes écrouées en 2002 à 17,2 pour 10 000 en 2008.

Par ailleurs, ces chiffres (taux et nombre de suicides) transmis par l'administration pénitentiaire, prennent en compte l'ensemble des personnes écrouées, y compris celles qui ne sont pas sous la garde directe du personnel pénitentiaire (personnes détenues hospitalisées, personnes placées en semi-liberté ou sous surveillance électronique). La part de ces personnes tend à augmenter dans les chiffres totaux de l'année, notamment du fait du développement des aménagements de peines (comme le PSE)⁵. A l'égard de cette population, l'administration pénitentiaire peut difficilement développer des actions de prévention.

La « sursuicidité » carcérale en France est de l'ordre de 6,5 à 7 fois celle de la population générale. Cependant, ce taux est calculé par rapport à la population générale. Pour être plus réaliste, le taux de sursuicidité devrait être calculé par rapport à la part de la

² Où le taux se situait à 9,9 pour 10 000.

³ Population au 1^{er} janvier 1980 : 53 583 000 ; au 1^{er} janvier 2009 (estimation) 65 073 482 (Source : Insee Première N°1220 - janvier 2009)

⁴ 96 suicides comptabilisés en 2007, 115 en 2008, contre 122 en 2002.

⁵ 6 personnes sur les 115 en 2008 n'étaient pas détenues : quatre personnes sous PSE, 2 hospitalisées.

population présentant les mêmes caractéristiques que celle incarcérée, c'est-à-dire cumulant plusieurs facteurs de fragilité.

Au plan international, ce taux de « sursuicidité » en milieu carcéral plaçait en 2005 la France en position médiane par rapport aux autres pays occidentaux, ce taux variant de 4 en Finlande à 24 en Irlande.

Comparaisons européennes : (Council of Europe SPACE 2006) données 2005

*Space utilise un chiffre de population pénale correspondant à un mois au titre d'une année
Pour la France, le chiffre de la population pénale utilisé est de 57 582 détenus écroués au 1^{er} septembre 2005.*

	Nombre de suicides	Taux pour 10 000 détenus
Allemagne	81	10.3
Angleterre	78	10.2
Espagne	41	6.7
Finlande	4	10.5
France	122	21.2
Suède	7	9.9

La comparaison entre la situation française et celle de ses voisins européens doit néanmoins être modérée, les législations étant différentes et les statistiques construites de manière distincte. Par ailleurs, en raison de la diminution sensible des suicides enregistrée depuis 2005, la position de la France dans le prochain classement du Conseil de l'Europe se sera nettement améliorée. En 2006, 2007 et 2008, les taux observés étaient en effet respectivement de 15,5, 15,2 et 17,2 pour 10 000 personnes écrouées.

Si l'augmentation a été sensiblement continue pendant trente ans, ce processus semble avoir été enrayé depuis 2006. Toutefois, une question essentielle demeure, au delà de la fragilité des progrès enregistrés : pourquoi le nombre de suicides est-il si élevé dans les prisons françaises ?

▪ La multiplicité des causes de la « sursuicidalité carcérale »

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît qu'il existe une « sursuicidalité carcérale » dans tous les pays du monde⁶.

Les explications à cette situation sont nombreuses : la promiscuité carcérale, la surreprésentation des troubles mentaux des personnes incarcérées et non reconnues comme tels ou non traités avant l'incarcération, la perte des liens affectifs, le stress précédant le jugement ou encore la prise de conscience de faits insupportables.

⁶ L'OMS considérant le suicide comme un problème de santé majeur, a lancé en 1999 son programme SUPRE, une initiative mondiale pour la prévention du suicide. Elle a élaboré une série de recommandations qui s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques impliqués dans la prévention du suicide (professionnels de santé, organismes sociaux, éducateurs, gouvernements, législateurs, familles, collectivités...) ; <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>

Les personnes incarcérées appartiennent également très souvent à une population très fragilisée tant sur le plan social, économique, psychologique qu'affectif. L'impact produit par l'arrestation, l'incarcération, le jugement ou simplement la vie en prison peut dépasser les possibilités d'adaptation de personnes déjà fragiles avant leur arrivée en détention.

L'OMS insiste d'ailleurs sur le cas de ces personnes délinquantes présentant des facteurs de risques avant l'incarcération, comme des comportements suicidaires, et qui « importent » le risque suicidaire en prison.

Le placement en détention constitue également un événement stressant même pour des personnes équilibrées. En effet, l'incarcération peut représenter outre la perte de liberté, la perte du lien familial et professionnel, la peur de l'inconnu, de la violence physique, voire sexuelle, l'incertitude devant l'avenir, la honte et le sentiment de culpabilité, le stress lié aux conditions de détention forcément toujours insatisfaisantes. A ces sentiments, peuvent venir s'ajouter les conflits au sein de l'établissement, la « frustration judiciaire », la victimisation et l'effondrement physique et émotif.

Le phénomène décrit de « sursuicidalité carcérale » n'exonère pas pour autant l'administration pénitentiaire de sa responsabilité en la matière. Les personnes vulnérables, qui lui sont confiées, doivent être prises en charge pendant qu'elles sont « à portée de main ». La prison doit être un lieu d'exécution d'une peine et de renaissance, non de mort.

En France, même si les progrès sont insuffisants, la prise en charge des personnes incarcérées s'est très nettement améliorée depuis trente ans : les prisons se sont ouvertes sur l'extérieur et nombreux sont les intervenants de la société civile à entrer chaque jour en détention.

A l'inverse, les difficultés sociales et économiques ont réduit l'impact des dispositifs de préparation à la sortie, dans la mesure où logement et emploi sont plus difficiles à obtenir.

Par ailleurs, la délinquance est devenue plus violente et plus improvisée. Les personnes incarcérées sont ainsi souvent adeptes de « conduites à risques », atteintes de troubles de la personnalité, voire de troubles psychiatriques. D'après les professionnels de santé sur le terrain, les personnes sensiblement dégradées tant sur un plan somatique que mental, seraient de plus en plus nombreuses en détention. Les contraintes inhérentes à l'incarcération pour ces personnes très fragilisées et en perte de repères sont de ce fait particulièrement difficiles à supporter.

Les textes de lois ont également évolué, en réponse aux demandes de la société qui exige plus de sécurité pour le citoyen et plus de sévérité envers le délinquant, y compris pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Les peines sont de ce fait plus longues et les

sorties anticipées, pour être adaptées aux profils des détenus, demandent de multiples garanties.

En outre, l'ouverture de la prison sur l'extérieur a paradoxalement fait perdre à celle-ci son caractère « protégé ». Désormais, les difficultés et les angoisses de la société abondamment relatées par les médias trouvent un écho en détention.

Expliquer les suicides uniquement par des conditions de détention « inhumaines et dégradées » apparaît donc particulièrement réducteur et empêche d'apporter les réponses plus complexes que nécessite la situation.

▪ Une action volontaire de prévention du suicide encore insuffisante

En dépit du contexte précédemment décrit, l'OMS affirme qu'une réduction significative du nombre de suicides et des tentatives de suicide en prison est toutefois possible dès lors que des programmes complets de prévention du suicide ont été mis en place.

Ces programmes complets de prévention doivent comprendre :

- l'élaboration de profils suicidaires pouvant être utilisés pour cibler les groupes et situations à risque élevé ; cependant, avec la mise en œuvre de programmes de prévention de suicides, les profils à risque peuvent changer avec le temps. Aussi, ces profils ne doivent servir qu'à guider à l'identification de groupes et situations potentiellement à haut risque, ces facteurs de risque n'étant pas des paramètres de prévision infaillibles.
- Un programme de formation pour le personnel pénitentiaire afin de repérer les détenus suicidaires et de répondre de façon adaptée à ceux qui sont en crise suicidaire.
- Des procédures d'évaluation systématiques des personnes détenues à leur arrivée et tout au long de leur détention afin d'identifier ceux qui ont un risque de suicide élevé.
- Une méthode pour maintenir la communication entre tous les personnels, concernant les détenus à haut risque suicidaire.
- Des procédures écrites, une offre de soutien social, une surveillance plus ou moins constante en fonction du risque suicidaire.
- Une participation des professionnels de santé mentale aux dispositifs de prévention, notamment lorsqu'une évaluation complémentaire et un traitement s'avèrent nécessaires.
- Une stratégie pour, à partir de l'analyse des cas de suicides en prison, préciser les méthodes d'amélioration de repérage et de prise en charge des personnes suicidaires.

En France, la prévention du suicide en détention est sans conteste devenue un axe prioritaire de la politique du gouvernement et en particulier des ministères de la Santé et de la Justice. La mobilisation de l'ensemble des fonctionnaires pénitentiaires, mais aussi des différents intervenants, à tous les niveaux, s'est renforcée ces dernières années.

Cette mobilisation s'explique par la prise de conscience progressive mais réelle de l'institution, de la nécessité de lutter contre les suicides qui ont cessé d'apparaître comme une fatalité. Trois temps se sont succédés en matière de prévention du suicide : celui de l'indifférence, puis de la prise de conscience et enfin celui de l'action.

Jusqu'à la fin des années 60, le suicide en détention était souvent considéré comme une fatalité et comme la manifestation de la liberté de l'homme. La personne détenue privée de sa liberté d'aller et de venir conservait l'ultime liberté de décider du moment de sa mort. La politique de l'administration pénitentiaire était davantage tournée vers la prévention des évasions. Les dispositifs de sécurité se sont ainsi améliorés rendant les évasions de plus en plus difficiles.

L'évolution des mentalités sur la question du suicide a été décisive dans son appréhension en milieu carcéral. En effet, de même que la dépression a progressivement été appréhendée comme une maladie, le suicide a peu à peu été considéré comme le symptôme d'un mal être et de souffrances privant la personne de sa capacité de jugement. Le détenu suicidaire est ainsi devenu une personne qui n'a pas fait le choix de mourir mais qui veut arrêter de souffrir. En charge de la garde de cette personne, l'administration se doit alors de préserver son intégrité physique à tout prix, y compris contre elle-même.

A partir 1967, date de la première circulaire, l'administration pénitentiaire a ainsi mis en œuvre une politique résolument volontariste et ambitieuse de prévention du suicide des personnes détenues. D'autres notes ou circulaires ont suivi notamment en 1968, 1969, 1980, 1989 et 1991.

La note du 12 novembre 1991, intervenue dans un contexte de hausse des suicides, démontrait une volonté ancienne d'associer l'ensemble des intervenants (y compris les magistrats) et des personnalités extérieures dans la définition d'une politique de prévention efficace.

Cette volonté d'association a été reprise en 1995 avec la mise en place d'un groupe de travail composé notamment de représentants du ministère de la Santé, dont le rapport de mai 1996 a constitué le point de départ d'une série d'expérimentations permettant la définition d'un plan d'actions qui sera formalisé par la circulaire du 29 mai 1998. Ce plan d'action mettait déjà l'accent sur l'attention particulière à apporter à l'accueil des personnes écrouées, au repérage précoce du risque suicidaire, aux précautions à prendre au quartier disciplinaire, à

l'intérêt de favoriser les échanges pluridisciplinaires, à l'accueil des familles après un suicide et à l'accompagnement nécessaire des personnels après un suicide.

La circulaire du 29 mai 1998 marque une étape importante dans la mobilisation de l'institution et de ses personnels face aux suicides. Confrontée à un nombre élevé de suicide deux années de suite (avec l'année tristement record de 1996 : 138 suicides pour une population moyenne de 56 522 détenus, soit un taux de 24,4 pour 10 000), l'administration pénitentiaire rappelle que s'il n'y a pas « *de solution unique et radicale* » face au problème du suicide, une politique de prévention « *n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie* ». Cette remarque à connotation philosophique, invite à agir dans de nouvelles directions pour prévenir le suicide, comme la restauration de la dignité de la personne par la mise en place d'un climat apaisé en détention, empreint d'humanité. Elle revient aussi sur l'idée pouvant conforter l'inaction, que le suicide est le dernier acte de liberté d'une personne détenue et qu'on ne doit « pas contraindre le détenu à ne pas mourir ».

Plus classiquement, la circulaire reprend les conclusions du groupe de travail de 1996 sur la phase d'accueil et les nombreuses nouvelles mesures à prendre pour prévenir le choc carcéral, sur le caractère exceptionnel de la mise en prévention au quartier disciplinaire, la prise en charge individualisée des personnes détenues ayant commis un acte auto-agressif quelle qu'en soit la gravité et trace les grandes lignes d'une politique de postvention efficace (en direction de la famille, des personnels mais aussi des codétenus).

Malgré les avancées notables en matière de référentiels de prévention pour les personnels pénitentiaires, cette circulaire présente l'inconvénient de n'être signée que par le ministère de la Justice et donc de ne pas suffisamment impliquer les personnels sanitaires, pourtant acteurs majeurs de la prévention du suicide rattachés au ministère de la Santé depuis la loi de 1994.

Dans le cadre de sa stratégie nationale 2000-2005, le ministère de la Santé s'est quant à lui fixé l'objectif de descendre sous les 10 000 morts par suicide en 5 ans au sein de la population générale, en développant quatre actions :

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

Une conférence de consensus a été organisée en octobre 2000 sur la « crise suicidaire : mieux reconnaître et prendre en charge » en vue de définir des bases scientifiques communes et validées par les professionnels, afin de permettre un meilleur repérage des situations de crise et les interventions appropriées. Les conclusions de cette conférence ont permis à la

direction générale de la Santé de mettre en place des sessions nationales de formation de formateurs sur la crise suicidaire, grâce à une dynamique de partenariats.

Cet engagement fort du ministère de la Santé en faveur de la prévention du suicide s'est traduit également en milieu carcéral par la signature conjointe d'une circulaire de prévention du suicide en établissements pénitentiaires. La circulaire du 26 avril 2002 constitue donc bien un évènement et un tournant dans l'histoire de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire par son caractère interministériel affirmé, mais aussi par la qualité et la cohérence de ses préconisations, même si l'engagement sanitaire est jugé par certains encore trop faible⁷.

Le rapport du Professeur Jean-Louis Terra relatif à la prévention du suicide des personnes détenues, est le dernier évènement ayant marqué de façon décisive l'histoire de la prévention du suicide en milieu carcéral. Demandés par les ministres de la Santé et de la Justice en 2003, ces travaux avaient pour vocation d'évaluer les actions mises en place et de développer un programme complet de prévention. En application des préconisations développées par ce rapport, des orientations novatrices ont été mises en œuvre début 2004 par l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé.

Si le suicide demeure un risque majeur en détention, cet historique des actions de prévention dans les prisons françaises est la démonstration que le suicide n'est donc plus appréhendé comme une fatalité, ni comme étant exclusivement l'affaire des fonctionnaires pénitentiaires.

Les progrès en matière de prévention du suicide en milieu carcéral sont réels. Les évènements récents nous rappellent néanmoins qu'ils restent fragiles.

▪ Une augmentation préoccupante des suicides en 2008

Au 31 décembre 2008, on comptabilisait 115 suicides de personnes écrouées, soit par rapport à 2007, une augmentation de 20% en chiffres bruts et de 13,6% du taux de suicide par rapport à la population écrouée.

Cette recrudescence du nombre de suicides en 2008, qui s'est concentrée sur deux périodes de l'année (mai-juin et octobre 2008), a conduit la Garde des Sceaux à demander la réalisation d'un bilan des actions entreprises afin de renforcer les dispositifs mis en place qui avaient permis d'améliorer la prévention ces dernières années, et d'intensifier la lutte contre les suicides en milieu carcéral.

⁷ Du fait de l'absence de précisions sur les consultations, les urgences liées aux crises suicidaires en dehors des heures de présence médicale, les examens médicaux au quartier disciplinaire, etc. (Voir le rapport du Professeur Terra)

La prévention du suicide est pour les personnels pénitentiaires, comme pour leurs partenaires, une préoccupation majeure. L'objectif est donc aujourd'hui de remobiliser les acteurs de terrain, tout en leur faisant retrouver une sérénité d'exercice, à travers des pistes d'avancée réalistes, équilibrées, en lien avec les précédentes orientations.

S'il conviendra ainsi au travers des recommandations de ce rapport, d'inciter ces professionnels à faire encore plus et mieux, en expérimentant des voies encore inexplorées en France, il est primordial de rappeler sans cesse les progrès accomplis en matière de prévention du suicide et d'encourager tous les acteurs du milieu carcéral, et pas seulement les personnels pénitentiaires et sanitaires, à relever le défi de cette course pour la vie.

* * * * *

L'objet du présent rapport n'est donc pas de faire une œuvre exhaustive sur le suicide en prison et sur les moyens de prévention, mais de dresser à la fin de l'année 2008 un bilan du dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral et de proposer de nouvelles orientations, voire des actions concrètes complémentaires d'amélioration de la politique de prévention.

Via une approche pragmatique, il convient dès lors de s'interroger sur les moyens de lutte contre les suicides en milieu carcéral.

L'évaluation dépassionnée de la politique de prévention du suicide menée au moyen de la recherche scientifique et en lien avec les médias (I) est un préalable nécessaire à la construction d'un plan de prévention et d'intervention intégrant l'ensemble de la communauté carcérale, dont les personnels et les intervenants (II).

Parallèlement, le renforcement, à tous les niveaux, de l'efficacité des procédures existantes ne doit pas empêcher la mise en œuvre d'actions innovantes (III).

I. Aborder le suicide en prison de manière dépassionnée

Le bilan de la politique récente du gouvernement dans le domaine de la prévention du suicide en milieu carcéral confirme que des progrès sont possibles, même s'ils sont difficiles et fragiles (A). Des actions de recherche scientifique approfondies notamment permettront de mieux appréhender les spécificités du suicide dans ce milieu particulier et ainsi de parfaire les dispositifs de détection et de protection (B).

Cette politique de prévention doit mobiliser tous les acteurs concernés, y compris les médias qui ont une responsabilité en ce domaine (C).

A] LE BILAN DE LA POLITIQUE RECENTE DU GOUVERNEMENT

La politique récente du gouvernement en matière de prévention du suicide en établissements pénitentiaires est marquée par une collaboration interministérielle constructive et volontariste dont les résultats ont toutefois été mis en cause au cours de l'année 2008.

1. UNE COLLABORATION INTERMINISTERIELLE CONSTRUCTIVE

L'année 2002 marque le début de l'intensification des actions de prévention de l'administration pénitentiaire.

La circulaire du 26 avril 2002 complète celle du 29 mai 1998 et marque un tournant dans la politique de prévention du suicide en établissements pénitentiaires. En effet, comme cela a déjà été souligné, elle est cosignée par le ministre de la Justice et celui de la Santé, ce qui marque le caractère pluridisciplinaire de l'action de prévention du suicide et engage le ministère de la Santé dans un renforcement de ses efforts en la matière. Surtout, elle réaffirme le bien fondé des actions engagées en termes de repérage du risque suicidaire, de soutien aux personnes présentant ce risque et d'accompagnement des familles. Elle introduit également un axe complémentaire dont elle fait une priorité : la formation des personnels en matière de prévention du suicide en détention.

Dans le même esprit, le 23 janvier 2003, le Garde des Sceaux et le ministre de la Santé ont conjointement confié au professeur Jean-Louis Terra, la mission de conduire une évaluation des actions mises en œuvre tant sur les plans quantitatif que qualitatif en matière de prévention des suicides des personnes détenues, afin de dégager des propositions destinées à compléter le dispositif préexistant.

Le Professeur Terra a réalisé un travail extrêmement approfondi. Ainsi, en moins d'un an, il a rassemblé et consulté une documentation nationale et internationale conséquente, auditionné des personnalités et représentants des organismes ayant compétences sur le sujet et visité dix-sept établissements pénitentiaires, phase essentielle de sa mission, avant de rendre son rapport en décembre 2003.

Le Professeur Terra a constaté que des lacunes existaient tant dans le traitement des troubles psychiques et de la dépression, que dans l'évaluation du risque de suicide et la détection de crises suicidaires.

Il a identifié les facteurs de réussite d'un programme de prévention du suicide qui résident notamment dans l'application systématique des mesures avant leur évaluation, la complémentarité entre l'approche sécuritaire et la prévention du suicide, le rôle décisif de

chacun des acteurs pour prévenir le suicide avec des niveaux d'action différents, la nécessité de ne pas s'arrêter aux schémas préétablis pour au contraire développer une approche pragmatique de prévention portée, suivie et évaluée au plus haut niveau.

Il conclut enfin son rapport par dix-sept recommandations, regroupées en sept priorités : la définition d'un objectif national de réduction du suicide, la formation des personnels pénitentiaires, la vérification par un psychiatre de l'absence de crise suicidaire avant tout placement au quartier disciplinaire, la définition d'un plan de prévention pour chaque personne à risque et la limitation de l'accès aux moyens du suicide, des actions en faveur de la promotion de la santé et de la réinsertion des personnes détenues, l'amélioration de la postvention, une meilleure analyse des décès par suicide au niveau local et national incluant la perspective sanitaire.

A partir de ce rapport, un certain nombre d'orientations de travail ont été énoncées par les ministres de la Justice et de la Santé, définissant un programme de prévention du suicide des personnes détenues décliné par la direction de l'administration pénitentiaire, dans une note du 05 mars 2004, en trois volets :

- la formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire en formation initiale et en formation continue ;
- l'élaboration au plan local de procédures de détection de la crise suicidaire et le déploiement de plans de prévention grâce au renforcement de la pluridisciplinarité ;
- la réduction des facteurs de passage à l'acte par le réexamen de certains dispositifs techniques des nouveaux établissements (par exemple : « les potences » soutenant les postes de télévision).

Certaines mesures évoquées par le rapport ont toutefois été écartées comme le recours accru à la vidéosurveillance ou encore l'association des médias aux actions de prévention du suicide.

D'autres mesures retenues initialement n'ont finalement pas été expérimentées.

La première, résultant de travaux associant des représentants du ministère de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et de la Défense, consistait à mettre en place un système documentaire partagé, sorte de recueil d'informations permettant d'évaluer le potentiel suicidaire (ou fiche de liaison), ouvert lors de la garde à vue pour suivre la personne déférée jusqu'à l'écrou.

Cette réflexion n'a pas abouti du fait des difficultés matérielles mises en avant, notamment – mais pas seulement – par les représentants des forces de l'ordre pour le suivi de la fiche (accumulation de fiches ou de documents à remplir, absence de formations adéquates mises en œuvre à temps pour une bonne utilisation de ce nouvel outil avec un risque d'incompréhension du personnel de terrain, etc.).

La deuxième, qui aurait du être expérimentée dans deux ou trois établissements pénitentiaires pilotes en 2004 pour une évaluation en 2005 en vue d'une éventuelle extension, est celle relative à la formation des codétenus à l'intervention en cas de crise suicidaire. Il a semblé préférable à l'époque de privilégier la formation des personnels pénitentiaires.

La troisième recommandation proposée par l'administration pénitentiaire pour une expérimentation dans trois établissements pénitentiaires, était le placement de personnes détenues suicidaires dans une cellule sécurisée pendant 72 heures en lieu et place du quartier disciplinaire. Outre la difficulté de faire adhérer à une telle expérimentation les personnels et leurs représentants syndicaux, cette mesure nécessitait des moyens matériels importants afin d'aménager une cellule sécurisée. Elle impliquait également l'examen préalable d'un psychiatre, ce qui n'est pas apparu à l'époque comme possible en établissement, particulièrement la nuit. Ce point devait en outre être accepté au préalable par la communauté des psychiatres.

En juillet 2005, les axes de travail issus des conclusions du rapport du professeur Terra ont été rappelés afin de maintenir la mobilisation autour de l'objectif de réduction du nombre de suicides. Des précisions sur l'évaluation du risque suicidaire ont également été communiquées.

Début 2007, un groupe de travail associant des personnels pénitentiaires et sanitaires de terrain a été mis en place à la direction de l'administration pénitentiaire en lien avec le ministère de la Santé, afin de réfléchir à l'actualisation de la circulaire de 2002.

Le 14 mai 2007, un nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire des personnes détenues sous la forme d'une grille simplifiée⁸, premier fruit de ce travail partenarial, a été diffusé aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires pour application systématique et immédiate à tout entrant en détention. Il a été également recommandé de poursuivre les efforts de formation, notamment continue, en ciblant prioritairement les personnels du corps de commandement affectés dans les secteurs de détention identifiés comme à risque (quartiers arrivants, disciplinaire ou d'isolement, UCSA et SMPR).

Au total, les ajustements préalablement énoncés démontrent la constance de la mobilisation des acteurs et l'intensification des actions du gouvernement. Ils ont permis la mise en place d'un dispositif relativement complet de prévention du suicide en établissements pénitentiaires.

⁸ Annexe C.

Le bilan de ce dispositif renforcé de lutte contre les suicides mis en place depuis 2002 par l'administration pénitentiaire en lien avec le ministère de la Santé et affiné, suite au rapport Terra, est globalement positif.

Ce bilan n'a néanmoins pu être établi scientifiquement, nonobstant quelques évaluations internes de l'administration pénitentiaire. Cette lacune devra être comblée⁹.

En effet, seules quelques directions régionales (devenues interrégionales) des services pénitentiaires ont régulièrement transmis, à la suite des notes du directeur de l'administration pénitentiaire de 2004, 2005 et 2007, un rapport annuel sur leurs actions en matière de politique de prévention du suicide ; ces rapports ne portaient toutefois que sur la formation continue des personnels et la mise en place d'outils pluridisciplinaires, telle que la commission pluridisciplinaire de prévention du suicide.

La commission centrale de suivi des actes suicidaires dont le rôle et la mission ont été légitimés et précisés par la circulaire du 26 avril 2002, s'est régulièrement réunie à partir du mois de janvier 2001. Ses travaux ont néanmoins principalement eu pour conséquence de pointer les carences et dysfonctionnements dans les établissements pénitentiaires à la suite de suicides de personnes détenues. La valorisation des aspects positifs du dispositif, même si ceux-ci étaient indirectement constatés par la commission, n'a pas constitué un axe prioritaire de travail.

La direction de l'administration pénitentiaire a également réalisé un travail de première analyse et d'évaluation du dispositif de prévention du suicide en 2007 visant à proposer l'adaptation de certaines actions¹⁰. La réalisation de ce point d'étape s'est appuyée sur l'analyse de l'évolution du nombre et des caractéristiques des suicides de 2004 à mi-2007, sur l'étude des cas de suicides de l'année 2006 par la commission centrale de suivi des actes suicidaires à partir des questionnaires transmis pour chaque suicide, ainsi que sur des visites en établissements et en DISP¹¹.

Différents constats ont ainsi pu être établis :

- la forte mobilisation des services parfois jusqu'à la « crispation » ;
- le rôle des acteurs encore insuffisamment identifiés et différenciés dans la chaîne humaine contribuant à la prévention du suicide ;
- un dispositif de formation paraissant s'essouffler et ayant perdu au fil du temps dans certaines régions son caractère pluriprofessionnel.

⁹ Cf. B] de cette partie

¹⁰ note PMJ2 du 06 août 2007

¹¹ Trois visites avec le professeur Jean-Louis Terra en établissements à la suite de suicides rapprochés, deux visites conjointes avec le professeur JL Terra et les représentants du ministère de la santé dans 3 DISP, une visite à l'ENAP.

Ce bilan a permis d'affiner la méthode d'analyse des cas de suicides en commission centrale de suivi des actes suicidaires, d'adapter le plan de formation en deux niveaux (une information de « masse » en direction de tous les surveillants et une formation plus poussée selon le schéma classique des formations de formateurs¹² pour les personnels d'encadrement et agents affectés dans des secteurs de détention à risque), de poursuivre et d'amplifier la formalisation de la prévention du suicide dans chaque établissement (protocolisation des échanges nécessaires entre services ; rapports d'activité des commissions spécifiques de prévention du suicide faisant apparaître la politique conduite et les procédures), et d'engager une réflexion de fond sur la gestion de la mise au quartier disciplinaire des personnes détenues et les crises suicidaires masquées par un acte de violence.

Par ailleurs, le bureau des études et statistiques de la direction de l'administration pénitentiaire a réalisé deux études sur les suicides en prison en novembre 2002 et en mai 2008¹³. Celles-ci, bien que ne portant pas directement sur l'évaluation du dispositif mis en place, se sont avérées particulièrement intéressantes du point de vue de la connaissance des caractéristiques sociodémographiques et pénales des personnes détenues s'étant données la mort. L'une de ces études a néanmoins permis de mettre en lumière les avancées en matière de repérage des personnes à risque suicidaire.

En avril 2008, la direction de l'administration pénitentiaire en réponse à une demande du secrétariat général du ministère de la Justice sur les études en droit comparé confiées à Juriscope, a souhaité inscrire comme priorité, l'étude relative à la prise en charge des détenus suicidaires en prison. La convention d'étude a été validée en octobre dernier et le résultat sera remis le 7 juillet 2009. Cette étude permettra d'affiner les éléments transmis par les magistrats de liaison du ministère de la Justice en novembre 2008 sur la politique de prévention du suicide¹⁴ et d'établir un véritable bilan comparatif des dispositifs étrangers.

Enfin, en novembre 2008, a été lancée une enquête par le bureau des politiques sociales et d'insertion (PMJ2) de la direction de l'administration pénitentiaire¹⁵, portant sur le bilan des dispositifs de prévention du suicide mis en place dans les établissements pénitentiaires à la suite des recommandations de la direction de l'administration pénitentiaire (note du 5 mars 2004 relative aux mesures préconisées et retenues du rapport Terra).

Les résultats de cette enquête ont permis de présenter un état des lieux assez précis et complet du dispositif de lutte contre les suicides mis en œuvre par l'administration pénitentiaire sur le terrain.

¹² Formations par les formateurs appelés « binômes Terra ».

¹³ Annexe D.

¹⁴ Annexe E.

¹⁵ Annexe B.

Adressé sous la forme d'un questionnaire de 90 items répartis en quatre thématiques, cet éclairage instantané de novembre 2008 qui fait suite à une campagne médiatique importante consécutive à l'augmentation du nombre de suicides en détention en octobre, démontre le travail accompli par l'administration pénitentiaire, ses personnels et ses partenaires. Il met parallèlement en exergue les marges de progrès.

Il est tout d'abord nécessaire de relever des réussites incontestables.

La détection du risque suicidaire à l'arrivée en détention en est la première illustration : elle a beaucoup progressé, grâce notamment à la sensibilisation et à la formation des personnels en la matière, mais aussi à la simplification de la grille de détection depuis mai 2007. L'utilisation de la grille pour les arrivants est désormais pratiquement systématique dans tous les établissements.

Le travail pluridisciplinaire autour de la prévention du suicide est un deuxième point de satisfaction. Une commission pluridisciplinaire spécifique ou non à la prévention du suicide existe à présent dans la quasi-totalité des établissements pénitentiaires. Sa périodicité est variable selon les établissements (hebdomadaire, bi-mensuelle, mensuelle ou trimestrielle) et le personnel sanitaire y est dans la majorité des cas représenté.

La communication par le biais de cahiers de liaison ou de fiches navettes, voire de manière informelle, complète ce dispositif pluridisciplinaire.

La postvention, question aussi délicate que fondamentale, est également prise en compte dans la très grande majorité des établissements où elle est considérée comme essentielle pour la prévention du suicide et la limitation du phénomène de « contagion ». Après un suicide, les codétenus sont reçus par un gradé et sont dirigés vers le service médical pour un entretien de soutien ; les familles rencontrent, si elles le souhaitent, le chef d'établissement et visitent la cellule, si la disposition des lieux le permet. Les personnels font l'objet d'une proposition de soutien psychologique et des débriefings sont souvent organisés rassemblant les acteurs présents lors de l'incident.

Une autre avancée notable est celle du développement de la formation. Depuis 2004, plus de 12 500 personnels pénitentiaires ont été formés à la prévention du suicide. Tous les personnels pénitentiaires recrutés depuis cette date ont reçu au cours de leur formation initiale, plusieurs heures de cours théoriques¹⁶ et de mises en situation relatives à la prévention du suicide, spécialement adaptées à leur fonction¹⁷. Les spécialistes estiment que la mobilisation de l'administration pénitentiaire peut être considérée comme exemplaire. Peu d'institutions ont appréhendé de la sorte la question du suicide en leur sein.

¹⁶ Dont le contenu a été enrichi (doublement des heures consacrées) et supervisé par le professeur Jean-Louis Terra.

¹⁷ Entretien arrivant avec une personne suicidaire pour les lieutenants et CIP, crise suicidaire en cellule pour les surveillants...

Des marges de progression existent cependant pour certaines actions. C'est le cas pour le débriefing après un suicide, la formalisation et le suivi des plans d'actions et de protection de la personne détenue suicidaire, ou la systématisation de l'utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire à l'arrivée comme à d'autres moments sensibles de la détention.

La pluridisciplinarité peut aussi être améliorée : l'information et les échanges en direction des autres intervenants existent, mais doivent être systématisés et formalisés de manière plus rigoureuse.

Enfin, trop peu d'établissements actuellement en service ont supprimé les moyens facilitateurs du passage à l'acte (la pendaison étant le moyen utilisé dans plus de 95% des cas), à la différence des nouvelles constructions qui intègrent cet impératif dans leur cahier des charges.

L'augmentation récente du nombre de suicides en détention en 2008 après deux années consécutives de baisse sensible, illustre néanmoins l'existence d'insuffisances dans le dispositif actuel.

Trois insuffisances apparaissent nettement.

La première est celle de l'animation régionale, encore trop parcellaire, en matière de prévention du suicide, en dépit des efforts réels réalisés dans les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP). Si toutes les DISP ont conduit une politique volontariste en matière de formation des personnels, il existe des disparités dans les résultats obtenus et leur investissement dans la politique d'animation de la prévention du suicide. Toute politique de prévention doit en effet être investie à tous les niveaux. Les acteurs de terrains confrontés en première ligne aux difficultés de mise en œuvre des dispositifs doivent à ce titre être constamment soutenus et conseillés.

Le deuxième problème réside dans l'absence encore trop fréquente d'un véritable plan individualisé de protection active de la personne détenue présentant un risque affirmé de suicide ou en crise suicidaire, essentiellement parce que cette action nécessite des moyens difficiles à mobiliser.

L'accent est encore trop souvent mis sur des mesures passives de protection, bien sur nécessaires, mais pas toujours suffisantes : doublement en cellule, signalement au service médical, placement sous surveillance spéciale (qui consiste en fait essentiellement en des rondes supplémentaires, lesquelles peuvent se révéler dans certaines situations, plus anxiogènes que protectrices). Ces mesures de protection certes importantes ne doivent néanmoins pas constituer l'essentiel du dispositif mis en œuvre face à une situation d'urgence.

Enfin, la troisième difficulté, déjà identifiée depuis plusieurs années, réside dans la gestion du risque suicidaire des personnes se manifestant de manière agressive, c'est-à-dire celle de la prévention du suicide au quartier disciplinaire (QD) notamment.

Ces carences expliquent-elles la recrudescence du nombre de suicides en 2008 ? Comment sinon, comprendre les chiffres de cette année ?

2. L'ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE ET DES CHIFFRES DE L'ANNEE 2008

La France connaît tendanciellement une baisse du nombre de suicides en détention depuis fin 2002 et encore plus fortement, depuis la mise en œuvre concrète des préconisations issues du rapport du Professeur Jean-Louis Terra : de 122 en 2002 à 115 suicides en 2008 après deux années en dessous de 100 en 2006 et 2007¹⁸, ce qui correspond à un taux de suicide en baisse, de 22,8 en 2002 à 17,2 en 2008 (nombre /10 000 personnes écrouées).

Sur la même période, le nombre de personnes écrouées a augmenté de 24,7% (dont +5,45 % en 2008), avec un flux de personnes détenues également plus important (estimé provisoirement pour 2008 à plus de 90 000 personnes).

Est-ce à dire que la surpopulation pénale a un rapport avec cette augmentation du nombre de suicides ?

Cette augmentation exprimée en valeur absolue a effectivement un lien, puisqu'il est logique qu'il y ait plus de suicides s'il y a plus de personnes écrouées au cours de l'année. L'augmentation de la population pénale qui entraîne une surpopulation carcérale et une charge de travail supplémentaire pour les personnels pénitentiaires peut aussi avoir des conséquences en termes d'efficacité des dispositifs de prévention. Toutefois, la corrélation entre la surpopulation et l'augmentation du nombre de suicide n'est pas évidente, d'autant que le doublement « forcé » en cellule peut concrètement rendre le passage à l'acte plus compliqué.

Enfin, les meilleurs résultats obtenus en 2006 et 2007, l'ont été dans un contexte marqué par le surencombrement de certains établissements pénitentiaires, les maisons d'arrêt notamment.

Il est toutefois évident que la surpopulation carcérale constitue une difficulté supplémentaire dans la lutte contre le suicide en milieu pénitentiaire.

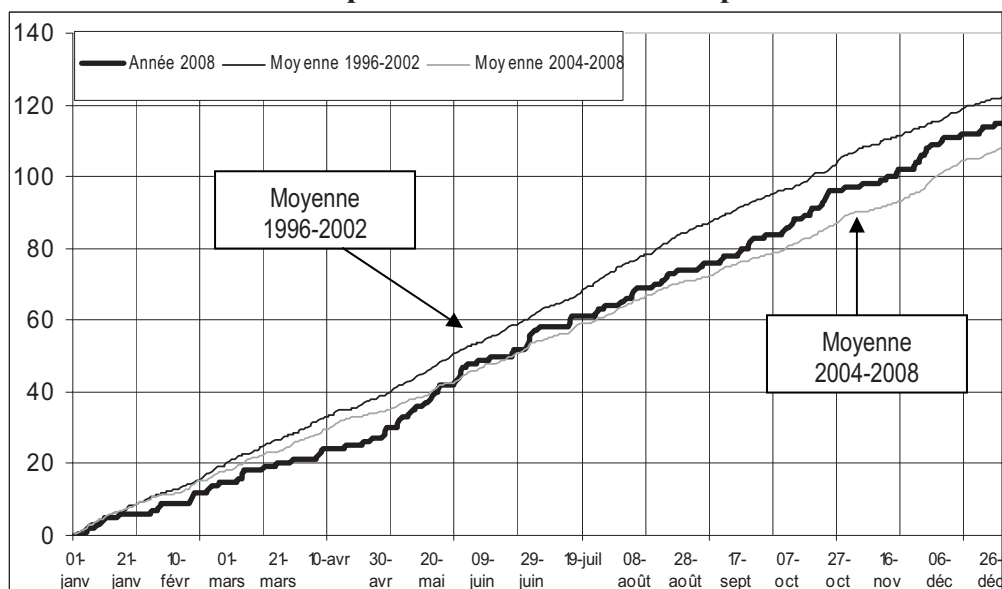
¹⁸ Avec 93 suicides en 2006, soit un taux de 15,5 pour 10 000 personnes écrouées et 96 en 2007, soit un taux de 15,2.

Evolution des suicides de 1997 à 2008

ANNEES	Nombre	Taux de suicidité pour 10 000	Population carcérale moyenne
1997	127	22,3	56 008
1998	119	21,3	55 366
1999	125	22,6	55 247
2000	120	23,7	50 626
2001	104	21,5	48 318
2002	122	22,8	53 503
2003	120	20,5	58 574
2004	115	18,9	60 901
2005	122	20,4	59 791
2006	93	15,5	59 940
2007	96	15,2	63 268
2008	115	17,2	66 851

Source : EMS / DAP. Champ : France entière

Evolution comparée des suicides : avant-après Terra



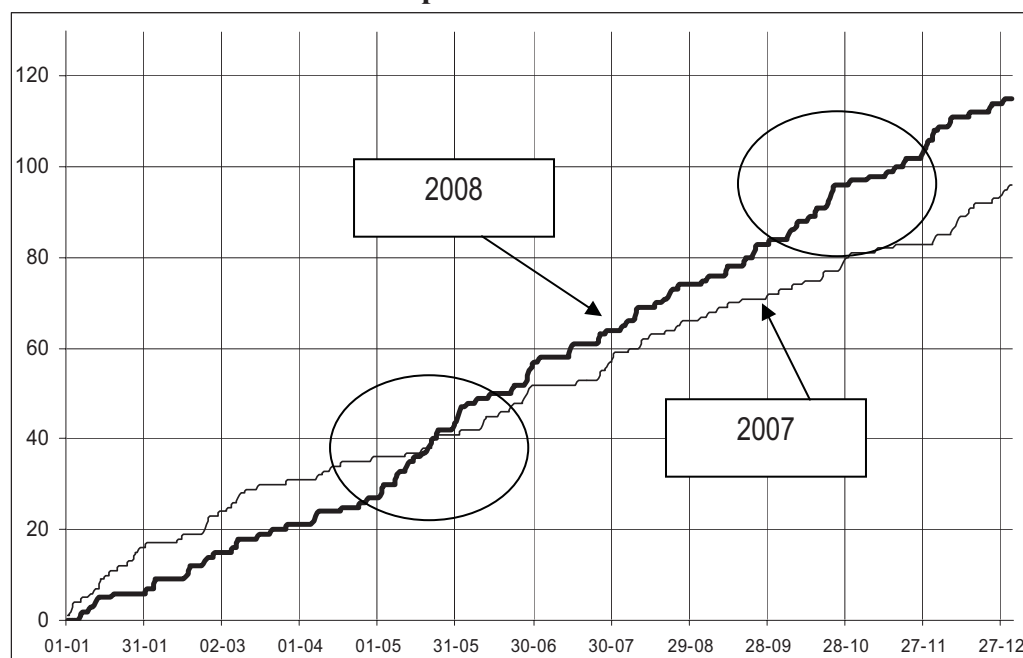
Source : PMJ-EMS / DAP. Champ : France entière

Le nombre de suicides de personnes écrouées en 2008 a été de 115 suicides pour l'ensemble du territoire : 109 se sont produits en détention, 6 hors détention (4 sous PSE, 2 en milieu hospitalier).

Les suicides ont connu une première inflexion brutale au printemps (17 suicides en mai contre 10,6 en moyenne décennale 1997-2007 soit +59%, 13 en juin contre 10, soit +29%), puis une seconde à l'automne (+20% en septembre, +27% en octobre).

L'évolution comparée des suicides en 2007 et 2008 figurant dans le graphique ci-dessous, illustre, après un début d'année satisfaisant, l'impact des mois de mai et de juin, puis celui des mois de septembre et octobre sur l'accentuation de l'écart par rapport à 2007.

Evolution comparée des suicides : 2007-2008



Source : PMJ-EMS / DAP. Champ : France entière

Les caractéristiques générales de 2008 restent identiques, dans les grandes lignes, à celles structurelles constatées sur les données 1996-2007.

Il faut cependant indiquer que s'agissant, fort heureusement, d'un nombre total peu élevé (en prenant en compte un flux d'entrants d'environ 90 000 personnes sur l'année cumulant de nombreux facteurs de risques), chaque suicide peut modifier assez sensiblement les caractéristiques annuelles moyennes. L'examen des tentatives de suicides, beaucoup plus nombreuses, permettrait de fournir des indices précieux pour cerner plus justement les facteurs de risques suicidaires.

Parmi les 115 suicidés, 113 sont des hommes (soit 98,2%) et 2 des femmes (1,7%). Les taux étaient respectivement de 94,7% et 5,2% en 2007, la moyenne sur les années 1996-2008 étant de 96,1% et 3,8%. Le taux de 3,8% correspond peu ou prou au taux de féminité de la population pénale (3,7% au 1^{er} janvier 2008). Le taux de féminité des tentatives de suicide est plus élevé : 8,95% en 2008 (7,83% en 2007).

L'âge moyen des suicidés est de 35,8 ans, comme en 2007 (35,3 ans en moyenne sur 1996-2008), ce qui correspond à l'âge moyen des détenus (qui était de 35 ans au 1^{er} janvier 2008).

Les 21-40 ans représentaient 57% des suicidés en 2008 (72% des suicidants ou personnes ayant tenté de mettre fin à ses jours).

En 2008, 42% des suicidés étaient des prévenus (48% en 2007) et 57% étaient des condamnés (51% en 2007). La moyenne décennale est de 49% pour les prévenus et les condamnés.

Au 1^{er} janvier 2009, les prévenus représentaient 24% des personnes écrouées (26% au 1^{er} janvier 2008). Ces chiffres confirment le fait que *"les personnes en détention provisoire restent les plus exposées au risque suicidaire"*¹⁹. Le taux de suicide est plus important dans la population des personnes écrouées prévenues (28,8 pour 10 000 prévenus) que dans celle des personnes condamnées (13,3).

Pour les tentatives de suicide, ces proportions sont moins prononcées : 31% des suicidants sont des prévenus en 2008 (31% en 2007), 68% des condamnés (68% en 2007).

Concernant les catégories d'établissements, pour les suicides et tentatives survenus en détention, il est retrouvé, dans le prolongement du point précédent, la surreprésentation des maisons d'arrêt (MA) et quartiers MA.

74% des suicides se produisent dans les maisons d'arrêt et quartiers MA des centres pénitentiaires (78% en 2007) ; 19% dans les centres de détention (CD) et quartiers CD des centres pénitentiaires (20% en 2007) ; 5% dans les maisons centrales (MC) et quartiers MC des centres pénitentiaires (1% en 2007). Un suicide s'est produit en 2008 dans un établissements pénitentiaires pour mineurs.

Le taux de suicide (nombre de suicides rapporté à la population écrouée hébergée²⁰) passe de 13,45 pour 10 000 personnes détenues en CD et quartiers CD à 18,7 en MA et quartiers MA et 32,5 en MC et quartiers MC.

Ce taux, en raison du faible nombre de suicides, varie de manière importante : le taux de suicide en MC et quartiers MC passe ainsi de 5,4 en 2007 (1 suicide) à 32,5 en 2008 (6 suicides).

Sur les 109 suicides survenus en détention, 71% se sont produits dans la cellule ; 11% au quartier disciplinaire (17% en 2007) ; 6% au quartier arrivant (12% en 2007) ; 5% au quartier d'isolement ; 4% au SMPR (4% en 2007).

Pour les tentatives de suicide, les proportions restent semblables en 2007 comme en 2008 : 73% en cellule ; 19% en quartier disciplinaire ; 1% en quartier d'isolement ; 2% au SMPR.

Le mode de perpétration le plus usuel reste la pendaison (96% des suicides en détention) ; 1% pour les absorptions de médicaments (10% en 2006 et 5% en 2007).

¹⁹ Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques : baisse des suicides en prison depuis 2002, Angélique Hazard – n° 22, mai 2008 ; cf. annexe D.

²⁰ Moyenne population hébergée au 1^{er} janvier de l'année N et N+1

Les motifs d'incarcérations les plus fréquents sont les suivants : auteurs d'infractions à caractère sexuel (37 cas soit 32%), violences (24) dont 4 pour violences conjugales, homicide volontaire (16). Le risque de suicide reste plus élevé pour les détenus ayant commis des infractions contre les personnes²¹.

On peut dégager (avec prudence) trois tendances qui ont caractérisé l'année 2008 : une augmentation des suicides de personnes détenues repérées à risque, des auteurs présumés ou reconnus d'infractions à caractère sexuel et enfin, des mineurs.

En effet, sur les 109 suicides en détention (on exclut les quatre personnes placées sous surveillance électronique –PSE- et deux suicides à l'hôpital), seuls 27% des suicidés n'étaient pas repérés comme fragiles ou suicidaires.

73% des suicidés avaient ainsi été repérés à différents niveaux : antécédents d'actes auto-agressifs, modification de comportement en lien avec un événement particulier (judiciaire, familial, etc.), suivi SMPR, hospitalisation d'office, « personnes à risque », etc. Pour ces personnes, des mesures spécifiques de suivi avaient été mises en place, mais pas forcément un plan de protection complet avec un éventail d'actions précises et diversifiées.

Dans son rapport de 2003, le professeur Terra indiquait que seulement 25% des suicidés avaient été repérés. Le repérage s'est donc considérablement amélioré en cinq ans. Doit-on s'en féliciter ou au contraire s'inquiéter que le suicide de personnes détenues repérées n'ait pu être évité ?

Certes, tout suicide reste un échec, mais le fait de mieux repérer les personnes vulnérables au risque suicidaire ou en crise suicidaire constitue un progrès. C'est un préalable incontournable qui doit toutefois servir de base à une prise en charge plus efficace. A cet égard, des marges de progression existent.

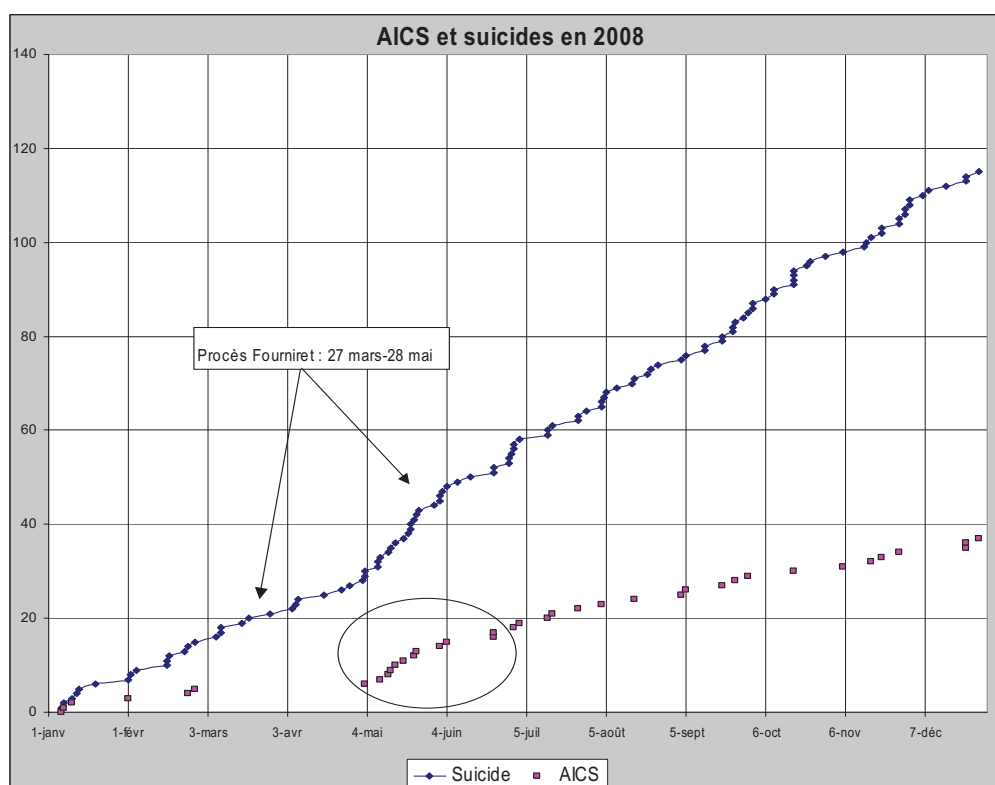
Cinq suicides ont eu également lieu dans un espace plus médicalisé comme les locaux du SMPR (taux de suicide 8 fois plus important que dans le reste de la détention représentant 4,5% des suicides en détention contre 4,3% en 2007) : deux au CP de Metz les 21 mai et 2 juin, un à la MA de Toulouse-Seysse le 4 juin, un à Loos le 22 octobre et un au SMPR de Grenoble-Varces le 27 novembre. Une analyse plus fine permettrait de cerner ces moments de la détention où les personnes sont le plus fragilisées : retour d'hospitalisation, sortie de SMPR, arrivée en détention précédée d'hospitalisation.

Ces suicides aboutis, malgré une prise en charge médicale poussée, rappellent aussi que tous les suicides ne peuvent malheureusement être évités.

²¹ Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n° 22, mai 2008 ; op.cité ; cf. annexe D.

L'autre caractéristique de l'année 2008 est la plus grande proportion de suicidés condamnés ou prévenus pour des infractions à caractère sexuel. Sur les 115 cas de suicides, 37 personnes de ce profil, soit 32,1% des suicidés, se sont ôtées la vie (alors qu'ils étaient 20 en 2007). Parmi ceux-ci, 14 étaient condamnés, 23 étaient prévenus pour ce type d'infractions.

S'il n'est pas possible d'établir un lien certain de cause à effet entre le procès Fourniret (27 mars – 28 mai 2008) et l'évolution des suicides perpétrés par des personnes condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel (nommées « AICS »), on peut néanmoins constater que sur le mois de mai qui a connu un nombre très élevé de suicides (dix-sept), une proportion importante de ces suicides étaient le fait d'AICS : huit, soit 47%.



Source : PMJ-EMS. Champ : France entière

Enfin la troisième caractéristique de l'année 2008 est le suicide de mineurs détenus, alors qu'aucun n'était intervenu depuis trois ans. Les tentatives sont elles aussi plus nombreuses : 66 tentatives de suicide recensées chez les mineurs en 2008 (contre 53 en 2007).

Il faut néanmoins relativiser l'importance de ces chiffres, car l'administration pénitentiaire a connu d'autres suicides de mineurs²² et il faut aussi prendre en compte pour une analyse complète les suicides de jeunes majeurs, moins nombreux en 2008 qu'en 2007 pour les moins de 21 ans (avec un taux de 14/10 000 en 2008 contre 65/10 000 en 2007).

²² Le chiffre était d'un suicide par an de 2002 à 2004 et supérieur à un entre 1999 et 2001.

Reste que le suicide d'un mineur, « être en devenir », est légitimement ressenti par l'opinion, les professionnels et les familles, comme un drame et un échec encore plus insupportable.

C'est pourquoi, après les cas de suicide du centre pénitentiaire de Metz-Queuleu et de la maison d'arrêt de Strasbourg, une attention renouvelée a été attachée à la prévention du risque suicidaire chez les mineurs et jeunes majeurs détenus.

Deux mesures spécifiques ont été immédiatement prises. Une grille d'évaluation du potentiel suicidaire spécifique a été réalisée, conjointement avec la Direction de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse et la Direction Générale de la Santé. Celle-ci a été transmise aux chefs d'établissement pour application dans les quartiers mineurs et Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM) à partir du 1^{er} novembre 2008²³. Par ailleurs, la mobilisation du réseau des SMPR a été demandée par les ministres de la Santé et de la Justice, pour une prise en charge prioritaire des mineurs détenus, à travers notamment la désignation d'un pédopsychiatre référent et le renforcement de la permanence médicale du week-end et des jours fériés²⁴.

Les circonstances des suicides de personnes détenues en 2008 ont également mis en évidence la nécessité d'améliorer les équipements (suppression des grilles des QD, des « potences » TV²⁵, etc.) et de parfaire les procédures de prévention du suicide : repérage au quartier arrivants (en 2008, sur 109 suicides survenus en détention, 15,6% ont eu lieu dans les 7 jours qui ont suivi la date d'écrou dont 7 en quartier arrivant ; 22,9% dans les 30 jours ; 36,7% dans les 90 jours et 56% dans les 180 jours), évaluation permanente des risques, liens avec les UCSA et SMPR, vigilance au quartier disciplinaire (12% des cas) ou au quartier d'isolement (5,5%), vigilance lors de l'affectation en cellule (en particulier pour les arrivants²⁶), doublement en cellule (sur 30 personnes doublées en cellule, 23 se sont suicidées en l'absence du ou des co-détenus, soit 77%), etc.

Cependant, il convient de souligner aussi dans l'analyse de ce bilan 2008, le professionnalisme des personnels pénitentiaires qui s'est nettement accru, en amont comme en aval de la crise suicidaire.

En aval, les surveillants sont très souvent amenés à intervenir pour les gestes de premiers secours lors d'une tentative de suicide : sur les 109 personnes s'étant suicidées en détention, 15 sont décédées à l'hôpital alors qu'en moyenne, dans près de 95% des cas, le

²³ Cf. annexe C.

²⁴ Lettre du Garde des sceaux et de la ministre de la santé du 05 décembre 2008 ; cf. annexe C.

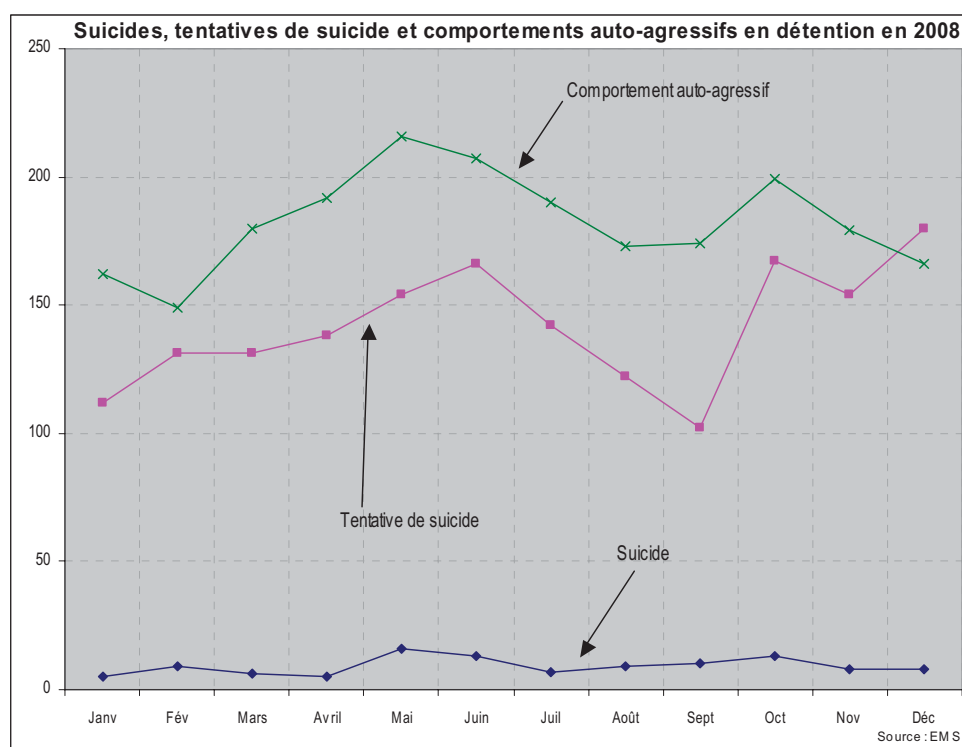
²⁵ 9 suicides par pendaison "accrochés" à une potence TV dans les établissements de Villepinte, Laon, Fresnes, Châteauroux, Fleury, Lyon Perrache, Chartres, Strasbourg et Arras.

²⁶ Permanence du 17 octobre : *"Ce détenu avait été doublé en cellule depuis son arrivée. Or, aujourd'hui, en promenade, il a évoqué les motifs de son incarcération. Par la suite, il a reçu des menaces de ses codétenus et il a donc été placé seul en cellule. Cinq minutes après son placement seul en cellule..."*

mode de perpétration utilisé est la pendaison, un mode extrêmement létal, qui laisse peu de chance à la survie.

En amont, les surveillants ont sauvé la vie d'un plus grand nombre de personnes détenues. En effet, en 2007, étaient recensés 1 417 tentatives de suicide et 1 977 comportements auto-agressifs (automutilations) ; les chiffres étaient pour 2008 respectivement de 1 699, soit une augmentation de près de 20% et 2 187²⁷. Ces chiffres montrent en creux la forte implication et réactivité des personnels pénitentiaires dont l'action participe grandement à l'atténuation du bilan du nombre de suicides en détention, car le mode de perpétration est la pendaison pour 50% des 1 699 tentatives de suicide (contre 48% en 2007).

Le schéma ci-dessous illustre bien cette réussite quotidienne en constante progression du personnel de surveillance dans sa mission de préservation de l'intégrité physique des personnes dont il assure la garde :



Ainsi, tant la fréquence constatée des tentatives de suicide de personnes détenues, que le nombre encore trop important de suicides aboutis, conduisent à s'interroger sur la connaissance du fait suicidaire en milieu carcéral.

²⁷ Une proportion non évaluée mais significative des tentatives de suicide échappait jusqu'en 2007 à toute analyse. Les DISP restituent depuis lors une vue plus complète (au moins quantitativement), données consolidées par le pôle statistiques du bureau EMS1 à la DAP.

Celle-ci est à l'évidence encore imparfaite et c'est en conséquence tout un champ de recherche très important qui s'ouvre pour les deux administrations en charge de lutter contre les suicides en prison, le ministère de la Santé et le ministère de la Justice.

B] LE DOMAINE DE LA RECHERCHE A INVESTIR DAVANTAGE SUR LE MOYEN ET LONG TERME

Mettre en place des actions innovantes pour réduire durablement la mortalité par suicide dans les établissements pénitentiaires nécessite d'améliorer toujours plus les connaissances et de disposer d'outils d'évaluation spécifiques et continus, prenant en compte l'ensemble des caractéristiques des situations et des personnes confrontées à ce problème majeur.

1. LA RECHERCHE AU SERVICE DE LA PREVENTION DU SUICIDE

Cette question de la prévention du suicide chez les personnes détenues soulève de nombreuses questions dont certaines sont communes à d'autres environnements de la société où ce problème du suicide persiste (près de 12 000 décès par suicide dans la population française). Le rapport Terra publié en 2003 avait pointé différentes mesures pouvant être adoptées notamment dans la détection des sujets à risque, l'aménagement de l'environnement et la formation des personnels qui approchent les détenus. Comme cela a été rappelé, plusieurs de ces mesures ont été mises en œuvre et ont contribué à ce que le nombre de décès par suicide dans les prisons cesse d'augmenter.

Développer des actions de recherches scientifiques coordonnées permettra d'élaborer de nouvelles stratégies et de proposer des outils de mesure pour en contrôler l'efficacité. Une avancée considérable a déjà été apportée au sein de l'administration pénitentiaire à la suite du rapport du Professeur Jean-Louis Terra et des recommandations retenues par la direction de l'administration pénitentiaire. Cette démarche doit être scientifiquement évaluée et surtout élargie.

La population des personnes détenues présente des spécificités qui la distinguent nettement de la population générale sur le plan du risque de suicide et de troubles psychiatriques. Les études réalisées sur d'autres populations ou dans d'autres pays sont peu utilisables. Plusieurs études ont déjà été conduites notamment par l'INSERM (2003)²⁸ sur les troubles de la santé mentale des personnes détenues. Les éléments ainsi recueillis et analysés ne donnent toutefois que des informations descriptives transversales sur les troubles psychiatriques ; ces études importantes n'ayant été conçues que pour répondre aux questions portant sur la nature et l'adéquation des soins reçus en fonction des pathologies et des risques présentés. Ce manque pourrait opportunément être comblé.

²⁸ Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33
Lukasiewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, et al. Dual Diagnosis: Prevalence, Risk Factors, and Relationship With Suicide Risk in a Nationwide Sample of French Prisoners. *Alcohol Clin Exp Res* 2008

Il est en outre nécessaire d'engager des évaluations dynamiques prospectives sur chaque nouveau cas de suicide sur une période donnée, en analysant en profondeur tous les aspects de la trajectoire des personnes concernées depuis leur interpellation. C'est un axe essentiel pour comprendre, avec les professionnels de terrain, ce qui est arrivé concrètement et améliorer les actions de prévention. La pénibilité particulière de certaines missions des agents des établissements pénitentiaires doit être prise en compte, notamment du fait de caractéristiques de la population carcérale dont les indicateurs de troubles psychiatriques montrent des prévalences particulièrement élevées. La question de la complexité de la surveillance de personnes présentant à la fois des éléments de dangerosité sur le plan judiciaire mais aussi sur le plan psychiatrique pose la question de la continuité et de la complémentarité entre les actions de soins par des professionnels de santé et de surveillance par des agents de l'administration pénitentiaire.

Les études à envisager doivent recourir à l'ensemble des connaissances scientifiques actuelles de la sociologie, de l'ergonomie et de la psychopathologie avec une approche neuroscientifique s'appuyant sur les expériences internationales²⁹.

Cette approche nécessite donc une réflexion et une action interministérielles, car elle concerne non seulement le ministère de la Justice et naturellement celui de la Santé, mais aussi celui de l'Intérieur, de la Défense et de la Fonction Publique, étant donné l'implication évidente des professionnels concernés.

2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le premier objectif est de renforcer la connaissance de la spécificité du milieu pénitentiaire. Il s'agit de comprendre le phénomène du suicide et de la violence, d'améliorer les capacités de diagnostic et de repérage, de proposer des stratégies de soins individualisées, innovantes, intégrées dans le parcours judiciaire et de dispenser un enseignement et une formation tenant compte de l'évolution des connaissances.

Le deuxième objectif est de développer des stratégies scientifiques innovantes, apportant une haute valeur ajoutée et compétitives sur le plan international. Il est également nécessaire de mobiliser les connaissances disponibles actuellement (expertises méthodologiques en épidémiologie, en neurosciences) et de développer des collaborations internationales (collaborateurs européens suicide & prisons – rapport OMS 2007).

²⁹ Patterson RF, Hughes K. Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatr Serv* 2008;59(6):676-82.

Le troisième objectif est d'implémenter une dynamique de recherche basée sur les soins. Elle permettra d'optimiser une organisation des soins, de constituer une base de données intégrant les pratiques professionnelles, d'inscrire des programmes de recherche, de proposer un évolution des procédures de soins dans le contexte réel et de renforcer des actions de formation actualisées de qualité.

Le dernier objectif est de construire un programme de recherche global intégrant la violence et le suicide via une approche diversifiée des thématiques et méthodes d'exploration. Cela nécessite d'associer de manière intégrative des axes épidémiologiques, cliniques, neuroscientifiques, mais également de sciences humaines. Des axes de recherche multifocaux seraient alors développés en intégrant d'une part un axe psychiatrique clinique et fondamental et d'autre part un axe de sciences humaines et sociales, prenant en compte les spécificités de l'environnement professionnel et la question de la santé au travail.

Sur l'axe psychiatrique, des études épidémiologiques sur les suicides et tentatives de suicide ainsi que des travaux qualitatifs par autopsies psychologiques et retours d'expérience seraient nécessaires à la connaissance clinique. Devraient également être envisagés des travaux cliniques centrés sur la vulnérabilité des personnes détenues (comme l'impulsivité par exemple) et les dimensions biologiques, d'imagerie et de neuropsychologie.

Sur l'axe de la santé au travail, devraient être analysées en particulier les dimensions d'ergonomie et d'organisation du travail des professionnels impliqués.

L'axe de sciences humaines investiguerait les aspects sociologiques et psychopathologiques, voire éthologiques.

3. LA METHODE

Plusieurs étapes :

1. Mise en place immédiate d'un groupe de travail multidisciplinaire « *Suicide-santé mentale en Etablissement Pénitentiaire* »

Celui-ci désigne un comité scientifique et un comité de pilotage des études.

Le groupe de travail réunit des responsables des institutions concernées (l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé), des membres du comité scientifique et du comité de pilotage, des personnes représentatives des SMPR, des UCSA et autres

professionnels exerçant auprès des personnes détenues. La présence d'une personne ressource au titre de la santé au travail pour les agents de l'administration pénitentiaire peut être opportune.

Ce groupe a pour mission de définir les orientations, de valider les protocoles scientifiques et les budgets nécessaires. Il veille aussi au respect de l'éthique de la recherche et au respect de la confidentialité.

Le comité scientifique est constitué des personnes identifiées comme pouvant apporter une valeur expertale au domaine étudié. Il a pour mission d'élaborer les protocoles scientifiques pour répondre aux objectifs posés par le groupe de travail. Ces protocoles sont soumis pour correction et validation au groupe de travail.

Le comité de pilotage met en place les études et rend compte régulièrement de leur déroulement et des éventuelles difficultés rencontrées, au groupe de travail.

Les financements de ces projets doivent être envisagés par les différents ministères impliqués.

2. Construction d'une structure de recherche pérenne spécialisée (à 12 mois)

Un groupe de travail et un comité scientifique peuvent initier une recherche et des actions innovantes, mais seule une structure spécifique stable comme un GIS (Groupement d'Intérêt Scientifique) ou une Fédération de Recherche, peut être le garant de leur développement et du renforcement des acquis sur la durée nécessaire. La constitution d'une telle structure est incontournable, mais nécessite plusieurs mois pour être réalisée eu égard à l'importance des institutions associées et des questions à traiter. Cette structure devra s'orienter soit vers la recherche en psychopathologie en milieu carcéral, soit vers la question du suicide envisagée au regard d'autres environnements sociétaux où elle est considérée comme une problématique de santé publique incontournable.

La recherche nécessite un cadre institutionnel solide et reconnu des différentes administrations, notamment celles de la Santé et de la Justice, impliquant une détermination collective, une organisation, des collaborations, une infrastructure ainsi qu'une évaluation externe de l'activité. Elle exige aussi, sur le plan individuel, une formation et un investissement. Le temps et l'investissement consacrés à la recherche doivent non seulement être reconnus par les tutelles mais aussi respectés par l'environnement institutionnel.

Il existe une réelle volonté parmi les psychiatres, les psychologues, les infirmiers des SMPR et des UCSA, de participer à une dynamique de recherche collaborative. Un effort de coordination et de soutien permettrait sans aucun doute un investissement de chacun dans des travaux de recherche dont les retombées seraient significatives.

Les obstacles au développement de la recherche en santé mentale sont le plus souvent d'ordre technique :

- de nombreuses idées mais des difficultés à en extraire une hypothèse de travail pouvant être validée ou non par un travail de recherche ;
- une méconnaissance de la méthodologie ;
- des difficultés à publier les résultats ;
- un manque d'infrastructures et de coordination (données recueillies inexploitées, élaboration et rédaction de programmes de recherche pour des équipes non expérimentées).

La recherche est une activité qui s'inscrit sur le moyen ou long terme, ce qui peut épuiser la motivation de ceux qui s'engagent, surtout si l'activité reste solitaire et non reconnue, avec le risque d'abandon du travail qui ne sera alors malheureusement jamais diffusé.

Pour développer et animer une dynamique de recherche dans les établissements pénitentiaires, il est essentiel de créer une structure dont la caractéristique essentielle est d'être facilitatrice pour la réalisation de toutes les étapes d'un projet de recherche. Ces principales étapes étant d'accéder à l'information de la littérature internationale, de faciliter la formulation de questions posées par la pratique en hypothèse de recherche, de favoriser le rapprochement avec les autres disciplines médicales ainsi que les différents intervenants impliqués dans la problématique de la santé mentale des détenus, de soutenir l'élaboration méthodologique des programmes de recherche, d'aider à la réalisation et au suivi des études sur le terrain, de collaborer au traitement des résultats et à leur publication et de faciliter la recherche de subventions.

4. PREMIERES ORIENTATIONS DE RECHERCHE ENVISAGEES

Ces premières recherches pourront être effectuées par le groupe de travail.

1. Résultat pour décembre 2008 : Approfondissement de l'étude épidémiologique « Enquête Nationale sur la santé mentale en prison »

Cet approfondissement a été réalisé sur 1 000 détenus entre septembre 2003 et juillet 2004, par une analyse statistique centrée sur l'étude du risque suicidaire. Cela a permis d'identifier précisément certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population des personnes détenues en France présentant un risque suicidaire.

Les principaux résultats ont été présentés lors de la réunion plénière de la commission le 9 janvier 2009 par le Dr Jehel et le Dr Godet³⁰. Cette étude a été réalisée auprès de 23 établissements pénitentiaires recueillant une double évaluation auprès de 800 hommes et 100 femmes, en métropole. Elle était constituée d'un volet sociodémographique, d'un volet d'information sur la personne et sa famille, d'un volet judiciaire et d'un volet psychiatrique.

Le volet psychiatrique était constitué par un instrument de diagnostic de validation internationale (le MINI). Pour la mesure du risque suicidaire, deux variables ont été utilisées : d'une part, un score de suicidalité (validé) exprimant l'intention de se suicider et d'autre part, le fait d'avoir réalisé une tentative de suicide au cours du mois précédent.

Les caractéristiques significatives sur le risque suicidaire mis en évidence dans les différents volets explorés, sont :

- Volet sociodémographique
 - Jeune âge
 - Grande fratrie
 - Pas d'emploi d'une durée > 2 ans
 - Allocation Adulte Handicapé

- Volet judiciaire
 - Prévenu / condamné
 - Durée condamnation faible
 - Pas de travail dans l'établissement
 - Procédure disciplinaire
 - Incarcération antérieure
 - Longue durée d'incarcération (vie entière)
 - Personne proche déjà emprisonnée

- Volet personnel et familial
 - Suivi par un juge pour enfant
 - Mesure de placement dans l'enfance
 - Séparation de plus de 6 mois d'un des parents
 - Maltraitance dans l'enfance
 - Événement traumatisant dans l'enfance
 - Consultation ou hospitalisation pour raison psychologique
 - Antécédent de tentative de suicide
 - Participation à un dispositif de lutte contre l'alcoolisme

Plusieurs conclusions peuvent être faites étant donné la cohérence de ces résultats en les comparant d'une part, aux données de la littérature internationale et d'autre part, à la connaissance des professionnels directement impliqués. Ces analyses proposent des informations qui identifient des marqueurs de risque suicidaire dans une population française de personnes incarcérées. Ces marqueurs peuvent contribuer à améliorer le repérage des personnes à plus haut risque de suicide dans la population carcérale française et à identifier un groupe pouvant utilement bénéficier d'une vigilance particulière dans l'évaluation et la surveillance de leur risque suicidaire.

³⁰ Le document complet qui a été projeté est mis en annexe ; cf. annexe F.

L'identification de facteurs de risque est néanmoins une approche épidémiologique de santé publique qui ne répond pas nécessairement à chaque situation individuelle qui doit être directement évaluée avant de prendre une décision ou d'ajuster une procédure de surveillance. Par ailleurs, cette étude explore une population de personnes vivantes qui ont un risque de suicide, ce qui ne peut-être directement extrapolé à une population de personnes qui ont fait un geste suicidaire fatal.

2. Résultat à 6 mois : Recueil et analyse de l'ensemble des données accessibles sur les détenus suicidés en 2007 et 2008

Cette enquête sollicitera aussi les informations médicales accessibles dans le respect des exigences de la CNIL et du secret professionnel. Il s'agira de recherche des caractéristiques communes de ces personnes décédées par suicides, prenant en compte les éléments de leurs trajectoires spécifiques dans leur parcours judiciaire. Ce groupe pourrait être comparé à un groupe ayant les mêmes caractéristiques mais se trouvant en dehors d'un établissement pénitentiaire (méthode statistique classique d'appariement), afin de mieux identifier si le risque de suicide en prison est lié à la prison elle-même ou en partie aux caractéristiques de la population qui se trouve incarcérée.

Cette étude s'appuierait sur les résultats de l'analyse du risque suicidaire dans « l'Enquête Nationale sur la santé mentale en prison » réalisée sur 1 000 prisonniers en 2003. Elle prendra donc en compte des marqueurs de la santé des détenus suicidés comme les antécédents de pathologie psychiatrique, ou de tentative de suicide, mais aussi d'événement de vie traumatique subi dans l'enfance. Elle analysera aussi des marqueurs de la situation judiciaire notamment en vérifiant si, comme une lecture descriptive actuelle le montre déjà, que les personnes détenues pour crimes sexuels sont plus à haut risques de suicides. Une attention particulière sera faite aux tâches liées à la surveillance de ces détenus.

Seront donc pris en compte des marqueurs liés aux conditions de travail et de surveillance, comme le nombre d'arrêt de travail par établissement ou unité de travail, la formation des agents de l'administration pénitentiaire à la prévention du suicide ou l'ancienneté des personnels. Dans cette dynamique, une évaluation ergonomique des tâches de surveillance spéciale (temps utile pour faire ces évaluations et surveillance) sera réalisée. Pour chaque cas de suicide, sera analysé le ratio d'agent par rapport au nombre total de détenus notamment en « surveillance spéciale ». Seront également recueillies la grille d'évaluation du potentiel suicidaire (Recommandation du rapport Terra), les procédures d'actions qui ont été mises en œuvre (traçabilité) ainsi que le délai entre l'évaluation et la survenue du suicide.

Dans le cas particulier des mineurs, des méthodes particulières d'analyse doivent être envisagées en privilégiant les approches qualitatives eu égard à la difficulté de l'analyse liée à la taille de la population concernée. Certaines spécificités des mineurs devront être repérées comme la présence d'une équipe éducative et d'activités pédagogiques. Les rapports entre les

mineurs incarcérés et l'institution carcérale devront également être identifiés. Il faudrait notamment examiner si ces particularités modifient le risque suicidaire et les modalités de prévention de ce risque.

3. Résultat à 12-18 mois : Mise en place dans une étude prospective d'une « autopsie psychologique » de chaque suicide sur une période déterminée.

La méthode d'autopsie psychologique a été définie et validée par une procédure d'expertise de l'INSERM (2008)³¹; les preuves d'efficacité ont été démontrées en particulier au Québec avec notamment les travaux du Pr M. Séguin. Elle est fondée sur une investigation faite par une équipe indépendante auprès des personnes qui ont été en relation avec la personne décédée par suicide sur une période donnée. Elle permet non seulement de connaître les caractéristiques psychologiques, sociologiques de la personne suicidée, mais aussi les événements et actions faites lors des dernières semaines³². Cela permet ainsi de reconstituer clairement la trajectoire de la personne suicidée dans l'environnement du suicide. Il est donc alors possible de cibler les actions à renforcer et les points dangereux dans une trajectoire (celle-ci peut être considérée depuis l'interpellation et la garde à vue en cas de faits récents jusqu'à l'incarcération, en tenant compte notamment de contacts avec des professionnels de santé). Tous les professionnels qui auront été en contact avec ce détenu préalablement au suicide seront donc auditionnés pour construire cette trajectoire.

Cette méthode d'étude, outre sa validité scientifique médicale, correspond bien à la demande de l'administration qui est de fournir, au service au sein duquel une personne est décédée par suicide, les informations utiles afin de proposer des actions de protection à destination des autres détenus et de réduction de l'impact traumatique et culpabilisant auprès des agents de l'administration pénitentiaire. Elle permet également d'élaborer des stratégies de prévention secondaire du risque suicidaire dans tous les services concernés en améliorant le repérage de situations de crise qui représenteraient des facteurs déclenchant, précipitant ou plus largement favorisant le passage à l'acte suicidaire.

La référence principale de cette étude est le rapport de l'expertise collective de l'INSERM, sur l'autopsie psychologique (Suicide : Autopsie psychologique comme outil de recherche en prévention Expertise collective 2005).

Ce document présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'INSERM dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la Direction générale de la santé concernant l'intérêt de la démarche d'autopsie psychologique dans la prévention du suicide.

Il s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du premier semestre 2004. Environ 350 articles et documents ont constitué la base documentaire de cette expertise. Le

³¹ INSERM. *Autopsie psychologique, Mise en oeuvre et démarches associées* Paris, 2008.

³² Séguin M, Lesage A, Turecki G, Bouchard M, Chawky N, Tremblay N, et al. Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychol Med* 2007;37(11):1575-83.

Centre d'expertise collective de l'INSERM a assuré la coordination de cette expertise collective avec le Département animation et partenariat scientifique (Daps) pour l'instruction du dossier et avec le service de documentation du Département de l'information scientifique et de la communication (Disc) pour la recherche bibliographique.

Outre les chercheurs, la prévention du suicide en milieu carcéral doit mobiliser d'autres acteurs comme les médias qui ont aussi un rôle positif à jouer.

C] UN ROLE POSITIF DES MEDIAS A DEVELOPPER

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les médias « *influencent profondément la communauté...* », notamment la communauté carcérale, et « *en raison de cette influence, ...peuvent également jouer un rôle actif dans la prévention du suicide* »³³.

1. UNE INFLUENCE DES MEDIAS

Le rôle des médias est essentiel pour attirer l'attention sur le monde carcéral, apporter de l'information et susciter l'engagement pour une politique active de prévention du suicide.

La couverture médiatique des suicides selon les milieux de survenance est très inégale. Ceux qui se produisent dans les établissements pénitentiaires sont constamment relatés alors qu'ils représentent à peine 1% de l'ensemble des suicides que connaît la société (93 pour 10 400 en 2006).

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 la détention.

Si le suicide en prison est toujours un échec, si l'émotion collective peut constituer un gage du lien social indispensable à cette occasion, ne faut-il pas réfléchir aux moyens permettant d'étudier et de comprendre le phénomène pour agir à la fois avec détermination, prudence et une certaine discrétion ?

Discrétion ne signifie pas opacité ou omerta ; pas plus que dévoilement ne signifie nécessairement transparence et démocratie.

Il n'est pas indécent de se demander, pour la période récente, si le débat public sur la multiplication des suicides en milieu carcéral, tel qu'il en est rendu compte par les médias, n'a pas, paradoxalement, un effet pervers.

En effet, la façon de relater un suicide peut avoir un impact sur les personnes incarcérées. Or les personnes détenues sont non seulement privées de liberté (d'autant que les évasions sont de plus en plus rares³⁴) mais aussi de plus en plus fragilisées et dégradées sur tous les plans, notamment psychologiques ou psychiatriques. C'est le constat partagé par l'ensemble des professionnels de terrain, notamment les médecins. Il y aurait aujourd'hui en

³³ Cf. annexe G.

³⁴ La France a d'ailleurs le taux d'évasion le plus faible d'Europe.

proportion quatre à cinq fois plus de personnes atteintes de troubles mentaux en prison³⁵ qu'à l'extérieur.

L'administration pénitentiaire ne peut et ne souhaite pas revenir sur sa politique d'ouverture ; elle le doit à la société et cela constitue pour elle un facteur incontestable de progrès. Il est pourtant souvent reproché à l'administration pénitentiaire de ne pas être suffisamment transparente. Or, peu d'administrations communiquent autant : plus de 12 000 reportages par an ont pour cadre la prison et des chiffres sur les incidents en détention, notamment les suicides, sont communiqués très régulièrement, voire au jour le jour. Cette transparence est loin d'être partagée par l'ensemble des institutions.

La médiatisation ne peut en aucun cas créer une crise suicidaire. Elle peut seulement faciliter le geste ultime de personnes déjà en détresse profonde. La crise suicidaire est une succession d'équilibres métastables marquée par la désorganisation psychique et l'extrême sensibilité aux messages de toutes sortes. A un moment donné, les personnes en difficulté peuvent être influencées favorablement ou défavorablement par les messages qu'elles reçoivent.

Il est reconnu que le nombre de décès imputables à ce mécanisme de « contamination psychique » ne peut être que très limité. Cependant, dans une population fragilisée où la densité des personnes en détresse est élevée, ce mécanisme peut jouer pour quelques décès chaque année. La contagion du suicide serait notamment plus importante dans les quatre semaines après un suicide selon les recommandations de l'OMS de 2007 pour la prévention du suicide en milieu correctionnel. Les jeunes détenus seraient plus particulièrement sensibles à ces messages.

Le phénomène de contagion peut se diffuser par de nombreux canaux dont la communication interne ; or, les personnes détenues recourent intensivement aux médias pour briser leur isolement.

Une sur médiatisation fait donc courir :

- un risque de stigmatisation aussi bien pour les personnes détenues que pour les professionnels ;
- un risque de contagion qui n'est pas du tout spécifique au monde carcéral mais dont les caractéristiques viennent en renforcer l'intensité.

L'administration pénitentiaire a pu sur deux périodes, au printemps et à l'automne 2008, noter une corrélation possible entre la médiatisation de certains faits et une recrudescence des suicides et tentatives de suicide.

³⁵ Voir les Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 162, Issue 8, October 2004, Pages 646-652.

Comme cela a déjà été indiqué, l'année 2008 a été en effet marquée par une première inflexion brutale du nombre de suicides au mois de mai (17 suicides sur mai contre 6,75 en moyenne sur les quatre premiers mois) avec une proportion plus importante de personnes condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel (8 sur 17 pour le seul mois de mai, alors qu'ils n'étaient que 4 sur 27 pour les quatre premiers mois).

S'il n'est pas possible d'établir un lien certain de cause à effet entre le procès Fourniret (27 mars – 28 mai 2008) et l'évolution des suicides perpétrés par des personnes condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel, le professeur Jean-Louis Terra a émis l'hypothèse, en se fondant sur le point 7.16 de son rapport de 2003, d'une possible relation entre la « vague » de suicides qu'ont connu les prisons en mai et la médiatisation du procès Fourniret.

En effet, la couverture exceptionnelle de ce procès, l'analyse quotidienne des réactions ou absence de réactions de l'accusé, qualifié parfois de « monstre », ont pu entraîner cette succession de passages à l'acte suicidaire en détention chez des personnes déjà fragilisées, malgré la protection assurée par le personnel pénitentiaire compte tenu de la discrimination, voire de la persécution dont ils font l'objet par les autres détenus.

La seconde période au cours de laquelle la corrélation possible est encore plus visible est celle du mois d'octobre 2008. A la suite du suicide d'un mineur détenu au centre pénitentiaire de Metz le 06 octobre 2008, plus de 13h de reportages ou d'émissions consacrés aux suicides en prison, entre le 7 et le 30 octobre 2008, tous médias audiovisuels confondus, ont été diffusés. Les télévisions et les radios rassemblent, de loin, le plus grand nombre de retombées, avec plus de 600 retombées entre le 7 et le 30 octobre 2008³⁶.

Suite à cette sur médiatisation, il a été constaté une augmentation du nombre de tentatives de suicide, avec des personnes détenues sauvées qui pour expliquer leur passage à l'acte, indiquent spontanément que tel reportage leur a donné l'idée ou la force « d'aller jusqu'au bout ». L'exemple d'une tentative de suicide à la maison d'arrêt de Reims le 20 octobre 2008 est significatif : le détenu a indiqué au chef d'établissement lors de son entretien pour expliquer son geste, « *qu'il n'allait pas bien, qu'il avait beaucoup entendu parler des suicides en détention ces derniers jours et qu'il avait dès lors envisagé de passer à l'acte* »³⁷. Un autre exemple, tout aussi illustratif, est celui d'une tentative à l'EPM de Meyzieu le 21 novembre 2008, le lendemain de la diffusion de l'émission Envoyé spécial : le mineur « *a indiqué ce matin aller « très mal », après avoir vu l'émission d'hier soir sur les prisons. Il a été vu par l'infirmier, et peu de temps après son retour en cellule, le surveillant l'a surpris avec un drap noué autour du cou, voulant se pendre...* ».

³⁶ Radio et télévision ont ainsi diffusé, par jour, 26 sujets ou reportages relatifs au suicide en prison en 23 jours.

³⁷ Exemple aussi à la MA de Villefranche-sur-Saône le 29 octobre 2008 d'un suicide d'un détenu qui aurait précisé dans un mot adressé aux personnels qu'il serait « *le 93^{ème} sur la liste* »... (témoignage des personnels, l'enquête judiciaire étant en cours).

Ce malaise certain a non seulement été ressenti par les personnes détenues mais aussi par les professionnels pénitentiaires et les personnels de santé travaillant en prison. Ces derniers, qui se sentent plus que jamais mobilisés pour éviter de nouveaux suicides, ont exprimé un sentiment d'injustice face aux nombreux reportages jugés stigmatisants.

Ce phénomène médiatique a aussi instillé l'angoisse, le doute sur les pratiques professionnelles « prévention suicide » et a créé dans certains cas, une pression nuisible au fonctionnement serein du processus de repérage.

Il convient donc de rappeler, comme le préconise l'OMS dans ses indications pour les professionnels des médias, qu'il est dangereux de « sur médiatiser » les suicides en prison en faisant le décompte régulier et en détaillant les moyens employés³⁸ ; ceci peut inciter d'autres personnes détenues à attenter à leurs jours et place l'administration pénitentiaire, ses personnels et ses partenaires de la santé, dans une situation difficile, voire douloureuse pour les personnels.

2. DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS A SUIVRE

L'OMS, toujours dans ses indications pour les professionnels des médias de 2002, rappelle en préambule que ces derniers jouent un rôle significatif dans la société d'aujourd'hui : ils influencent profondément la communauté dans ses croyances et comportements et remplissent une fonction majeure dans la vie politique et économique.

En raison de cette influence, les médias peuvent aussi jouer un rôle actif et positif dans la prévention du suicide.

La majorité des personnes envisageant le suicide étant ambivalente (selon les spécialistes du suicide, « elles ne veulent pas vraiment mourir mais arrêter de souffrir »), la publicité excessive dans les médias à propos des suicides, peut les conduire à l'acte irrémédiable, car il est reconnu par l'OMS que la façon dont les médias présentent les cas de suicides peut en précipiter d'autres.

Pour ces raisons, plusieurs pays ont adopté des recommandations sur les meilleures façons de relater les suicides et sur le rôle des médias en faveur de la prévention.

Il a été démontré que la façon de rapporter un suicide pouvait influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicides. Elle peut emporter des conséquences négatives, décrites

³⁸ « La description détaillée de la méthode utilisée et comment celle-ci a été obtenue doit être évitée. La recherche scientifique a montré que la diffusion de l'information sur un suicide par les médias a un impact plus grand que la fréquence de suicide elle-même sur la méthode de suicide utilisée. » Recommandations OMS La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias, 2002 ; cf. annexe G.

comme « l'effet Werther³⁹ » (le roman de Goethe conduisit à son époque à une série de suicide dits par « imitation ») en fonction des facteurs suivants⁴⁰ :

- 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 suicide⁴¹ ;
- 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 aussi jouer un rôle positif en :

- ne donnant pas de 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, mais ceux qui surviennent dans les établissements pénitentiaires étant de loin les plus exposés médiatiquement, il est important de limiter au mieux le risque de contagion dans un milieu clos.

Les questions relatives à la communication sur la réalité de la situation des suicides en prison et aux politiques conduites dans ce domaine, doivent donc être posées.

La Direction de l'administration pénitentiaire réfléchit à communiquer autrement, avec moins d'informations incomplètes et insatisfaisantes données au fil de l'eau.

³⁹ Le roman de Goethe « Die Leiden des jungen Werther » publié en 1774 conduisant à cette série de suicides fut retiré des librairies à l'époque.

⁴⁰ Source OMS 2002, [La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias](#) ; cf. annexe G.

⁴¹ Un patient suicidaire a cherché à localiser son artère fémorale suite à la publicité faite au moyen utilisé par le détenu Pierre Chanal.

Elle pourrait s'engager à rencontrer deux fois par an les journalistes des différents médias pour fournir toutes les informations nécessaires, accompagnées de commentaires et d'analyses plus approfondies.

Le Ministère de la Justice pourrait lancer une invitation aux différents médias à participer à un groupe de réflexion.

Ce groupe inclurait des experts tant des médias (et de leur influence) que du phénomène suicidaire.

L'objet de la réflexion aurait trait à l'ensemble des suicides et ne se restreindrait pas au milieu pénitentiaire. La relation des pactes suicidaires est à cet égard un point important à aborder.

La commission présidée par le sociologue David Lebreton qui a travaillé parallèlement sur la stratégie nationale de prévention du suicide de juin 2008 à janvier 2009, propose également d'agir en direction des médias, en établissant avec eux une charte éthique.

Cette piste d'action pourrait être également suivie, ou du moins étudiée, dans le cadre du groupe de réflexion proposé.

Il a été ainsi démontré qu'il convient avant tout d'aborder le suicide de manière dépassionnée en améliorant les connaissances et en sollicitant les médias qui peuvent jouer un rôle de prévention. Ces conditions sereines établies faciliteront l'action locale auprès des détenus : la construction d'un véritable plan de prévention et d'intervention, grâce à la participation de l'ensemble de la communauté carcérale.

II. Construire un plan de prévention et d'intervention avec l'ensemble de la communauté carcérale et des intervenants

La construction d'un véritable plan de prévention et d'intervention ne peut se faire qu'à partir d'une pluridisciplinarité interprofessionnelle renforcée, pierre angulaire du dispositif (A), en impliquant tous les acteurs du milieu carcéral (B) et en priorisant son action dans les quartiers les plus sensibles de la détention et pour les publics fragilisés (C).

A] RENFORCER LA PLURIDISCIPLINARITE INTERPROFESSIONNELLE, PIERRE ANGULAIRE DU DISPOSITIF

La pluridisciplinarité est nécessaire pour assurer une meilleure détection ainsi qu'une meilleure protection de la personne détenue suicidaire. La formation, par la culture et le partage des techniques qu'elle apporte, paraît être la clef pour renforcer cette pluridisciplinarité, pierre angulaire du dispositif de prévention du suicide.

1. LA FORMATION, COMME VECTEUR D'UNE CULTURE ET DE TECHNIQUES COMMUNES

Aucune autre institution n'a en France réalisé une action de formation à la prévention du suicide aussi étendue et rapide que celle engagée par l'administration pénitentiaire.

A la suite du rapport du Professeur Terra, la formation est apparue comme le premier champ d'action à investir.

C'est pourquoi, l'administration pénitentiaire a non seulement adapté ses programmes de formation initiale dispensée à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) pour l'ensemble des catégories de personnels pénitentiaires, mais s'est aussi associée au programme de formation continue mis en place par la Direction générale de la Santé (DGS).

a) La formation initiale

L'ENAP, dans la cadre de la formation initiale, a été un acteur de premier plan depuis les orientations prises en 2004 par l'administration pénitentiaire dès la publication du rapport Terra.

En effet, au cours de l'année 2004, le programme de formation de toutes les catégories de personnels a été enrichi : le nombre d'heures de cours sur le sujet a doublé⁴², la partie théorique a été revue à la lumière des conseils du Professeur Terra. De même, des mises en situation ou « simulations » propres à chaque corps ont été créées et améliorées grâce à l'intervention d'une équipe de comédiens (qui jouent le rôle des détenus, professionnalisant l'exercice et permettant à l'équipe pédagogique et aux élèves de se concentrer sur les réflexes et comportements professionnels à adopter).

Un ajustement est aujourd'hui nécessaire pour rendre la formation encore plus efficace.

⁴² Le nombre d'heures a été doublé pour les surveillants passant de 3 à 6h et renforcé pour les autres catégories de personnels : de 6 à 10h pour les personnels de direction, de 3 à 6h pour les chefs des services d'insertion et de probation et de 6 à 9h pour les conseillers d'insertion et de probation.

Celle-ci doit être enrichie notamment par les contenus de programmes étrangers qui visent à lutter contre la perte d'espoir par la mise en place d'un plan de prévention personnalisé.

La partie théorique devra aussi être actualisée au regard des avancées de la recherche en matière de « raptus suicidaires », passages à l'acte très brutaux avec une crise suicidaire plus courte que celle décrite dans le contenu des formations. Les suicides ou tentatives de suicide « par précipitation » sont en effet considérés par les professionnels en psychiatrie, notamment dans les services de traumatologie, en nette augmentation depuis quelques années⁴³. Ce constat, même s'il n'est pas encore scientifiquement évalué, pourrait se retrouver en prison. Les précipitations sont caractérisées la plupart du temps par un passage à l'acte d'une grande impulsivité, n'ayant donné lieu à aucun préparatif et le cheminement habituel de la crise suicidaire en huit étapes apparaît complètement « court-circuité ». Ces suicides sont considérés comme étant l'apanage des troubles mentaux graves comme la psychose maniaco-dépressive ou la schizophrénie. Or ces troubles mentaux ne sont pas absents des prisons comme l'a constaté l'enquête épidémiologique de 2004 conduite à la demande du ministère de la santé et du ministère de la justice⁴⁴.

Selon certains professionnels, cette formation très spécifique à la prévention du suicide doit être complétée ou précédée de formations de type « Observation et meilleure connaissance de la population pénale ». Ces formations renvoient à la notion de sécurité dynamique, où la « personnalisation de la relation » est un outil à la fois de régulation des tensions, d'information et de connaissance des personnes détenues⁴⁵.

Interrogés sur la question de la prévention du risque suicidaire, les surveillants relèvent souvent que le « nerf de la guerre » est l'information. Cela signifie qu'outre le repérage individuel des détenus (notamment par la capacité des surveillants à repérer des variations sur le plan de l'humeur et des comportements comme autant de signaux), c'est également une certaine « proximité » avec l'ensemble des détenus pris en charge qui va permettre de repérer les personnes à risques : si le surveillant connaît bien les détenus dont il a la charge, ceux-ci viendront lui parler « en confiance » et le solliciter pour signaler des codétenus suicidaires ou qui suscitent de l'inquiétude.

Cette formation peut être à la fois donnée dans le cadre de la formation initiale, mais aussi dans celui de la formation continue, au niveau des DISP⁴⁶.

⁴³ Voir les communications du Congrès « Les mots pour écouter », organisé le 9 et 10 octobre 2008 à l'Ecole normale supérieure de Lyon, organisée par le GEPS et la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison de Langue Française.

⁴⁴ Etude CEMKA-EVAL, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique), Rapport final Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), décembre 2004.

⁴⁵ Voir les travaux de la sociologue A. Chauvenet, CNRS/EHESS.

⁴⁶ C'est le cas notamment depuis deux ans de la DISP de Marseille ; cette formation est délivrée par des psychologues PEP.

b) La formation continue

La Direction générale de la Santé conduit depuis 2001 un programme de formation de formateurs qui a été étendu à partir de 2004 aux professionnels exerçant dans les établissements pénitentiaires.

La mise en œuvre de ces formations nouvelles et la réalisation préalable d'un manuel à destination des formateurs ont été confiées au Professeur Jean-Louis Terra et au Professeur Monique Séguin de l'Université de Hull au Québec.

La formation est destinée à détecter et favoriser la prise en charge de la souffrance psychique qui pourrait conduire à un acte suicidaire. Son contenu représente un modèle à utiliser par les intervenants professionnels et non professionnels des milieux sanitaires et non sanitaires, qui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre la France et le Québec pour la prévention du suicide existant depuis 1999 ; il est ainsi en partie le produit de l'expérience accumulée depuis vingt ans par les équipes de prévention du suicide au Québec.

Dans chaque région, plusieurs binômes de formateurs régionaux composés généralement d'un psychiatre et d'un psychologue, ont été formés dans le cadre de ce dispositif, puis ont mis en place à leur tour, sous la responsabilité des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), des formations interdisciplinaires territoriales sur la crise suicidaire, notamment des personnes détenues, pour les personnels pénitentiaires et sanitaires.

Un bilan des actions de ces formateurs réalisé en 2008 a montré que les professionnels pénitentiaires étaient les premiers en nombre à avoir bénéficié de ces formations⁴⁷. L'intérêt de ces formations continues réside dans l'échange qu'elles créent entre les différents acteurs du milieu pénitentiaire et plus spécifiquement, entre les personnels pénitentiaires et les personnels sanitaires.

Il convient par conséquent de poursuivre les formations de formateurs et ses déclinaisons, afin d'étendre ces connaissances et techniques à tous les acteurs de prévention du milieu pénitentiaire.

La formation des officiers pénitentiaires est une priorité, ainsi que celle des personnels de surveillance affectés dans les zones désignées classiquement comme « sensibles » que sont les quartiers arrivants, quartiers disciplinaires, quartiers d'isolement, quartiers mineurs et établissements pénitentiaires pour mineurs, zones UCSA et SMPR. La formation doit aussi être étendue aux personnels affectés aux vestiaires, à la fouille, au greffe, aux parloirs et au service du courrier (ou « vagemestre ») où ils sont les premiers en contact avec les entrants et recueillent des informations décisives de l'extérieur. Les agents n'étant pas toujours affectés au même poste, selon la taille et l'organisation des établissements, une majorité de

⁴⁷ L'administration pénitentiaire ayant contribué pour une part très importante au financement de ces actions de formation

surveillants pourra finalement être déclarée comme prioritaire et une liste devra être établie dans chaque établissement.

Les conseillers d'insertion et de probation (CIP) doivent aussi être priorités dans la formation continue. Le CIP est le professionnel de l'administration pénitentiaire spécialisé dans les entretiens, la connaissance tant globale que particulière de la personne détenue, le passage à l'acte, la préparation à la sortie, la lutte contre la récidive, l'aménagement des peines, bref tous ces éléments qui de près ou de loin, peuvent jouer un rôle prépondérant dans le passage à l'acte suicidaire. Ce dernier ne se résume en effet pas à la question de l'enfermement et la peine ne se résume pas à la relation surveillant / surveillé.

Ce professionnel doit en conséquence avoir toute sa place dans les dispositifs de lutte contre les suicides en milieu carcéral et recevoir de manière privilégiée, un complément de formation grâce au dispositif de formation continue pluridisciplinaire dispensée par les formateurs régionaux.

La formation doit donc être dispensée de préférence à l'ensemble des professionnels qui sont sur la trajectoire des personnes détenues, acteurs pénitentiaires et non pénitentiaires. La mise en commun d'une culture de prévention, d'outils et de modes de communication est l'essence même des actions qui servent l'intérêt des personnes détenues.

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

La participation de ces professionnels est vivement recommandée et a déjà été expérimentée avec succès, mais de manière encore trop exceptionnelle.

Les magistrats (parquetier, juge des libertés et de la détention, juge d'instruction, juge des enfants, juge d'application des peines...), les officiers de police et de gendarmerie, ainsi que les médecins intervenant pendant la garde à vue, doivent donc être invités localement à ces formations pluridisciplinaires dispensés par les formateurs.

La formation des formateurs doit également associer davantage tous les professionnels de santé exerçant en établissements pénitentiaires, notamment les infirmiers qui dans de nombreux établissements, constituent les premiers « maillons » de la santé en prison.

Au sein de ces personnels, il a été constaté que les pratiques de détection du risque suicidaire ne sont pas toujours systématiques, aussi bien au niveau des UCSA par les infirmiers et les médecins généralistes, qu'au niveau des équipes de psychiatrie. Même si ces dernières sont plus attentives à cette problématique, elles n'ont pas toujours de stratégie explicite et partagée. Idéalement, cette stratégie pourrait prendre la forme d'un protocole d'actions.

L'exploration de l'idéation suicidaire et du scénario élaboré n'est pas toujours réalisée par ces professionnels de santé, de l'aveu de certains d'entre eux, de manière appropriée. Trop peu de professionnels de santé s'autorisent à poser directement les questions, car ils ne sont pas convaincus de la légitimité et de la pertinence de cette exploration. Ils s'appuient avant tout sur les signes indirects de la crise suicidaire. Comme l'indique le Professeur Terra dans son rapport, les signes indirects sont précieux pour s'inquiéter mais ne peuvent dispenser de confirmer ou d'infirmer par le dialogue l'existence d'une crise suicidaire.

Acteurs majeurs de la prévention du suicide et notamment de l'intervention en cas de crise suicidaire, les personnels de santé travaillant dans les établissements pénitentiaires doivent voir leur formation à l'évaluation du potentiel suicidaire renforcée et systématisée.

Par ailleurs, il a été remarqué lors de l'ouverture de nouveaux établissements que celle-ci pouvait être source d'angoisses pour les détenus transférés et augmenter le nombre de tentatives de suicides voire de suicides, malgré une amélioration incontestable des conditions de détention. Pour cette raison, mais aussi parce que les surveillants prennent leur fonction avant l'arrivée des détenus, certaines DISP comme celle de Bordeaux, ont mis en place des formations à la prévention du suicide sur deux jours pour tous les agents affectés⁴⁸.

Cette initiative pertinente devrait être étendue à toute nouvelle ouverture d'établissement dans l'avenir.

La Direction de l'administration pénitentiaire a fait un bilan global de la formation en novembre 2008 et évalue à plus de 12 500 le nombre de personnels formés à la prévention du suicide depuis 2004 : plus de 10 000 par l'ENAP et près de 2 500 par des actions de formation continue.

Il reste toutefois encore près des 2/3 des professionnels pénitentiaires à former.

Les besoins de formation continue doivent être plus précisément évalués, car jusqu'à présent, la participation aux formations se fait sur la base du volontariat. Il conviendrait que cette formation soit dans certains cas rendue obligatoire et que des objectifs plus précis par établissement soient fixés pour que le chiffre de 100% de personnels pénitentiaires formés soit progressivement mais rapidement atteint.

Par ailleurs, afin de poursuivre l'objectif d'accentuation de la formation à la prévention du suicide, il pourrait être judicieux de prévoir un rappel annuel des bonnes pratiques d'évaluation du potentiel suicidaire.

⁴⁸ Exemple de l'ouverture du CP de Mont-de-Marsan en 2008.

c) Un rappel annuel des bonnes pratiques facilement réalisable

Une initiative très intéressante de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) pourrait constituer une action complémentaire aux formations initiale et continue.

Il s'agit d'un film de 32 minutes destiné à améliorer la prise en charge du risque suicidaire, financé par la DAP et finalisé par le professeur Terra en décembre dernier. La Direction Générale de la Santé a été associée à cette réalisation lors de la validation du montage et de la rédaction du guide d'utilisation qui accompagne le film.

Ce document professionnel montre comment l'évaluation du potentiel suicidaire peut être idéalement conduite au fil de la chaîne des arrivants : modalités d'investigation, informations pertinentes, enregistrement des données sur la grille d'évaluation du potentiel suicidaire. Il suit l'arrivée en détention de deux personnes (l'une connaissant une crise suicidaire très avancée avec peu de signaux et l'autre une crise assez bruyante mais peu avancée en termes d'urgence suicidaire). Le plan de prévention personnalisé pour chaque personne est présenté dans ses grandes lignes. Ce film fait le choix de développer une pédagogie par l'exemplarité.

Destiné à toutes les personnes exerçant en milieu pénitentiaire, incluant les membres des commissions de prévention du suicide, sa diffusion rapide dans le premier trimestre 2009 dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, peut accroître les compétences, renforcer les bonnes pratiques, les harmoniser et induire une inflexion du nombre de décès par suicide du à une non-détection.

Ce film permettra ainsi de rappeler les bonnes pratiques pour les agents déjà formés et constituera une initiation pour les agents plus anciens qui n'avaient pas été formés initialement à l'Ecole, voire une incitation à suivre une formation plus poussée.

Ce film est en outre un outil pédagogique supplémentaire pouvant être utilisé dans le cadre des formations initiales à l'ENAP ou des formations continues délivrées par les formateurs.

Il convient de souligner que ce film illustre les premières étapes de la prévention du suicide, en particulier l'évaluation du potentiel suicidaire et les premières mesures de protection avec un aperçu du rôle des différents personnels pénitentiaires et leur articulation avec les personnels sanitaires (représentés par une infirmière de l'UCSA).

En effet, l'arrivée en détention constitue une période d'extrême fragilité pour les personnes incarcérées ; même si de plus en plus de personnes détenues présentant un risque suicidaire sont prises en charge grâce au dispositif de repérage mis en œuvre à l'arrivée en détention, l'évaluation du risque suicidaire, de son urgence et la mise en place d'une protection adaptée, peuvent être encore améliorées.

Cette démarche d'évaluation et de travail ou d'échanges pluridisciplinaires devra être systématisée tout au long du parcours en détention.

Ce nouvel outil permet de mettre l'accent sur les trois points clefs présentant une marge de progression en matière de prévention du suicide :

- oser poser clairement les questions et évoquer le suicide avec la personne détenue suicidaire ;
- renforcer la pluridisciplinarité à travers les commissions pluridisciplinaires et les communications informelles ;
- définir (puis exécuter) un plan global d'intervention, au delà des mesures de protection passive de la personne détenue.

Enfin, tant les formations initiales que continues ou encore les rappels annuels de bonnes pratiques doivent être complétées par une évaluation des pratiques professionnelles afin d'améliorer le dispositif global de formation et de l'adapter constamment aux réalités de l'exercice professionnel des agents.

d) Une évaluation des pratiques professionnelles à mettre en place

Un dysfonctionnement a pu être constaté lors de l'analyse des décès par suicide : crise non détectée alors qu'il existait des éléments indiquant que la personne préparait son suicide, défaut d'utilisation de la grille d'évaluation ou de la traçabilité des actions entreprises...

L'écart entre les recommandations et les pratiques réelles doit être précisément mesuré pour pouvoir ensuite être progressivement comblé.

Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles sont maintenant bien implantées dans le milieu de la santé et notamment dans les établissements de santé. Elles permettent de mesurer les écarts éventuels entre la qualité souhaitée et la qualité réelle d'un acte professionnel de soins ou de prévention. L'utilisation de ces méthodes nécessite le recours à des critères explicites de qualité qui portent essentiellement sur le processus de l'acte professionnel.

L'important effort de formation fait pour l'ensemble des professionnels exerçant dans les établissements pénitentiaires doit être évalué quant à son influence sur les pratiques professionnelles de détection des crises suicidaires et d'intervention. Le résultat attendu des formations est l'application concrète de recommandations pour l'ensemble des personnes détenues.

La conférence de consensus sur la crise suicidaire d'octobre 2000, le contenu des formations délivrées (initiale et continue) et la grille mise en place par l'administration pénitentiaire, permettent d'identifier des critères explicites de qualité.

Il est recommandé que dans chaque établissement pénitentiaire une évaluation des pratiques professionnelles soit réalisée périodiquement afin de vérifier la mise en œuvre régulière des compétences des différents professionnels.

L'évaluation des pratiques professionnelles peut être réalisée, notamment à la suite de la présentation du film de formation, sur un nombre limité de détenus arrivants (de 10 à 30). S'il y a des écarts de pratiques par rapport aux critères de qualité, les causes sont à identifier pour apporter les changements adaptés. Une seconde évaluation intervenant trois à six mois après doit vérifier les progrès accomplis.

Les acteurs sanitaires, rompus à l'utilisation de ces méthodes, peuvent jouer un rôle moteur dans la mise en place de ce type d'évaluation. Il s'agit d'évaluer une « performance collective » pour savoir si les personnes détenues ont dans chaque établissement une chance égale de bénéficier d'une détection adaptée d'une éventuelle crise suicidaire. Lors de la présentation du film destiné à rappeler les étapes essentielles de l'intervention de crise, les participants pourront utiliser ces critères de qualité pour apprécier le processus d'intervention pour les deux cas fictifs.

Le renforcement de la formation dans toutes ces dimensions permettra d'améliorer l'élément premier de toute politique de prévention du suicide efficace : le repérage du risque de suicide.

2. LA DETECTION DU RISQUE DE SUICIDE

Si 50% des personnes qui décèdent par suicide en détention n'avaient pas été détectées comme suicidaire selon les données 2006 et 2007 analysées par la commission centrale de suivi des actes suicidaires, plus de 70 % avaient été repérées d'une façon ou d'une autre en 2008⁴⁹.

Ainsi, le taux de détection qui était en 2001 et 2002 de 25 %, a plus que doublé en cinq ans et a encore augmenté en 2008. On peut supposer que ce changement a dû jouer un rôle dans la réduction du nombre de décès par suicide observée ces trois dernières années, notamment en 2006 et 2007.

⁴⁹ cf. partie I A] 1. Le bilan de la politique récente du gouvernement

Pour diminuer encore plus le nombre de décès, la détection doit être renforcée, même si elle ne suffit pas à elle seule à prévenir le passage à l'acte suicidaire. Pour être meilleure, elle doit être pluridisciplinaire.

Le repérage de la crise suicidaire par le personnel pénitentiaire est encouragé depuis 2002 par l'accentuation de la formation à la prévention du suicide, mais surtout par la mise à disposition de grilles de détection.

a) La grille d'évaluation du potentiel suicidaire

La première grille de repérage créée figure dans la circulaire du 26 avril 2002⁵⁰. Cette grille est qualifiée de « *premier outil d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire* ». Elle est destinée à être remplie uniquement par le personnel de direction ou le chef de service pénitentiaire selon le cas, en charge de l'accueil des arrivants. Son exploitation doit « *nécessairement* » faire l'objet d'échanges entre les différents services (SPIP, UCSA, l'équipe de soins psychiatriques). L'objectif est de mettre en relief certains aspects ou facteurs qui laissent à penser qu'une personne peut tenter de se suicider et d'aider le chef d'établissement à décider des « *mesures adaptées pour les personnes détenues repérées comme suicidaires* ».

Les personnels de santé sont quant à eux invités à utiliser parallèlement des outils d'évaluation du risque suicidaire parmi ceux préconisés par la conférence de consensus sur la crise suicidaire.

Cette grille présentée comme faisant l'objet d'une expérimentation de six mois ne sera finalement pas évaluée. Elle sera en réalité très peu utilisée car considérée par beaucoup de personnels comme trop complexe à remplir.

Un nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire plus simple et plus lisible a en conséquence été mis au point par l'administration pénitentiaire en 2007 afin de remplacer la précédente grille⁵¹.

Issu de la réflexion d'un groupe de travail associant des représentants du ministère de la santé et de l'administration pénitentiaire, des praticiens exerçant en milieu pénitentiaire et des responsables pénitentiaires, conçu toujours sous la forme d'une grille, ce nouvel outil a repris les recommandations de la conférence de consensus d'octobre 2000 (« La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ») sur l'identification des facteurs de risque, l'évaluation de l'urgence et de l'accessibilité aux moyens d'un passage à l'acte (ou « dangerosité »).

La notice d'utilisation accompagnant sa diffusion, précise que la grille, composée de différents items, doit être remplie « *à l'issue de l'entretien effectué lors de l'arrivée en*

⁵⁰ Cf. annexe C.

⁵¹ Cf. annexe C, note DAP du 14 mai 2007.

détention » de la personne incarcérée et au vu des renseignements tirés du dossier individuel. Il est par ailleurs toujours possible et recommandé de compléter les items lorsqu'une information est recueillie au cours de nouveaux entretiens, notamment par les personnels de surveillance, d'insertion et de probation ou les personnels de l'UCSA. La grille doit être actualisée « *en tant que de besoin* » et doit être transmise à la commission de prévention du suicide.

Cette grille, à la différence de celle de 2002, peut donc être remplie de manière pluridisciplinaire, même si la personne qui en a la responsabilité demeure le personnel pénitentiaire.

Il convient de remarquer que ce système de grille d'évaluation pour détecter un risque suicidaire chez la personne détenue sur la base de critères simples n'est pas propre à la France et qu'il semble faire ses preuves dans d'autres pays, tels les Pays-Bas. En effet, les surveillants y sont formés à l'utilisation systématique et régulière de cette grille⁵².

Le bilan réalisé par l'administration pénitentiaire en novembre 2008 permet de souligner que l'utilisation de la grille lors de l'entretien arrivant est systématique dans plus de 87% des établissements pénitentiaires. Ceux-ci se sont à tel point appropriés ce nouvel outil que 19 % d'entre eux ont pris l'initiative de l'adapter. Cette adaptation devra être expertisée pour s'assurer du respect des trois temps de l'appréciation de gravité d'une crise suicidaire.

Si certaines remarques sont encore faites sur le manque de lisibilité ou l'inadéquation de certains items, la grille ne paraît pas poser de problèmes d'utilisation⁵³.

Cela ne signifie pas pour autant que l'entretien mené soit un véritable moment d'évaluation du potentiel suicidaire par le chef d'établissement ou son représentant (dans la plupart des cas : le gradé) ; les grilles peuvent être remplies de manière assez automatique et le sont parfois uniquement parce qu'il s'agit d'une obligation.

Cela ne signifie pas non plus que les établissements l'intègrent systématiquement comme outil de gestion. La grille n'est pas encore suffisamment utilisée à d'autres moments de la détention de la personne détenue (seulement 48,7 % des établissements reconnaissent le faire) et elle n'est jamais transmise au même titre que le rapport d'incident ou la fiche pénale à la direction de l'administration pénitentiaire qui demande la communication des pièces nécessaires à l'examen d'un dossier de suicide lors de la commission centrale de suivi des actes suicidaires.

Des représentants de personnels⁵⁴ font en outre remarquer un « *manque de clarté* » ou une confusion existante depuis l'utilisation demandée d'une nouvelle grille d'évaluation

⁵² Cf. annexe E.

⁵³ Cf. annexe B sur l'enquête de novembre 2008 menée auprès des DISP.

⁵⁴ SNEPAP/FSU ; cf. annexe H sur les auditions des organisations professionnelles pénitentiaires.

destinée au repérage de la dangerosité au sens classique du terme, c'est-à-dire pénitentiaire (risque d'évasion, d'agression...). Il conviendra de clarifier ce point.

La grille d'évaluation pourrait en conséquence faire l'objet d'une note de rappel quant à son utilisation : respect de la forme adoptée avec trois axes (facteurs de risque, urgence et dangerosité du passage à l'acte), renseignement systématique pour les arrivants (avec un objectif de 100%), encouragement quant à son appropriation par l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la personne détenue (dont les personnels d'insertion et de probation et le personnel sanitaire), mais aussi précision quant aux moments clés du parcours pénitentiaire pour lesquels la grille pourrait être utilisée de nouveau.

En effet, afin de développer la détection du potentiel suicidaire tout au long du temps de détention, il pourrait être préconisé d'utiliser systématiquement la grille ou de se poser explicitement la question du risque suicidaire à d'autres moments dits « sensibles », précisément identifiés et listés, pour toute personne détenue, prévenue ou condamnée (avant et après un jugement, un renouvellement de mandat de dépôt, avant tout placement dans un quartier à risque comme le quartier disciplinaire ou le quartier d'isolement, avant et après un transfert...).

Mais au-delà de cet outil de repérage propre à l'administration pénitentiaire et à ses partenaires sanitaires, une des pistes d'actions concrètes d'amélioration du dispositif de détection du risque de suicide, consisterait à mettre en œuvre une base documentaire partagée à partir de l'arrestation jusqu'à l'écrou, en passant par la garde à vue et la comparution chez le juge.

b) La mise en place d'une fiche de liaison sur le risque suicidaire et de protocoles d'actions avec les différents partenaires de l'administration pénitentiaire

Cette idée avait déjà fait l'objet d'une proposition par le Professeur Terra dans son rapport de 2003 (5^{ème} recommandation) : « *Parce que les facteurs de risque de suicide se situent dans des domaines très divers (histoire personnelle, troubles psychiques, évènements de vie), tout professionnel ou bénévole peut recevoir des confidences d'une personne en crise suicidaire, cette dernière souvent tendue et épuisée risquant de ne pas se confier plusieurs fois, un support commun doit servir au recueil des informations pertinentes...* ».

Une telle fiche de liaison qui serait ouverte lors de la garde à vue et suivrait la personne déférée puis écrouée, mériterait d'être enfin expérimentée. Le dispositif à mettre en place est interministériel (Intérieur, Santé, Défense, Justice).

Pour la Justice, il concernerait trois directions : la direction des affaires criminelles et des grâces, la direction de l'administration pénitentiaire et la direction de la protection judiciaire de la jeunesse.

La fiche de liaison permettrait de suivre de façon continue l'état d'esprit de la personne et diminuerait le risque de perdre une information importante pour prévenir le suicide. Un tel document faciliterait une meilleure prise en charge des conduites à risque lors de l'arrivée en détention.

Il ne s'agit évidemment pas de partager toute l'information, mais d'aboutir grâce à une action collective, à une meilleure évaluation. Il serait ainsi créé un fil conducteur permettant la communication et la coordination entre les acteurs, dans le respect du secret professionnel de chacun.

Cette fiche noterait tous les événements remarquables ou observations ayant trait à un risque potentiel de suicide. Chacun des acteurs aurait l'obligation de renseigner cette fiche unique et commune qui, in fine, serait transmise à l'établissement d'incarcération à destination des personnels pénitentiaire et médical. Le document élaboré pourrait, par exemple, faire état d'un comportement d'abattement qu'aurait constaté l'officier de police judiciaire ou le magistrat.

Il conviendrait bien entendu de mettre en place au plus vite une formation au repérage du risque suicidaire pour tous ces professionnels intervenant en amont de l'écrou et notamment pendant la garde à vue (Police, Gendarmerie, médecins intervenant durant les gardes à vue, magistrats).

Cette mesure mise en œuvre en amont de l'incarcération, devrait être associée à l'élaboration de protocoles pratiques d'orientation des personnes repérées avant l'écrou à très haut risque suicidaire vers des structures médicales d'urgence. Cela éviterait l'arrivée en détention la nuit, le vendredi soir par exemple, de personnes pour lesquelles le magistrat demande à l'établissement pénitentiaire un examen psychiatrique d'urgence pour cause de troubles du comportement manifestes et/ ou de risque suicidaire.

Ainsi, en complément de la fiche accompagnant la personne depuis son arrestation jusqu'à son incarcération et le protocole d'orientation vers des structures médicales d'urgence pour les gardés à vue repérés, les relations avec les autorités judiciaires en amont pourraient être également mieux organisées.

Une information téléphonique du magistrat (juge d'instruction, juge des libertés, juge des enfants ou parquet) au chef d'établissement ou à son représentant, comportant toute indication propre à individualiser et ainsi optimiser l'accueil d'une personne repérée fragile ou au profil particulier, pourrait être systématisée.

Il serait aussi utilement mis fin à la pratique des arrivées en détention de personnes fragiles non annoncées, notamment à une heure tardive, un week-end ou un jour férié.

L'exemple du groupe de suivi du fonctionnement de l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs du Rhône, placé sous la coprésidence du premier président de la Cour d'appel de Lyon, du procureur général et des directeurs interrégionaux des services pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse, pourrait servir de modèle. Mis en place en juin 2007, le groupe de suivi a produit en avril 2008, un ensemble de préconisations de bonnes pratiques très concrètes, dont plusieurs ayant trait à une meilleure articulation des différents intervenants de la chaîne pénale en amont et pendant l'incarcération, se traduisant par une meilleure prise en charge du risque suicidaire des mineurs.

Des éléments plus précis (que la seule mention « risque suicidaire +++ ») pourraient également figurer dans les notices individuelles du magistrat instructeur, dans l'attente de la réalisation de la fiche de liaison préconisée ci-dessus.

Cet aspect pourrait être étudié et faire l'objet de propositions dans le cadre du groupe de travail qui serait mis en place pour la création d'une base documentaire partagée.

Enfin, concernant toujours l'amélioration du repérage et l'articulation avec d'autres acteurs de la prévention du suicide, des protocoles d'actions afin de prévenir toute situation à risque pourraient être définis également avec les responsables sanitaires de l'établissement.

Des expériences intéressantes existent dans certains établissements et pourraient être suivies voire généralisées, comme par exemple, le dispositif mis en place par un SMPR, de centralisation et de suivi des signalements des comportements auto-agressifs par l'intermédiaire des référents suicide de l'établissement qui leur attribuent un coefficient d'urgence⁵⁵, ou la pratique d'hospitalisation en UHSI pour observation de personnes détenues fragiles ayant commis une tentative de suicide pendant ou la veille d'un week-end⁵⁶.

Cependant, si la détection du risque de suicide des personnes détenues constitue une étape essentielle de la prévention qui comporte encore aujourd'hui une marge possible de progression, notamment par son extension à d'autres acteurs que les personnels pénitentiaires et sanitaires, le principal levier pour prévenir le suicide est la réduction des souffrances de chaque personne détenue grâce au déploiement d'un plan de protection personnalisé.

⁵⁵ Exemple du SMPR du CP de Metz.

⁵⁶ Dans l'attente de l'ouverture des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui pourraient ensuite remplir ce rôle, voire même pouvoir garder en observation des personnes en crise aiguë suicidaire. Cette pratique existe à l'UHSI de Marseille pour tous les détenus des établissements pénitentiaires dépendant de cette unité hospitalière.

3. LA PROTECTION

Beaucoup d'énergie est déployée aujourd'hui pour repérer les personnes à risque suicidaire ; il faut désormais se montrer tout aussi volontariste pour prévenir directement le suicide.

Le plan de protection doit être l'une des composantes de la procédure de prise en compte globale du risque suicidaire. Les différentes mesures de protection envisagées doivent l'être au regard du degré d'urgence à agir et de l'évaluation du risque de passage à l'acte.

Ce plan de protection ne doit pas se limiter à une surveillance passive et à des mesures techniques mais contenir une pluralité d'actions, formalisées au sein de l'instance centrale en matière de prévention du suicide dans les établissements : la commission pluridisciplinaire prévention du suicide.

a) La commission pluridisciplinaire prévention du suicide

Actuellement dans les établissements pénitentiaires, la commission pluridisciplinaire prévention du suicide est une composante de la Commission pluridisciplinaire unique (CPU) dans la majorité des cas, ou une commission ad hoc spécifique prévention suicide (dans une trentaine d'établissements, essentiellement des établissements pour peine).

Le rôle des commissions pluridisciplinaires consiste par définition à « croiser les regards » et les champs de compétences, tant sur le plan de la connaissance de la personne détenue que sur les modes de réponses à lui proposer.

Une triple évaluation pluridisciplinaire des risques (suicidaire, agression sur personnels, agression des codétenus), des besoins (de prise en charge et d'écoute, de contacts familiaux, de travail, de formation, d'enseignement) et des potentialités (capacités de mobilisation), doit être réalisée dans le cadre de la CPU, avec pour objectif, non seulement de « détecter » les détenus les plus fragiles et dans certains cas les plus « dangereux »⁵⁷, mais surtout de proposer à chacun un parcours d'exécution de peine et une prise en charge institutionnelle adaptée (décisions d'affectation dans les étages, du choix de régime différencié, doublement ou non en cellule, classement dans un poste de travail ou de formation, orientation vers le soin...).

Penser le rôle des CPU ou de la commission spécifique prévention suicide, uniquement en terme de signalement et d'enregistrement des « détenus suicidaires » serait une erreur, puisque la prévention du risque de suicide suppose à l'inverse un travail d'analyse plus

⁵⁷ Edition de fiches de signalement, édition des CCR, etc.

approfondi dans lequel l'ensemble des acteurs (personnels de surveillance, CIP, professionnels de la santé en premier lieu) ont un rôle à jouer sur l'organisation même de la vie en détention des détenus concernés. Ils prennent ensemble des décisions ou orientations afin d'essayer de répondre au vécu d'une souffrance psychique intense.

La commission pluridisciplinaire prévention du suicide ne doit donc pas se contenter d'être une instance de repérage des sujets à risque, mais elle doit être un lieu de choix, de conception, de suivi et d'évaluation de mesures concrètes.

Il est tout d'abord indispensable que ces commissions soient mises en place dans chaque établissement pénitentiaire sans exception. Actuellement, elles existent dans plus de 85% des établissements. L'objectif de 100% doit être atteint au plus vite.

Il faut ensuite que les commissions pluridisciplinaires prévention du suicide aient un fonctionnement harmonisé sur tout le territoire, même si des spécificités peuvent exister en fonction de la taille, de la nature et des contraintes des établissements.

Ainsi, en premier lieu, un rythme de réunion au minimum bimensuel est recommandé afin qu'un véritable suivi soit formalisé.

En second lieu, le fonctionnement de la commission doit répondre à une organisation précise.

Il est notamment primordial qu'à l'issue de chaque commission, une liste de détenus repérés soit constituée et mise à jour en prenant en compte les inscriptions initiales, les maintiens ou les retraits. Cette liste doit être diffusée à l'ensemble des services concernés. Le service du greffe de l'établissement ne doit pas être oublié car il doit systématiquement prévenir le chef d'établissement ou son représentant, de toute évolution notable des situations pénales des personnes détenues figurant sur la liste avant notification à la personne intéressée, afin qu'une éventuelle mesure préventive soit prise.

Idéalement, à l'instar de ce qui est pratiqué au centre pénitentiaire de Toulon-La Farlède, chaque situation abordée doit faire l'objet d'une fiche de suivi qui est renseignée pendant la commission, comprenant un rappel des origines du signalement initial et des observations, du suivi des orientations décidées précédemment, mais aussi des décisions prises par la commission. L'avis médical est essentiel dans la prise de décision, mais les autres avis doivent aussi être pris en considération avec attention. C'est la commission, présidée par le chef d'établissement ou son représentant, qui prend la décision finale.

Les décisions peuvent concerner, par exemple, la prise en charge médicale rapide par le pôle psychiatrique, l'organisation d'un parloir rapide par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), l'octroi d'un visiteur de prison, l'examen prioritaire d'un

classement au travail, l'inscription à une formation professionnelle, un cours scolaire, une activité socioculturelle ou sportive . Elles peuvent aussi comprendre des mesures comme une surveillance renforcée des personnels de surveillance (mise en surveillance spéciale), un changement de cellule (doublement ou plus rarement isolement), le contrôle plus attentif du courrier ou des cantines...

Aujourd'hui, la mesure la plus souvent prononcée est « la mise sous surveillance spéciale »⁵⁸. Celle-ci consiste en un renforcement des rondes, principalement en service de nuit (la norme étant une ronde toutes les deux heures). S'il ne peut être fait l'économie de cette mesure, celle-ci doit être davantage graduée en fonction du niveau de risque et être appliquée à un nombre restreint de détenus (et non à tout détenu « fragile »).

C'est pourquoi, il est primordial que cette mesure soit décidée (ou validée a posteriori en cas d'urgence) en commission, après examen avec tous les acteurs quant à son opportunité. Cela devrait avoir pour effet de limiter le nombre de surveillances spéciales et donc d'en améliorer l'efficacité.

Elle pourrait être graduée en trois niveaux :

- surveillance classique : une ronde toutes les deux heures de jour comme de nuit ;
- surveillance renforcée : une ronde toutes les heures de jour comme de nuit ;
- surveillance ultime ou « mesure de sauvegarde » : ne jamais laisser seul ou sans surveillance directe, de jour comme de nuit, le détenu à très haut risque de suicide ou en crise suicidaire⁵⁹.

Par ailleurs, pour mettre fin à l'inconvénient majeur de cette mesure qui est de réveiller trop fréquemment la personne détenue, ce qui peut avoir un effet anxiogène et accroître ses troubles et par conséquent le risque de passage à l'acte, il pourrait être étudié, après expérimentation, le déploiement de moyens techniques sophistiqués comme des lunettes à infrarouge⁶⁰.

La fiche de suivi établie lors de la réunion de la commission, doit être ensuite transmise à chaque service concerné en toute confidentialité. Un exemplaire est également nécessairement communiqué au service du greffe de l'établissement afin d'être intégré au dossier pénal dans une section qui pourrait être créée et nommée « suivi de la prévention du risque suicidaire » ; il pourrait être par ailleurs recommandé à chaque chef de bâtiment ou de secteur, de faire de même au sein du dossier d'observation ou du livret individuel.

Ainsi, chaque personne détenue présentant un risque suicidaire caractérisé, ferait l'objet d'un plan de protection individualisé, évalué régulièrement, avec une déclinaison précise d'actions.

⁵⁸ Cf. bilan des DISP, annexe B, op.cité.

⁵⁹ Exemple du CP de Metz ou de la MA de Bordeaux-Gradignan qui peut, par exemple pendant la promenade du codétenu, doubler momentanément le détenu à très haut risque suicidaire avec un « auxi » (détenu travaillant au service général).

⁶⁰ Idée de M. Audouard, directeur de la MA de Bordeaux-Gradignan, concernant une technique utilisée dans certaines structures hospitalières.

b) La pluridisciplinarité des acteurs de la protection

La commission pluridisciplinaire prévention du suicide doit, comme son nom l'indique, réunir une large catégorie d'acteurs du milieu pénitentiaire. Etant une instance décisionnelle en matière de prévention du suicide, cette commission pluridisciplinaire est naturellement présidée par le chef d'établissement ou son représentant (habituellement son adjoint).

Actuellement, ces commissions sont majoritairement composées de personnels pénitentiaires (chef d'établissement ou son représentant, gradé, SPIP, parfois référent local de formation), de personnels de santé (UCSA, pôle psychiatrie, mais pas toujours les médecins), et du psychologue PEP (Projet et/ou Parcours d'Exécution de Peine) dans les établissements pour peine.

Les surveillants ne sont pas suffisamment associés à ce type de réunions, alors que leur participation (un représentant changeant à chaque fois) serait profitable à tous points de vue : apport d'informations concrètes à la commission, démonstration pour eux (et leurs collègues par retour d'expérience) de la possibilité et de l'intérêt du travail partenarial sur le terrain...

D'autres intervenants sont invités comme le personnel de l'Education nationale ou les aumôniers, mais pas tous les partenaires de l'administration pénitentiaire, qu'ils soient ou non bénévoles.

Il serait profitable d'ouvrir davantage ces commissions pluridisciplinaires à l'ensemble des partenaires, les bénévoles (visiteurs de prison, secours catholique, bénévoles de l'accueil des familles...) ou partenaires privés (pour les établissements pénitentiaires à gestion mixte). Cette démarche pourrait être étendue à d'autres réunions pluridisciplinaires comme les commissions arrivants.

Mais la pluridisciplinarité ne se limite pas à la CPU. Celle-ci doit se traduire au quotidien par des communications plus ou moins informelles.

Celles-ci sont notamment primordiales avec le personnel sanitaire et ne sont pas toujours exemptes de difficultés.

En effet, le personnel pénitentiaire fait parfois état sur le terrain de mauvaise communication avec le service médical, celui-ci ne participant pas toujours aux réunions pluridisciplinaires, notamment aux CPU et surtout « ne voulant pas donner d'informations se réfugiant derrière le respect du secret médical ». L'incompréhension se retrouve de part et d'autre car le personnel médical se dit aussi parfois étonné de ne pas disposer d'informations utiles comme celle concernant la libération ou le transfert d'un détenu qu'il suivait.

Il est constaté une hétérogénéité des situations selon l'engagement des professionnels, l'intégration de l'UCSA et du SMPR dans le fonctionnement pénitentiaire et l'existence de relations interpersonnelles.

Les médecins travaillant en établissement pénitentiaire rappellent la raison d'être du secret professionnel médical : « *la particularité des informations (entendues, vues ou simplement comprises) que possède un médecin traitant au sujet d'un patient est qu'elles sont ainsi par nature à caractère médical et confidentiel. Donner des informations pour un médecin ne doit se faire qu'à très bon escient : au patient lui-même (relativement facile encore que...), à ses proches (avec son accord), à des tiers (par dérogation légale ou nécessité vitale). L'efficacité thérapeutique est à ce prix. Elle tient à ce que les patients savent pouvoir se confier à nous en toute confiance, liberté et confidentialité* »⁶¹. Mais ils précisent également que la médecine en prison a une position nécessairement « articulée », car « *le soin ne peut se déployer qu'en prenant en compte les réalités (et leurs acteurs) inhérentes au processus judiciaire ou à la trajectoire pénitentiaire* »⁶².

Le décloisonnement efficient de l'information entre les acteurs dans le respect des règles éthiques et déontologiques de chacun, passe par la recherche de relations de confiance et la création de liens professionnels. La question de la confiance est au cœur du problème. « *Nous ne pouvons travailler en confiance que si nos identités professionnelles sont affirmées et assurées* »⁶³. La formation commune des acteurs, sur des thèmes et méthodes simples, en est sûrement un outil privilégié.

Définir comment travailler ensemble, déterminer le rôle de chacun et se coordonner (pour les questions concrètes telles que l'accueil des arrivants de liberté, de transfert, la gestion des signalements urgents ou non, l'organisation des relais à la sortie de prison concernant l'hébergement, les revenus, les soins si nécessaires) est indispensable. Les comités divers mis en place par le guide méthodologique de 2005⁶⁴ doivent être mis à profit pour favoriser ces échanges.

Réaffirmer que le risque suicidaire, du fait des troubles psychologiques ou psychiatriques, constitue une information qui doit circuler entre les professionnels pénitentiaires et de santé en commission prévention suicide, est une nécessité, ainsi que l'article 8 de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, l'a rappelé.

⁶¹ Catherine Paulet, médecin chef de service du SMPR de Marseille, présidente de l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Article R6112-23-10° du Code de Santé Publique, rappelé dans le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de septembre 2004 mis à jour par la circulaire DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n° 2005-27 du 10 janvier 2005

Bien sûr les contacts informels peuvent parfois plus efficacement régler des situations problématiques tout en renforçant la confiance, mais la communication institutionnelle doit être améliorée sur le terrain.

Au niveau des administrations centrales, la réflexion autour de la communication entre les personnels pénitentiaires et les personnels de santé, fait aujourd'hui l'objet d'avancées autour de la notion de « partage opérationnel d'information ». Des discussions formalisées dans le cadre d'un groupe de travail santé-justice en cours depuis le 19 décembre 2008 sur les échanges d'informations, ont été ainsi engagées.

Les résultats sont attendus pour aider à faire évoluer certaines pratiques, car ainsi que l'ont démontré certains chercheurs américains, la rupture de communication entre les personnels pénitentiaire, médical et psychiatrique est un facteur fréquemment cité dans les recherches sur les détenus décédés par suicide (Anno 1985 ; Appelbaum et coll. 1997 ; Hayes 1995). Dans le système carcéral américain, les établissements qui maintiennent une approche multidisciplinaire évitent généralement les suicides. Comme le dit ce médecin :

« L'élément clé d'une approche efficace dans la prévention du suicide et en situation de crise se trouve dans la capacité de chacun à faire tomber les barrières de la territorialité et à adopter un respect mutuel pour les aptitudes professionnelles, les responsabilités et les limites du personnel pénitentiaire et des psychiatres. Chacun d'entre nous, en mettant de côté ses affiliations professionnelles, doit véritablement s'engager à aller de l'avant et à reconnaître que la prévention du suicide et les soins psychiatriques qu'ils sous-tendent ne sont efficaces que lorsqu'ils sont prodigués par des professionnels agissant à l'unisson. Tout comme un surveillant ne peut assurer seul la sécurité de l'établissement pénitentiaire, un psychiatre seul ne peut assurer la sécurité et le bien être de chaque détenu. (Severson 1993) ».

Ainsi, malgré des divergences parfois persistantes sur le terrain, une véritable prise en charge pluridisciplinaire des personnes détenues par des personnels ayant à la base une culture professionnelle différente, grâce à une communication fonctionnelle et confiante, est possible et doit être toujours encouragée.

La pluridisciplinarité pourra aussi s'incarner dans les référents de la politique de prévention du suicide qui devront être désignés dans chaque établissement pénitentiaire.

Il paraît effectivement nécessaire qu'au sein de tous les établissements, une équipe de référents prévention du suicide soit garante de la mise en œuvre de la politique locale de prévention du suicide définie par le chef d'établissement, afin d'animer l'ensemble du dispositif et de mettre en place un système efficient de remontée et de centralisation des informations.

Il est préconisé qu'un trinôme de référents soit désigné, réunissant dans la mesure du possible des professionnels ayant une bonne connaissance de la population placée sous main de justice ainsi que des textes et recommandations émanant des autorités tutélaires. Ce trinôme serait composé d'un cadre pénitentiaire (idéalement un officier), d'un personnel d'insertion et de probation et d'un cadre sanitaire.

Il convient d'insister sur la place essentielle, dans cette équipe de référents, du conseiller d'insertion et de probation (CIP).

En effet, bien que formés comme les autres personnels à la question de la lutte contre le suicide, les CIP paraissent encore insuffisamment associés au dispositif de prévention, alors même qu'ils se sentent très concernés par cette problématique et qu'ils disposent d'une quantité d'informations essentielles et une vision pouvant utilement contribuer à la mise en œuvre d'un plan de protection réussi.

Le CIP ne peut pas ne pas être au cœur, lui aussi, du dispositif de prévention du suicide. Détenteur d'informations primordiales, facilitateur du lien social de la personne détenue, le CIP doit être davantage associé à l'ensemble des réunions pluridisciplinaires, notamment la commission prévention du suicide et a sa place en tant que référent de la politique locale de prévention du suicide.

Cette catégorie de professionnels peut et doit s'inscrire dans une dimension partenariale, qui s'appréhende d'abord par le binôme que le CIP peut former avec le surveillant (ou gradé). L'expérimentation de ce binôme CIP/surveillant, tentée dans le cadre des « programmes courtes peines », a démontré combien ce regard croisé, cette approche conjointe, convergente parfois, mais toujours complémentaire, était de nature à mieux connaître le détenu, sa problématique et par conséquent les stratégies qu'il convient de mettre en place pour éviter la récidive. Ce qui fonctionne dans ce cadre peut aussi fonctionner dans l'élaboration de la mise en œuvre d'un dispositif de prévention des suicides.

La question de la lutte contre le suicide étant aussi une question de santé (et de santé publique), le troisième partenaire incontournable est le professionnel de santé notamment en raison de sa connaissance du passage à l'acte suicidaire. Mais sa participation à ce trinôme ne suffit pas en soi ; il faut aussi comprendre le milieu spécifique que constitue la prison, tout en gardant ses repères professionnels et éthiques propres. C'est dans cette transversalité que se trouve probablement une des clés de la connaissance des individus qui sont confiés à l'administration pénitentiaire, moyen d'action essentiel pour prévenir le suicide.

L'intérêt de nommer un trinôme référent permettrait à ces personnes de développer un savoir et un savoir faire, un langage commun tout en apportant leur expertise spécifique.

Le trinôme de référents ainsi constitué, aura pour mission de dynamiser en permanence la procédure de prise en charge globale du risque suicidaire.

Membre et organisateur de la commission pluridisciplinaire prévention suicide, il sera vecteur d'informations, veillera à la bonne utilisation des outils de détection (fiche de liaison, grille d'évaluation), s'assurera que les protocoles d'action envisagés dans la procédure globale puissent être mis en place au sein de la structure, évaluera régulièrement les différents segments de la procédure globale, sera force de proposition pour le plan local de formation, participera à la formation des personnels et jouera un rôle d'interface entre l'établissement et la direction interrégionale sur cette question.

Ces référents ne seront en aucun cas chargés des entretiens avec les personnes détenues repérées à risque ou en crise. Spécialistes de la question de la prévention, ils n'en seront pas pour autant responsables et exécutants de toutes les actions, mais uniquement les coordonnateurs et les animateurs. Il ne faudrait pas qu'une responsabilisation excessive des référents entraîne un désinvestissement des autres acteurs ou en cas de suicide, une culpabilisation excessive chez eux.

Les référents prévention suicide pourraient être en charge de l'expérimentation d'un outil permettant de « recenser les souffrances de chaque détenu » qui serait une aide précieuse pour la commission pluridisciplinaire afin de définir les actions du plan de protection et les acteurs pouvant les atténuer.

c) Expérimenter la mise en place d'un outil permettant de recenser les souffrances de chaque personne détenue

Les facteurs de risques de suicide sont nombreux, mais c'est parce qu'ils sont associés à des souffrances durables et insoutenables, avec des réponses souvent partielles et imparfaites, qu'ils sont le témoin d'un risque plus élevé.

La stratégie essentielle de réduction du risque de suicide revient à atténuer la souffrance de la personne.

L'identification des émotions et des sentiments liés à ces souffrances est nécessaire pour apporter des réponses adaptées.

Les principales souffrances (source SC Shea, 2005) qui peuvent conduire à une crise suicidaire sont :

1. peur de la solitude ;
2. peur d'être sans valeur ;
3. peur d'un rejet imminent ;
4. peur de l'échec ;
5. peur d'une perte du contrôle externe ;
6. peur d'une perte du contrôle interne ;
7. peur de l'inconnu.

Un plan de protection personnalisé peut revenir à proposer, devant chaque souffrance identifiée, une action apte à réduire même très partiellement celle-ci. Il suffit souvent de peu de choses pour passer d'une souffrance intolérable à moins intolérable si bien que l'idée de suicide soit repoussée ou le projet de suicide soit différé.

Le projet d'aménagement de peine peut par exemple être une mesure contribuant à faire diminuer la souffrance. Donner à la personne détenue un projet de vie, un espoir, lui permettre d'entrevoir la « fin du tunnel » dans lequel à tort ou à raison elle pense se trouver, constitue aussi un moyen de repousser l'idée de suicide. Il est d'ailleurs plus largement recommandé et cela devrait être consacré par la future loi pénitentiaire, à chaque fois que cela est possible, d'aménager une peine ferme en une peine en milieu ouvert sous condition. Quand l'aménagement de peine n'est pas possible ou pas encore possible, il convient de permettre au détenu de s'inscrire dans un projet en détention et de faciliter l'entrée de « l'extériorité » en prison, au travers des différentes politiques partenariales et publiques portées par les SPIP.

Le simple outil ci-dessous vise à favoriser l'élaboration et la matérialisation d'un plan personnalisé jusqu'à sa réalisation et l'évaluation du résultat. Ce document, base du plan de protection des personnes suicidaires, doit être un outil de la commission de prévention du suicide de chaque établissement.

Il est recommandé que les référents de la prévention du suicide, ou au moins deux de ses professionnels, un pénitentiaire, un sanitaire, en suivent l'application et le résultat.

Souffrance	Cause identifiée	Action possible	Acteur	Date de mise en œuvre	Résultat observé

Outre cet outil de nature à faciliter la mise en œuvre concrète des mesures du plan de protection individualisée, le plan de prévention ou de protection global doit également comporter une procédure de secours en cas de passage à l'acte effectif.

d) Entretien le dispositif de secours

Le nombre tentatives de suicide est supérieur à 1 000 chaque année. De nombreuses tentatives ne sont pas létales en raison de l'intervention précoce des personnels pénitentiaires et sanitaires.

La rapidité d'intervention est un élément fondamental pour la sauvegarde de l'intégrité physique. Il est essentiel que le surveillant intervenant en première intention sache exactement ce qu'il doit faire pour déclencher la procédure de secours.

Afin d'optimiser cette procédure, l'agent qui intervient en premier lieu sur une tentative de suicide, doit pouvoir s'appuyer sur un document qui synthétise les actions à entreprendre sur le champ afin de déclencher le dispositif de secours sans omettre de transmettre les informations importantes.

Ce document peut être une « fiche réflexe », identique dans sa forme à celle existant dans le POI (Plan Opérationnel d'Intervention⁶⁵) en cas d'évasions ou de tentatives d'évasions par exemple.

La fiche réflexe « tentative de suicide » doit être connue de tous les agents en poste dans les secteurs d'hébergement et plus généralement dans toute zone accueillant des personnes placées sous main de justice.

La fiche réflexe doit comporter les informations et consignes suivantes :

- un numéro d'alerte abrégé et unique (vers le service qui organise les secours : UCSA , PCI...) permettant de gagner du temps ;
- les consignes pour la transmission de l'information (localisation exacte de l'incident, nombre de détenus présents, nature de la tentative de suicide, nombre d'agents présents...) ;
- les gestes à ne pas faire et paroles à ne pas prononcer ;
- les gestes de premiers secours dans la stricte limite de ses connaissances (agent formé ou non formé) ;
- la protection de la zone où s'est déroulée la tentative de suicide (éviter que la scène soit visible par le plus grand nombre) ;
- l'accueil des secours sur la zone de l'incident ;
- la demande de débriefing systématique auprès de la hiérarchie à l'issue des secours.

Ainsi, la fiche réflexe permettrait à l'agent qui doit intervenir sur une tentative de suicide de gagner le temps précieux qui fait parfois défaut pour une prise en charge efficace de la détresse vitale.

La formation des agents aux gestes de premiers secours constitue le complément nécessaire à la définition de cette procédure réflexe.

⁶⁵ Le POI, propre à chaque établissement pénitentiaire, a pour objectif de répondre à des situations de crise en attendant la mise en œuvre le cas échéant du plan de protection et d'intervention relatif aux modalités des forces de l'ordre. Il se compose notamment de fiches réflexes destinées à la connaissance par chaque agent de la procédure à suivre en cas d'incident.

Il est important de noter que le rôle des codétenus est incontournable la nuit dans l'attente de l'ouverture de la cellule. La formation des personnes détenues aux premiers gestes de secours est valorisante et peut se révéler décisive.

Chaque établissement doit donc favoriser l'accès à de telles formations également pour les personnes détenues.

La protection de la personne détenue suicidaire doit donc être assurée grâce à la définition d'un plan mis en œuvre, dans le cadre d'une procédure précise avec des acteurs multiples aux compétences diverses et complémentaires.

La France pourrait sur cet aspect, le plus fondamental de la prévention du suicide, s'inspirer d'exemples étrangers.

e) Les exemples étrangers d'organisation et de mise en œuvre de la protection

Le Québec présente à cet égard une politique intéressante à plus d'un titre. En effet, cette province du Canada a récemment mis en œuvre de nouvelles instructions qui, non seulement visent l'amélioration de la collecte et de l'échange d'informations et du dépistage du risque suicidaire, mais aussi organisent une intervention très structurée avec des responsabilités identifiées.

En préambule, le règlement, entré en vigueur le 26 mai 2008, rappelle que les services correctionnels assurent « *la sécurité et la protection des personnes sous leur responsabilité* ». Son objet est de faire connaître au personnel les pratiques adoptées et le matériel validé pour le repérage et les interventions effectuées auprès des personnes détenues vulnérables ou à risque suicidaire « *dans le but de prévenir l'apparition et l'aggravation de comportements pouvant mener au suicide* ». L'administration québécoise souhaite assurer le développement, l'uniformité et la cohérence de toutes ces pratiques.

Le premier élément extrêmement intéressant de ce nouveau règlement est qu'il est défini comme établissant « *un mécanisme de référence pour que les personnes détenues chez lesquelles sont décelés des facteurs de vulnérabilité ou de risque suicidaire, obtiennent rapidement les services appropriés à leur situation* ». Pour ce faire, toute une organisation est mise en place autour de plusieurs acteurs : chef d'unité, comité de prévention du suicide, équipe d'intervention spécialisée (EIS), responsable local de la prévention du suicide, responsable provincial (équivalent à un responsable régional ou interrégional français), etc.

L'aspect le plus original de cette organisation est la création au sein de tout établissement pénitentiaire d'une équipe d'intervention spécialisée en matière de prévention du suicide. Les membres sont choisis par le directeur sur recommandation du comité de prévention du suicide, puis formés par un formateur accrédité par l'association québécoise de

la prévention du suicide. Une épinglette (badge représentant une équipe se donnant la main) permet de les identifier aisément. Toute personne détenue arrivant ou transférée à l'établissement est informée de l'existence de cette équipe lors d'un entretien, puis par voie d'affichage.

Le second élément, particulièrement notable de ce règlement québécois, est qu'il définit avec une grande précision les responsabilités des divers intervenants, tant dans le dépistage de la vulnérabilité et du risque suicidaire que dans l'intervention continue auprès de ces personnes. Ainsi, c'est le chef d'unité qui décide des actions immédiates à prendre dès qu'une personne incarcérée manifeste un comportement suicidaire ou tente de se suicider ou de s'automutiler. Il peut dans ce cadre saisir un membre de l'équipe d'intervention spécialisée pour désamorcer la crise ou bien saisir les services de santé pour une prise en charge adaptée de la personne. Il peut également décider de mesures d'ordre sécuritaire :

- l'utilisation d'une cellule adaptée, c'est-à-dire dépourvue de composantes (grillage, crochet, tuyau, couverture, etc.) ou d'objets pouvant faciliter le passage à l'acte suicidaire,
- l'utilisation d'une cellule à occupation double (il peut dans ce cas, s'il l'estime approprié, aviser le codétenu de la situation),
- l'utilisation d'une cellule avec caméra,
- l'utilisation d'une cellule d'isolement (capitonnée),
- l'utilisation de matériel anti-suicide (jaquette, couverture, etc.)
- le recours à des mesures d'attention spéciale,
- le retour à des rondes régulières ou irrégulières des membres du personnel.

Pour assurer le suivi précis des mesures décidées, il s'adresse au « titulaire du cas », agent désigné responsable du suivi pour une période requise, ou à un membre de l'EIS, mais aussi si nécessaire, au service de santé ou à un intervenant spécialisé externe (exemple : centre de prévention du suicide). Il peut également avoir recours à un « contrat de non suicide » dans lequel la personne détenue s'engage à ne pas « poser de geste suicidaire jusqu'à ce qu'on se reparle ». En contrepartie, l'intervenant signataire du contrat s'engage pendant son temps de travail à être disponible et à faire le lien avec un autre intervenant en dehors de ses disponibilités. Il s'engage également à garantir un délai de réponse pour chaque demande.

La Grande-Bretagne constitue également un exemple particulièrement intéressant. Ce pays a su mettre en œuvre une organisation et des procédures aussi pertinentes que précises.

En effet, les prisonniers dits à risque font l'objet d'une procédure de protection (« care-planning system ») appelée ACCT (Assessment, Care in Custody, and Teamwork). Cette procédure a remplacé en avril 2007 l'ancien système d'ouverture d'un formulaire (*self-*

harm at risk form) qui accompagnait le détenu concerné dans tout son parcours et déplacements (transfert ou extraction). L'objectif de ce nouveau système est de renforcer l'aspect pluridisciplinaire du soutien et d'améliorer la circulation des informations entre les personnels impliqués dans la gestion d'un détenu à risque.

La procédure de protection encourage ces personnels à travailler ensemble dans le but d'aider le détenu à risque suicidaire à gérer et à réduire sa détresse en lui prodiguant une aide individualisée.

Une procédure ACCT ouverte contient différentes mesures déterminées en premier lieu par un *unit manager*.

Le détenu est alors reçu en entretien dans le cadre de l'*assessment interview* pour identifier plus précisément le risque, en parlant du suicide ; il lui est ainsi aussi donné l'opportunité d'exprimer sa souffrance et de « trouver une raison de vivre »⁶⁶.

Une réunion appelée *Case review* est ensuite organisée dans les 24 heures sous la présidence du *unit manager* avec l'*assessor* et d'autres membres du personnel compétents, pour évaluer précisément le niveau de risque et élaborer le plan d'action et de management (*CAREMAP*) avec le détenu concerné. Ce plan de protection contient les instructions concernant les besoins du détenu, les actions qui doivent être entreprises (avec la fréquence des « conversations » nécessaires) et les responsabilités de chaque acteur du plan. Toutes les observations utiles et actions engagées sont notées (état d'esprit, conversations, activités, changements de comportement soudains, actes d'automutilation...) et la date du prochain *Case review* est planifiée en fonction des besoins du détenu.

Des questions clés doivent être posées pendant le *Case review* :

- Pourquoi la personne détenue a-t-elle des pensées suicidaires ?
- Est-ce que les problèmes qui ont nécessité l'ouverture du plan sont maintenant résolus ?
- Si ce n'est pas le cas, que peut-on faire pour les résoudre ?
- Est-ce-que d'autres problèmes sont survenus générant de la détresse et plus de risques ?
- Dans ce cas, que peut-il être fait pour les éradiquer ?
- La personne à risque est-elle désormais en contact avec sa famille, des amis ou d'autres soutiens ?
- La personne à risque a-t-elle trouvé aujourd'hui un élément positif dans sa vie ?
- Si ce n'est pas le cas, comment peut-on l'améliorer ?

L'originalité de ce système est que le plan de protection est élaboré avec la personne détenue qui est impliquée en première ligne puisqu'elle doit donner son accord préalable aux actions prévues.

⁶⁶ Cf. rapport du magistrat de liaison à Londres, Mme Petit-Leclair ; annexe E.

Le *CAREMAP* est un plan individualisé qui prend en compte les problèmes de la personne détenue, l'aide à les résoudre et si cela n'est pas possible, l'aide à vivre avec. Il crée un environnement rassurant en favorisant les activités et des réunions d'expression (sorte de groupe de parole) pour « évacuer la souffrance ».

Il vise aussi à mettre le détenu en relation avec des personnes qui pourraient le soutenir : famille, mais aussi d'autres détenus. Ces derniers sont appelés des *listeners* ; formés par une association d'aide et d'écoute, les *Samaritans*, ils apportent un soutien psychologique en toute confidentialité.

Le plan est clos lorsque la *Case Review Team* juge que la personne peut gérer seule les problèmes subsistants. Un nouvel entretien est réalisé après la clôture.

Le plan de protection de la personne détenue à risque caractérisé peut et doit évoluer à l'image du *CAREMAP* britannique, vers une prise en compte plus globale de la personne détenue (ses relations familiales, ses activités, sa vie « sociale » en prison, un travail ou une formation qui pourrait l'occuper). Il doit pour cela associer une plus grande diversité d'acteurs, mais aussi tout autre membre de la « communauté carcérale » pouvant intervenir utilement auprès de cette personne détenue.

B] Inclure les autres acteurs de la communauté carcérale

Les autres « acteurs de la communauté carcérale » que sont les intervenants, les codétenus mais aussi par extension, les familles et proches, peuvent participer directement ou indirectement à la réalisation d'un plan individualisé de protection. Ils peuvent aussi en amont, aider à détecter une situation à risque.

Les familles ont un rôle de premier plan à jouer, tout comme les bénévoles, les autres partenaires (Education nationale notamment) et les codétenus.

1. LES FAMILLES

L'amélioration des possibilités de contact entre le détenu et sa famille devrait renforcer à la fois le soutien de la personne et les possibilités de détection du risque de passage à l'acte suicidaire.

Les familles détiennent des informations difficilement accessibles sur leur proche détenu. Elles peuvent dès lors apporter des indications précieuses pour évaluer correctement le risque de suicide, identifier les souffrances et informer sur l'intensité des idées de suicide et la préparation d'un geste suicidaire.

Néanmoins, s'il est manifestement nécessaire en matière de prévention du suicide, d'agir davantage avec les familles des détenus pour qu'elles apportent leur soutien et aident à détecter le risque de suicide, il faut réaliser cette démarche avec beaucoup de prudence : les relations entre les détenus et leurs familles, certes essentielles pour mieux vivre le temps de la détention et le temps de la libération, ne sont pas à l'instar des relations entre les familles et les malades ou encore les familles et l'enfant, toujours solides ou structurées. Elles peuvent même parfois être extrêmement pathogènes et sources, si ce n'est de passage à l'acte, en tout cas d'angoisse chez la personne incarcérée. Il arrive parfois aussi que la famille soit concernée, en tant qu'auteur ou victime, par le délit ou le crime commis.

De plus, l'incarcération d'un proche, toujours traumatisante, rend la famille plus vulnérable.

Aussi, il convient de se garder des généralités et d'agir de façon pragmatique en direction des familles car les marges de progression existent incontestablement, sans toutefois en attendre tout ou trop. Dans le même sens, il faut être vigilant à ne pas faire peser de responsabilités excessives sur les familles, car elles donnent déjà beaucoup et sont souvent elles-mêmes en souffrance.

Néanmoins, les chiffres sont significatifs et démontrent que les familles, malgré les difficultés auxquelles elles sont confrontées pour rendre visite à leur proche, sont présentes.

90 % des personnes détenues reçoivent la visite de leur famille proche, 44% ont au moins un visiteur hebdomadaire en maison d'arrêt. Même si ces pourcentages décroissent avec le temps passé en prison, les parloirs restent le moyen privilégié des relations familiales pour une personne incarcérée et constituent un point d'ancrage essentiel avec l'extérieur.

En favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux des personnes détenues au titre de la réinsertion sociale et de la prévention de la récidive, l'administration pénitentiaire contribue ainsi à la prévention du suicide des personnes détenues.

L'administration pénitentiaire s'efforce pour cela d'améliorer les conditions d'attente et de visite des familles, mettant à leur disposition un local animé par des bénévoles associatifs, intégrant des bornes informatiques permettant la prise de rendez-vous pour les parloirs (les établissements récents en sont systématiquement dotés), diversifiant les locaux de rencontre avec leurs proches et organisant des temps de visite pouvant atteindre trois jours dans le cadre des unités de visites familiales.

En effet, concernant tout d'abord les conditions d'attente, le nombre de locaux d'accueil des familles s'élève à 150 ; 35 assurent même un hébergement de nuit. 67 associations locales réparties sur 57 départements, animent ces accueils ; elles sont fédérées au sein de l'Union nationale des fédérations régionales des associations des maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées (UFRAMA), qui a signé avec la direction de l'administration pénitentiaire une convention pluriannuelle d'objectifs. Pour autant, des équipements manquent encore dans certains établissements (souvent par manque de terrain disponible) et l'administration pénitentiaire doit continuer à chercher des solutions avec ses partenaires pour améliorer la situation de ces établissements non équipés.

Concernant ensuite les conditions de visite, quand il y a des enfants, ceux-ci accompagnent le plus souvent leur parent libre, ou sont parfois accompagnés par un tiers, partenaire institutionnel ou associatif (essentiellement les relais enfants/parents affiliés à la Fédération des relais enfants/parents (FREPE), qui regroupent 600 volontaires encadrés par une cinquantaine de professionnels de la petite enfance intervenant dans 20% des établissements pénitentiaires). Les services pénitentiaires s'efforcent d'aménager des espaces enfants équipés en mobilier et jeux au sein des parloirs, pour faciliter l'exercice du droit de l'enfant à voir son parent dans des conditions les plus naturelles possibles. Cette action doit être encouragée afin que tous les établissements disposent de tels espaces rassurant pour l'enfant et la personne détenue.

Par ailleurs, expérimentées à partir de septembre 2003 et pérennisées en 2006, les Unités de Vie Familiale (UVF) permettent aux personnes incarcérées de rencontrer leurs proches et de partager des moments d'intimité sans surveillance pendant un temps plus long. L'UVF est un appartement meublé, de type F3, situé dans l'enceinte pénitentiaire, à

l'extérieur de l'espace de détention et conçu pour y mener une vie autonome. Y ont accès, une fois par trimestre pour une durée allant de 6 à 72 heures, les condamnés définitifs qui ne bénéficient pas de permission de sortie ou d'aménagement de peine.

Pour le moment, sept UVF sont en fonctionnement dans les trois maisons centrales qui ont donné lieu à une expérimentation (Rennes, Saint Martin de Ré, Poissy) et dans quatre des nouveaux établissements du plan 4000 comprenant un centre de détention (Avignon le Pontet, Liancourt, Meaux-Chauconin, Toulon la Farlède). Les nouveaux établissements du programme de construction 13200 en seront tous équipés, ainsi que la MC d'Arles et le CD de Nantes en cours de rénovation.

De l'aveu des personnels, des familles et même des personnes détenues, ces nouvelles installations améliorent sensiblement les conditions de visite en apportant un réconfort considérable à celui ou à celle qui est incarcéré.

Il est également apparu utile pour l'administration pénitentiaire de prévoir dans huit maisons centrales la création des dispositifs de parloirs sans surveillance directe appelés « parloirs familiaux ». Le principe consiste en un aménagement de locaux de parloirs, afin d'autoriser l'intimité de la rencontre entre la personne détenue et la ou les personnes venue(s) lui rendre visite, étant entendu que l'intimité ainsi préservée n'est bien sûr pas exclusivement d'ordre sexuel.

Les parloirs familiaux sont des salons fermés, sans surveillance directe, d'une superficie variant de 12 à 15 m², pourvus de sanitaires et d'un mobilier modulable. La durée du parloir ne peut jamais dépasser la demi-journée.

Il est prévu trente-quatre parloirs de ce type, sur huit maisons centrales (chacune ayant 3 ou 4 salons à disposition des familles). La mise en fonction a commencé en 2008 pour trois établissements (Ensisheim, Saint Maur, Lannemezan) et se poursuit.

Ce dispositif complète utilement le système des UVF et contribue à renforcer les liens familiaux et à diminuer l'isolement de la personne détenue.

Cependant, outre le maintien des liens familiaux à privilégier et à renforcer pour prévenir en amont le risque suicidaire, il convient également de favoriser les échanges d'informations avec les familles et proches des personnes détenues.

Cet objectif nécessite que soit amélioré, en premier lieu, « l'accueil » au sens littéral, des familles. En l'absence de cet effort, ces dernières ne se sentiront pas « autorisées » à transmettre une information.

En effet, pour les familles, les personnels de l'administration pénitentiaire peuvent être soit « très lointains », soit les « occurrences du mal être » de leur proche incarcéré. Les familles sont submergées par des images sinistres de la prison : reportage télévisuel, faits divers relatés par les médias, propos entendus d'autres familles, rumeurs. Les propos retransmis par leurs proches sont souvent également inquiétants. Les processus d'entrée dans

les établissements, le manque de « chaleur » ressenti, la prégnance de la réglementation et la nécessité de s'adapter à cet univers, ne permettent pas aux familles de se sentir en confiance avec l'administration pénitentiaire⁶⁷.

En outre, pour que quelqu'un parle, il faut qu'il y ait une autre personne qui écoute et qui sache écouter. On ne peut pas passer d'un contrôle et d'une surveillance stricte (et incontournable) à une position d'attention à une information sensible et difficile à communiquer. Cela suppose qu'un personnel soit qualifié et repéré par les familles comme étant celui qui les entendra. Les familles ont, en outre, parfois peur que les confidences se retournent contre leur proche (cas de maltraitances subies par les personnes détenues qui demandent à leur famille de ne pas parler pour ne pas aggraver les risques de représailles).

Pour des raisons de proximité avec les parloirs, de position hiérarchique et d'une plus grande réactivité avec la détention, le gradé responsable des parloirs pourrait tenir ce rôle. De plus, la définition d'une « équipe parloirs » permettrait d'améliorer la qualité d'accueil.

La capacité d'une famille à s'adresser aux agents pénitentiaires dépendra aussi de l'attention que l'administration leur portera globalement.

Le projet de guide des bonnes pratiques de l'accueil des familles actuellement en cours d'élaboration à la direction de l'administration pénitentiaire, a cette vocation et constituera une avancée certaine. Il doit être suivi d'un guide à l'attention des familles afin qu'elles connaissent mieux leur place dans l'univers carcéral.

Favoriser les échanges d'informations avec les familles et proches des personnes détenues, nécessite en second lieu, des outils pour faciliter la circulation de l'information.

Des affiches à l'intention des familles de détenus pourraient constituer un premier outil. Visibles à l'entrée des parloirs et dans les locaux d'accueil, elles encourageraient les familles à saisir les personnels pénitentiaires de toute information pouvant prévenir le suicide de leur proche et leur indiqueraient la marche à suivre pour signaler ce risque.

Une boîte aux lettres dans chaque local d'accueil des familles, voire à l'entrée des parloirs, relevée chaque jour par le personnel chargé de fermer le local ou le responsable des parloirs, serait alors mise en place. Les familles pourraient ainsi plus facilement laisser un message au directeur de l'établissement pour l'informer sur leur sentiment suite au parloir du jour avec leur proche (problème de santé, peur, risque suicidaire, etc.).

Une autre solution pourrait également consister à mettre en place un registre dans les deux lieux (il conviendrait toutefois de préserver la confidentialité des informations consignées).

Ces deux moyens pourraient faire l'objet d'une expérimentation rapide sur plusieurs sites et selon différentes modalités.

⁶⁷ Cf. le film « A côté » de Stéphane Mercurio sorti en octobre 2008.

Un numéro vert d'appel pour les familles pourrait, après étude de faisabilité, constituer un autre outil à expérimenter. Les familles seraient informées de ce numéro dès le premier contact pris par le SPIP qui leur permettrait de signaler un risque détecté en dehors des heures d'ouverture des parloirs.

Enfin, d'autres actions pourraient être menées, en direction cette fois de la personne détenue dans sa relation avec sa famille ou « parentalité ».

Le sentiment de coupure totale des personnes détenues avec leur famille, tient aussi à la disparition imaginaire de leur place dans une famille : on ne voit plus un individu avec des liens, un environnement, une place dans la famille, mais seulement un détenu. Il faut lutter contre cette représentation en fluidifiant les échanges avec la famille : permettre l'usage du téléphone régulièrement et surtout dès lors qu'un événement familial important arrive ou dès qu'une personne détenue paraît très inquiète pour sa famille.

Longtemps réservée aux condamnés en établissements pour peines, la possibilité de téléphoner a été récemment étendue aux condamnés présents en maison d'arrêt ; le projet de loi pénitentiaire prévoit de généraliser cette possibilité aux prévenus, population particulièrement sensible au risque suicidaire.

La place de la personne détenue dans la famille doit être ensuite restaurée.

L'administration doit donc poursuivre son action en direction des familles, dans l'intérêt des familles et des proches bien sûr, mais aussi parce que les relations familiales de qualité constituent un facteur essentiel de prévention des suicides en détention.

D'autres acteurs interviennent chaque jour en prison : l'Education nationale, les personnels des partenaires privés, les bénévoles, etc.

Toutes ces personnes font partie de la « communauté carcérale » parce qu'elles entretiennent une relation particulière avec les personnes détenues. C'est cette relation, différente de celle des personnels, qui peut représenter un vecteur supplémentaire d'action à investir pour prévenir le passage à l'acte suicidaire.

2. LES BENEVOLES ET LES AUTRES PARTENAIRES DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

L'information des différents intervenants sur les problématiques de suicide ou de risque suicidaire chez certains détenus, est effective dans 73,1% des cas, mais elle reste cependant parcellaire. Il s'agit principalement des enseignants (65%), des aumôniers (34%), des visiteurs de prison (24%), d'associations caritatives du type Secours catholique ou Croix

Rouge française (11%) et plus rarement de formateurs, d'intervenants socio-culturels ou du délégué du médiateur. Le personnel privé est en revanche fréquemment associé dans les établissements à gestion mixte. Ces intervenants participent dans plus de 48% des cas à la commission prévention suicide et dans 55% au dispositif arrivants.⁶⁸

Mais outre cette participation, ce qui compte et doit être favorisé, est l'existence d'un réel échange avec prise en compte de l'avis des intervenants extérieurs et attribution à ces derniers d'un rôle actif dans le dispositif de lutte contre les suicides.

Parmi ces nombreux acteurs, à la fois représentants de la société civile et membres de la communauté carcérale, certains comme les aumôniers occupent une place plus singulière.

a) Les aumôniers

L'intervention des aumôniers auprès des personnes détenues est prévue par les articles D. 433 à D. 438 du code de procédure pénale.

Quatre grandes confessions interviennent majoritairement au sein des établissements pénitentiaires -catholique, israélite, musulmane, protestante. En fonction des demandes locales, d'autres religions peuvent également être représentées : bouddhiste et orthodoxe notamment.

Les aumôniers occupent historiquement et concrètement une place importante auprès de la population pénale. Ils ont une liberté d'intervention dans tous les établissements pénitentiaires et peuvent communiquer sous pli fermé librement avec les personnes détenues. Ils peuvent même rendre visite à ces dernières au quartier disciplinaire. Les aumôniers peuvent également, en accord avec les chefs d'établissement, animer des groupes de personnes incarcérées en vue de la prière, de la réflexion et de l'étude.

L'aumônerie a toujours été présente en prison et investie par les détenus, tant parce que pour eux, elle donne la possibilité de rencontrer une personne « extérieure », que parce que le retour sur soi, généré par la prison, trouve au travers de la religion un écho particulier.

1146 aumôniers interviennent aujourd'hui en milieu pénitentiaire. On distingue deux catégories de personnels culturels : les aumôniers, bénévoles ou rémunérés, qui ont les mêmes prérogatives en prison ; les auxiliaires bénévoles d'aumônerie qui participent à la mission des aumôniers. Ces derniers interviennent dans les établissements pénitentiaires à raison d'un auxiliaire bénévole d'aumônerie pour 200 personnes détenues. Contrairement aux aumôniers, ils ne peuvent rencontrer les personnes détenues que collectivement et ne bénéficient pas de la confidentialité de la correspondance avec les personnes incarcérées. Leur rôle consiste essentiellement en l'animation de groupes de réflexion et de prières.

⁶⁸ Cf. annexe B, op. cité.

Du point de vue de leur statut administratif, les aumôniers sont assimilés à des vacataires.

Leur liberté d'accès aux cellules et leur fonction leur permettent de recevoir de nombreuses confidences de personnes détenues qui veulent se confier, mais aussi de personnes qui souhaitent signaler un codétenu en détresse.

Chaque nouvel aumônier reçoit au niveau des DISP depuis 2007, une formation de préparation à l'exercice du culte en milieu pénitentiaire sur deux journées qui contient un module très apprécié sur la prévention du suicide. En effet, même s'ils sont dotés de savoir faire et de savoir être pour gérer des situations difficiles de personnes en souffrance, les aumôniers font un retour très positif sur cette formation qui leur apporte des réponses pratiques sur les procédures à suivre et des connaissances précises sur les dispositifs mis en œuvre par l'administration pénitentiaire en ce domaine.

Les aumôniers ont à cœur de prévenir les suicides : « *c'est par notre présence fidèle, régulière et fraternelle auprès des plus fragiles que nous participons avec l'impuissance de Celui dont nous sommes disciples à la victoire de la vie sur la mort* ». ⁶⁹

Pour cela, les aumôniers collaborent avec les personnels quand ils l'estiment nécessaire en faisant un signalement, en attirant une attention.

Ils sont avec les enseignants, les intervenants extérieurs qui participent le plus aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), notamment celles relatives à la prévention suicide. Cependant, ils devraient à l'avenir, systématiquement dans tous les établissements, y être invités.

Ils pourraient ainsi apporter des éléments complémentaires sur la détection d'un risque et prendre part au plan d'action décidé pour les personnes détenues au risque suicidaire caractérisé ayant déclaré leur intention de pratiquer leur culte.

b) Les autres partenaires et bénévoles

Si les bénévoles intervenants en prison, autres que les aumôniers, sont très nombreux et peuvent être considérés également comme des membres de la communauté carcérale, ils ne sont pas encore suffisamment associés à la politique de prévention du suicide et aux dispositifs mis en place dans les établissements pénitentiaires.

Depuis plus de 20 ans, l'administration pénitentiaire développe un partenariat institutionnel et associatif important.

⁶⁹ Jean-Louis Reymondier, aumônier national catholique des prisons, Lettre aux aumôneries, n°120, décembre 2008 ; cf. annexe G.

Ce partenariat concerne des secteurs d'intervention très variés qui représentent pour les services pénitentiaires, des enjeux conséquents :

- l'implantation d'une offre diversifiée d'activités à destination des personnes détenues dans des domaines tels que l'enseignement, la formation professionnelle ou la lecture, la culture et les activités physiques et sportives, en partenariat avec des opérateurs culturels, des fédérations sportives, des associations socio-éducatives, etc.
- l'accompagnement des personnes détenues dans l'accès aux droits sociaux, à l'hébergement, les aménagements de peine ou encore l'aide à l'intégration sociale (visiteurs de prison, correspondants épistolaires, etc.).
- le maintien des liens familiaux avec des associations de familles et d'accueil ou de soutien des familles des personnes détenues.

L'administration pénitentiaire favorise le développement de l'action du secteur associatif dans un souci de complémentarité entre l'action qu'elle mène en propre et celle des associations.

Les associations ayant une dimension nationale sont subventionnées directement par l'administration centrale, majoritairement dans le cadre de conventions triennales d'objectifs⁷⁰, alors que les associations locales le sont par les services déconcentrés (DISP ou SPIP).

Les associations nationales qui pourvoient la majorité des bénévoles intervenants en prison sont connues de tous :

- l'ANVP (association nationale des visiteurs de prison) dont les 1095 bénévoles rencontrent en parloir avocat des personnes incarcérées, désignées par le SPIP, notamment les plus isolées, pour leur apporter un réconfort moral et une écoute ;
- AUXILIA – "Formation et amitié, une nouvelle chance" qui offre aux personnes en grande difficulté, dont les personnes détenues, de les aider à se réinsérer socialement et professionnellement en leur apportant une formation personnalisée, par correspondance essentiellement, grâce à un réseau de 1300 enseignants bénévoles ;
- la Cimade qui intervient auprès des personnes de nationalité étrangère détenues désignées par le SPIP, pour la mise en place d'actions de soutien ;
- CLIP (Club informatique pénitentiaire) qui intervient avec son réseau de 190 formateurs bénévoles en milieu pénitentiaire pour former à la micro-informatique et à la bureautique les personnes incarcérées ;
- la Croix-Rouge française dont les actions des intervenants Croix-Rouge en milieu pénitentiaire couvrent aussi bien la lutte contre l'indigence, les formations aux premiers secours ou le maintien des liens familiaux ;

⁷⁰ Circulaire du 1^{er} décembre 2000.

- la FARAPEJ (fédération des associations réflexion-action prison et justice) soit 65 associations adhérentes regroupant plus de 2 700 bénévoles, 150 salariés qui développent notamment des activités diverses auprès des personnes sortant de prison, des personnes incarcérées et de leurs familles (accompagnement, maintien des liens familiaux, hébergement,...) ;
- la FREP (fédération des relais enfants parents) qui a pour objet de développer et faciliter l'implantation d'équipes associatives qui œuvrent au maintien des relations entre l'enfant et son parent incarcéré. Elle regroupe 21 associations adhérentes dont 12 relais régionaux, 400 volontaires encadrés par plus de 50 professionnels ;
- le GENEPI (groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées) qui propose des actions de soutien scolaire et des activités socio-éducatives aux personnes détenues. Plus de 1 300 étudiants bénévoles interviennent dans plus de 80 établissements pénitentiaires ;
- le Secours catholique qui intervient grâce à ses "équipes prison" auprès des personnes détenues notamment en matière d'indigence ;
- l'UFRAMA (l'Union nationale des fédérations régionales des associations des maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées) qui intervient au sein des locaux d'accueil des familles ;
- etc.

La direction de l'administration pénitentiaire poursuit le travail de concertation avec les principales associations nationales partenaires. En 2004, elle a signé de nombreuses conventions pluriannuelles d'objectifs fixant le champ d'action des partenaires associatifs en milieu pénitentiaire et déterminant des modalités pratiques d'évaluation de leurs actions au profit des personnes placées sous main de justice.

C'est dans ce cadre qu'interviennent quotidiennement en prison les nombreux bénévoles.

Leurs contacts avec la population pénale sont nécessairement différents de ceux que les personnels pénitentiaires peuvent entretenir.

C'est pourquoi, ils peuvent détenir, tout comme les familles et proches et parfois plus que ces derniers, des informations précieuses qui, si elles étaient connues des personnels en charge de la prévention du suicide (l'équipe de référents ou le chef d'établissement), pourraient contribuer à détecter et à mieux protéger la personne détenue à risque.

Il convient dès lors de renforcer leurs interventions en matière de prévention du suicide.

Le moyen le plus évident est de les associer quand cela est possible, aux commissions pluridisciplinaires, voire au plan d'actions comme membres de la communauté carcérale qui

participent à la prise en charge globale de la personne détenue, et notamment à la préservation de son intégrité physique.

Mais il faut aussi informer plus naturellement et plus quotidiennement ces partenaires de l'administration pénitentiaire. Ils doivent être informés des plans de protection d'une personne qu'ils suivent et peuvent d'ailleurs être sollicités pour contribuer à sa mise en œuvre concrète. Toute tentative de suicide ou d'automutilation doit également être signalée aux intervenants se trouvant en relation avec le détenu concerné.

Enfin, il convient d'accorder une place et un rôle dans la prévention du suicide, à d'autres bénévoles qui font encore moins indirectement partie de la communauté carcérale. Il s'agit des bénévoles qui n'entrent pas en détention mais qui sont quotidiennement en contact avec les proches des familles : les personnes œuvrant pour les associations d'accueil des familles.

Ces bénévoles sont présents dans les endroits où les familles peuvent se « poser » avant et après un parloir. Ils offrent un café, une présence, une attention. Souvent, ils entendent des choses graves ou préoccupantes qu'ils pourraient communiquer s'ils disposaient d'un protocole et d'interlocuteurs mieux définis.

L'administration préconise de mettre en place des conventions de partenariat pour préciser les relations. Une mention particulière pourrait être portée dans ces conventions sur l'échange d'informations. Les échanges, en effet, ne peuvent pas être spontanés sur des informations aussi difficiles à communiquer. Il faut formaliser les processus, savoir à qui on parle, quelle va être le traitement de cette parole pour que les échanges existent.

Parfois, ces bénévoles craignent d'évoquer des situations sensibles auprès du personnel pénitentiaire, par méconnaissance des solutions positives qui peuvent être trouvées.

Cette crainte n'est d'ailleurs pas propre à ces bénévoles d'accueil des familles.

Il conviendrait en conséquence de pallier ce manque d'informations des bénévoles en développant les échanges et en les associant davantage à la vie de la prison, ce qui renforcerait la confiance et les échanges d'informations.

Reprenant l'exemple de la Grande-Bretagne notamment, il pourrait être judicieux et courageux d'inclure plus clairement dans le dispositif de lutte contre les suicides en prison un autre membre de la communauté carcérale, peut-être le principal, le codétenu.

3. LES CODETENUS

Il s'agirait ici de proposer de reconnaître le rôle actuel des codétenus qui assure dans les faits, par le doublement en cellule, des fonctions de prévention, de soutien, de détection du risque, de protection de la personne en crise, de sauvetage parfois et souvent d'alerte.

Ces codétenus effectuent actuellement ces actions sans y avoir vraiment été préparés et formés dans le cadre des « doublements » en cellule.

Ne serait-ce pas mettre fin à une certaine hypocrisie tout en renforçant l'efficacité du dispositif, que de proposer enfin de former les détenus acceptant de gérer une situation difficile de risque de passage à l'acte suicidaire d'un cocellulaire ?

On peut aussi se demander si clarifier la situation actuelle ne constituerait pas une forme de reconnaissance et de respect de la dignité de ces codétenus.

Cette idée de formation des codétenus n'est pas nouvelle et figurait dans les recommandations du Professeur Terra. En 2004, le ministère de la justice avait proposé une expérimentation dans deux ou trois sites pilotes, sans que celle-ci soit suivie d'effets compte tenu des nombreuses résistances rencontrées.

Les réticences et arguments avancés aujourd'hui sont identiques : former les codétenus et les mettre en situation « reviendrait à faire peser sur eux une responsabilité institutionnelle et une responsabilité morale insoutenable » ; la préservation de l'intégrité physique est une « mission du service public pénitentiaire et non du public dont elle a la charge » ; « par solidarité humaine, un détenu peut sauver un autre détenu qui tente de se suicider dans sa cellule mais il ne faut pas l'impliquer dans le cadre d'un doublement avec un détenu dont la fragilité suicidaire est reconnue » ; ce n'est pas le rôle du codétenu qui « pourrait être ensuite mis en cause par la famille du défunt », etc.

Pourtant, le choix de reconnaître officiellement le rôle des codétenus a été fait par d'autres pays européens démocratiques : l'Espagne, la Grande-Bretagne ou l'Autriche qui l'expérimente actuellement.

Pourtant, rien n'a été encore dit sur le rôle précis envisagé de ce codétenu formé à la prévention du suicide à la française : serait-il une sorte de référent pour ses codétenus, un écoutant à l'anglaise, ou un codétenu « ombre », suivant au moindre pas le détenu à risque élevé à l'espagnole ? Rien n'a non plus été dit sur l'organisme sanitaire compétent qui formerait et accompagnerait les détenus formés.

Les réticences ont jusqu'à maintenant empêché tout débat de fond sur ce sujet. Il conviendrait d'opter enfin pour une approche plus pragmatique.

Etant les premiers concernés car confrontés à ce risque, les codétenus ont peut-être aussi leur rôle à jouer dans l'action globale de la « communauté carcérale » dont ils sont les membres principaux en matière de prévention du suicide. Ceux qui sont confrontés dans les faits à ce risque et à ces expériences, n'ont-ils pas pour certains envie d'être formés ?

Cette question pourrait trouver une réponse par une expérimentation à très faible échelle à l'instar de l'expérience de l'Autriche qui a fait le choix de former un groupe de six détenus (expérience que l'Allemagne observe attentivement).

La méthode de « prévention par les pairs » a de plus déjà été expérimentée sur d'autres thématiques en milieu carcéral et pourrait donc être étendue à la question du risque suicidaire.

Des actions de formation réussies de personnes détenues ont été menées pour des publics toxicomanes par des médecins dans des établissements pénitentiaires français. C'est notamment l'expérience du centre pénitentiaire d'Avignon en 2006 qui a mis en place une formation pour des publics toxicomanes : action conduite dans le cadre de « l'éducation à la santé » par les médecins du RESAD, où des détenus « référents » étaient formés aux risques sanitaires liés à l'abus et l'usage de toxiques et étaient ainsi à même d'être les relais auprès des autres détenus pour diffuser cette information et assurer une vigilance.

Ainsi, la piste de « prévention par les pairs » par la formation des codétenus à la prévention du suicide mérite, à défaut d'être expérimentée, au moins d'être étudiée.

De la même manière qu'ils sont formés aux gestes de premiers secours sur un plan physique, ils pourraient être formés, à l'instar des exemples étrangers nombreux, aux « premiers secours psychologiques » face à une situation de détresse morale importante.

Les démarches entreprises par les pays européens doivent en conséquence faire l'objet d'un examen attentif.

Concernant l'Espagne tout d'abord, le sujet a fait l'objet d'une circulaire du 10 août 2005 de la Direction Générale des Institutions Pénitentiaires à la suite d'une augmentation des suicides dans les prisons espagnoles. Elle s'inscrit dans le cadre de l'article 3.4 de la Loi Organique Générale Pénitentiaire intitulé « veiller sur la vie, l'intégrité et la santé des détenus » et instaure un programme de prévention du suicide qui s'articule autour de quatre axes de travail : la détection, le diagnostic, la mise en œuvre de mesures particulières et la création d'un nouvel intervenant, « le détenu de soutien » (*interno de apoyo*).

Dans son introduction, la circulaire de 2005 rappelle les principaux facteurs du risque suicidaire :

- l'impact psychologique de l'incarcération et le stress qui l'accompagne ;
- la prise de conscience brutale de la gravité des faits commis, surtout lorsqu'il s'agit d'atteintes à la personne, de violences sexuelles ou conjugales ;
- la médiatisation excessive d'une affaire ;
- l'isolement et la perte des liens familiaux ou affectifs ;
- le brutal changement dans les conditions de vie notamment des personnes impliquées dans les affaires financières ;

- toute modification législative, réglementaire ou judiciaire affectant les conditions de détention et notamment leur durée (réductions de peines, libérations anticipées...).

Certes, il n'existe pas de programme de formation spécifique à « l'Ecole d'études pénitentiaires » même si des cours généraux sur la prévention des suicides sont dispensés dans le cadre de la formation initiale ou continue. Cependant l'ensemble des personnels est sensibilisé au quotidien à cette question par le rappel de l'article 309 du règlement pénitentiaire de 1981, toujours en vigueur et qui impose à ces derniers de connaître les détenus dont ils ont la responsabilité « en privilégiant l'écoute, la compréhension, le dialogue et en intervenant immédiatement si nécessaire ».

Ainsi, le Programme de Prévention des Suicides s'adresse indifféremment à tous ces personnels, qu'ils soient encadrants, médecins, psychologues, éducateurs ou surveillants et précise que les détenus ont droit à ce que « *l'administration pénitentiaire veille sur leur vie, leur intégrité et leur santé* ».

La détection des situations à risque est une mission qui est confiée à tous les services intervenants en prison qui devront signaler par écrit ou verbalement au personnel encadrant, directeurs, médecins, psychologues ou chefs de service, toute situation leur paraissant mériter une attention particulière.

L'arrivée dans l'établissement est repérée comme étant une phase importante du programme au cours de laquelle il doit être procédé à une première évaluation par l'examen du dossier de l'intéressé et de ses antécédents, également lorsqu'il s'agit d'un transfert d'une prison à une autre. Pour servir de support à cette évaluation, il est proposé un barème extrêmement précis affectant d'un coefficient de risque tous les types de situations personnelles.

Parmi celles-ci, sont plus particulièrement mis en exergue :

- les périodes aux cours desquelles le personnel est réduit : week-end, vacances et jours fériés ;
- les détenus soumis à des régimes particuliers de détention et notamment l'isolement ;
- la survenue de conflits familiaux ou affectifs ;
- l'incidence de toute évolution dans la situation judiciaire et notamment procédurale ;
- l'approche de la fin de peine et les inquiétudes des détenus quant à leur réinsertion ;
- toute notification de décision rejetant une requête : rejet de liberté conditionnelle ou de réduction de peine, rejet ou suppression de permis de visite.

L'étape de détection est suivie de celle du diagnostic : le détenu qui fait l'objet d'un signalement doit être immédiatement vu successivement par le psychologue, le médecin et le directeur du service éducatif qui devront ensuite se réunir en une assemblée collégiale, « la Junta de tratamiento », pour évaluer puis proposer ou non au directeur de l'établissement la mise en œuvre du programme de prévention. Si l'évaluation est collégiale, ce qui permettra de ne pas inclure dans le programme de nombreux cas et de focaliser les moyens humains toujours limités sur ceux qui ont été retenus, c'est au directeur qu'appartient la décision d'admettre dans le programme le détenu concerné en l'inscrivant dans un registre spécifique de suivi, entraînant une prise en charge personnalisée par l'ensemble des personnels.

Ce suivi ordonné pour une durée minimale d'un mois, ne prendra fin que sur nouvelle proposition de la « Junta de tratamiento » qui réexamine périodiquement la situation de chaque détenu inscrit au programme.

Les mesures de suivi sont réparties en trois catégories :

- les mesures préventives : cellules partagées pour éviter toute situation d'isolement et accès facilité aux moyens de communication à destination de la famille ;
- les mesures urgentes : hospitalisation en unité psychiatrique, prise de traitement médical sous surveillance pour éviter le « stockage médicamenteux », affectation d'un détenu de soutien, retrait de tout objet dangereux, surveillance renforcée de tout le personnel ;
- les mesures programmées : suivi médical et éducatif renforcé assorti d'une évaluation périodique de la situation, accompagnement continu 24h sur 24 ou aux heures de fermeture des activités communautaires par un détenu de soutien, participation accrue aux activités sociales et sportives, accès prioritaire à un travail rémunéré, maintien des liens familiaux et sociaux à l'extérieur de l'établissement en favorisant les parloirs.

Le détenu de soutien (« interno de apoyo ») constitue l'aspect le plus intéressant du dispositif dont l'effectivité repose désormais non seulement sur le personnel travaillant dans l'établissement, mais également sur la participation active de certains co-détenus sélectionnés.

Il s'agit d'une approche innovante qui modifie la perception que le détenu a de son environnement. Il n'est plus dans une relation inégalitaire d'opposition, de méfiance, voire de conflit avec ceux qui ont la charge de le surveiller, mais dans une relation plus spontanée avec des co-détenus qui ont pourtant la même fonction mais qu'il perçoit comme des « frères » partageant son quotidien et auprès desquels il s'épanchera plus volontiers.

Les détenus de soutien sont choisis par la « Junta de tratamiento » parmi des volontaires motivés, « installés durablement » dans l'établissement sans connaître d'addiction à des drogues et sans avoir eu de problèmes de comportement ou fait l'objet de sanctions disciplinaires. Pour garantir la stabilité du système, ces détenus doivent avoir un reliquat de

peine à purger y compris compte tenu des réductions de peines ou d'une éventuelle libération conditionnelle, d'au minimum un an.

Ils bénéficient d'une formation de 30 heures sur 15 jours, dispensée non seulement par les personnels médicaux, infirmiers, éducatifs qui travaillent dans l'établissement, mais également par les membres des associations qui y interviennent. L'objectif de ces cours est d'enseigner les bases nécessaires à l'identification des situations à risque et notamment de la dépression, ainsi que de les sensibiliser à l'écoute, à la communication et à l'assistance à autrui.

La circulaire recommande que leur nombre atteigne 2% de la population carcérale. Il est également prescrit que le chef du service éducatif organise une session mensuelle de travail avec les détenus de soutien à laquelle participent des professionnels qui rappellent les objectifs du programme et renouvellent les consignes ainsi que les apprentissages et conseils prodigués au cours de la formation initiale.

Le travail de soutien de ces détenus se décline selon trois modalités plus ou moins contraignantes en fonction de la pathologie et du risque présenté par le détenu placé sous surveillance et qui leur est affecté.

Il pourra s'agir soit :

- de partager simplement la cellule du détenu surveillé ;
- de partager sa cellule et de l'accompagner dans les activités individuelles ;
- de l'accompagner 24h sur 24.

S'agissant d'un engagement important qui bénéficie à la collectivité et qui n'est pas exempt de sentiment de responsabilité sur le plan moral, ces détenus bénéficient en contrepartie d'avantages matériels dans le régime de détention, d'un accès prioritaire au travail, de réductions de peines supplémentaires ou d'une libération conditionnelle anticipée.

Les résultats de ce dispositif reposant notamment sur les codétenus de soutien, la mortalité par autolyse dans les prisons espagnoles entre 2004 et 2007 est passée de 40 suicides (soit 7,9 pour 10 000) à 27 suicides (soit 4,7 pour 10 000).

Un autre pays expérimente depuis plus longtemps encore le système de « détenu de soutien » ou « soutien par ses pairs » : la Grande-Bretagne (ou plus exactement l'Angleterre et le pays de Galles).

La majorité des prisons en Angleterre et au Pays de Galles bénéficie en effet du système des *Listeners*, des détenus volontaires et bénévoles apportant un soutien psychologique confidentiel aux autres détenus. Ces détenus sont sélectionnés, formés et soutenus par les *Samaritans* dont ils complètent l'action puisque les *Samaritans* sont des

professionnels bénévoles du soutien psychologique, disponibles tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

L'Angleterre et le Pays de Galles ont également mis en place, après une expérimentation de six mois dans huit prisons, d'autres formations de détenus pour aider leurs codétenus : il s'agit des *Insiders* qui sont des détenus choisis et entraînés pour apporter aux arrivants souvent confrontés au « choc carcéral » des informations de base. Ils ne sont pas formés comme les *Listeners* au soutien psychologique, mais à reconnaître les signes de détresse qui peuvent conduire au suicide et à en informer les équipes de personnels.

L'expérimentation, évaluée comme une réussite, devrait être étendue à d'autres établissements pénitentiaires.

Cette expérience de l'Angleterre et du Pays de Galles souligne l'importance d'agir prioritairement dans les quartiers les plus sensibles de la détention et envers les publics les plus fragiles.

C] Agir prioritairement dans les quartiers sensibles et auprès des publics fragiles

Les secteurs les plus sensibles de la détention sont connus : quartiers ou cellules arrivants, quartier d'isolement, quartier disciplinaire et quartiers ou établissements pour les mineurs. Les publics fragilisés en détention sont aussi de mieux en mieux repérés et font l'objet d'une attention particulière : ce sont notamment les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques et celles condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel.

1. LE QUARTIER ARRIVANT :

L'arrivée en détention constitue un moment très sensible en termes de risque suicidaire, la personne détenue arrivant après un parcours judiciaire de plusieurs heures, fréquemment le soir, fatiguée et inquiète.

Dès son arrivée à l'établissement, la personne est conduite par la police jusqu'au greffe où elle est alors prise en charge par l'administration pénitentiaire. Là, le greffe procède à partir des documents justifiant l'incarcération remis par le policier ou le gendarme, à l'écrou, c'est-à-dire à l'enregistrement du titre de détention et à l'établissement de la fiche pénale. Une fois l'identité enregistrée et la prise d'empreintes effectuée, l'« arrivant » rejoint le vestiaire. Le surveillant responsable du vestiaire fouille et trie alors ses affaires personnelles. Il affecte à chaque personne détenue une boîte dans laquelle il conditionne tout ce que cette dernière n'est pas autorisée à conserver en détention : téléphone portable, appareil photo, couteau, etc. Ses papiers d'identité, ses biens personnels et son argent sont déposés dans le coffre du service comptable. Vient ensuite l'étape de fouille intégrale qui est réalisée, en présence d'un personnel de surveillance de son sexe, dans un local réservé à cet effet. A la sortie du vestiaire, un paquetage (draps, couverture, couverts, nécessaire de toilette) et un extrait du règlement intérieur de la prison lui sont remis. C'est durant cette phase que les détenus toxicomanes ou présentant des problèmes de santé sont signalés auprès du service médical de l'établissement (l'UCSA). La personne détenue est orientée vers le quartier des arrivants ou vers les cellules réservées aux arrivants.

Le « choc carcéral » est une réalité, pas uniquement d'ailleurs pour les détenus primaires, c'est-à-dire les personnes incarcérées pour la première fois. Il peut en effet être tout aussi important pour un détenu qui a déjà connu la prison à plusieurs reprises, mais pour qui « c'est la fois de trop ».

L'arrivée à l'établissement et les premiers temps d'incarcération ont été repérés depuis longtemps comme particulièrement fragilisants et de ce fait comme présentant des risques élevés de passage à l'acte suicidaire. En 2008, sept personnes se sont suicidées au quartier arrivant, représentant 6,4 % des suicides constatés sur l'année. Si l'on compare aux années précédentes, le pourcentage était alors plus important (11,8 % en 2007 par exemple). Ce chiffre demeure néanmoins élevé.

Pourtant, l'administration pénitentiaire a depuis plusieurs années consacré beaucoup d'efforts à l'amélioration de l'accueil et au repérage du risque suicidaire pendant cette période sensible.

Les circulaires et notes successives ont depuis longtemps souligné l'importance du respect des procédures d'accueil (entretiens arrivant notamment avec le chef d'établissement dès le jour d'arrivée ou au plus tard le lendemain, examen médical « dans les délais les plus brefs », vigilance très particulière pour les détenus faisant l'objet d'une notice délivrée par l'autorité judiciaire signalant un risque suicidaire, etc.) et l'attention redoublée qui devrait être portée aux détenus arrivants (dès le greffe avec des informations délivrées par le surveillant « sur les phases ultérieures de la procédure d'accueil »⁷¹, puis avec la fourniture d'un minimum de moyens d'hygiène corporelle et vestimentaire : trousse de toilette arrivant, sous-vêtements et chaussettes, etc.⁷²).

Le détenu arrivant est ainsi l'objet d'une surveillance renforcée, notamment la nuit. Il bénéficie le jour même ou le lendemain dans la journée, d'une série d'entretiens d'accueil obligatoires : avec un membre de la direction ou un gradé, un médecin et un CIP. Ces rencontres lui permettent d'identifier les différents interlocuteurs et d'obtenir des réponses face aux inquiétudes et difficultés matérielles rencontrées (absence de linge de rechange, de nécessaire de correspondance...). Elles permettent aux personnels d'observer le détenu arrivant et de repérer des signes de détresse ou d'éventuels troubles psychologiques.

Les moyens de détection du risque suicidaire par le personnel pénitentiaire et les conditions matérielles de l'accueil ont aussi considérablement évolué.

Ainsi qu'il a été précédemment détaillé, la première grille d'analyse et de repérage du risque suicidaire élaborée à partir des recommandations de la conférence de consensus de 2000 et des expériences des pays européens et du Canada, a été diffusée nationalement en 2002. Actualisée en 2007, la grille « d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire » devenue grille « d'évaluation du potentiel suicidaire », a été utilisée de

⁷¹ Cf. circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.

⁷² Ibid.

manière plus systématique dans tous les établissements pénitentiaires (près de 90 % seulement 18 mois après⁷³).

De même, l'administration pénitentiaire a encouragé les établissements à mettre en place un véritable quartier dédié aux arrivants au début des années 2000.

De nombreux quartiers arrivants ont vu le jour avec un fonctionnement répondant au schéma suivant : un accueil de trois à cinq jours pour les maisons d'arrêts et d'une semaine à quinze jours pour les établissements pour peine ; un programme comprenant des entretiens (obligatoires et supplémentaires), des temps d'informations pour les détenus et une réunion pluridisciplinaire pour décider principalement de l'affectation en détention.

En 2006, l'administration pénitentiaire a érigé le respect des règles pénitentiaires européennes (RPE) en objectif prioritaire. Adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, les règles pénitentiaires européennes visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des Etats membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Ces 108 règles portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons. Bien que ces recommandations ne présentent aucune valeur contraignante pour les Etats, elles constituent pour le ministère de la Justice un cadre de référence sur lequel l'administration pénitentiaire entend fonder son action quotidienne.

La direction de l'administration pénitentiaire a ainsi élaboré un référentiel RPE destiné à conduire ses actions concrètes d'amélioration des conditions de détention. La mise en conformité de la procédure d'accueil des arrivants y est inscrite de façon prioritaire.

Occupant une place importante dans les RPE, la qualité de « l'accueil » s'inscrit dans la qualité de la prise en charge dont la finalité est la préparation à la réinsertion.

La procédure de prise en charge et d'accompagnement de la personne détenue durant la phase d'accueil fait l'objet d'une description complète au sein du référentiel RPE.

Il est tout d'abord prévu la création ou la rénovation de locaux arrivants spécifiques et adaptés.

En fonction de la taille des établissements et de leur ancienneté, le quartier arrivants est plus ou moins excentré des autres quartiers de détention. Le principe qui les régit est cependant toujours le même : éviter aux « entrants » d'être en contact direct avec les autres détenus, en réservant à cette population arrivante des cellules qui lui sont propres, ainsi qu'une salle d'audience où des entretiens pourront avoir lieu. Les différents services se

⁷³ La note datant du 14 mai 2007 (annexe C) et le bilan par les DISP ayant été réalisé en novembre 2008 (annexe B).

déplacent pour les informer, organiser des informations collectives⁷⁴ et des groupes de parole divers, recevoir en consultation, etc. Contrairement au reste de la détention, les arrivants disposent gratuitement de la télévision pour atténuer le sentiment d'isolement.

L'effectif réduit de l'unité et l'organisation autour d'une équipe dédiée induisent des changements significatifs en termes de réduction des effets de groupe et de violence. Des détenus interrogés en 2008 dans le cadre d'une enquête sur la mise en place des RPE⁷⁵, considèrent la création du quartier arrivants et sa mise aux normes européennes comme une avancée notoire : « *Le quartier arrivant, c'est bien. Il y a beaucoup plus de choses expliquées. Avant, à l'arrivée, vous étiez livrés à vous-même si personne n'expliquait. Vous n'êtes pas directement jetés dans la fosse, ça permet d'atterrir, ça fait moins peur, les cellules sont propres, vous avez une plaque chauffante ; la TV c'est la première chose, c'est une présence. Les surveillants sont plus détendus et plus cools* ». Généralement, ils estiment importantes les informations reçues, même si parfois elles sont jugées insuffisantes en matière pénale ou demanderaient à être reprises. Ils disent aussi avoir été bien reçus par les personnels de surveillance, soulignent l'importance de pouvoir leur parler et d'obtenir des réponses à leurs questions. La grande place accordée à la présence de la télévision exprime le rôle fondamental du maintien d'un lien, aussi indirect soit-il, avec l'extérieur. D'autres expliquent que ce quartier réduit les risques de révolte et de violence contre soi ou autrui que provoque l'incarcération.

Au mois de décembre 2008, 113 établissements soit 66% des sites, étaient équipés de locaux ou quartiers spécifiques d'accueil conformes au référentiel (initialement ou à suite d'une création ou d'une rénovation).

Sur le plan ensuite de la procédure et des méthodes de travail décrits par le référentiel RPE, le respect d'une procédure d'accueil formalisée et conduite par des personnels formés ou sensibilisés à cet égard est exigé. Il en est de même concernant la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire de la personne détenue dès les premiers temps de son incarcération permettant ainsi d'évaluer son profil et d'identifier ses besoins sur le plan sanitaire, psychologique, social et matériel.

Les personnes détenues sont placées au quartier arrivants, le temps nécessaire à leur prise en charge par les différents services et à leur affectation dans un quartier de l'établissement par une commission arrivants pluridisciplinaire, souvent émanation de la CPU. Ces commissions arrivants sont essentielles car elles permettent de s'interroger sur la situation du détenu, de personnaliser sa prise en charge en fonction de ses relations familiales, de son besoin d'un suivi médical, de sa situation financière et de ses projets. Elles permettent surtout, dans un souci de meilleure gestion, d'affecter les détenus au sein de l'établissement

⁷⁴ Dans une maison d'arrêt de la région parisienne, le service du greffe vient renseigner les détenus sur le droit pénal et le droit pénitentiaire.

⁷⁵ Enquête de novembre 2008 réalisée par Mmes Chauvenet et Rambourg ; voir l'annexe 3 de la circulaire du 14 janvier 2009 relative aux objectifs 2009 dans le cadre de la mise en œuvre des RPE.

en fonction de leur catégorie pénale, parfois de la nature de leurs délits, de leur comportement et de leurs souhaits d'activités.

Dans certains établissements, les détenus arrivants rencontrent dans le cadre de la procédure arrivant, un responsable des activités scolaires ou un responsable du travail, des représentants d'associations, les aumôniers, etc. Tous ces intervenants participent alors aux commissions pluridisciplinaires arrivants pour faire part de leurs observations.

Un livret de suivi individuel de la personne détenue, qui accompagne celle-ci durant toute sa détention et qui constitue un élément essentiel dans la mise en œuvre du parcours d'exécution des peines, est également mis en place. L'ouverture systématique et le renseignement d'un livret de suivi pour chaque détenu sont recensés en décembre 2008 dans près de la moitié des établissements. Cette mise en conformité devrait encore progresser d'ici le second trimestre 2009 avec la généralisation du CEL (Cahier Electronique de Liaison).

Cette mise en cohérence des interventions des différents partenaires (pénitentiaires, médicaux, enseignants, travail, etc.) est garante d'un meilleur accompagnement et d'une orientation interne adaptée, fondés sur un véritable bilan individualisé de la personne détenue (dangerosité et vulnérabilité notamment).

Parallèlement à la mise en conformité de la procédure d'accueil des arrivants avec les engagements pris dans le référentiel RPE, une démarche de labellisation a été lancée en juin 2008. Fin 2008, une quinzaine d'établissements avaient déjà été évaluées par un organisme évaluateur indépendant en vue de l'obtention du label de conformité avec les engagements pris par le référentiel « Prise en charge et accompagnement de la personne détenue durant la phase d'accueil ».

Cette démarche sera poursuivie jusqu'en 2012 sur un rythme annuel d'une quarantaine d'établissements, l'objectif étant de labelliser la totalité des établissements pénitentiaires.

Il conviendrait ainsi que ces pratiques soient généralisées et mises en place dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, avec notamment la proposition faite à tous les intervenants (personnels de l'Education nationale, aumôniers, bénévoles comme les visiteurs de prison, partenaires privés, intervenants culturels, etc.) de participer à des rencontres avec les détenus dans le cadre des quartiers arrivants.

Ces exigences organisationnelles garantissent le respect de la dignité et des droits de la personne. Elles répondent également aux impératifs de santé, d'hygiène et de sécurité. Par ailleurs, elles ont vocation à atténuer le choc carcéral lié à la privation de liberté et s'avèrent souvent déterminantes pour la suite de l'incarcération.

Car comme l'indique le vice-président de la FARAPEJ (Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice)⁷⁶ : « *le quartier arrivant est un quartier extrêmement*

⁷⁶ Cf. audition de M. Cugnot, annexe H

important et d'ailleurs, l'administration pénitentiaire fait des efforts absolument gigantesques pour que les quartiers arrivants soient dignes de ce nom et que les détenus soient accueillis. La façon dont on est accueillis dans un monde qu'on ne connaît pas est l'objet d'une hyper sensibilité, c'est-à-dire que jamais on est autant à l'écoute de ce qui se passe qu'au moment où on arrive dans un monde qu'on ne connaît pas. Et à ce moment-là si le détenu, qu'il soit prévenu ou condamné, est réellement accueilli, ça pourrait bouleverser sa vie d'une manière positive d'une façon extraordinaire ».

Conformément à cette approche, il apparaît fondamental que toute personne détenue puisse bénéficier d'un parloir ou d'une communication téléphonique avec sa famille ou un proche durant son passage au quartier arrivants.

Un autre secteur très sensible de la détention en termes de risque de passage à l'acte suicidaire est le quartier disciplinaire.

2. LE QUARTIER DISCIPLINAIRE

Parmi les différentes phases du parcours de détention pour les personnes incarcérées, il en est une qui constitue une situation très particulière, le placement dans un quartier spécifique de l'établissement : le quartier disciplinaire (QD).

Ce placement peut avoir deux origines⁷⁷ : soit le placement en cellule de punition suite à l'application d'une sanction décidée en commission de discipline ; soit le placement en cellule de punition à titre préventif, mise en œuvre par le chef d'établissement ou le ou les fonctionnaires ayant reçu délégation écrite et nominative à cet effet. Cette mise en prévention doit revêtir un caractère exceptionnel et ne doit être diligentée que si elle apparaît comme étant l'unique moyen de mettre fin à l'incident ou de préserver l'ordre interne à l'établissement.

La mise en cellule disciplinaire s'accompagne d'un régime de détention très spécifique, avec une absence d'activités culturelles, de loisir et de travail, une promenade d'une durée d'une heure par jour et la privation de cantines (exception faite du nécessaire de toilette, de correspondance et de tabac). Elle peut durer jusqu'à 45 jours pour les infractions les plus graves (sanctions du premier degré).

Le placement au QD est vécue par les personnes détenues comme une véritable punition, même si les conditions matérielles se sont nettement améliorées depuis plusieurs années avec la mise aux normes de l'ensemble des installations (éclairage, sanitaires,

⁷⁷ Voir la circulaire NOR JUSE9640025C du 2 avril 1996.

couchage...). « *La mise en quartier disciplinaire représente une rupture supplémentaire par rapport à la prison qui en était déjà une en soi* »⁷⁸.

Le quartier disciplinaire a toujours connu une suicidité importante : 17% des cas de suicides en 1998-1999, 11% en 2001-2002, plus de 16% des suicides en 2006-2007, alors que cette structure ne représente que 2 % de la capacité totale du parc.

Le chiffre des tentatives de suicides est tout aussi significatif : un peu plus de 19 % des tentatives ont eu lieu ces dernières années en cellule disciplinaire.

C'est pourquoi, même si la proportion de suicides au quartier disciplinaire en 2008 a baissé (un peu moins de 12%) et que les personnels pénitentiaires ont désormais de plus en plus conscience du risque et y sont attentifs, le placement au QD constitue un facteur de risque incontestable, notamment en cas de mise en prévention.

Il convient alors de trouver avec les personnels et leurs organisations professionnelles, les moyens, outre l'examen médical préalable (qui est par ailleurs dans certains établissements systématique), de mieux prendre en compte ce risque, notamment en diminuant le recours à la cellule disciplinaire et en privilégiant des mesures alternatives, mais aussi en faisant des quartiers disciplinaires, des lieux d'exécution d'une sanction plus humanisés.

Le ministère de la Justice a pris en considération cette nécessité en adoptant deux décrets relatifs d'une part au maintien des visites familiales au QD⁷⁹ et d'autre part à l'abaissement de nombre de jours de placement en cellule disciplinaire pour les mineurs de plus de 16 ans⁸⁰.

Le projet de loi pénitentiaire devrait traduire et renforcer cette volonté .

Il conviendrait toutefois, sans attendre, de rappeler que les mises en prévention doivent être limitées au strict nécessaire. Si ceux qui ont reçu délégation de cette compétence en ont pleinement conscience et que ces placements à titre préventif découlent pratiquement toujours de violences physiques ou d'actes de destruction de biens, il peut encore arriver parfois que le texte soit interprété largement alors que le trouble a cessé et que le détenu ne présente aucun état d'agitation.

Or, l'incertitude de la sanction contribue à exacerber l'état de fragilité de la personne détenue. En 2006-2007, presque la moitié des détenus qui se sont donnés la mort en quartier disciplinaire étaient placés en prévention⁸¹.

⁷⁸ Cf. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°22, annexe D, op.cité.

⁷⁹ Voir le décret du 10 juin 2008 autorisant une visite par semaine.

⁸⁰ Passé de 15 à 7 jours pour les fautes du 1^{er} degré (décret du 11 mai 2007).

⁸¹ Cf. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°22, annexe D, op.cité.

Il pourrait être ainsi opportun de mettre en place un groupe de travail et de réflexion sur le sujet la prévention du suicide au QD qui définirait notamment autant qu'il est possible de faire, les cas de mise en prévention évitables et ceux qui ne le sont pas.

Toujours dans l'objectif de renforcer la prévention des suicides, il conviendrait d'améliorer l'accueil des détenus dans ce quartier.

Aujourd'hui, la circulaire de 1996 prévoit deux actions spécifiques : l'affichage du règlement du quartier disciplinaire dans ledit quartier et la remise au détenu d'une copie de ce règlement. Pour cette remise, aucune forme n'est imposée et bien souvent, lorsque cela se fait, la copie est déposée sur le lit de la cellule, sans plus d'explications.

Compte tenu de l'impact sur la personne détenue d'un tel changement d'environnement (avec un lit et une table scellés, un équipement sanitaire de type « inox » incassable, une atmosphère plus silencieuse...), il est fondamental d'envisager un véritable accueil dans ce quartier, d'autant plus que le détenu se pose à ce moment précis de véritables interrogations (« que vont devenir mes affaires ? mes parents peuvent-ils être prévenus ? quel va être l'impact de cette sanction sur ma fin de peine ? », etc.).

Les chiffres de 2006-2007 sont particulièrement éclairants : « *près de la moitié des suicides s'est déroulée le jour même ou le lendemain de la sanction.* »⁸²

Il convient donc de rassurer la personne concernée en « structurant » son passage en cellule de punition et en l'informant sur sa situation et ses droits.

Il doit être instauré, à l'arrivée de la personne dans ce quartier, un entretien réalisé par un cadre désigné à cet effet qui peut être, suivant la taille de la structure, un premier-surveillant, un personnel du corps de commandement ou un personnel de direction.

Cet entretien aura pour but d'acquérir une connaissance plus approfondie de la personnalité du détenu, de l'informer de ses droits, de réfléchir avec lui sur l'organisation des jours à venir (repères dans le temps et l'espace) et tenter de détecter une éventuelle fragilité psychologique, sans faire pour autant une évaluation stricto sensu du potentiel suicidaire. Il paraît en effet difficile d'aborder immédiatement et directement avec la personne les questions relatives au repérage de la crise suicidaire (par exemple avec la grille), les résultats risquant d'être faussés par un éventuel chantage au suicide afin d'obtenir une levée de la sanction.

Il est impératif que ce véritable entretien d'admission ait lieu dans une pièce d'audience « banalisée » et non pas dans la cellule disciplinaire.

Le cadre chargé de l'entretien d'admission devra consigner les principales observations recueillies lors de cet entretien. En fonction de l'urgence détectée et de la nature des informations recueillies, il pourra solliciter, si cela se révèle nécessaire, un interlocuteur

⁸² Ibid.

ciblé (par exemple examen médical urgent, contact très rapide avec un conseiller d'insertion et de probation, alerte du référent « prévention suicide », etc.).

En cas de doute sur l'existence d'une crise suicidaire, il doit être fait appel à un médecin psychiatre chargé d'évaluer plus précisément ce risque.

Les modalités pratiques de cette procédure devront bien sûr être élaborées avec l'ensemble des professionnels concernés.

Enfin, il conviendrait d'améliorer encore les conditions de détention au QD, notamment le régime de ce quartier.

Le problème essentiel que soulève ce régime est la restriction des liens avec l'extérieur : une seule visite par semaine. Or, tous les détenus n'ont pas de visite et certains, illettrés, ne peuvent entretenir de correspondance avec leurs proches.

Il pourrait être permis un appel téléphonique à un membre de la famille ou un proche, notamment en cas d'impossibilité de visite.

Enfin, l'autorisation de posséder un appareil radio pourrait contribuer à apaiser une personne placée dans ce quartier.

Ces mesures ambitieuses concernant le quartier disciplinaire doivent être mises en œuvre progressivement avec le concours, pour la définition précise de ses modalités, de l'ensemble des personnels.

Il faudra d'ailleurs s'inspirer de ces avancées pour les adapter à un autre quartier, le quartier d'isolement, qui peut présenter une très légère sursuicidité même si elle est beaucoup moins importante aujourd'hui, en raison notamment des procédures très strictes qui encadrent le placement et la prolongation de l'isolement.

Un autre quartier, ou plus exactement un autre public, a quant à lui fait l'objet de beaucoup d'attentions concernant la prévention du suicide en 2008 : il s'agit du public mineur détenu.

3. LES QUARTIERS MINEURS ET ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES POUR MINEURS : ACTIONS SPECIFIQUES VIS A VIS DES MINEURS DETENUS QUI ADOPTENT DES COMPORTEMENTS A RISQUE

L'ordonnance du 2 février 1945 prévoit qu'un mineur ne peut être incarcéré qu'à partir de l'âge de 13 ans.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a adapté cette ordonnance aux nouvelles caractéristiques de cette délinquance des mineurs, dans le respect de ses principes directeurs. Cette loi a réaffirmé la valeur de la sanction tout en poursuivant et en développant les actions de prévention et de réinsertion.

Les mineurs garçons peuvent être incarcérés dans les établissements pénitentiaires qui possèdent un quartier pour mineurs (QM) et, depuis le 11 juin 2007, dans les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM).

Les jeunes filles mineures peuvent être détenues en quartiers pour femmes et en EPM.

Tous les quartiers mineurs et les EPM s'engagent à respecter les préconisations des règles pénitentiaires européennes (RPE).

L'actuel projet de loi pénitentiaire intègre des dispositions relatives aux mineurs détenus édictées notamment dans le cadre des RPE⁸³.

Il reprend ainsi le principe du respect des droits fondamentaux reconnus au mineur (RPE, projet de règles européennes relatives aux mineurs délinquants). A cet égard, depuis 2002, l'action de l'administration pénitentiaire porte sur le renforcement et la formation du personnel de surveillance affectés auprès des mineurs, l'accroissement des activités culturelles, sportives et socio-éducatives, l'amélioration des conditions d'hébergement et l'intervention des éducateurs de la PJJ en QM et en EPM⁸⁴.

Par ce projet de loi pénitentiaire, la France entend se conformer aux dispositions édictées au niveau européen et réaffirmer solennellement la spécificité de la prise en charge du public mineurs.

Consacrer un article aux mineurs détenus révèle une réelle volonté d'assurer à la fois la protection des mineurs en détention et de favoriser leur insertion sociale.

A ce jour, 54 QM et 6 EPM sont susceptibles d'accueillir des mineurs. Le nombre de mineurs incarcérés au 1^{er} janvier 2009, était de 675 pour une capacité d'accueil de 1157 places (soit un taux d'occupation de 58,6 %).

500 mineurs étaient détenus en quartiers pour mineurs⁸⁵. 175 mineurs l'étaient au sein d'EPM⁸⁶.

Les mineurs détenus représentaient au 1^{er} janvier 2009, 1,1 % de la population détenue en France. 57,9 % de ces mineurs étaient prévenus, 42,1 % condamnés.

⁸³ « Section 8 : Des détenus mineurs - Article 25 : L'administration pénitentiaire garantit aux mineurs détenus le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant.
Article 26 : Les mineurs, lorsqu'ils ne sont pas soumis à l'obligation scolaire, sont tenus de suivre une activité à caractère éducatif. »

⁸⁴ Au sein des EPM, la prise en charge éducative du mineur est assurée quotidiennement par un binôme éducateur-surveillant.

⁸⁵ Pour une capacité d'accueil de 891 places (soit 74% du total et un taux d'occupation de 56,3%).

⁸⁶ Pour une capacité d'accueil de 266 places (soit 26% du total et un taux d'occupation de 66,2%).

L'incarcération des mineurs en QM et en EPM est régie par les grands principes suivants :

- l'intervention continue des éducateurs des services de la PJJ auprès des mineurs détenus ;
- le principe de la pluridisciplinarité dans la prise en charge des mineurs (AP, PJJ, Education Nationale, Santé) ;
- la mixité filles-garçons dans les EPM ;
- l'encellulement individuel des mineurs la nuit ;
- la sollicitation systématique de la ou des personnes titulaires de l'autorité parentale pour toutes décisions concernant le mineur détenu ;
- la possibilité de maintenir un jeune majeur pendant six mois en détention pour mineurs si son intérêt le justifie ;
- l'accès des mineurs détenus à l'enseignement, à la santé, aux activités socio-éducatives, culturelles et sportives.

Malgré cette prise en charge très spécifique, les mineurs détenus constituent un public à risque qui doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans la politique de prévention du suicide.

En effet, la psychopathologie de l'adolescence se caractérise par la place qu'occupe « le recours à l'agir » dans la régulation des problématiques psychiques de cette période du développement. L'autre particularité de la psychopathologie à cet âge est la fréquence relative des problématiques de séparation et d'individuation. Ces conditions tendent à augmenter la probabilité que les actes auto ou hétéroagressifs soient utilisés comme des formes d'appel à l'autre. Même en dehors de toute pathologie psychiatrique avérée, les adolescents sont donc particulièrement sensibles aux réponses qui sont données à leurs actes. Cette sensibilité ne paraît pas liée aux intentions qui sous-tendent leurs actes. Un comportement manipulateur comme une conduite hétéro agressive, des conduites d'auto sabotage, un retrait ou des plaintes somatiques, peuvent masquer un risque suicidaire, même si le signe le plus évocateur de ce risque reste l'existence d'une manifestation suicidaire quels qu'en soient les motifs.

Trois mineurs détenus se sont suicidés en 2008⁸⁷, alors qu'aucun suicide de mineurs n'était intervenu pendant 3 ans, de 2005 à 2007⁸⁸. Le chiffre était d'un suicide par an de 2002 à 2004 et supérieur à 1 entre 1999 et 2001.

⁸⁷ Cchiffres toujours sous réserve dans l'attente des conclusions des résultats de l'enquête pour recherche des causes de la mort.

⁸⁸ Même s'il convient de noter que 11,34% des suicides en 2007 ont touché des personnes de la tranche d'âge 18-20 ans, contre 2,13% en 2006, 2,46% en 2004.

A la suite de ces décès qui ont fait l'objet d'un retentissement médiatique certain et ému l'opinion publique, les ministres de la Santé et de la Justice ont demandé à leurs Directions respectives, par une note commune en date du 05 décembre 2008, la poursuite des mesures déjà engagées, notamment celles concernant spécifiquement les mineurs détenus : la mobilisation des réseaux des SMPR, des équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant dans les UCSA pour une prise en charge prioritaire et renforcée des mineurs, ainsi que la mise en œuvre effective du nouvel outil de « recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus » et des préconisations contenues dans sa notice d'utilisation⁸⁹.

Au moment de la diffusion de cette note, la prévention du suicide des mineurs détenus avait déjà fait l'objet en 2008 d'une réflexion approfondie au sein du ministère de la Justice (DAP et DPJJ) à laquelle s'est associé le ministère de la Santé. Il s'agissait pour ce groupe de travail interministériel d'élaborer des préconisations sur cette thématique et de créer une grille spécifique d'évaluation du risque suicidaire et des comportements à risques chez les mineurs détenus.

Une grille « recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus » a ainsi été élaborée à partir de la grille des majeurs de 2007, par des professionnels reconnus (pédopsychiatre, psychologues, cadres de santé, magistrat, directeur d'EPM et directeur du service éducatif d'un EPM).

Diffusée à tous les directeurs d'EPM et des établissements comportant un quartier mineur pour une mise en œuvre au 1^{er} novembre 2008, cette grille est aujourd'hui appliquée de manière systématique à tous les mineurs détenus arrivants.

Il conviendrait désormais d'évaluer concrètement auprès des professionnels ce nouvel outil et les éventuelles difficultés rencontrées afin de l'adapter si nécessaire.

Le groupe d'experts a par ailleurs fait part de recommandations concernant la prévention du suicide en général des mineurs détenus qui pourraient être intégrées dans un prochain texte réglementaire⁹⁰.

Il pourrait être utile de proposer pour tous les personnels travaillant avec les mineurs détenus, une formation aux « particularités de la relation et du lien à l'autre à l'adolescence », notamment chez des mineurs aux comportements anti-sociaux, afin de pouvoir aborder les relations avec les mineurs de la façon la plus adaptée. Cette formation pourrait également aborder la particularité des conduites suicidaires à l'adolescence et leur fréquente rationalisation par le mineur qui tente ainsi d'en cacher la dimension psychologique tant aux

⁸⁹ Cf. annexe C2

⁹⁰ Une nouvelle circulaire relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires par exemple, afin d'actualiser le circulaire du 26 avril 2002.

autres qu'à lui-même. Elle devrait également conduire à une meilleure prise en compte de risques « épidémiques » plus fréquemment constatés à cet âge pour tenter de dégager les moyens institutionnels permettant d'en limiter les effets.

Il pourrait enfin être proposé l'organisation d'une conférence de consensus sur la prévention du suicide des mineurs détenus.

En effet, même si des recommandations professionnelles existent sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide⁹¹ et que la problématique des mineurs a été évoquée lors de la conférence de consensus sur la crise suicidaire organisée en octobre 2000, le suicide chez les adolescents incarcérés n'a jamais été abordé spécifiquement. Or, la question de la prévention du suicide des mineurs détenus, touchant notamment au problème de l'hospitalisation après une tentative de suicide, devrait faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Les recommandations précitées indiquaient en effet que l'hospitalisation « devait être systématique quelle que soit l'évaluation faite de l'intentionnalité suicidaire » et que toute tentative de suicide à l'adolescence devait être considérée comme la « marque d'une crise suicidaire sévère et donner lieu à une hospitalisation pour explorer l'état psychopathologique et le contexte relationnel et social du jeune suicidant et mettre en place les suivis ambulatoires post hospitalier ». Aucune exception n'était prévue mais le groupe d'experts n'avait pas abordé la question des adolescents incarcérés.

Or, des avis convergents conduisent à nuancer ces recommandations concernant les adolescents incarcérés. En effet, la lourdeur des protocoles qu'impose l'hospitalisation d'une personne incarcérée, la limitation du choix des services susceptibles d'accueillir ces adolescents et la possible incitation que pourrait représenter l'utilisation de la tentative de suicide pour obtenir une hospitalisation, constitueraient, dans ce contexte, un facteur potentiel de réduction ou d'annulation des effets positifs de l'hospitalisation dans la prévention du suicide.

Ainsi pour avancer sur cette question qui, dans l'attente, fait l'objet d'une approche pragmatique au cas par cas, l'organisation d'une conférence d'experts de l'enfance et de l'adolescence dont les recommandations seraient validées scientifiquement, paraît particulièrement opportune.

Enfin, deux autres publics, tout aussi fragilisés, doivent faire l'objet d'une politique de prévention renforcée : les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques et celles condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel.

⁹¹ Voir les recommandations de l'Anaes de 1998 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271908/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide)

4. LES PUBLICS FRAGILISES : LES PERSONNES DETENUES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET CELLES CONDAMNEES OU PREVENUES POUR DES INFRACTIONS SEXUELLES

La santé mentale des personnes détenues constitue un défi majeur en raison du nombre de personnes présentant des troubles mentaux.

Une enquête épidémiologique réalisée en 2003 et 2004, à la demande du ministère en charge de la santé et du ministère de la Justice, souligne la fréquence des antécédents sociaux, judiciaires et médicaux des détenus :

- avant l'âge de 18 ans, 28 % de la population étudiée a été suivie par un juge pour enfant, 22 % a fait l'objet d'une mesure de placement ;
- 28 % déclare avoir subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle ;
- 16 % a été hospitalisée pour raisons psychiatriques avant l'incarcération.

Les principaux troubles rencontrés en prison sont d'après cette même étude :

- la schizophrénie (3,8 % des détenus, soit environ 4 fois plus qu'en population générale) ;
- les états dépressifs majeurs (17,9 %, soit 4 à 5 fois le taux en population générale) ;
- l'anxiété généralisée (12 %).

La prévalence des troubles mentaux en prison n'est cependant pas un constat propre à la France. Des recherches à l'étranger, comme celle menée par He et coll. (2001) au sein des prisons texanes sur une période de 12 mois, aboutissent aux mêmes conclusions : *« pratiquement deux tiers des personnes suicidées souffraient de troubles psychiatriques, les plus fréquents étant les troubles de l'humeur (64 %), les troubles de la personnalité (56 %) et les troubles psychotiques (44 %) »*⁹².

Il convient de rappeler que les soins psychiatriques aux personnes détenues relèvent du ministère chargé de la santé conformément au décret n° 86-602 du 14 mars 1986 qui confie le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire au service public hospitalier et à la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative au transfert de toute l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier.

Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sont ainsi prises en charge médicalement pour les soins ambulatoires par le secteur psychiatrique hospitalier dont dépend l'unité de consultation et de soins ambulatoires de l'établissement pénitentiaire, ou par le

⁹² Cf. annexe E

service médico-psychologique régional (SMPR) spécialisé dans la psychiatrie et ayant une vocation de coordonnateur au sein de la région pénitentiaire⁹³. Pour les soins en hospitalisation complète, les détenus sont accueillis avec leur consentement en SMPR, et sans leur consentement sous le régime de l'hospitalisation d'office, en secteur psychiatrique habilité de l'hôpital de rattachement, ou en unité pour malades difficiles (UMD).

Même si ce dispositif a considérablement amélioré la prise en compte des pathologies et troubles mentaux, il se révèle encore insuffisant du fait de l'ampleur des besoins constatés en prison. Les difficultés y demeurent nombreuses.

Tout d'abord, les SMPR ne peuvent pas vraiment accueillir les patients en hospitalisation complète du fait du défaut de présence sanitaire notamment la nuit.

En outre, les moyens, comme le nombre de psychiatres intervenant en établissement pénitentiaire, sont insuffisants, notamment dans certains établissements pénitentiaires situés dans des zones géographiques rurales ou excentrées.

Par ailleurs, les établissements de santé sont réticents à recevoir des personnes détenues en hospitalisation d'office en l'absence de garde statique par les forces de l'ordre.

Enfin, d'une façon générale, l'évolution des prises en charge en psychiatrie a privilégié les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment. Cela conduit souvent à des séjours hospitaliers brefs et à un confinement de fait en chambre d'isolement, ce qui n'est pas sans affecter la qualité des soins.

Pour pallier ces difficultés, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour l'hospitalisation complète des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Les UHSA constitueront à terme, une amélioration certaine de l'offre d'accès aux soins au bénéfice de ces patients détenus.

Toute personne détenue atteinte de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation complète sera alors hospitalisée dans ces unités de santé créées par la loi, avec ou sans son consentement.

Les personnels pénitentiaires auront pour mission d'assurer la sécurité et les transports des personnes détenues hospitalisées dans ces unités, ainsi que le suivi socio-éducatif.

Le programme d'implantation des 17 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sera réalisé en deux tranches. La 1^{ère} UHSA ouvrira en février 2010, à Lyon, sur le site du Centre Hospitalier du Vinatier. Les suivantes seront les UHSA de Villejuif, Toulouse et Nancy (fin 2010- début 2011).

⁹³ Rappel : 26 SMPR sont situés dans l'enceinte d'un établissement pénitentiaire.

Ce projet en cours de concrétisation paraît riche de promesses et devrait apporter des solutions aux difficultés rencontrées sur le terrain. Il ne doit toutefois pas conduire à empêcher de réfléchir aux moyens de moins incarcérer les personnes souffrant de troubles mentaux. Ce dernier point est en effet considéré comme fondamental par de nombreux professionnels « *Il n'aurait pas fallu fermer les hôpitaux psychiatriques* »⁹⁴ ; « *il faut absolument rouvrir des lits en psychiatrie (...) on a fermé énormément de lits (...) il y a de plus en plus de soins ambulatoires en psychiatrie donc les personnes se font soigner la journée à l'hôpital et rentrent chez elle pour la nuit ; or pour les personnes incarcérées, ce n'est pas possible, donc c'est bien plus facile effectivement de les mettre dans les établissements pénitentiaires...* »⁹⁵.

Dans l'attente, il importe de faire aboutir dans les meilleurs délais le programme des UHSA et d'engager les travaux de la seconde tranche, car les 440 lits de la première tranche ne suffiront pas à couvrir la totalité des besoins.

Il conviendrait aussi et avant tout pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques, de renforcer les moyens humains dans tous les établissements afin d'améliorer le dépistage et le traitement de la dépression, cette dernière étant, quand elle n'est pas traitée, la première cause de suicide.

Le professeur Terra dans son rapport de 2003 avait déjà fait cette préconisation. Un plan national a depuis été élaboré, une campagne nationale a été lancée, mais le repérage des symptômes et le traitement de cette maladie en prison doivent être encore renforcés et devenir des objectifs prioritaires des UCSA et des SMPR.

Un autre public fragilisé, surtout par la stigmatisation dont il fait l'objet en prison, doit également retenir l'attention. Il s'agit des personnes condamnées ou prévenues pour des infractions à caractère sexuel, qui, il faut le rappeler, ne souffrent pas toute de pathologies psychiatriques.

Les chiffres de 2008 et ceux du début de l'année 2009⁹⁶ montrent qu'elles sont particulièrement touchées par le risque de suicide.

Depuis la création du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins par la loi de 1998 et les autres modifications législatives visant à élargir le champ d'application de l'injonction de soins, l'administration pénitentiaire se doit d'orienter les personnes détenues condamnées à une infraction de nature sexuelle dans des établissements pénitentiaires spécifiques.

En effet, en application des articles 717-1 et 763-7 du Code de procédure pénale, les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi

⁹⁴ Audition de M. Milko Paris, président de l'association Ban public ; cf. annexe H.

⁹⁵ Audition de Mme Marie-Paule Hérault, présidente de l'ANVP ; cf. annexe H.

⁹⁶ 6 sur 15 au mois de janvier 2009

médical et psychologique adapté. Cette approche a été renforcée par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté.

La DAP a lancé, dès 2007, un groupe de travail en partenariat avec le ministère de la Santé, visant à « labelliser » un certain nombre d'établissements pour peines chargés d'accueillir plus particulièrement les personnes détenues condamnées pour des faits de nature sexuelle en leur proposant une offre de soins ainsi qu'un accompagnement pénitentiaire adapté.

Une liste de 22 établissements pénitentiaires a, dans ce cadre, été arrêtée et un protocole entre les deux ministères devrait prochainement entériner et officialiser ce travail commun.

Le ministère en charge de la santé s'est ainsi engagé à renforcer les effectifs des équipes psychiatriques présentes dans ces établissements pénitentiaires.

Cette mesure est complétée par la création d'un centre de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle (CRAVS) par région administrative⁹⁷.

Les critiques de « ghettoïsation » et de « stigmatisation institutionnelle » émises par d'aucuns en raison de la spécialisation d'établissements pénitentiaires ne tiennent pas face à la réalité. D'abord parce que la plupart des 22 établissements retenus accueillent déjà, de fait, un nombre important de délinquants sexuels. Ensuite, parce que ces critiques méconnaissent les difficultés que rencontrent ces détenus au sein des détentions « classiques ».

Il convient de soutenir la mise en œuvre de cette politique ambitieuse contribuant à la prévention du suicide de ces personnes détenues particulièrement vulnérables.

Mais au-delà de ce « cœur » de la prévention du suicide des personnes détenues, constitué par l'élaboration et la mise en œuvre d'un véritable plan de prévention et d'intervention avec l'ensemble de la communauté carcérale, il faut aussi renforcer l'efficacité des procédures à différents niveaux et oser l'innovation en expérimentant de nouveaux outils.

⁹⁷ Cf. la circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

III. Renforcer l'efficacité des réponses et innover

La prévention du suicide des personnes détenues doit mobiliser les acteurs à tous les niveaux afin que ceux-ci puissent constamment analyser les échecs (les suicides) et les « réussites » (les détenus à risque repérés qui ne passent pas à l'acte et les tentatives de suicides déjouées notamment) du dispositif, évaluer les procédures et techniques mises en place et recommander de nouvelles actions (A).

Prévenir toujours mieux le suicide de ces publics fragiles doit conduire également le Gouvernement à oser l'innovation, en utilisant des moyens matériels modernes pour créer un environnement sécurisé pour les détenus (B) et en expérimentant de nouveaux outils pour prendre en charge les situations « extrêmes » ou à très haut risque de passage à l'acte suicidaire (C).

A] MOBILISER, ANALYSER, EVALUER, RECOMMANDER A PLUS DU LOCAL AU NATIONAL

Trois niveaux sont concernés par cet impératif d'actions sur le long terme : le niveau local, le niveau interrégional et le niveau central.

1. AU NIVEAU LOCAL

AMELIORATION DE LA POSTVENTION ET MISE EN PLACE DE DEBRIEFING SYSTEMATIQUE

L'animation et l'évaluation du dispositif local doivent être réalisées par la CPU (dans sa formation prévention du suicide) à intervalles réguliers⁹⁸, sous l'impulsion du trinôme de référents.

Le dispositif local doit être en outre amélioré après la survenance d'un suicide.

La postvention comprend l'ensemble des actions justifiées par la cascade de conséquences après un suicide. La postvention se définit comme « l'action de prévention de l'après-suicide », auprès de ceux qui ont été touchés ou concernés par ce drame, les familles, le codétenu et les personnels. Son objectif est de prévenir le phénomène de contagion par une mobilisation au plan local. La postvention s'avère donc nécessaire pour éviter d'autres morts et faire une première analyse.

La postvention en établissement pénitentiaire, c'est à la fois la rencontre des familles endeuillées, l'intervention auprès des codétenus qui sont particulièrement déstabilisés par le suicide qui a eu lieu, le soutien à tous les professionnels et bénévoles qui avaient un lien avec la personne décédée ou qui lui ont porté secours.

En 2003, le Professeur Terra présentait la politique de postvention comme insuffisamment développée, à redéfinir et à mieux organiser.

Cinq ans après, des progrès notables peuvent être constatés. La postvention est en effet prise en compte dans la très grande majorité des établissements et considérée comme essentielle en termes de prévention du suicide et de limitation du phénomène de contagion. Cependant, il convient d'améliorer toujours plus le soutien à la « communauté carcérale » en cas de suicide.

⁹⁸ L'organisation, le fonctionnement et les missions cet organe sont présentées dans la IIème partie

a) La postvention en direction des codétenus

Le ou les co-cellulaires sont pris en charge dans la très grande majorité des cas, reçus par le chef d'établissement ou un gradé la plupart du temps et sont signalés au service médical pour un entretien de soutien.

Il conviendrait de rendre obligatoire et systématique l'entretien du codétenu de la personne suicidée avec le chef d'établissement ou son représentant.

Il importe aussi de prévenir le risque de passage à l'acte des détenus suicidaires qui ont pu être déstabilisés par le suicide d'un codétenu au sein de l'établissement. La survenance de plusieurs suicides dans un lieu clos, parfois à quelques semaines d'intervalle, entraîne⁹⁹ aussi un stress temporaire important qui peut précipiter la crise suicidaire de personnes fragilisées.

Le personnel doit être conscient en cette période délicate du risque accru de nouveaux passages à l'acte.

La mise en place de groupes de paroles chez les détenus peut constituer une réponse pertinente et adaptée.

L'identification de ces personnes est en effet nécessaire pour mieux les protéger du suicide et éviter un effet de contagion. En complément d'une identification individuelle, des groupes animés par les personnels de santé et pénitentiaires sont préconisés car :

- ils montrent que l'institution garde une volonté de prévention malgré les événements ;
- la détection est facilitée car les réticences à parler du suicide sont amoindries dans de telles circonstances ;
- le groupe peut apporter un soutien et diminuer le sentiment de solitude face à la souffrance ;
- c'est l'occasion de redonner des messages de prévention, de « déstigmatiser » la demande d'aide et donner les possibilités de se faire aider au sein de l'établissement.

La tenue de ces groupes est prévue comme ponctuelle après la survenance d'un suicide ou d'une tentative sévère.

Les psychiatres et les psychologues doivent jouer un rôle important dans la conduite de ces groupes, composés de personnes fragiles.

⁹⁹ Selon l'OMS, bien que les suicides en série soient rares, la prison constitue l'un des environnements propices à ceux-ci. Une étude de suicides en série de détenus a indiqué que le risque de suicide subséquent semble limité à la période de 4 semaines suivant le suicide initial et qu'il diminue avec le temps.

Cette démarche intéressante doit être expérimentée avec une animation sanitaire et pénitentiaire. Celle-ci peut être confiée aussi bien à un CIP qu'à un gradé (ou les deux), déjà formés à la problématique des suicides en milieu carcéral.

Un retour d'expérience sera bien sûr nécessaire, identifier les limites et les marges de progression de ces groupes.

b) La postvention en direction des familles et des personnes ayant un lien de proximité avec le défunt

Les familles sont reçues si elles le souhaitent par le chef d'établissement en présence, dans la majorité des cas, du personnel d'insertion et de probation qui suivait la personne décédée. Cette rencontre fait l'objet d'un compte-rendu écrit dans un peu plus d'un tiers des cas. Les familles peuvent visiter la cellule du défunt si la disposition des lieux le permet.

En revanche, une rencontre avec un médecin psychiatre, un généraliste, un psychologue rattaché à l'établissement ou un aumônier, est insuffisamment proposée. Elle devrait l'être plus systématiquement en accord avec les partenaires qui seraient ainsi encore plus étroitement associés à la politique pluridisciplinaire de prévention du suicide de l'établissement.

Le chef d'établissement qui contacte la famille au plus tôt pour lui apprendre le décès et qui conduit l'entretien avec celle-ci, doit pouvoir bénéficier tout comme le CIP qui est présent lors de cette rencontre souvent difficile et parfois tendue, d'une formation à l'annonce d'un deuil.

Ces formations existent dans certaines directions interrégionales¹⁰⁰ et devraient être généralisées.

Par ailleurs, toutes les personnes ayant eu un lien de proximité avec le détenu décédé, tant les personnels de l'Education nationale, que les aumôniers, les bénévoles ou les intervenants, ne sont pas toujours dans les faits destinataires a posteriori, d'une information rapide sur le décès. Il en est de même concernant la tentative de suicide d'une personne détenue.

Il doit donc être veillé à ce qu'immédiatement après un décès, le chef d'établissement puisse identifier les personnes suivant à un titre ou au autre le détenu en question, afin de les informer dans les meilleures conditions du décès et proposer un soutien psychologique éventuel.

¹⁰⁰ Exemple de la DISP de Lyon qui a mis en place en 2008 ce type de formations qui a rencontré un vif succès auprès des personnels concernés.

c) La postvention en direction des personnels

Les personnels font l'objet d'une proposition de soutien psychologique dans la très grande majorité des établissements. Le psychologue de la DISP ou le médecin de prévention se déplace très souvent à l'établissement pour aller à la rencontre de ces personnels et susciter la parole. Cette démarche doit être encouragée, car la proposition de soutien doit intervenir rapidement .

Cette proposition concerne encore trop souvent uniquement le personnel de surveillance, en première ligne dans la découverte du suicide. Le personnel sanitaire, les infirmières notamment, ne sont pas toujours pris en charge, sur ce plan, par leur autorité de tutelle. Enfin, le personnel de direction est trop fréquemment oublié dans la postvention.

Il conviendrait en conséquence d'inclure dans cette politique de soutien psychologique tous les acteurs présents lors de la découverte du suicide, ainsi que ceux participant aux démarches en résultant.

Par ailleurs, des débriefings à la suite d'un suicide sont souvent organisés par les chefs d'établissements. Ils rassemblent la direction, l'encadrement et tous les autres acteurs présents lors de l'évènement (surveillants et infirmiers notamment). Les personnels d'insertion et de probation doivent y être associés, non seulement parce que ces professionnels qui ont suivi le détenu peuvent apporter des éléments d'explication, mais aussi parce qu'il sont très souvent touchés par ce drame.

Il conviendrait cependant de structurer le débriefing qui doit comporter deux temps : un débriefing immédiat, « à chaud », afin d'atténuer le choc émotionnel de l'instant et le sentiment de culpabilité des agents qui sont intervenus (ce débriefing ne doit pas être confondu avec le defusing ou déchoquage parfois mis en œuvre par les psychologues du personnel dans les 72 heures).

Puis interviendrait dans le mois qui suit le suicide, un second débriefing qui pourrait être qualifié de « professionnel » afin d'échanger avec tous les acteurs et partenaires « dans un souci d'écoute et de partage », en recherchant l'amélioration des procédures de prévention du suicide mises en place au sein de l'établissement¹⁰¹.

Le chef d'établissement coanimerait avec le référent prévention suicide de la DISP la réunion qui rassemblerait personnels et partenaires ayant suivi la personne détenue décédée : directeurs, personnels d'encadrement et de surveillance, CIP, personnels de santé (médecins et infirmiers), enseignant, formateur professionnel, visiteur de prison, psychologue... ainsi que les agents ayant découvert le détenu.

¹⁰¹ Exemple de la DISP de Bordeaux.

Enfin, une formation d'adaptation à destination des chefs d'établissement sur les modalités à accomplir lorsqu'un suicide intervient (annonce du décès à la famille, débriefing avec les personnels, etc.), pourrait se révéler utile.

Cette formation pourrait d'ailleurs être organisée dans le cadre des rencontres interprofessionnelles des services publics mises en œuvre par le réseau des écoles de service public (RESP). Elle regrouperait dans une même formation professionnelle, directeurs des services pénitentiaires, magistrats du siège et du parquet, commissaires de police et médecins¹⁰²...

Après l'amélioration de la postvention qui se situe nécessairement au niveau local, il convient de renforcer l'animation de la politique de prévention du suicide au niveau des Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP).

2. AU NIVEAU REGIONAL

RENFORCEMENT DE L'ANIMATION DE LA POLITIQUE DE PREVENTION

Les différentes réglementations successives ont insisté sur la nécessité de mettre en place des structures chargées de réfléchir aux améliorations à apporter dans le domaine de la prévention des suicides.

De ces instructions sont nées les commissions pluridisciplinaires de prévention des suicides au niveau local (établissement pénitentiaire) et la commission centrale de suivi des actes suicidaires (administration centrale).

Un échelon a toutefois échappé à ce maillage : l'échelon interrégional.

L'animation régionale (ou interrégionale) en matière de prévention du suicide n'est en effet pas homogène d'une direction interrégionale à une autre. Si toutes les DISP ont mené une politique volontariste de formation des personnels, les autres champs de la politique de prévention n'ont pas été investis avec la même intensité.

Il manque en réalité sur le plan interrégional une véritable structure d'analyse et d'animation de la politique de prévention qui s'avère essentielle dans les différents schémas institutionnels de prise en compte du phénomène suicidaire et dans les différents réseaux de politiques de santé publique (notamment Agences Régionales d'Hospitalisation et Groupements Régionaux de Santé Publique).

C'est pourquoi, il est proposé de créer au sein de chaque DISP, une commission régionale de suivi des actes suicidaires, déclinaison de la commission nationale, chargée d'analyser les cas de suicides et de tentatives survenus dans la région.

¹⁰² Audition des organisations professionnelles ; cf. annexe H.

Les DISP pourraient alors mieux soutenir les directions d'établissements dans leurs actions quotidiennes en matière de prévention du suicide et seraient en mesure de proposer au niveau national des actions novatrices¹⁰³.

Certaines DISP ont déjà mis en place des structures de ce type avec des noms différents qui traduisent une composition et un fonctionnement diversifiés : comité interrégional de prévention des suicides, groupe d'analyse et de vigilance sur la prévention des actes suicidaires ou encore comité de pilotage prévention suicide.

Il convient désormais d'harmoniser ces pratiques en s'inspirant du meilleur de chaque expérience.

La commission poursuivra un objectif déterminé.

Elle devra s'assurer du bon fonctionnement des commissions locales, les conseiller utilement et être le relais auprès du Directeur Interrégional en ce sens. Il apparaît important que les membres de cette commission soient clairement identifiés et se déplacent régulièrement lors de la tenue des commissions locales, valorisant ainsi l'action de celles-ci.

La commission devra aussi étudier de manière approfondie (qui se rapprocherait de la méthode fouillée de l'autopsie psychologique) chaque cas de décès par suicide au sein de la circonscription pénitentiaire concernée. De son analyse, couplée avec celle de la commission locale, devront émerger des propositions d'amélioration des procédures (outils de repérage notamment) et du dispositif mis en place par l'établissement concerné.

Il s'agit d'agir en complémentarité de l'échelon local et non pas de se substituer à ce dernier.

Pour chaque cas de suicide, cette commission, animée par un coordonnateur interrégional, fera le lien avec l'administration centrale, notamment la commission centrale de suivi des actes suicidaires.

Elle devra également mettre en place un véritable plan régional de formation pluriannuel avec comme support les organismes définis et habilités (exemple des binômes psychologues/psychiatres ayant suivis la « formation Terra »).

Ce plan de formation devra s'intégrer dans le PIF (programme Interrégional de Formation) et devra être validé en CTPI (Comité Technique Paritaire Interrégional).

Enfin, elle apportera son soutien aux établissements pour la mise en place d'opérations de santé publique dans le cadre de la prévention des suicides, notamment en proposant aux

¹⁰³ La commission centrale de suivi des actes suicidaires verrait en conséquence sa mission redéfinie et au regard des analyses des commissions régionales, pourrait jouer pleinement son rôle de définition de nouveaux axes d'amélioration.

Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) des actions ciblées sur différents publics spécifiques.

A titre d'exemple, le GRSP de Bourgogne a validé une action de la DISP de Centre-Est-Dijon se traduisant par une sensibilisation des familles de détenus au repérage de la souffrance et de la crise suicidaire. L'intérêt du GRSP réside dans le fait qu'il peut toucher d'autres publics que les personnes détenues.

La commission fonctionnera sous l'autorité d'un coordonnateur qui sera en tout état de cause le référent « prévention des suicides » de la direction interrégionale. La présence du directeur interrégional ou de son adjoint semble également indispensable.

Elle réunira les acteurs suivants, dans le cadre de réunions mensuelles : coordonnateur et animateur (référent prévention suicides de la DISP), directeur interrégional (ou son adjoint), chef du département Insertion, chef du département Sécurité et Détention, chef du département Ressources Humaines, psychologue coordinateur régional, responsable de l'action sanitaire, représentant régional de santé publique (DRASS)... Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive.

La commission interrégionale pourra se réunir dans une formation élargie, plus représentative des territoires et des fonctions une fois par semestre (ou plus souvent en cas de situation particulière en matière de suicides sur la DISP). Aux personnes citées précédemment pourraient s'adjoindre : un chef d'établissement, un chef de détention, un surveillant, un DSPIP, un CIP, un cadre de Santé UCSA et un psychiatre de SMPR.

Elle permettrait d'ouvrir les débats avec les partenaires institutionnels de santé et les personnes du terrain.

Son travail s'en trouvera enrichi et le niveau régional sera ainsi en capacité de transmettre à la commission centrale de suivi, des propositions nouvelles et originales pouvant éventuellement faire l'objet d'un déploiement au niveau national.

3. AU NIVEAU CENTRAL

NOUVELLES COMPOSITION ET MISSION DE LA COMMISSION CENTRALE DE SUIVI DES ACTES SUICIDAIRES

Instaurée par la circulaire du 26 avril 2002, la commission centrale de suivi des actes suicidaires (CCSAS) avait pour objectif de :

- 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 en repérant d'éventuels dysfonctionnements,
- rechercher de nouveaux axes d'amélioration.

A l'expérience, il est apparu que cette commission, totalement absorbée par l'analyse des décès par suicide (pour lesquels de surcroît, elle ne disposait pas de toutes les données, notamment sanitaires) ne pouvait se consacrer au cœur de sa mission : l'évaluation des politiques conduites et la définition d'axes de progrès.

C'est pourquoi, il est proposé de confier l'analyse approfondie des cas de suicides aux directions interrégionales dans les conditions décrites ci-dessus.

La commission pourra alors centrer son intervention dans trois directions complémentaires :

- contrôle des analyses réalisées au plan régional et traitement des cas litigieux ;
- examen détaillé de certaines typologies de passages à l'acte (par exemple suicides en quartier arrivants ou suicides des auteurs d'infractions à caractère sexuel retenues en début d'année comme devant faire l'objet d'un éclairage particulier ;
- évaluation régulière des politiques régionales et locales, harmonisation des pratiques et réalisation d'un bilan de fin d'année.

La commission devra regrouper des représentants de l'administration pénitentiaire et du ministère de la Santé.

Il est proposé d'y adjoindre un médecin psychiatre, praticien hospitalier extérieur dont l'expertise dans le domaine de la prévention du suicide est reconnue.

La mobilisation des acteurs et l'évaluation des dispositifs existant conduisent souvent à préconiser le recours à de nouveaux moyens matériels pour améliorer la prévention du suicide.

B] UTILISER LES MOYENS MATERIELS MODERNES

Renforcer l'efficacité des procédures de prévention du suicide en prison ne peut se faire sans oser l'innovation et sans l'utilisation de moyens matériels modernes visant à créer un environnement sécurisé pour les détenus : le développement du téléphone afin de permettre le contact avec des associations d'écoute et de détresse ; l'accès à un interphone ou à un bouton d'appel en cellule permettant une intervention rapide des personnels ; la suppression du maximum de points d'arrimage de liens qui facilitent le passage à l'acte suicidaire ; la dotation des établissements pénitentiaires de défibrillateurs cardiaques qui peuvent sauver des vies.

1. DEVELOPPER LA TELEPHONIE SOCIALE D'URGENCE

Un moyen de prévenir le suicide grâce à un outil technique moderne est le développement de la téléphonie sociale.

Ce dispositif illustre le type d'actions que la société civile et les associations peuvent apporter dans la lutte contre le suicide en prison.

Le Land de Basse-Saxe en Allemagne a mis en place en 2008 un groupe de travail sur la prévention des risques en prison. Ce dernier réfléchit actuellement à la création d'un numéro spécial « détresse psychologique » pouvant être appelé, en dehors de leurs cellules par les prévenus incarcérés dans les quartiers arrivants, c'est-à-dire au cours de la période où le risque suicidaire semble le plus élevé¹⁰⁴.

En France, le dispositif Croix Rouge Ecoute Détenus (CRED), expérimenté dans les établissements pour peines depuis 1999, est aujourd'hui en cours d'extension au sein des maisons d'arrêt au bénéfice des condamnés à l'heure actuelle, puis des prévenus lors de l'entrée en application de la loi pénitentiaire qui seront alors autorisés à téléphoner.

CRED est un service téléphonique de soutien psychologique aux personnes détenues, reposant sur une cellule d'écouter bénévoles de la Croix-Rouge française (45 personnes), formés à cette mission. Ce service dispose d'un numéro unique accessible directement depuis une cabine téléphonique située en établissement pénitentiaire.

¹⁰⁴ Cf. annexe E.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre du dispositif en 2004 : les installations téléphoniques ne garantissaient pas la gratuité, la confidentialité et l'anonymat des communications téléphoniques.

La nouvelle convention signée en 2007 améliore le dispositif et se fixe l'objectif de couvrir tous les établissements pénitentiaires pour peines dans les trois ans.

Il résulte d'une évaluation de l'action conduite conjointement par la Croix Rouge et l'administration pénitentiaire en 2008 que les nombreuses difficultés ont été aplanies dans le cadre de la nouvelle convention et que l'évolution du nombre d'appels annuel en un an a plus que doublé.

Ce dispositif contribue aujourd'hui efficacement à la lutte contre l'isolement des détenus les plus fragiles et favorise donc la prévention du suicide.

Il conviendrait désormais :

- d'une part, d'accélérer cette extension à tous les établissements pénitentiaires, notamment les maisons d'arrêt, afin de toucher un maximum de détenus : l'administration pénitentiaire pourrait donner à chaque DISP des objectifs précis et ambitieux pour les deux prochaines années ;
- d'autre part, d'amorcer une réflexion sur l'élargissement des plages horaires d'accès aux écoutants tout en expérimentant un système de téléphonie sans fil, comme en Grande-Bretagne, permettant aux détenus d'appeler aux heures de fermeture des cellules.

En Grande-Bretagne, ce sont les *Samaritans*, bénévoles professionnels de l'écoute et du soutien psychologique de personnes en détresse, qui interviennent en prison et sont également joignables téléphoniquement 24 heures sur 24 grâce à un téléphone sans fil réservé à ce numéro, qui peut être remis en pleine nuit à un détenu repéré suicidaire et faisant l'objet d'un plan de protection.

L'exemple du dispositif CRED pourrait d'ailleurs être suivi par d'autres associations de téléphonie sociale d'écoute et de détresse auxquelles les établissements ou les directions interrégionales pourraient faire appel afin de mieux couvrir les besoins des personnes détenues.

Outre le développement de la téléphonie sociale, il convient également comme l'a demandé Mme Rachida Dati, Garde des Sceaux, ministre de la Justice, de systématiser le plus possible l'interphonie en cellule.

2. SYSTEMATISER LE PLUS POSSIBLE L'INTERPHONIE EN CELLULE OU LES BOUTONS D'APPEL

Les suicides intervenus en septembre et octobre 2008 ont amené la Garde des Sceaux, ministre de la Justice, à annoncer la mise à l'étude de mesures tendant à doter les établissements d'équipements d'interphonie.

L'interphonie permet aux personnes détenues d'entrer en contact avec les personnels de surveillance, à tout moment de la journée (24 h/24), contribuant ainsi à la prévention des passages à l'acte suicidaire et à la réduction des délais d'intervention en cas de survenance d'incidents graves en cellule.

Ce dispositif de communication présente plusieurs avantages dans le cadre de la prévention du suicide :

- il diminue le sentiment d'isolement, d'abandon, voire d'angoisse que vivent certaines personnes détenues ;
- il facilite la verbalisation des personnes en détresse, face à leurs propres souffrances ou face aux agressions dont elles sont victimes ;
- pour les personnes détenues qui doublent un codétenu présentant un risque suicidaire, il constitue un moyen de se sentir moins isolé et d'alerter dès le début du passage à l'acte suicidaire.

Le recensement effectué à l'automne 2008 a montré que le parc des établissements pénitentiaires est, sur ce point, disparate.

Ainsi, 67 établissements disposent d'un dispositif d'interphonie totale, 86 établissements bénéficient d'un système d'interphonie partielle (une partie des cellules, un ou plusieurs quartiers spécifiques) et 127 établissements connaissent un dispositif de bouton d'appel et/ou sonore.

Ce dernier système permet au détenu d'appeler le surveillant, sans pour autant pouvoir communiquer avec lui.

Il doit être précisé que ces équipements sont parfois complémentaires et ne présentent un réel intérêt que lorsqu'ils sont reliés à un poste tenu en permanence (24h /24).

L'étude de faisabilité technique et financière de déploiement de l'interphonie que l'administration pénitentiaire a engagé, comportera plusieurs axes.

S'agissant des établissements dont les cellules sont dotées d'un système d'interphonie ou de bouton d'appel sonore et/ou lumineux relié à un poste tenu en continu, les équipements feront l'objet de contrôle régulier en vue de s'assurer de leur bon fonctionnement.

Dans les établissements ne bénéficiant pas d'interphones, un plan de déploiement devra permettre d'équiper prioritairement les secteurs spécifiques classés à risques (quartiers disciplinaires, isolement, mineurs et femmes notamment). 18 établissements sont concernés par cette installation d'interphonie dans les quartiers spécifiques.

Lorsque l'établissement est doté d'équipement d'interphonie ou de bouton d'appel non relié à un poste couvert en permanence par le personnel, il sera prévu d'organiser le report vers un poste occupé 24h/24h : 13 établissements sont concernés par ce report.

Enfin, tous les nouveaux établissements actuellement en cours de construction et tous les établissements restructurés seront bien sûr dotés de cet équipement.

3. SUPPRIMER LE PLUS POSSIBLE LES POINTS D'ARRIMAGE DES LIENS

La pendaison est le mode opératoire le plus utilisé en détention pour se suicider (plus de 95% des cas).

Cela signifie aussi que l'accès aux autres moyens de suicide est mieux contrôlé : le nombre de suicides par ingestion médicamenteuse est en diminution depuis plusieurs années, même si les tentatives de suicide par ce moyen sont en augmentation.

Mais cela s'explique aussi par le fait que la pendaison laisse moins de chance au hasard et à la vie sauve, alors que l'ingestion médicamenteuse est plus lente à produire ses effets.

Certains professionnels comme des associations alertent toutefois les administrations de la santé et de la justice et l'opinion publique sur le système actuel de distribution de médicaments qui pourrait avoir des conséquences sur certains passages à l'acte suicidaire : *« Nous déplorons une tendance à distribuer des médicaments trop fréquente et qui cherche plus à être dans la facilité du moment pour avoir de la tranquillité que d'être dans le vrai soin. Assommer les personnes incarcérées d'anxiolytiques, de neuroleptiques et de somnifères, c'est prendre le risque de fabriquer des personnes additives et violentes. Beaucoup de gens qui sortent de prison sont devenus dépendants et cela est anormal (...) Les psychotropes en prison doivent être limités et surtout être donnés par solution buvable aux heures de prises. Continuer à remettre des médicaments en vrac sans vérification de leur absorption, c'est prendre le risque de voir une personne incarcérée les stocker en vue d'un passage à l'acte et cautionner le trafic gigantesque dans toutes les prisons françaises. Le trafic ne peut qu'attiser la violence, les vols, les rackets, et nous savons que ce terrain miné pousse des personnes incarcérées apeurées à mettre un terme à leur vie. »*¹⁰⁵

¹⁰⁵ Contribution de Mme Nadia Soltani, association Lumière de détention et Karine BERGNES, Faites la Lumière en Détention ; cf. annexe H.

Le ministère de la Santé pourrait lancer une évaluation des dispositifs et des pratiques de distribution et de stockage des médicaments, afin de limiter les suicides et les tentatives par ce moyen légal.

Il pourrait être pris exemple sur l'administration espagnole qui, en cas de mesures urgentes de suivi décidées pour une personne détenue suicidaire, peut demander la prise du traitement médical sous surveillance pour éviter le « stockage médicamenteux »¹⁰⁶.

Pour contribuer à rendre plus difficile la pendaison, il faut supprimer les moyens facilitateurs du passage à l'acte que sont les points d'arrimage de lien puisque la pendaison est le mode de perpétration du suicide privilégié par les détenus pour des raisons de facilité, de rapidité et d'irréversibilité.

Cette recommandation avait déjà été faite par le Professeur Terra et la direction de l'administration pénitentiaire a intégré celle-ci dans la configuration des cellules des nouveaux établissements.

Cependant, parmi les établissements pénitentiaires anciens, les plus nombreux, trop peu ont étudié et mis en œuvre cette suppression des moyens facilitateurs du passage à l'acte, notamment parce que ces moyens sont multiples et que cela représente un coût budgétaire non négligeable.

Pour mieux comprendre les difficultés rencontrées pour appliquer concrètement cette recommandation essentielle, dont la mise en œuvre nécessitera un engagement politique (et budgétaire) fort, il convient de dresser un état des lieux du parc immobilier pénitentiaire.

Le parc immobilier pénitentiaire français est ancien et aujourd'hui, pour partie, sur-occupé. Il est constitué au 1^{er} décembre 2008 de 194 établissements classés en trois grandes catégories :

- 113 maisons d'arrêt où sont écroués les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an lors de leur condamnation définitive ;
- 6 établissements pour mineurs (le 7^{ème}, celui de Meaux Chauconin ayant été livré mais devant entrer en service au cours des mois à venir) ;
- 75 établissements pour peines comprenant 4 maisons centrales, 23 centres de détention, 14 centres de semi-liberté et centres de peines aménagées, 33 centres pénitentiaires (établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers différents) et 1 hôpital national pénitentiaire (l'établissement public national de santé de Fresnes, EPNSF) ;

¹⁰⁶ Cf. annexe E.

Il peut être souligné que 57 % des bâtiments ont été construits avant 1920.

La distorsion constatée entre les capacités d'accueil et la population pénale rend longue et difficile la politique de rénovation de ce patrimoine, car il faut construire sans pour autant que l'on puisse toujours fermer l'ensemble des établissements les plus vétustes.

Le parc pénitentiaire comporte aujourd'hui 52 000 places contre 48 000 au 1er janvier 2002, alors que l'on dénombre au 1^{er} décembre 2008 63 619 personnes écrouées hébergées.

Un effort considérable de construction et de rénovation est cependant engagé à ce jour.

L'effort de modernisation entrepris par le gouvernement repose sur deux axes : le plan de rénovation des plus grands établissements pénitentiaires français et le plan de construction dit « 13200 ».

Le plan de rénovation concerne les maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis, des Baumettes et de Paris la Santé pour lesquels le coût de la rénovation ne peut être intégré dans l'enveloppe annuelle des crédits de rénovation de l'administration pénitentiaire.

Seul l'établissement de Fresnes n'a pas fait l'objet d'un programme de rénovation. Les crédits du plan de relance permettront néanmoins d'effectuer un effort en faveur de cet établissement.

Le programme de construction dit « 13 200 » places, lancé par Dominique Perben avec la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ), s'inscrit dans le prolongement des programmes 13 000 et 4000 décidés respectivement par Albin Chalandon et Pierre Méhaignerie (25 établissements livrés entre 1990 et 1992 et 6 entre janvier 2003 et 2005).

Il prévoit la création de 13 200 places de détention, soit une augmentation de 20 % de la capacité d'hébergement de l'administration pénitentiaire, qui sera portée à 63 000 places d'ici 2012.

Les 13 200 places sont réparties en trois volets :

- 420 places sont destinées aux mineurs dans 7 établissements spécialisés (EPM). Ce volet est presque achevé. La mise en service des EPM de Meyzieu, Lavaur, Quiévrechain et Marseille est intervenue en 2007. Celle d'Orvault et de Porcheville se sont opérées en 2008. D'ores et déjà livré, l'EPM de Meaux-Chauconin devrait être mis en service au cours de l'été 2009 ;
- 10 800 places sont réservées à la réalisation de nouveaux établissements pénitentiaires (9 200 en métropole dont deux maisons centrales, et 1 600 en outre-mer).

Ainsi en 2008, 4 établissements pour majeurs (le CP de Mont de Marsan, le CD de Roanne, la MA de Lyon Corbas et CP de Saint Denis de la Réunion) ont été livrés pour un total de 2 554 places.

En 2009, l'effort se poursuivra avec l'ouverture de 7 nouveaux établissements pour majeurs : le CP de Nancy, le CP de Bourg en Bresse, le CP de Poitiers, le CP de Rennes, la MA du Mans, le CP de Béziers, le CP du Havre. 5 130 nouvelles places seront ainsi disponibles.

- 2 000 places sont destinées à l'application des nouveaux concepts pénitentiaires spécifiquement dédiés à la réinsertion (quartiers courtes peines). Les quatre premiers sites (300 places) ont été identifiés. Deux seront livrés dès 2009 : Fleury Mérogis (120 places) et Toulouse-Seysse (60 places). Les démarches ont été relancées en 2008 pour identifier les 1 700 dernières places. Des recherches foncières sont engagées et le programme est en cours de rédaction.

Ainsi, si l'administration pénitentiaire connaît un vaste programme de construction et de rénovation, de nombreuses cellules resteront toutefois situées dans des établissements anciens.

Il reste donc à envisager comment une politique de réduction aux moyens de strangulation et de pendaison pourrait être mise en œuvre dans les établissements plus anciens.

Plusieurs pays ont tenté de limiter au mieux l'accès aux supports matériels permettant de fixer un dispositif permettant la pendaison.

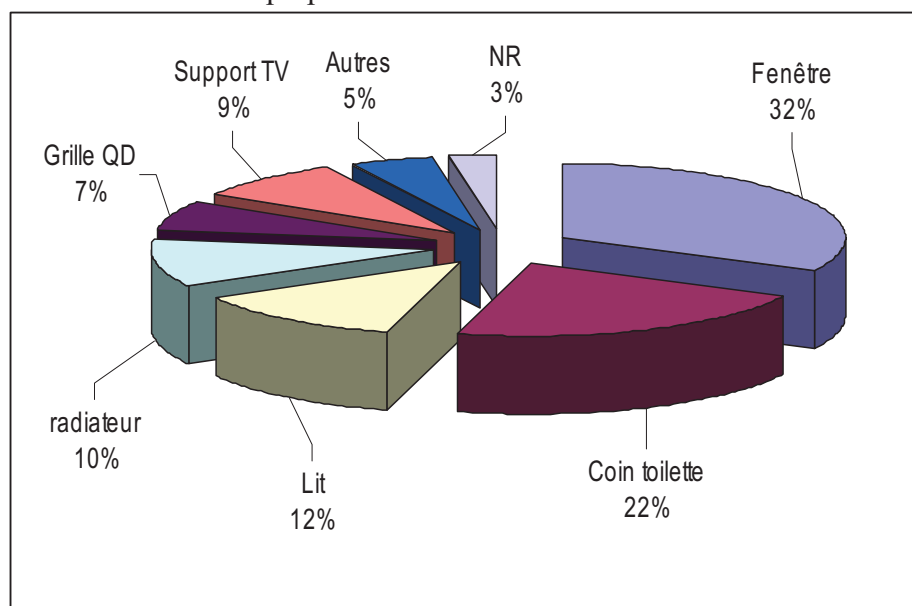
Il convient tout d'abord de mieux connaître les lieux de perpétration de la pendaison dans une cellule pour décider des mesures à prendre.

L'exemple de 2008 peut être illustratif, même si pour mettre en œuvre une éradication par ordre de priorité de tous les points d'arrimage, il faudrait mener une étude statistique plus poussée.

Il faut rappeler qu'en 2008, sur les 109 suicides en détention, 105 l'ont été par pendaison (soit 96,3 %).

Le point d'accroche était dans 30 % des cas, les barreaux de fenêtre ; dans 22 %, le coin toilette (rideau de séparation, tringle rideaux ou barre de séparation, tuyau d'évacuation,...) ; dans 12 %, le lit (montant supérieur du lit superposé) ; puis viennent ensuite le radiateur mural (10 % des cas), la grille de séparation du QD (7 %, soit 7 des 13 suicides en QD) et la "potence" TV (9 %, soit 9 cas).

Lieu de perpétration de l'acte suicidaire en 2008



Source : PMJ / DAP

Pour 2009, sur un échantillon plus réduit¹⁰⁷, on retrouve : barreaux ou grille de fenêtre (5), lits superposés (5), « potence TV » (2).

A partir de données complètes, il conviendra ensuite de prioriser les dispositifs de sécurisation des cellules existantes en éliminant progressivement les points permettant l'arrimage facile d'un lien (drap, vêtement, rallonge électrique...).

Il est possible d'indiquer d'ores et déjà que ce sont les potences de télévision, qui devraient être remplacées par des tablettes, comme cela est déjà fait dans de nombreux établissements.

4. DOTER LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES DE DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES

Les personnels de surveillance pourraient également être systématiquement formés aux gestes de premiers secours et notamment à l'utilisation des défibrillateurs cardiaques.

Certains établissements, mais de façon encore très parcellaire, ont mis à disposition de leur personnel un défibrillateur cardiaque¹⁰⁸.

¹⁰⁷ 12 cas de suicide au moment de l'analyse.

¹⁰⁸ Le centre pénitentiaire de Toulon notamment.

Il convient de généraliser l'utilisation de cet outil avec la mise en place rapide de formations adaptées et l'achat de ces matériels.

Au-delà de son intérêt évident pour la prévention des suicides, cela permettrait de sauver des vies en cas de crises cardiaques par exemple, de personnes détenues mais aussi de personnels, d'intervenants ou même de visiteurs occasionnels.

Chaque établissement serait ainsi doté d'un nombre suffisant d'agents formés et de défibrillateurs, ce qui permettrait dans l'attente de l'arrivée des premiers secours médicaux (surtout la nuit ou le week-end), de maintenir en vie la personne détenue qui est passée à l'acte.

Outre ces moyens matériels modernes qui pourraient être généralisés progressivement à l'ensemble des établissements pénitentiaires, il convient d'étudier d'autres outils garantissant une meilleure prise en charge des personnes détenues à très haut risque de passage à l'acte suicidaire.

C] PRENDRE EN CHARGE LES « SITUATIONS EXTREMES » EN EXPERIMENTANT DE NOUVEAUX OUTILS

Ces nouveaux outils, qui permettraient de prendre en charge les situations « extrêmes » ou à très haut risque de passage à l'acte suicidaire chez les personnes détenues, dont certains sont utilisés à l'étranger, sont au nombre de trois : les vêtements et draps jetables et/ou de couvertures indéchirables, les cellules sécurisées, la vidéosurveillance.

Mais la solution à privilégier dans ces situations particulières demeure l'hospitalisation d'office.

1. EXPERIMENTER LES VETEMENTS ET DRAPS JETABLES ET/OU COUVERTURES INDECHIRABLES POUR LES PERSONNES DETENUES EN CRISE SUICIDAIRE AIGUE

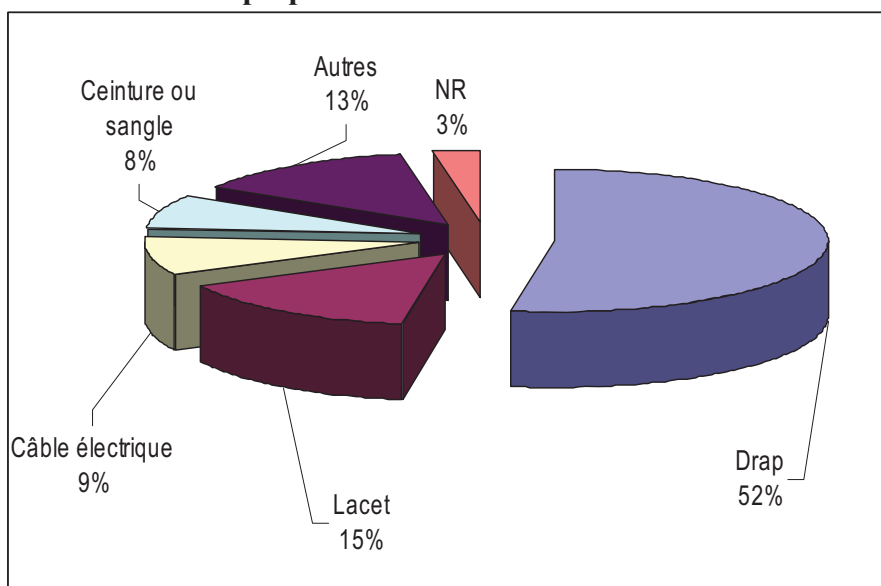
Il est certain que le recours aux vêtements et surtout aux draps est fréquent pour confectionner un lien.

Cependant, il convient tout d'abord pour mesurer l'intérêt précis de l'expérimentation de vêtements et draps jetables et/ou de couvertures indéchirables, de mieux analyser les modes de perpétration des suicides.

Sur les 109 suicides en détention en 2008, 105 l'ont été par pendaison. Le moyen utilisé était le drap dans 52 % des cas (draps, morceaux de draps, cordelette tressée avec un drap), un lacet dans 15 %, un câble dans 9 % (câble ou rallonge électrique), une ceinture ou sangle (atelier) dans 8 % des cas.

Les 16 % restants recouvrent des textiles divers : couverture, torchon, housse matelas, rideaux ou voile, taie d'oreiller, écharpe, lanière de jogging, ceinture de peignoir, etc.

Mode de perpétration de l'acte suicidaire en 2008



Source : EMS-PMJ / DAP

Rappel des données 2007 : 93 suicides en détention, 87 par pendaison

Pendaison	Lieu	Nb	%
	Fenêtre	21	24,14%
	Coin sanitaire	14	16,09%
	Grille cellule QD	12	13,79%
	Lit	8	9,20%
	Autres	6	6,90%
	Radiateur	4	4,60%
	Potence TV	3	3,45%
	NR*	19	21,84%
	Total pendaison	87	100,00%
Moyen		Nb	%
Drap		36	41,38%
Lacet et autres textiles		26	29,89%
Câble électrique ou autres		5	5,75%
Ceinture		3	3,45%
NR		17	19,54%
Total pendaison		87	100,00%

*NR non renseigné. Source : EMS-PMJ / DAP

Pour 2009, sur un "échantillon" plus réduit (12 cas), on retrouve : drap (7 cas), lacet, cordon jogging, ceinture peignoir, tissu tressé...

Il peut être ainsi aisément démontré (car les analyses sur d'autres années vont dans le même sens) que les draps déchirables jetables ne constituent pas la solution « miracle » pour éradiquer le suicide par pendaison en prison.

Ils peuvent simplement constituer un moyen d'agir dans des situations extrêmes, avec une personne détenue en crise suicidaire placée dans une cellule seule, sans aucun effet personnel, ni tissu à l'exception d'un pyjama en papier.

Le drap déchirable ne sera pas en effet d'une grande utilité si la personne détenue garde ses autres affaires et n'est pas seule en cellule, sauf à doter du même matériel et ôter ses effets personnels au cocellulaire qui par définition n'est pas lui suicidaire (car il est évité dans la pratique et logiquement très déconseillé de doubler deux personnes présentant un risque de suicide).

Il serait de plus d'un point de vue éthique contestable (et matériellement très délicat) d'équiper tous les détenus à risque et leur(s) co-cellulaire(s) de ces draps.

Certains professionnels de la santé exerçant en milieu pénitentiaire, s'interrogent. Si la situation est si grave qu'il est envisagé d'utiliser pour une personne détenue en crise suicidaire des vêtements et draps en papier, « *n'est-on pas en droit de se demander s'il n'y a pas tout simplement lieu de l'adresser sans délai aux urgences de l'hôpital de proximité ? Car si la prison est un lieu où l'on peut soigner, elle n'est pas un lieu de soins, un hôpital bis* »¹⁰⁹.

Enfin, il convient de noter que ces matériaux ne sont pas, selon le ministère de la Santé, utilisés en secteur hospitalier spécialisé, d'autres moyens de prise en charge de la personne suicidaire étant mis en œuvre.

Le même raisonnement peut être appliqué au drap ou à la couverture indéchirable, même si leur utilisation paraît plus pratique, ainsi qu'il l'a été observé à l'UMD Henri Colin et au SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes qui les utilisent dans certaines situations.

Une expérimentation s'avère donc nécessaire avant toute décision. Elle devra intervenir dans un cadre préétabli extrêmement précis, selon un protocole à définir, le tout en lien étroit avec les services du ministère de la santé.

Les expériences des pays étrangers pourraient inspirer l'expérimentation française.

En Allemagne, il n'existe pas d'instructions relatives à l'emploi de linge indéchirable en milieu pénitentiaire. Seul l'emploi de linge déchirable existe déjà dans certains établissements. Il s'agit d'un emploi non généralisé et limité aux cellules accueillant des détenus dans un grand état d'agitation psychique (*Beruhigungszellen*).

Le groupe de travail fédéral relatif à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire réfléchit plus particulièrement à l'élaboration de normes particulières de construction et d'équipements des cellules des quartiers-arrivants (dans les 2 à 4 semaines suivant l'incarcération). Le groupe de travail préconise l'accueil de personnes venant d'être

¹⁰⁹ Dr Catherine Paulet ; op. cité

incarcérées dans ces quartiers dont les cellules feraient l'objet d'aménagements spécifiques (exemple : prohibition de sanitaires en porcelaine pour éviter que les détenus ne les cassent et en fassent une arme qu'ils pourraient tourner contre eux-mêmes ou contre autrui).

Dans ce cadre, l'emploi de linge ou de vêtement déchirable prend naturellement place dans les réflexions du groupe de travail. Celui-ci semble cependant exclure l'idée d'en faire un emploi généralisé pour certains groupes de prisonniers, mais d'en retenir l'emploi dans les quartiers-arrivants ou du moins dans les premiers temps de l'incarcération si le détenu présente un risque suicidaire.

En Angleterre et Pays de Galles, des mesures de protection sont mises en place dans les prisons pour sécuriser les détenus dits « à risque », c'est-à-dire ayant des tendances suicidaires. Aucune règle n'impose cependant l'utilisation de draps, couvertures ou vêtements spécifiques dans le milieu carcéral.

Ce sont les établissements pénitentiaires qui décident, au cas par cas, de s'équiper de textiles de ce genre. Dès lors, s'il apparaît que le détenu est instable, sujet à des actes de violence ou à des pensées suicidaires, ne lui seront fournis que des vêtements et draps ou couvertures fabriqués dans des matériaux empêchant leur utilisation à des fins suicidaires et ce, qu'il soit mineur, nouvel arrivant ou que son état psychologique se soit dégradé après un certain temps passé en prison.

Des entreprises privées proposent un certain nombre d'articles qui, par leur texture et leur fabrication, ne peuvent servir aux tentatives de suicide. Il s'agit de vêtements, de draps et de couvertures. Ils sont fabriqués dans des matières soit indéchirables et ininflammables, soit déchirables empêchant toute tentative de pendaison puisqu'ils ne résistent pas au poids d'un corps. Ces entreprises privées proposent leurs articles sur internet. Le site de l'une de ces sociétés www.safesuit.co.uk accessible en plusieurs langues, dont le français, peut être utilement consulté à cet égard. Il convient de rappeler qu'en 2003, le Home Office, tout en reconnaissant qu'il n'était pas habilité à recommander des sociétés de production et que le matériau créé par *Safesuit Ltd* n'était pas sûr à 100 %, a, après avoir fait expertiser les objets confectionnés par cette entreprise, indiqué que ce produit constituait une amélioration par rapport aux tenues déjà utilisées.

Aux Pays-Bas, les cellules des établissements pénitentiaires sont équipées de couvertures épaisses et de draps non déchirables, qui semblent être utilisés de façon systématique. Les établissements disposent également de vêtements non déchirables, qui ne sont pas utilisés systématiquement pour l'ensemble des détenus, mais seulement pour ceux d'entre eux placés dans les cellules d'isolement. Les détenus sont isolés soit à titre de sanction disciplinaire, soit parce qu'ils présentent une dangerosité particulière pour les autres détenus.

Par ailleurs, lorsque des détenus commettent des tentatives de suicide ou des actes d'auto-mutilation, la direction de l'établissement peut décider, après avis médical, de les placer sur des lits de contention, pour une durée strictement nécessaire définie par le médecin.¹¹⁰

L'utilisation de vêtements anti-pendaison en cas de crise suicidaire majeure proposée par la société anglaise (SafeSuit) citée ci-dessus, sous forme de vêtements en mousse de PVC à cellules ouvertes qui empêchent toute utilisation comme lien, pourrait être expérimentée.

Mais son utilisation ne devrait être réservée qu'au cas où la crise suicidaire n'a pas pu être désamorcée.

L'expérimentation préconisée devra être réalisée en relation étroite avec la mise en place de cellules sécurisées.

2. EXPERIMENTER L'AFFECTION DANS UNE CELLULE SECURISEE

Une cellule sécurisée est une cellule entièrement lisse, dans laquelle aucun point d'accroche n'existe.

L'aménagement de cellules sécurisées au sein des établissements pénitentiaires a déjà été proposée dans le cadre du rapport du Professeur Terra.

La question de la responsabilité (administrative ou médicale) du recours à cette cellule et les difficultés à dégager un consensus sur ses modalités de fonctionnement n'ont pas permis à l'époque de mettre en œuvre cette préconisation.

Pourtant, il apparaît aujourd'hui, notamment à la lumière des expériences étrangères, que cette solution, relativement peu coûteuse, pourrait être expérimentée après la détermination d'un protocole d'utilisation clairement défini.

Des professionnels tant sanitaires que pénitentiaires interrogés sur le terrain se sont déclarées favorables au projet¹¹¹.

Si l'expérience est concluante, chaque établissement devrait pouvoir, à terme, disposer au moins d'une cellule de ce type.

Le placement dans cette cellule entraînerait automatiquement le retrait des habits personnels du détenu et une dotation en vêtements et draps anti-pendaison.

¹¹⁰ Eléments apportés par la note complémentaire du bureau du droit comparé, Secrétariat général, Ministère de la Justice.

¹¹¹ Equipes sanitaires et pénitentiaires de la MA de Bordeaux-Gradignan par exemple.

La décision de placement en cellule sécurisée serait soumise à une autorisation médicale qui pourrait être délivrée par le médecin de l'UCSA ou le médecin de permanence ou des urgences lors d'interventions le week-end, jours fériés et en service de nuit.

L'emplacement de ces cellules devrait permettre une surveillance facile, voire constante en cas de crise aigue, ainsi qu'une intervention la plus rapide possible des personnels.

Elle pourrait se situer dans un endroit neutre de la détention, garantissant une surveillance médicale et pénitentiaire, comme l'a préconisé le professeur Terra.

Le modèle de cellule présenté dans le rapport Terra, inspiré de l'exemple anglais, se rapproche d'une cellule normale et pourrait inciter la personne détenue à ne pas quitter celle-ci (le « pic » de la crise passé, le placement dans la cellule pourrait se rapprocher d'un isolement « de confort »).

Il pourrait être en conséquence proposé un aménagement plus austère de cette cellule. Pour éviter tout accident, cette pièce serait dépourvue de tout mobilier et de tous angles vifs.

Elle présenterait comme matériels, une fenêtre incassable, des WC, un lavabo, un matelas au sol et respecterait les normes de température, de luminosité, de barreaudage d'une cellule classique.

Il pourrait être également envisagé de s'inspirer de chambre d'isolement de psychiatrie, sans le capitonnage.

Le modèle américain pourrait également inspirer la réflexion : « *Toutes les cellules destinées aux détenus suicidaires devraient être sécurisées, exemptes de toutes saillies et doivent fournir une visibilité complète (Atlas 1989 ; Hayes 2003). Ces cellules devraient contenir des fixations lumineuses indémontables et des conduits d'aération au plafond sans saillies. Chaque porte de cellule devrait avoir une porte vitrée en résine de Lexan assez large pour permettre au personnel de bien voir à l'intérieur de la cellule. Les cellules de détenus suicidaires ne devraient pas contenir de commutateur ou de sorties électriques, de lits superposés avec fond ouvert, de crochets à serviettes sur des armoires ou des éviers, de passages d'aération ou tout autre objet fournissant un ancrage propice à la pendaison.* »¹¹²

Enfin, une initiative locale de la maison d'arrêt d'Arras devra faire l'objet d'une expertise approfondie. Il s'agit de l'installation de vitrages spéciaux sur les portes des cellules du quartier arrivants et du quartier disciplinaire. Incassable, ces vitrages permettent de voir l'intérieur des cellules sans être vu de l'extérieur.

¹¹² Cf. annexe E

Cette initiative se rapproche d'un outil qui pourrait être expérimenté : la vidéosurveillance.

3. EXPERIMENTER LA VIDEOSURVEILLANCE

L'expérimentation de la vidéosurveillance constitue un palliatif à la pratique de la surveillance intensive et directe.

La surveillance directe constante ou très rapprochée est employée dans certains pays qui font le choix de détacher du personnel spécifiquement à cet effet. Le besoin de disposer d'un lieu, où une surveillance constante peut être exercée, est parfois exprimé par les professionnels de terrain, pour surveiller par exemple un arrivant allant manifestement très mal ou un détenu mineur dans l'attente de la mise en œuvre d'une hospitalisation d'office par exemple. Le fait de le laisser seul, ne serait-ce que pour quelques dizaines de minutes, est perçu comme un risque important.

Les cellules sous surveillance constante 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 que la communication entre eux soit possible.

Cependant, si cette surveillance intensive et directe peut parfois être exercée dans des situations de danger extrême de passage à l'acte pendant un maximum de quelques heures, une application générale à l'ensemble des établissements n'est pas réaliste.

C'est pourquoi la solution de la vidéosurveillance est une alternative qui mérite d'être expérimentée avant toute décision.

L'évocation d'un tel dispositif suscite de nombreuses réserves centrées sur l'atteinte à la vie privée et sur la déshumanisation. L'outil peut paraître trop intrusif et constituer une atteinte au droit à l'intimité.

Par conséquent, l'expérimentation devra être parfaitement cadrée afin de prendre en compte les considérations d'éthique et de respect de la dignité des personnes.

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, à proximité du 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.

Toutes les recommandations portant sur la vidéosurveillance insistent sur le fait qu'elle ne doit pas se substituer à la surveillance directe : elle doit seulement la compléter selon les dernières recommandations de l'OMS publiées en 2007. La surveillance directe est celle qui apporte le plus de protection et d'humanité.

La question des moyens humains exigés par ce dispositif se pose néanmoins.

Le développement de nouvelles technologies permet d'analyser des images de surveillance sans que la personne qui opère la surveillance ne visionne les images. Les images sont analysées par un ordinateur qui délivre des messages d'alerte en fonction de schèmes de comportement paramétrés. Les préparatifs des gestes suicidaires en milieu carcéral pourraient faire l'objet d'un tel repérage en raison de la fréquence du recours à la pendaison.

L'étude, sans passion, de l'utilisation de la vidéo surveillance au travers de la littérature et de visites à l'étranger, est nécessaire avant tout début de mise en œuvre concrète.

Les quelques unités hospitalières qui l'utilisent changent massivement d'opinion lorsque ce système leur a permis de sauver une personne.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé pourrait être associée à cette réflexion sur une question qui concerne également l'hôpital.

Enfin, concernant l'hôpital, celui-ci doit rester à travers l'hospitalisation d'office, le dernier recours lorsque la personne détenue est dans un état de crise suicidaire que rien ne peut apaiser.

4. FACILITER LES HOSPITALISATIONS D'OFFICE DES PERSONNES DETENUES EN CRISE SUICIDAIRE

Les expérimentations précédemment proposées ne résoudront pas toutes les situations de risques très élevés de passage à l'acte suicidaire et l'hospitalisation d'office devra être privilégiée, dans les cas les plus aigus.

Cette procédure relève d'une indication médicale puis d'un arrêté préfectoral. Sa mise en œuvre est plus ou moins rapide.

L'ouverture des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) devrait sensiblement améliorer le dispositif.

En attendant, il convient d'examiner toutes les pistes permettant de « fluidifier » les relations entre la psychiatrie et la prison. A cet égard, la psychiatrie de ville pourrait être appelée à jouer un rôle plus important selon des modalités qui restent encore à déterminer.

Plus généralement, l'offre de soins psychiatriques en prison doit être améliorée. Trop de détenus passent encore à l'acte suicidaire parce qu'elles n'ont pas trouvé de solution adaptée à leur souffrance psychologique.

Il est important de souligner que le besoin de soins d'une personne détenue peut exister sans qu'une demande soit exprimée. De plus, l'absence de demande de soins, voire le refus de soins, sont fréquents en cas de troubles psychiatriques.

Sur le modèle de pratique de plusieurs équipes, il serait important que les personnes détenues qui sont en incapacité d'exprimer une démarche de soins, bénéficient dans leur cellule ou un bureau situé à proximité de celle-ci de la rencontre avec un professionnel de psychiatrie, cet entretien visant à nouer une alliance pour les initier dans un processus thérapeutique.

Il conviendrait ainsi de recommander que les personnes détenues, 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.

En outre, les personnes détenues comme la population générale devraient pouvoir bénéficier de soins psychiatriques hospitaliers sans consentement sous forme d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'hospitalisation d'office. Il est anormal que ces possibilités n'existent pas pleinement pour les personnes détenues.

Si la mesure d'hospitalisation d'office existe, elle est d'application variable selon les établissements de santé.

Comme il a été indiqué précédemment, l'hospitalisation des patients détenus se fait souvent pour une durée très courte et le soin est dans l'immense majorité des cas effectué en chambre d'isolement avec un régime de limitation des libertés individuelles qui est vécu comme plus restrictif qu'en milieu pénitentiaire.

Les UHSA ne pourront pas répondre dans l'immédiat et dans toutes les régions aux besoins d'hospitalisation psychiatriques des personnes détenues.

L'articulation des soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires et dans les services de psychiatrie, doit ainsi faire l'objet d'une attention particulière en termes d'accessibilité, de délais, de durée de séjour et de qualité des soins.

L'hospitalisation pour urgence suicidaire nécessite une parfaite formation et organisation des équipes hospitalières.

L'objectif demeure, pour tous, d'assurer la meilleure prise en charge possible des personnes détenues suicidaires afin d'éviter les passages à l'acte.

IV. Conclusion

Au delà des mesures ou dispositions spécifiques, évidemment nécessaires, permettant de prévenir et de lutter contre les suicides en milieu carcéral, les conditions générales de détention et de prise en charge constituent un facteur essentiel contribuant à l'établissement d'un climat et d'un environnement diminuant ou au contraire accentuant le choc carcéral et le mal être découlant de la détention.

La France s'est récemment engagée dans une démarche positive qu'il convient de saluer avec la mise en œuvre concrète des règles pénitentiaires européennes. Nul doute que cette action volontariste et ambitieuse se traduira par une diminution du nombre de tentatives de suicides.

La double opportunité que constitue d'une part l'ouverture d'ici 2012 d'un nombre important de nouveaux établissements et d'autre part l'adoption prochaine d'une nouvelle loi pénitentiaire, doit être considérée comme une opportunité dont l'administration pénitentiaire doit se saisir pour développer des modes de prise en charge diversifiés et originaux, centrés sur les besoins de la personne détenue et sa nécessaire (re)socialisation.

A l'achèvement de cet ambitieux programme immobilier, l'administration pénitentiaire disposera de 63 000 places modernes et dignes permettant logiquement de faire enfin coïncider nombre de détenus hébergés et capacité d'accueil des établissements pénitentiaires.

Cette amélioration très sensible des conditions de détention permettra une application plus aisée des dispositions contenues dans le projet de loi pénitentiaire.

Sans préjuger de ce que seront les contours définitifs de la nouvelle loi pénitentiaire à l'issue des débats parlementaires, la mise en œuvre d'un certain nombre de dispositions figurant dans le projet de texte devrait participer à la prévention, au sens large, des suicides en milieu carcéral.

Le projet rappelle en effet fort opportunément que le service public pénitentiaire ne peut à lui seul tout assumer et doit recevoir le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et des associations.

Cette nécessaire ouverture de la prison à la société civile et cette approche pluridisciplinaire se retrouvent dans la disposition prévoyant que tout détenu fera l'objet dès l'accueil, d'un bilan pluridisciplinaire de personnalité qui servira de base à la définition d'un parcours d'exécution de peine.

On perçoit tout l'intérêt de cette procédure pour la détection des détenus les plus fragiles et la mise en place de plans individualisés d'actions.

Le projet de loi contient également un ensemble de propositions précises et cohérentes visant à développer les alternatives à l'incarcération et les aménagements de peine.

Celles-ci devraient concrètement limiter l'incarcération (et donc le choc carcéral éventuel) et donner des perspectives d'avenir aux personnes incarcérées.

La disparition complète des suicides en milieu carcéral demeure néanmoins illusoire.

La mise en place d'une action volontariste et courageuse de prévention doit se faire dans la sérénité en tenant compte des réalités et en s'appuyant sur l'ensemble des personnels, tant pénitentiaires que sanitaires, dont il faut saluer le professionnalisme et le dévouement.

V. Les 20 recommandations

1 ACCENTUER LA FORMATION DES PERSONNELS

1- Intensifier et évaluer les formations initiale et continue de l'ensemble des personnels pénitentiaires.

- Prioriser les gradés, les CIP et les personnels de surveillance affectés dans les zones de détention sensibles (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartier d'isolement, quartier mineurs, SMPR).
- Actualiser la formation initiale de l'ENAP.
- Mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles

2- Favoriser la formation continue multicatégorielle : personnels pénitentiaires, sanitaires et judiciaires.

3- Former de manière systématique l'ensemble des personnels lors de l'ouverture des nouveaux établissements pénitentiaires.

4- Rappeler les bonnes pratiques d'évaluation du potentiel suicidaire en diffusant le film de prévention du suicide dans tous les établissements pénitentiaires, début 2009, à l'attention de l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la détention, sous la supervision du référent suicide interrégional.

2 AMELIORER LA DETECTION DU RISQUE DE SUICIDE

5- Systématiser l'utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire lors de l'entretien d'accueil arrivant (objectif 100%) et tout au long du parcours de détention (moments sensibles : transfert, isolement, procès...).

- Evaluer la grille adaptée aux mineurs détenus.
- Expérimenter, en lien avec le professeur Terra, sur un site en 2009, la mise en place un outil permettant de recenser les souffrances.

6- Favoriser les échanges d'informations avec les familles et proches des personnes détenues (affichage, boîte à lettre au sein du local d'accueil des familles et UVF...).

7- Proposer aux intervenants (personnels de l'Education nationale, aumôniers, bénévoles comme les visiteurs de prison, partenaires privés, intervenants culturels...) de participer aux rencontres avec les détenus dans le cadre des quartiers arrivants.

8- Systématiser la prise en considération du risque suicidaire au moment du placement au quartier disciplinaire :

- Limiter les mises en prévention.
- Améliorer les conditions de détention au QD.
- Mettre en place une procédure d'accueil adaptée : livret d'accueil spécifique, entretien avec un officier,
- si le risque est important, entretien avec un psychiatre.

- Améliorer la prévention du suicide au QD avec la création d'un groupe de travail et de réflexion sur le sujet.

9- Proposer aux autorités judiciaires de formaliser les échanges pluridisciplinaires, en vue d'améliorer la prévention en commençant par les établissements ayant connu un nombre important de suicide en 2008.

Mettre en œuvre une réflexion interministérielle destinée à favoriser le transfert des informations entre la garde à vue et l'arrivée en détention

3 RENFORCER LA PROTECTION DES PERSONNES DETENUES

10- Améliorer l'organisation de la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire en ayant une approche différenciée en fonction des risques repérés :

- Mettre en place une équipe « référente locale » sous la forme d'un trinôme (gradé, personnel d'insertion et de probation et cadre de santé).
- Systématiser la réunion de la commission pluridisciplinaire de prévention du suicide, selon un rythme adapté aux caractéristiques de l'établissement (hebdomadaire, bi-mensuelle).

- Systématiser et harmoniser le fonctionnement des commissions prévention suicide.
- Systématiser la présence des personnels d'insertion et de probation à toutes les commissions prévention suicide.
- Associer davantage tous les intervenants (personnels de l'Education nationale, aumôniers, bénévoles comme les visiteurs de prison, personnels des sociétés privées, intervenants culturels...) aux commissions prévention suicide.
- Améliorer l'échange d'informations opérationnelles entre les personnels pénitentiaires et sanitaires.

- Expérimenter localement la mobilisation de la psychiatrie de ville (convention DDASS – ordre des médecins).
- Améliorer le traitement des "cas extrêmes" (recours plus précoce à l'hospitalisation d'office et gestion de la période transitoire)

- Formaliser dans chaque établissement pénitentiaire, pour les personnes présentant un risque caractérisé, un plan de protection de la personne détenue suicidaire avec une déclinaison précise d'actions avec une réévaluation régulière.

- Systématiser les protocoles d'actions, en intégrant aussi l'autorité judiciaire.
- Entretien du dispositif de secours : vérifier, former, créer des fiches réflexes dans le P.O.I (tentative de suicide, suicide).

11- Atténuer le sentiment d'isolement de la personne détenue par la socialisation :

- Favoriser les activités en détention.
- Autoriser un parloir ou une communication téléphonique dans les 8 premiers jours d'incarcération.
- Dans les quartiers disciplinaires : rappeler ses droits aux détenus, expérimenter l'introduction de poste radio et réfléchir à l'accès au téléphone pour rompre l'isolement, raccourcir la durée de placement au QD.
- Multiplier les possibilités de recours à la téléphonie sociale d'urgence en terme de plages horaires et dans tous les établissements pénitentiaires.
- Étendre à la journée de détention les mesures de surveillance spéciale et mettre en place des mesures à plusieurs niveaux : renforcer les rondes ; ne pas laisser la personne détenue seule en cas de crise suicidaire notamment lors des promenades des codétenus,...
- Sensibiliser les codétenus en multipliant les formations aux premiers secours et en expérimentant une action de formation au soutien d'une personne en souffrance. Aller vers une reconnaissance de leur rôle (octroi de réduction de peine supplémentaire par exemple).

12- Construire un environnement sécurisé :

- Mettre en place un dispositif de communication par interphone ou d'appel d'urgence pour l'ensemble des cellules.
- Expérimenter des cellules sécurisées avec interphone et absence de points d'arrimage (support TV, canalisation, barreaux de fenêtre,...) dans tous les établissements.

- Conduire une démarche expérimentale sur les possibilités de vidéo-surveillance, pour les situations extrêmes.

- Expérimenter, en lien étroit avec les services du ministère de la santé, pour les personnes détenues en urgence suicidaire élevée, l'utilisation de draps et vêtements déchirables ou/et de couvertures indéchirables ne pouvant être transformés en liens, selon un protocole à définir avec le partenaire sanitaire (choix des quartiers, avis du médecin, entretien avec la personne détenue).
- Doter les établissements de défibrillateurs cardiaques.
- Evaluer les dispositifs et les pratiques de distribution et du stockage des médicaments.

13- Améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes présentant des troubles psychiatriques, notamment en développant le programme des UHSA.

14- Poursuivre les efforts pour réduire la surpopulation carcérale.

4

AMELIORER LA « POSTVENTION » ET LES CONNAISSANCES : OU COMMENT GERER L'APRES-SUICIDE ?

15- Mettre en place (Santé – Pénitentiaire) des groupes de parole avec les personnes détenues pour réduire le risque de contagion avec d'autres comportements suicidaires

16- Approfondir l'analyse des cas de suicides :

- Recentrer la commission centrale de suivi des actes suicidaires sur sa mission d'évaluation et de propositions d'amélioration continue des dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.
- Décliner sur le plan interrégional une telle structure d'analyse et d'animation de la politique de prévention (Commission interrégionale de suivi des actes suicidaires ou groupe d'analyse et de vigilance sur la prévention des actes suicidaires).

17- Améliorer le soutien à la « communauté carcérale » après un suicide :

- Mettre en œuvre un débriefing en deux temps : immédiatement avec les protagonistes concernés, puis dans le mois avec une composition plus large en lien avec le référent suicide interrégional.

- Systématiser la présence des personnels d'insertion et de probation dans les débriefings après suicide.
- Rendre destinataires les intervenants (personnels de l'Education nationale, aumôniers, bénévoles comme les visiteurs de prison, personnels des sociétés privées, intervenants culturels...), a posteriori, d'une information rapide sur le décès ou sur une tentative de suicide d'une personne détenue.

- Former les personnels (direction et personnels d'insertion et de probation) à l'annonce du deuil à la famille et aux proches.
- Rendre obligatoire l'entretien du codétenu de la personne suicidée avec le chef d'établissement ou son représentant.

18- Mettre en place une politique de recherche ambitieuse avec le ministère de la Santé, à moyen et long terme :

- Créer un groupe de travail de recherche multidisciplinaire « Suicide-santé mentale en établissement pénitentiaire ».

- Lancer une étude épidémiologique sur les facteurs de risques de vulnérabilité face au suicide en milieu carcéral (saisine INVS).
- Lancer une étude sur les caractéristiques communes des personnes décédées par suicide.
- Lancer une étude pilote sur l'autopsie psychologique pour permettre la compréhension des principaux facteurs conduisant au suicide.

- Construire d'une structure de recherche pérenne spécialisée interministérielle.

19- Organiser une conférence de consensus sur la prévention du suicide des mineurs détenus

20- Développer le rôle positif des médias :

- Sensibiliser les médias sur l'impact de leurs messages sur le phénomène suicidaire.
- Réorganiser la politique de communication de l'administration pénitentiaire sur les suicides et la politique de prévention mise en œuvre.

Sommaire des annexes

LA POLITIQUE DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE EN MATIERE DE PREVENTION DU SUICIDE	
A. Synthèse du rapport de Jean-Louis TERRA et liste des recommandations – décembre 2003	152
B. Enquête dispositifs de prévention novembre 2008 auprès des DISP et des établissements pénitentiaires	164
▪ Questionnaire type Enquête prévention du suicide novembre 2008	175
C. Notes et circulaires	179
▪ Circulaire interministérielle JUSE0240075C du 26 avril 2002 - Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires	180
▪ Note DAP du 14 mai 2007 - Mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenue	200
▪ Note DAP-DPJJ du 23 octobre 2008 - Utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus	205
▪ Note interministérielle du 5 décembre 2008 - Prévention du risque suicidaire en établissements pénitentiaires	209
D. Etudes DAP/PMJ/PMJ5 :	
▪ Suicides en détention et infractions pénales – Cahiers de démographie pénitentiaire n°12 – Novembre 2002	211
▪ Baisse des suicides en prison depuis 2002 – Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°22 – mai 2008	215
E. LES EXEMPLES ETRANGERS DES DISPOSITIFS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE	221
▪ Rapport 2008 des magistrats de liaison :	221
▪ Synthèse générale	222
▪ Italie	225
▪ Allemagne	229
▪ Pays-Bas	234
▪ Pologne	237
▪ Royaume-Uni	241
▪ Espagne	251
▪ Instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides - Direction générale des institutions pénitentiaires – Espagne (traduction Marina PAJONI)	255
▪ La prévention du suicide aux U.S.A. – Professeur Jean-Louis TERRA	267
F. LA RECHERCHE	276
▪ Analyse du risque suicidaire en prison « Enquête nationale sur la santé mentale en prison » 2003-2004 - Hélène GODET-THOBIE, interne de santé publique et Docteur Louis JEHEL, CHU Tenon AP-HP, sous la direction de Monsieur le Professeur Bruno FALISSARD - Inserm U669	276
G. LES MEDIAS	282

- OMS : La prévention du suicide - Indications pour les professionnels des médias média – 2002 283
- "Un tous les trois jours en 2008" Alain SALLES – Le Monde 16 janvier 2009 292
- "Lettre ouverte au journal Le Monde" Christophe MARQUES, Secrétaire Général FO pénitentiaire – 19 janvier 2009 296
- Lettre aux aumôneries n°120 - Aumônerie catholique des prisons – Oct-Nov-Déc 2008 298

H. LES AUDITIONS APPROFONDIES ET CONTRIBUTIONS 300

Organisations syndicales : 20-22 janvier 2009 301

UFAP : Mrs Jean François FORGET, David besson, Stéphane BARRAUT

FO-PS : M. René SANCHEZ

FO-PD : M Patrick WIART

CGT : Mmes Céline VERZELETTI, Véronique MAO, M. Jérôme MARTHOURET

SNEPAP : Mmes Sophie DESBRUYERES, Charlotte CLOAREC

Personnes auditionnées par M. Philippe Zoummeroff

- Gilles BLANC – Président du groupe Mialet 305
- Docteur Alain CHIAPELLO - Psychiatre, médecin chef à la Croix Rouge Française et Frédérique VAN BERCKEL Psychosociologue. 309
- Alain CUGNOT - Vice Président de la FARAPEJ (Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice) 317
- Jean-Louis DAUMAS - directeur général de l'école de la protection judiciaire de la jeunesse 323
- Marie-Paule HERAUD - Présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANVP) 330
- Martine LEBRUN - Présidente de l'Association nationale des Juges d'Application des Peines (ANJAP) 334
- Patrick MAREST – Porte parole de l'Observatoire International des Prisons (OIP) 342
- Milko PARIS - Président de l'Association Ban Public (Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe) 349
- Arnaud PHILIPPE – Président du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées) 355

Contributions :

- Alain BLANC – Président de l'association française de criminologie (AFC) 364
- Jean-Louis CADO – Responsable national Prison – Justice – Secours catholique – Caritas France 369
- Jeannette FAVRE – Présidente de l'UFRAMA Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées 371
- Maître Etienne NOËL - Avocat spécialiste de la détention 373
- Nadia SOLTANI - Association Lumière de détention (Lyon), Karine BERGNES, Faites la Lumière en Détention 378

Annexe A

SYNTHESE DU RAPPORT DE JEAN-LOUIS TERRA LISTE DES RECOMMANDATIONS

Synthèse des recommandations du rapport Terra - 11/12/2003

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

1. METHODE 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 arrivants 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 PRIORITES

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, déférée 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 intervenants 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 confidentiels) 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

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 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. 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, rôlé 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.

Annexe B

ENQUETE AUPRES DES DISP ET DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES SUR L'APPLICATION DES DISPOSITIFS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE NOVEMBRE 2008

B.1. L'ENQUETE

Dans le cadre de la commission présidée par le docteur Albrand installée le 3 novembre 2008, un questionnaire a été transmis le 12 novembre 2008 à l'ensemble des DISP. Ce questionnaire porte sur le bilan des dispositifs de prévention du suicide mis en place dans les établissements à la suite du rapport du professeur Terra et des recommandations de la direction de l'administration pénitentiaire (Note du 5 mars 2004).

Les questionnaires devaient être transmis au plus tard le jeudi 20 novembre 2008 afin d'en restituer une première synthèse à l'occasion de la réunion de la commission Albrand du 22 novembre.

Ce questionnaire se présente sous la forme d'un fichier de type "excel" qui comprend une série de 90 questions : 56 questions fermées (Oui-Non) et 34 questions ouvertes sur la pratique des établissements en matière de prévention du suicide.

Ces 90 questions sont réparties en quatre chapitres et 16 sous-chapitres (voir questionnaire type en annexe) : "La détection, l'évaluation" [1 à 3], "Le travail pluridisciplinaire, l'adoption d'un plan de protection" [4 à 12], "L'après suicide" [13] et "Le dispositif général de prévention" [14 à 16].

		Questions ouvertes	Questions fermées	Total
La détection, l'évaluation	[1-3]	8	5	13
Le travail pluridisciplinaire, l'adoption d'un plan de protection	[4-12]	24	21	45
L'après suicide	[13]	15	1	16
Dispositif général de prévention	[14-16]	9	7	16
Total		56	34	90

Le dernier chapitre, sur le dispositif général de prévention [14-16], comprenait des questions relatives à la politique interrégionale; aussi, il pouvait être pré-rempli par la DISP avant envoi à chaque établissement.

Il est important de souligner que l'exploitation des réponses et l'analyse des résultats doivent prendre en compte notamment les différentes contraintes liées à la mise en œuvre de ce questionnaire (réalisation du questionnaire, type de question, lisibilité et délais de réponse exigés) et la typologie des établissements.

Hormis deux établissements fermés (Arles et Gap) et un établissement en cours de fermeture (Mont-de-Marsan), la totalité des établissements ont répondu¹¹³ dans le très court délai imparti soit 197 questionnaires transmis représentant 189 établissements¹¹⁴ : 109 maisons d'arrêt, 32 centres pénitentiaires (dont le CP de Mont-de-Marsan), 23 centres de détention, 13 centres de semi-liberté, 4 maisons centrales, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, 1 centre pour peines aménagées et l'EPSN de Fresnes.

Il y a eu une réelle appropriation de ce dossier sensible par tous les services¹¹⁵ comme le démontrent d'une part, le taux de retour (100%), la qualité des synthèses régionales transmises, mais aussi le taux de réponse aux questions de l'enquête : pour les questions fermées 83,35% (90,52% hors dispositif général de prévention), pour les questions ouvertes, plus longues à traiter, 64,88% (71,76% hors dispositif général de prévention).

Si on prend la période 1996-2008 comme référence, on s'aperçoit que la quasi totalité des établissements ont été le cadre d'un ou plusieurs suicides¹¹⁶ : seuls les CSL-CPA ne sont pas touchés, un CD (Saint-Sulpice) et neuf MA (Gap, Guéret, La Roche-sur-Yon, Montluçon, Privas, Aurillac, Basse-Terre, Charleville-Mézières et Clermont-Ferrand)¹¹⁷. Il s'agit donc d'une question qui interpelle l'ensemble des services, l'ensemble de la "communauté pénitentiaire".

Réponse aux questions fermées (%)

	Total			[1-3]			[4-12]			[13]			[1-13]		
	Oui	Non	NR	Oui	Non	NR	Oui	Non	NR	Oui	Non	NR	Oui	Non	NR
CD	61,61	17,86	20,54	84,38	12,50	3,13	68,75	26,04	5,21	56,67	11,67	31,67	67,55	19,15	13,30
CP	55,51	30,67	13,82	67,93	30,43	1,63	56,63	39,39	3,98	63,33	26,06	10,61	60,87	33,67	5,46
CSL	59,80	29,03	11,17	72,86	22,86	4,29	59,05	35,95	5,00	70,29	23,43	6,29	64,98	29,73	5,29
EPM	54,40	29,65	15,95	70,61	26,10	3,29	53,20	41,41	5,39	63,57	20,48	15,95	59,80	31,91	8,29
MA	14,29	53,30	32,42	16,35	75,96	7,69	10,58	67,31	22,12	20,00	35,38	44,62	14,57	58,59	26,84
MC	49,40	17,56	33,04	81,25	10,42	8,33	59,72	31,25	9,03	31,11	4,44	64,44	54,26	19,15	26,60
Total	52,62	30,73	16,65	67,45	28,81	3,74	52,21	41,28	6,51	60,34	21,96	17,70	57,64	32,88	9,48

Le tableau ci-dessus montre les variations des taux de réponse aux questions selon la catégorie juridique de l'établissement. Il montre aussi les variations sur les réponses ou non réponses (NR) apportées aux questions dont les causes peuvent être extérieures à leur objet (lisibilité, délais), mais reflètent aussi les priorités visibles des directions des établissements.

¹¹³ Il n'est pas tenu compte des petits établissements de Mata-Utu, Taiohae et Uturoa-Raiatea.

¹¹⁴ Six questionnaires ont été remplis pour Fleury-Mérogis, deux pour le CP de Nantes et trois pour le CP de Lille-Loos-Séquedin.

¹¹⁵ Dans la quasi totalité des cas, ces questionnaires ont été remplis par le chef d'établissement, son adjoint ou, pour les plus importants établissements, le chef de détention.

¹¹⁶ 70% des 1 503 suicides recensés affectent 30% des établissements regroupant environ 55% de la population écrouée hébergée.

¹¹⁷ La lecture des questionnaires de ces établissements, leur comparaison, ne met en relief aucun dispositif particulier sinon un équilibre trouvé dans le fonctionnement général de l'établissement.

B.2. LA SYNTHÈSE DES RESULTATS

La synthèse développée ci-dessous reprend le découpage du questionnaire pour conserver l'esprit qui a présidé à sa conception :

- La détection, l'évaluation;
- Le travail pluridisciplinaire, l'adoption d'un plan de protection;
- L'après suicide;
- Le dispositif général de prévention.

LA DETECTION, L'EVALUATION [1 à 3]

1. Informations transmises au moment de l'écrou (notice individuelle / autres) ?

Une information est transmise dans 86,3% des cas. Les réponses négatives concernent essentiellement les CSL et certains établissements pour peines.

La nature de l'information [1.1] dépend du type d'établissement :

- Pour les maisons d'arrêt, il s'agit de la notice individuelle (NJI ou NJLD), parfois d'une information orale des magistrats (cité dans 13% des cas) presque toujours initiée par l'établissement, un signalement des forces de police ou de gendarmerie (cité dans 8% des cas).
- Dans les établissements pour peines, le dossier pénal, suite au transfert, alimente les champs Comportements-Consignes-Régimes (CCR) de GIDE, soit directement par un transfert électronique (TIE), soit provisoirement par alimentation manuelle au greffe à l'arrivée de la personne détenue.

Des problèmes se posent lors de comparutions immédiates et /ou d'écrous tardifs.

MA Fleury-Mérogis : "Informations communiquées par les forces de l'ordre qui accompagnent l'individu ou interpellation directe de la famille, ressenti des agents lors des formalités d'écrou et durant l'attente au dispatching, déclaration du détenu".

MA Tarbes : "notice individuelle du magistrat instructeur et/ou copie de l'enquête sociale établie lors de la garde à vue permettant ainsi d'éviter la perte d'information essentiellement les déclarations répétitives de détresse et de suivre de façon continue l'état d'esprit de la personne".

Les actions prises en conséquence [1.2] sont dans l'ordre de fréquence d'apparition : l'inscription sur GIDE (CCR) avec mise sous surveillance spéciale (systématique ou non), le signalement UCSA-SMPR avec procédure d'urgence éventuelle (centre 15, SOS médecin, astreinte psy), le changement d'affectation si possible (doublement en cellule), l'information des personnels et partenaires (élaboration d'une fiche signalement inter services,...) et, évoqué dans 4% des cas, l'inscription à la prochaine commission pluridisciplinaire unique (CPU).

2. Entretien arrivant avec grille d'évaluation du potentiel suicidaire

L'utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire [2.1] est systématique dans 87,3% des cas. Ce n'est pas le cas pour 23 établissements (dont les 8 CSL-CPA).

La question de l'évaluation de l'urgence [2.2] est posée dans 75,1% des cas.

Les difficultés remontées [2.3] sont l'écrou tardif ou les levées d'écrou immédiates, les écrous de nuit en fin de semaine, l'absence de psychiatres ou pédopsychiatres (pour les mineurs) mais aussi l'évaluation du risque (technique d'entretien pas toujours acquises,...).

La grille sert de support de discussions avec les partenaires lors de la commission pluridisciplinaire prévention suicide [2.4] dans 58,9% des cas (elle n'est pas utilisée dans 38,1% des cas).

Villeneuve-lès-Maguelone : *"non car les imprimés de signalement créés à VLM sont généralement plus exhaustifs"*.

La grille n'a pas été adaptée dans 78,7%, mais l'a été dans 35 établissements (19%), plus de la moitié de ceux-ci ayant eu des cas de suicide sur les trois dernières années.

Hormis un ou deux commentaires sur la lisibilité de certains items, la grille ne pose aucun problème d'usage; cela ne signifie pas pour autant que les établissements l'intègrent complètement comme outil de gestion (ce document n'est jamais transmis à la DAP lors de l'examen d'un dossier par la commission centrale de suivi des actes suicidaires au même titre que le rapport d'incident ou la fiche pénale).

3. Existence d'un quartier arrivants ou procédure spécifique arrivants ?

Il existe un quartier arrivant ou une procédure spécifique dans 67,5% des cas. 54 établissements n'ont pas intégré ce dispositif.

Les motifs les plus souvent évoqués justifiant l'absence de dispositif sont le manque de places, la forte densité carcérale ou le flux important de détenus.

Les quartiers arrivants se limitent parfois à une ou plusieurs cellules intégrées dans le bâtiment. Une dizaine de quartiers sont en cours de labellisation RPE/AFNOR.

Une commission pluridisciplinaire arrivants à l'issue de la période d'observation [3.2] est programmée dans 62,4% des cas, souvent intégrée dans la CPU hebdomadaire.

Le cas des personnes fragiles ou suicidaires est évoqué [3.3] dans 80,2% des cas. Les mesures prises [3.4] sont alors l'inscription au CCR, la mise sous surveillance spéciale, l'affectation en cellule doublée, l'affectation sur un quartier protégé ("quartier détenus fragiles", "quartier d'observation spécialisé"), le signalement UCSA-SMPR, la mention par note de service ou sur le cahier de liaison, la mise en place d'un suivi particulier (UCSA, SPIP, psychologue PEP,..),...

De manière générale, la surveillance spéciale est préconisée jointe à un signalement à d'autres services et des audiences ciblées.

MA Tarbes : *"Dans le cas de personnes à risques arrivants en semaine et pendant les heures ouvrables, travail en partenariat avec l'UCSA, le service social et parfois les magistrats; les W.E et la nuit, gestion par le grade de permanence et le SAMU. Instauration d'un double parloir famille systématique, écourter le temps d'attente entre la demande et l'autorisation de visiter un prévenu"*.

EPM d'Orvault : *"surveillance spéciale, rapport au juge, entretien avec la famille pour recherche d'axe de soutien...."*.

LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE, L'ADOPTION D'UN PLAN DE PROTECTION [4 à 12]

4. Commission pluridisciplinaire prévention suicide

Une commission (spécifique ou partie de la commission pluridisciplinaire générale) existe dans 85,3% des cas [4.1] majoritairement intégrée dans la commission pluridisciplinaire unique (CPU, commission du parcours d'exécution de peine COPEP, commission de suivi et d'observation CSO, commission locale d'insertion CLI) [4.1.1]. Elle est spécifique dans une trentaine d'établissements seulement (établissements pour peines pour l'essentiel).

La présence en son sein de médecins (généralistes / psychiatres) et psychologues [4.2] est signalée dans 61,4% des cas. Ils sont absents sur 70 établissements.

De manière générale, le personnel infirmier (IDE) représente les médecins [4.2.1] ou pallie leur refus de siéger (des situations de blocage existent dans une dizaine d'établissements comme à la maison d'arrêt de Saintes).

Les médecins, notamment les psychiatres, sont cependant très souvent associés ainsi que les psychologues UCSA ou les psychologues PEP (recrutés par l'administration pénitentiaire).

MA Chaumont : "Présence systématique du médecin chef de l'UCSA, le psychiatre, les psychologues et les infirmières".

MA Clermont : "Une commission pluridisciplinaire se réunit une fois par mois avec pour thème les entrants, les sortants, l'indigence et le risque suicidaire. Participent à cette réunion : le SPIP, la détention, l'UCSA, le RLE, l'ANPE, l'ANPA, les Assedics, le secours catholique, la mission locale, la DDASS, les associations locales d'hébergement d'urgence ou temporaire. La situation pénale et personnelle de chaque entrant et sortant du mois est étudiée. De plus, il peut arriver que la situation d'un détenu "non-arrivant" soit évoquée si un personnel a détecté un potentiel suicidaire".

La participation de surveillants en dehors des gradés [4.3] est effective dans 33,5% mais ils sont absents dans 57,4% des cas.

Les réunions [4.4] se tiennent de manière hebdomadaire (40%), mensuelle (37%), bimensuelle (15%) parfois, plus rarement, sur une fréquence plus longue, mais il s'agit là le plus souvent d'une commission spécifique.

Un compte-rendu est établi [4.4.1] dans 71,1% des cas et débouche sur un plan individualisé de protection dans 55,8% des cas [4.5]. Pour cette question, la difficulté de compréhension du "Plan individualisé de protection" s'est posée mais également la pertinence même de la question au regard de la surpopulation de certaines maisons d'arrêt..

"Un plan individualisé de protection ne correspond pas à la réalité des moyens à disposition".

MA Cherbourg : "Difficile de mettre en place un plan de protection individualisé dans un établissement où l'hébergement se fait en dortoir".

Les mesures préconisées le plus souvent [4.5.1] sont, de manière récurrente, la surveillance spéciale 69%, le suivi médical (infirmier, psy, transfert SMPR,..) 49%, le changement d'affectation (doublement ou rarement isolement) 34%, les audiences (gradés, SPIP,..) 22%, l'activité (classement, activités socio-culturelles, enseignement, formation,..) 16%, des procédures administratives de suivi (liste, signalement CPU, note de service,...) 12%, des mesures individualisés 6% et évoqués très rarement, le placement en secteur protégé, le suivi social, le contrôle de cantine, la fouille des cellules, le contrôle du courrier, proposition d'un visiteur,....

MA Tarbes : "Surveillance spéciale (rondes accrues), ne jamais laisser le détenu seul, faciliter l'accès aux activités et au travail pénal mis en place dans l'établissement, entretien régulier avec les infirmiers psychiatres et le gradé référent en essayant de bâtir un projet, la mise en place d'une occupation, d'un centre d'intérêt, l'idée étant de permettre à la personne de prendre conscience de ses qualités. Mise en place de fiches réflexes à destination du personnel de surveillance".

CP Toulon-La Farlède : "Inscription prioritaire au travail et activité, surveillance spéciale, prise en charge psy, audience SPIP, orientation vers un visiteur de prison, passage en commission de suivi PEP, vigilance du greffe sur l'évolution pénale...".

L'existence d'une personne référente ou garante de l'exécution du plan [4.5.2] est indiquée dans 46,2% des cas, son absence dans 46,9% des cas. La personne évoquée le plus souvent est le chef d'établissement ou son adjoint, le chef de détention ou le gradé de roulement : la personne référente est assimilée à la personne responsable (directement ou par délégation).

La question [4.6] sur le type de décisions prises faisait un peu double emploi avec la question [4.5.1] et est influencée par le résultat de la question précédente [4.5.2]. Le taux de

réponse chute à 59,79% contre 82% en moyenne sur les questions précédentes. Les réponses reprennent la même déclinaison.

5. La communication en dehors des commissions pluridisciplinaires (arrivants, prévention du suicide)

Les rencontres ou communications informelles [5.1] existent dans 94,9% des cas, ce qui constitue le plus fort taux de réponse positive à ce questionnaire. Cependant il n'existe un système de fiches navettes entre services ou de cahiers de liaison [5.2] que dans 54,8% des cas, ce qui atténue l'efficacité de la communication mais reflète de manière plus exacte le fonctionnement interne des établissements.

Les supports de communication [5.2.1] sont formalisés de diverses manières : fiche arrivant, cahier de consigne, cahier de liaison, fiche de signalement, registre de prévention suicide, classeur de suivi de la commission pluridisciplinaire. Dans plus de 33% des cas, il implique tous les acteurs (détention, SPIP, UCSA-SMPR), dans 25% des cas seulement la détention et les services médicaux, dans 17% des cas seulement la détention parfois limitée à une inscription sur GIDE.

Le cahier électronique de liaison est expérimenté ou utilisé dans certains établissements (Saint-Martin-de-Ré, Neuvic, Riom, Villefranche,...). Le logiciel de suivi comportemental répond à ces mêmes attentes.

MA Cahors : "Tout repérage d'une personne détenue "suicidaire" conduit à l'établissement d'une fiche de surveillance spéciale sur laquelle sont soulignés les CCR saisies pour l'intéressé. (troubles psy, dépressif, suivi médical...). Ces fiches sont distribuées aux différents services de l'établissement et aux partenaires. (SPIP, RLE, UCSA...)"

CP Aiton : "Une fiche de signalement interservices permet d'informer immédiatement l'ensemble des partenaires du repérage d'un risque concernant un détenu, des motifs à l'origine de ce signalement, de la personne qui a détecté ce risque. La fiche est établie par le service à l'origine du signalement (UCSA, détention, SPIP) et est destinée aux autres partenaires. Elle est doublée d'une information dans les CCR Gide. Les grilles d'évaluation du potentiel suicidaire sont transmises aux personnels de l'UCSA et au SPIP."

Le lieu de conservation de ces fiches ou cahier [5.2.2] est principalement le bureau de gestion de la détention, le greffe ou le bureau des gradés. Des copies peuvent être transmises à d'autres services (UCSA, SMPR, SPIP).

6. La surveillance spéciale

La surveillance spéciale [6.1] consiste principalement en un renforcement des rondes : passage de la ronde d'écoute à la ronde par l'œilleton permettant de contrôler l'état physique "et mental" de la personne détenue; rondes supplémentaires de nuit, rondes toutes les deux heures, contre-rondes aléatoires, rondes toutes les heures parfois toutes les ½ heures pour les sujets identifiés les plus fragiles.

Une attention soutenue sur les parloirs et les mouvements en détention est moins fréquemment citée.

L'instruction du 18 septembre 2008 a confirmé l'importance de ce dispositif de surveillance passive tout en le précisant.

CP Metz : "rondes de nuit au moins toutes les 2 heures, voire une contre-ronde supplémentaire si risque important; doublement ou non en cellule; indication de ne jamais laisser seul si nécessaire, de jour comme de nuit (= "mesure de sauvegarde"); signalement par les services greffe, vagues-mestres, SPIP...de toutes mauvaises nouvelles".

CP Lille-Loos-Séquedin : "une ronde toutes les deux heures, vigilance lors des parloirs et mouvements du détenu. Possibilité de renforcer avec une ronde toutes les heures".

Le nombre de rondes supplémentaires [6.2] est variable. De manière générale, les rondes de surveillance spéciale doublent celles prévues pour atteindre une fréquence des rondes adaptée à l'urgence : 6 à 8 rondes par nuit, parfois 10-12 en cas de nécessité.

La question des délais [6.3], mal comprise, donne des résultats incohérents en terme statistique : s'agissait-il des délais de mise en œuvre de la surveillance spéciale ("*effet immédiat*"), de la durée de cette surveillance spéciale (inscrite dans GIDE-CCR) ou du délai entre les rondes (il se déduit des réponses apportées à la question [6.2]).

CP Châteauroux : " Passages plus fréquents en service de jour et contrôle à chaque ronde la nuit (6) + possibilité de contre-rondes donc 12 passages/nuit (dans les cas extrêmes). Surveillance spéciale: 1h50, en contre ronde: 55 minutes".

Le taux de réponse à la question [6.4] (autres mesures de surveillance spéciale), redondante, chute à 54,12% : pas d'indications nouvelles sont évoquées.

7. Suivi du risque tout au long du parcours en détention

La grille d'évaluation du potentiel suicidaire est utilisée dans 48,7% des cas [7.1] à l'initiative, dans l'ordre, des cadres pénitentiaires (gradés ou officiers, chef de détention), des médecins, du chef d'établissement ou son adjoint, "*tous personnels*", psychologue PEP, CPU,.... [7.2].

MA Osny-Pontoise : "Plusieurs grilles de REPERAGE sont utilisées. Le contenu de ces grilles a été évoqué plusieurs fois en commission de prévention du suicide. Le repérage fait l'objet d'une formation depuis près de 2 ans à l'établissement. Une des actions pour l'année 2009 est d'harmoniser l'utilisation de grilles de repérage. Dans le même temps, différencier les modes, c'est accentuer les chances de repérage".

Les moments de la vie carcérale tels que l'approche du jugement qui fragilisent la personne détenue suicidaire, sont signalés à la commission prévention suicide [7.3] dans 67% des cas, mais une durée de surveillance spéciale automatique avant le procès/après la condamnation [7.4] n'est pas établie dans 68% des cas : il n'y a pas de norme, c'est au cas par cas. Pour les maisons d'arrêt (cela touche essentiellement les prévenus), le taux de réponse positive n'est que de 30%.

La durée, [7.4.1] qui n'est pas figée dans la quasi totalité des cas, n'est détaillée que par 52 établissements et reste très variable : durée individualisée généralement évaluée par la CPU.

8. Information des différents intervenants (enseignants, aumôniers, visiteurs de prisons,...) de la question du suicide ?

L'information des différents intervenants [8] est effective dans 73,1% des cas mais elle reste cependant parcellaire. Il s'agit [8.1] principalement des enseignants (65%), des aumôniers (34%), des visiteurs de prison (24%), d'associations caritatives du type secours catholique ou Croix-Rouge française (11%) et plus rarement de formateurs, d'intervenants socio-culturels ou du délégué du médiateur (cité une fois). Le personnel privé est fréquemment associé dans les établissements en gestion mixte.

Ces intervenants participent dans 48,7% des cas à la commission prévention suicide [8.2] et dans 54,8% au dispositif arrivants [8.3].

Une analyse plus fine serait nécessaire pour distinguer ce qui relève, dans le cas de la commission pluridisciplinaire, d'une communication purement informelle ou d'un réel

échange avec prise en compte de l'avis des intervenants extérieurs et attribution à ces derniers d'un rôle actif dans le dispositif.

9. Le placement au QD

Avant mise en prévention au QD [9.1], la question du suicide et de la crise suicidaire se manifestant de manière agressive est prise en compte dans 81,7% des cas, notamment par une saisine du médecin psychiatre [9.2] dans 56,3% des cas. L'UCSA est systématiquement informé [9.2.1], avant ou après la mise en prévention selon l'urgence ou le moment du placement (difficultés déjà évoquées pour avoir un médecin psychiatre).

Il n'y pas de procédure unique, chaque établissement semblant gérer au mieux cette situation.

10. Le dispositif Croix rouge Ecoute Détenus

CRED est un service téléphonique de soutien psychologique aux personnes détenues, reposant sur une cellule d'écouter bénévoles de la C-R f (45 personnes), formés à cette mission. Ce service dispose d'un numéro unique accessible directement depuis une cabine téléphonique située en établissement pénitentiaire. Ce dispositif est utile dans la prévention du suicide, la limitation de la violence, la lutte contre l'isolement. Il ne concernait initialement que les établissements pour peines (25 étaient connectés au 31 décembre 2007) mais ce dispositif est en cours d'extension au sein des maisons d'arrêt au bénéfice des condamnés à l'heure actuelle puis des prévenus lors de l'entrée en application de la loi pénitentiaire [10.1].

Là où le dispositif existe, les détenus sont systématiquement informés [10.2] par voie d'affichage en détention essentiellement mais aussi dans le local d'accueil des familles. Il est fait référence à ce dispositif également sur le livret arrivant ou les notes d'information [10.3]. Il n'est cité qu'une fois par le canal vidéo interne.

11. Au moment de la crise suicidaire

Des mesures spécifiques sont prises [11.1] dans 90,9% des cas.

Le doublement en cellule [11.2] est décidé le plus fréquemment par le chef d'établissement, son adjoint ou le gradé présent, par délégation, après en avoir rendu compte. Le doublement sur proposition de l'UCSA-SMPR n'est mentionné que dans 5% des cas.

CP Baie-mahault : "Information du chef de secteur suivi de l'avis du SMPR et validé par la direction".

L'accord du co-détenu est recueilli [11.3] dans 63% des cas par voie orale (avec ou sans audience), dans 29% des cas par voie écrite (oral formalisé par écrit, écrit sur cahier des consignes ou formulaire adapté). Dans le reste des cas, il n'est explicitement pas demandé : *"hébergement collectif le rendant inutile", "pas de choix", "si risque avéré pas d'assentiment demandé", "disposition de sécurité", "tout le monde est doublé"*.

On retire des effets (draps, lacets, ceinture, autres...) [11.4] dans 43,1% des cas et l'HO [11.5] est une voie souvent employée dans 44,2% des cas, généralement lorsque l'établissement n'est plus à même de gérer la personne : dangerosité, trouble critique de la personnalité. Ces dispositifs ne sont donc pas majoritaires.

Pour les hospitalisations d'office les difficultés rencontrées [11.6] sont diverses : absence de procédure claire de saisine médicale, indisponibilité du personnel médical (UCSA,

SMPR,..), recueil du consentement des parents (en EPM), délais de prise en charge (DDASS, réquisition préfectorale), manque de place dans les établissements hospitaliers, refus par les établissements des détenus car supposés "sujets dangereux", retour de HO souvent en horaire tardif,...

Les HO sont assez souvent jugées trop courtes donc peu utiles. L'option d'un placement en retour d'HO est privilégiée lorsqu'elle est possible (le consentement du détenu étant alors nécessaire).

La question de l'existence de recours à des associations d'écoute et d'accueil de personnes en détresse [11.7] n'a pas été traité : absence du recours dans 80,7% des cas (les précisions, pour les établissements ayant recours à ce type de dispositif, n'obtiennent que 19,59% de réponse [11.7.1]); les intervenants habituels sont évoqués.

12. Réduction des moyens d'accès au suicide

Les vêtements jetables [12.1] ne sont pas utilisés dans 93,4% des cas (plus fort taux négatif). Il semble que les établissements pénitentiaires estiment que le respect de la dignité de la personne détenue s'accommode difficilement de ce dispositif. Il est par ailleurs illusoire dans bien des cas, quel que soit le cadre (chambre seule, doublé ou dortoir).

Par contre, la suppression des potences TV ou tout autre moyen facilitateur de passage à l'acte (points d'arrimage de liens) [12.2] a été étudiée dans 34,5% des cas : des établissements sont très avancés dans ce domaine (remplacement par des tablettes) et les nouveaux établissements prennent en compte cet aménagement.

Les mesures prises en conséquence [12.3] sont : nouveaux cloisonnements sanitaires, coffrage des radiateurs muraux, suppression des grilles en cellule QI,...

Il subsiste encore de nombreux points d'ancrage : barreaux des fenêtres, barreaux des grilles en QD et QI, montant des lits doubles,... La pendaison étant le moyen de perpétration le plus usité (plus de 95% des cas de suicide en moyenne), des aménagements sont nécessaires et nécessitent un budget parfois conséquent qui ralentit leurs mises en œuvre dans bon nombre d'établissements.

L'APRES-SUICIDE [13]

13. La postvention

Pour la postvention en direction des personnels [13.1], un entretien psychologique leur est systématiquement proposé dans 83,8% des cas [13.1.1], le psychologue ou le médecin de prévention se déplaçant à l'établissement dans 66,5% des cas [13.1.2].

Un débriefing à la suite d'un suicide est organisé par le chef d'établissement dans 77,7% des cas [13.1.3] réunissant, dans la majeure partie des cas, la direction, l'encadrement puis le personnel de surveillance de courserie, le psychologue du personnel, la médecine de prévention [13.1.4]. La limitation aux acteurs présents est presque la règle.

L'évocation du personnel médical n'est pas oubliée dans un cas sur trois. Le CIP n'est cité que dans 10% des cas.

Pour la postvention en direction des familles, la proposition de rencontre à la famille par le chef d'établissement est faite systématiquement dans 76,1% des cas [13.2.1]. Le personnel d'insertion et de probation est associé à l'entretien dans 56,9% des cas [13.2.2].

La visite de la cellule est proposée dans 53,3% des cas [13.2.3], une rencontre avec un médecin psychiatre, un généraliste, un psychologue rattaché à l'établissement est

proposée dans 36% des cas [13.2.4], de même avec un représentant du culte dans 20,3% des cas [13.2.5] et, enfin, une trace écrite de la rencontre avec les proches est conservée dans 37,1% des cas [13.2.6].

Pour la postvention en direction des co-détenus, le ou les co-cellulaires sont pris en charge dans 77,2% des cas [13.3.1]. Ils sont reçus par le CE ou un gradé dans 78,2% des cas [13.3.2], sont systématiquement signalés au service médical dans 74,6% [13.3.3] et la proposition leur est faite au cours d'un entretien dans 71,1% des cas [13.3.4].

Les personnes qui avaient une relation de proximité avec le détenu décédé en tant que professionnel, bénévole, sont identifiées seulement dans 47,2% des cas [13.4] et une action d'information est faite à leur intention rapidement dans 49,7% des cas [13.5].

Ces taux illustrent les avancées considérables effectuées par l'administration pénitentiaire mais soulignent également les marges de progression existantes dans ce domaine.

LE DISPOSITIF GENERAL DE PREVENTION [14 à 16]

Ce dernier chapitre demandait deux approches : un regard global sur le dispositif mis en place à l'échelon interrégional, mais aussi un regard local sur la visibilité de ce dispositif par les établissements.

Comme le permettait la note d'accompagnement de ce questionnaire trois DISP (Dijon, Lille et Marseille) ont pré rempli les questionnaires, sept l'ont transmis tel quel. Pour ces raisons techniques (un questionnaire spécifique DISP aurait du être transmis parallèlement au questionnaire destiné aux établissements), le taux de non réponse (NR) sur ce chapitre est de 54,01% pour les questions fermées et le taux de non réponse sur les questions ouvertes est en moyenne de 40,57%; aussi il n'est pas tenu compte des réponses des établissements dans la suite de ce rapport mais des bilans régionaux des DISP.

	Réfèrent local			Réfèrent régional	Commission régionale de prévention suicide	Nb de personnels formés en 2007
	Oui	Non	NR			
Bordeaux	6	12	2	OUI	NON	104
Dijon	-	19	-	OUI	OUI	19
Lille	5	15	2	OUI	NON	138
Lyon	4	10	-	OUI	NON	110
Marseille	8	6	-	OUI	NON	73
Paris	12	9	10	NON	NON	137
Rennes	10	9	2	OUI	NON	43
Strasbourg	11	4	2	OUI	OUI	53
Toulouse	11	4	2	OUI	OUI	55
Outre Mer	5	6	-	NON	NON	29
Total DISP	72	94	20			761

L'axe principal de développement sur la prévention du suicide depuis 2003 a été la formation avec des axes innovants comme la formation des cadres sur l'annonce d'un décès

aux familles (Lyon), les formations-actions sur site pour améliorer l'articulation des dispositifs de prévention (Lille),...

Le référent régional, souvent le chargé de l'action de l'action sanitaire, met en place les plans de formation de la DISP en lien avec la DRASS et les binômes. Ces formations sont ouvertes à l'ensemble des personnels des établissements (pénitentiaires, SPIP et sanitaires) mais aussi parfois aux intervenants extérieurs. Les quartiers ou services prioritaires (QD, QI, QA, UCSA et SMPR) sont systématiquement privilégiés.

DISP : Dijon

"Copil mensuel, constitué du DI, du DSD, du DRH, de la psychologue et du responsable de l'action sanitaire en tant qu'animateur et coordonnateur. Ce COPIL travaille en lien direct avec le GRSP 21 dans le cadre du PRPS, il a financé la formation des binômes de formateur des personnels : psychologues pénitentiaires et sanitaire et psychiatre du SMPR Dijon. Une réunion de travail est organisée par trimestre à la DRASS21 et une fiche d'objectif opérationnel particulière n°5 est dédiée à l' AP-DISP « assurer le dépistage des situations à risque suicidaire » avec des sous-objectifs : du suivi des professionnels formés par territoire et par établissement, permettre l'analyse de cas de suicides en milieu fermé."

COMMENTAIRE COMPLEMENTAIRE

Dans cette partie, il était laissé libre cours au rédacteur du questionnaire pour éclairer certains aspects imparfaitement ou pas couverts par cette enquête.

Peu utilisé (taux de réponse de 30,41% ce qui est logique compte tenu du délai de réponse extrêmement contraint) ce champ permet d'évoquer certains problèmes : les problèmes liés aux mineurs en quartier arrivants, l'impact du flux et de la densité de l'établissement sur la durée du séjour donc de l'évaluation réalisée dans le quartier arrivant, la nécessité d'un renouvellement des formations due au turn-over des personnels, l'absence d'activité en quartier d'isolement, l'impression de méconnaissance par les magistrats du fonctionnement des établissements, le manque de mobilisation des services médicaux et des SPIP, l'isolement et la lourdeur des responsabilités pesant sur le chef d'établissement,...

MC Saint-Maur : "Les actions des personnels de la MC se situent globalement dans le cadre d'une prévention primaire - notamment à l'égard du mal-être de la PPSMJ. Les détenus évoquant une intention suicidaire font l'objet d'un signalement au SMPR pour des interventions spécialisées.

Les personnels de coursive - en 1ère ligne - font un repérage au cours de l'exécution de peine, les autres personnels - en 2ème ligne - pénitentiaires ou contractuels (CIP, gradés, DSP, psychologue PEP) font des entretiens de désamorçage (prévention secondaire). L'orientation vers le SMPR - 3ème ligne - est systématique".

MA Rennes : "Il est dommage que les services médicaux et plus spécifiquement les acteurs du SMPR refusent de participer aux dispositifs traitant de la prévention du suicide et mettent systématiquement en avant le secret médical. Dans ce contexte il est difficile de mettre en oeuvre une véritable action de prévention du suicide étant entendu que certains détenus non repérés comme étant suicidaire pourront de ce fait passer à côté des mesures de prévention et de protection. De la même façon il est difficile d'engager un parcours cohérent pour le détenu dès lors que nous ne recevons aucunes réponses à nos questions !".

Annexe B

QUESTIONNAIRE TYPE : ENQUETE PREVENTION DU SUICIDE - NOVEMBRE 2008

DISP:

Etb:

La détection, l'évaluation [1 à 3]

1. Informations transmises au moment de l'écrou (notice individuelle / autres) ? Oui Non

1.1 Si oui, nature :

1.2 Actions prises en conséquence :

2. Entretien arrivant avec grille d'évaluation du potentiel suicidaire

2.1 Utilisation systématique ? Oui Non

2.2 La question de l'évaluation de l'urgence est-elle parfois posée ? Oui Non

2.3 Si oui, difficultés rencontrées :

2.4 La grille sert-elle de support de discussions avec les partenaires lors de la commission pluridisciplinaire prévention suicide ? Oui Non

2.5 La grille a-t-elle été adaptée (si oui, communiquer une copie) ? Oui Non

3. Existence d'un quartier arrivants ou procédure spécifique arrivants ? Oui Non

3.1 Précisez :

3.2 Commission pluridisciplinaire arrivants à l'issue ? Oui Non

3.3 Cas des personnes fragiles ou suicidaires évoqués ? Oui Non

3.4 Mesures prises :

Le travail pluridisciplinaire, l'adoption d'un plan de protection [4 à 12]

4. Commission pluridisciplinaire prévention suicide

4.1 Existence d'une commission (spécifique ou partie de la commission pluridisciplinaire générale) Oui Non

4.1.1 Préciser le cadre :

4.2 Présence en son sein de médecins (généralistes / psychiatres) et psychologues ? Oui Non

4.2.1 Précisions :

4.3 Participation de surveillants en dehors des gradés ? Oui Non

4.4 Fréquence des réunions :

4.4 Un compte-rendu est-il établi ? Oui Non

4.5 Mise en œuvre d'un plan individualisé de protection ? Oui Non

4.5.1 Mesures préconisées le plus souvent :

4.5.2 Existence d'une personne référente ou garante de l'exécution du plan ? Oui Non

4.6 Type de décisions prises :

5. La communication en dehors des commissions pluridisciplinaires (arrivants, prévention du suicide)

5.1 Les rencontres ou communications informelles existent-elles ? Oui Non

- 5.2 Existe-t-il un système de fiches navettes entre services ou de cahiers de liaison ? Oui Non
- 5.2.1 Si oui, préciser entre qui et qui :
- 5.2.2 Lieu de conservation de ces fiches ou cahier :

6. La surveillance spéciale

- 6.1 En quoi consiste-elle :
- 6.2 Nombre de rondes supplémentaires :
- 6.3 Dans quels délais :
- 6.4 Autres mesures :

7. Suivi du risque tout au long du parcours en détention

- 7.1 La grille d'évaluation du potentiel suicidaire est-elle toujours utilisée si nécessaire ? Oui Non
- 7.2 A l'initiative de qui (gradés,...) :
- 7.3 Les moments de la vie carcérale tels que l'approche du jugement qui fragilisent la personne détenue suicidaire sont-ils signalés à la commission prévention suicide ? Oui Non
- 7.4 Une durée de surveillance spéciale automatique avant le procès/après la condamnation, a-t-elle été établie ? Oui Non
- 7.4.1 Si oui, durée :

8. Information des différents intervenants (enseignants, aumôniers, visiteurs de prisons,...) de la question du suicide ?

- 8.1 Préciser quels intervenants :
- 8.2 Participation à la commission pluridisciplinaire prévention suicide ? Oui Non
- 8.3 Au dispositif arrivants ? Oui Non

9. Le placement au QD

- 9.1 Avant mise en prévention au QD, la question du suicide et de la crise suicidaire se manifestant de manière agressive est-elle prise en compte ? Oui Non
- 9.2 Si oui, comment : saisine du médecin psychiatre ? Oui Non
- 9.2.1 Autres :

10. Le dispositif Croix rouge Ecoute Détenus

- 10.1 Est-il fonctionnel ? Oui Non
- 10.2 Les détenus sont-ils informés du dispositif ? Oui Non
- 10.3 Si oui, comment :

11. Au moment de la crise suicidaire

- 11.1 Des mesures spécifiques sont-elles prises ? Oui Non
- 11.2 Qui décide du doublement cellule :
- 11.3 Comment est recueilli l'accord du co-détenu :
- 11.4 Retire-t-on des effets (draps, lacets, ceinture, autres...) ? Oui Non
- 11.5 L'HO est-elle une voie souvent employée ? Oui Non
- 11.6 Quelles sont les difficultés rencontrées :
- 11.7 Existence de recours à des associations d'écoute et d'accueil de personnes en détresse ? Oui Non

11.7.1 Préciser :

12. Réduction des moyens d'accès au suicide

- 12.1 Des vêtements jetables sont-ils utilisés ? Oui Non
- 12.2 La suppression des potences TV ou tout autre moyen facilitateur de passage à l'acte (points d'arrimage de liens) a-t-elle été étudiée ? Oui Non
- 12.3 Mesures prises en conséquence :

L'après-suicide [13]

13. La postvention

13.1 En direction des personnels :

- 13.1.1 Un entretien psychologique leur est-il systématiquement proposé ? Oui Non
- 13.1.2 Le psychologue ou le médecin de prévention se déplace-t-il à l'établissement ? Oui Non
- 13.1.3 Un débriefing à la suite d'un suicide est-il organisé par le CE ? Oui Non
- 13.1.4 Qui y participe :

13.2 En direction des familles :

- 13.2.1 La proposition de rencontre à la famille par le CE est-elle faite systématiquement ? Oui Non
- 13.2.2 Le personnel d'insertion et de probation est-il toujours associé ? Oui Non
- 13.2.3 La visite de la cellule est-elle proposée ? Oui Non
- 13.2.4 Une rencontre avec un médecin psychiatre, un généraliste, un psychologue rattaché à l'établissement est-elle proposée ? Oui Non
- 13.2.5 De même avec un représentant du culte ? Oui Non
- 13.2.6 Une trace écrite de la rencontre avec les proches est-elle conservée ? Oui Non

13.3 En direction des codétenus :

- 13.3.1 Le ou les co-cellulaires sont-ils pris en charge ? Oui Non
- 13.3.2 Sont-ils reçus par le CE ou un gradé ? Oui Non
- 13.3.3 Sont-ils systématiquement signalés au service médical ? Oui Non
- 13.3.4 La proposition leur est-elle faite au cours d'un entretien ? Oui Non

13.4 Les personnes qui avaient une relation de proximité avec le détenu décédé en tant que professionnel, bénévole, sont-elles identifiées ?

- 13.4.1 Une action d'information est-elle faite à leur intention rapidement ? Oui Non

Dispositif général de prévention [14 à 16]

14. Existence d'un référent prévention suicide

- 14.1 Au niveau local ? Oui Non
- 14.2 Au niveau régional ? Oui Non
- 14.3 Existe-t-il une commission régionale de prévention suicide ? Oui Non
- 14.4 Si non, existe-t-il une animation régionale spécifique ? Oui Non
- 14.4.1 Préciser :

15. Formation

- 15.1 Nombre et qualité des agents formés par établissement pénitentiaire :

- 15.2 Type de formations (DISP/ DRASS ou organisme extérieure) :

- 15.3 Nombre de formations par DISP :

- 15.4 Les agents des quartiers sensibles sont-ils prioritaires (QD, QA, QI, SMPR, UCSA, QM) ? Oui Non
- 15.5 Les agents de ces quartiers ainsi formés sont-ils fidélisés sur ces postes à profil ? Oui Non

16. Cas des suicides survenus dans votre interrégion

- 16.1 Combien avaient été repérés (comme suicidaires ou en état de crise) :

- [REDACTED]
- 16.2 L'urgence avait-elle été évaluée ? Oui Non
- 16.2.1 Si oui, par une ou plusieurs personnes ou services (lister lesquel(le)s) :
[REDACTED]
- 16.3 Combien avaient fait l'objet d'un plan de protection (lister les mesures décidées) :
[REDACTED]
- 16.4 Les actions décidées font-elles l'objet de consignes écrites ? Oui Non
- 16.5 Le plan de protection est-il décidé en commission pluridisciplinaire prévention suicide ? Oui Non

Commentaires complémentaires :

[REDACTED]

Questionnaire rempli par (Nom - Fonction) :

[REDACTED]

Date :

[REDACTED]

Annexe C

PREVENTION DU SUICIDE : NOTES ET CIRCULAIRES

- Circulaire interministérielle JUSE0240075C du 26 avril 2002 - Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires
- Note DAP du 14 mai 2007 - Mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenue
- Note DAP-DPJJ du 23 octobre 2008 - Utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus
- Note interministérielle du 5 décembre 2008 - Prévention du risque suicidaire en établissements pénitentiaires

Annexe C

CIRCULAIRE INTERMINISTRIELLE JUSE0240075C DU 26 AVRIL 2002 PREVENTION DES SUICIDES DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LA GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE

LE MINISTRE DELEGUE A LA SANTE

À

MESSIEURS LES DIRECTEURS RÉGIONAUX
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES

MONSIEUR LE DIRECTEUR RÉGIONAL, CHEF DE LA MISSION
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE L'OUTRE-MER

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DES
SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
ET CHEFS D'ÉTABLISSEMENT PENITENTIAIRE

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
DIRECTIONS REGIONALES DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE DEPARTEMENT
DIRECTIONS DEPARTEMENTALES DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS D'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION

et pour information à :

MONSIEUR LE DIRECTEUR RÉGIONAL, DIRECTEUR DE L'E.N.A.P.

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREMIERS PRÉSIDENTS
DES COURS D'APPEL

MESDAMES ET MESSIEURS LES PROCUREURS GÉNÉRAUX
PRÈS LES COURS D'APPEL

MESDAMES ET MESSIEURS LES PRÉSIDENTS
DES TRIBUNAUX DE GRANDE INSTANCE

MESDAMES ET MESSIEURS LES PROCUREURS
PRÈS LES TRIBUNAUX DE GRANDE INSTANCE

MESDAMES ET MESSIEURS LES JUGES DE L'APPLICATION DES PEINES

bureau émetteur : PMJ4 - dossier suivi par : M. RISPE

Objet	Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires
Circulaire	NOR JUSE 02 400 75 C
Réf. :	H 61
Mots clefs	Suicide, prévention, traitement médical, formation, information à la famille, rondes,
Textes de référence	- Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la « Prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires » - Circulaire Santé n°2001/318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001 - Note du 12 mai 1981 relative à "l'amélioration des relations entre l'administration et les proches d'un détenu malade ou décédé" (B. O. Justice du 30 juin 1981)
Textes modifiés ou abrogés	Néant
Date d'application	Immédiate
Annexes	Grille d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire

Au cours des vingt années qui viennent de s'écouler, le nombre de suicides survenus annuellement en détention a considérablement augmenté, passant de 39 en 1980 à 104 en 2001. Si, jusqu'en 1984, on ne dénombrait en milieu carcéral pas plus de 60 suicides par an, à compter de 1993, ce sont au moins 100 suicides par an qui se sont produits, le point culminant étant de 138 suicides durant l'année 1996. Depuis cette même année, le nombre de suicides tend à diminuer mais reste cependant à un niveau élevé. Ainsi, en 2001, 104 personnes détenues se sont données la mort, soit un léger recul par rapport à l'année 2000 où 120 suicides avaient été recensés.

En rapportant le nombre de suicides à l'effectif moyen de la population détenue, on observe qu'entre 1980 et 2001, le taux de suicide est passé de 10 suicides pour 10.000 détenus à 21,6 pour 10.000.

Il existe en France, comme dans les autres pays occidentaux, une « sur-suicidité » en milieu carcéral¹¹⁸ : à cet égard, la France se classe en position médiane.

Après redressement prenant en compte la sous-déclaration des suicides en « milieu libre » et les caractéristiques de la population carcérale, le coefficient de sur-suicidité carcérale réelle en France s'établit à 6,5.

Toutefois, l'analyse du phénomène suicidaire en milieu carcéral ne saurait se limiter à ces données chiffrées qui ne permettent nullement de mesurer valablement l'efficacité de la politique de prévention engagée : elles ne rendent aucunement compte des passages à l'acte suicidaire qui ont pu être évités, grâce au travail accompli par l'ensemble des acteurs en milieu carcéral et notamment à l'intervention des personnels des services pénitentiaires.

¹¹⁸ Rapport « Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord » – DAP/ PMJ1- Août 2000

Reste que la survenance d'un suicide dans un établissement pénitentiaire cause toujours un traumatisme profond même si ce dernier est parfois passé sous silence.

* * *
*

Le ministère de la Justice a engagé une politique de prévention du suicide en milieu carcéral, dès le 15 février 1967, par une première circulaire. L'augmentation notable des suicides observée en milieu carcéral l'a conduit à définir en 1997, sur la base du rapport d'un groupe de travail pluridisciplinaire¹¹⁹, un plan d'action comprenant, d'une part, la mise en œuvre d'un programme expérimental, d'autre part, des mesures d'application immédiate prescrites par voie de circulaire du 29 mai 1998.

Cette circulaire, aujourd'hui en vigueur, formalise une méthode de travail fondée sur l'échange et la pluridisciplinarité et édicte des procédures à appliquer :

- au cours des différents moments de la détention considérés à risque (lors de l'accueil et au quartier disciplinaire où le taux de suicide est plus élevé qu'en « détention normale »)
- lorsque le risque est avéré (au moyen d'une prise en charge globale fondée sur le dialogue, l'observation et un suivi somatique, plus particulièrement de ceux ayant commis un acte auto-agressif)
- dans la gestion de l'après suicide (à l'égard de la famille du défunt, de ses codétenus et des personnels).

Elle annonce qu'un dispositif plus complet sera défini au vu des conclusions de l'expérimentation parallèlement lancée.

Le programme expérimental a été conduit sur onze sites pilotes, représentant tous les types d'établissements. Le dispositif était axé sur :

- l'individualisation de l'accueil des personnes arrivant en détention,
- l'observation et le suivi des personnes détenues présentant un risque suicidaire,
- l'amélioration du fonctionnement des quartiers disciplinaires.

Cette expérimentation a fait l'objet d'une évaluation confiée à un comité national constitué à cet effet en septembre 1998 et composé de représentants des différentes catégories des personnels pénitentiaires, d'un magistrat, d'un médecin, d'une infirmière ainsi que d'un responsable associatif.

Dans son rapport¹²⁰ déposé en mai 1999, ce comité a conclu à la pertinence des orientations retenues et à la généralisation du dispositif aux établissements connaissant un fort taux de suicides, tout en constatant que certaines difficultés avaient pu être rencontrées lors de la mise en œuvre des dispositifs préconisés. En particulier, le comité a souligné que les objectifs en matière de formation et de sensibilisation des personnels n'avaient pas été atteints.

Plus largement, dans le but de repérer les éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en place du dispositif issu de la circulaire du 29 mai 1998, un questionnaire d'enquête a été adressé en août 2000, à tous les établissements pénitentiaires. Cette évaluation¹²¹ a démontré que globalement les préconisations de la circulaire étaient appliquées de manière encore trop

¹¹⁹ Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire – DAP/GA1 - mai 1996

¹²⁰ Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral - mai 1999

¹²¹ Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires – DAP/ PMJ1- janvier 2001

imparfaite ; notamment en matière d'information des familles, de prise en charge du personnel, d'accueil des personnes détenues lorsqu'elles arrivent en dehors des heures de service, et surtout, d'échange et de circulation des informations au sein des établissements pénitentiaires. En effet, il en est ressorti que très peu de réunions avaient été spécialement consacrées à la prévention des suicides et qu'il existait un relatif cloisonnement des services.

L'évaluation a néanmoins permis de mettre en relief diverses initiatives locales :

- à l'instar de ce qui est pratiqué dans les établissements pour peine dotés d'un dispositif PEP, certaines maisons d'arrêt ont instauré une période d'observation de plusieurs jours au moment de l'écrou,
- certains établissements ont pris 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 paroles auprès de personnes détenues pour les aider à verbaliser leurs difficultés.

Ces initiatives sont souvent la conséquence de réflexions qui ont pu être engagées par les services déconcentrés depuis plusieurs années¹²².

* * *
*

Dans le même temps, et sous l'impulsion de la Direction de l'administration pénitentiaire d'autres études ou travaux ont été réalisés et des actions nouvelles engagées.

Deux études¹²³ statistiques portant sur les suicides survenus en 1998, 1999 et 2000, ont permis de confirmer la "typologie du suicidant" qui préfigurait dans les études¹²⁴ antérieures.

Si le suicide s'inscrit avant tout dans une histoire individuelle complexe dont les motifs ne sont pas uniques et sont difficilement identifiables, il n'en demeure pas moins, qu'il est un fait social et qu'il répond à ce titre à certaines régularités statistiques. En prison, on se suicide majoritairement par pendaison, de nuit et dans sa cellule. Une part non négligeable des suicides (oscillant depuis 20 ans, entre 10 et 17% du total des suicides, selon l'année) se déroule également en quartier disciplinaire. L'été et le mois de janvier ainsi que, en semaine, le lundi et le samedi sont des périodes à risque. La population détenue étant essentiellement masculine, le suicide concerne très majoritairement des hommes. Le risque de suicide augmente avec l'âge et est moindre parmi les détenus de nationalité étrangère. Contrairement à ce que l'on observe dans la population générale, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque en détention : ce sont «ceux qui ont le plus à perdre» qui se suicident en prison¹²⁵. Il existe aussi certaines régularités quant au profil pénal des personnes qui se sont données la mort. Le risque de suicide s'avère plus élevé parmi les prévenus, notamment les prévenus en procédure criminelle. Ceci n'est pas sans lien avec le fait que le taux de suicide est plus élevé en maison d'arrêt. Certaines phases de la détention paraissent plus propices au passage à l'acte : l'arrivée en détention, la survenance de la condamnation et dans une moindre mesure l'approche de la libération. Toutefois, la variable la plus discriminante est l'infraction : plus des deux tiers des personnes détenues qui se sont

¹²² - Rapport du groupe de travail de la Direction régionale des services pénitentiaires de Toulouse sur la prévention du suicide – 1996/1998

- Recommandations régionales relatives à la mise en place et à l'organisation des quartiers arrivants – D.R.S.P. de Paris – décembre 2000

¹²³ - Rapport sur les suicides de détenus (1998-1999) – DAP/ PMJ1– mai 2000

- «Suicides en détention, Situation 2000 » – DAP/ PMJ1– juillet 2001

¹²⁴ Voir notamment Nicolas Bourgoïn– «Le suicide en prison » – L'Harmattan – 1994

¹²⁵ Voir encore sur ce point l'ouvrage précité de Nicolas Bourgoïn

suicidées étaient écrouées pour atteinte volontaire contre les personnes ou pour crime ou délit à caractère sexuel alors que ces catégories représentent en tout 39% de la population détenue.

Pour approfondir la connaissance du phénomène suicidaire en détention, depuis janvier 2001, une commission permanente a été instaurée à la Direction de l'administration pénitentiaire. Elle est chargée d'analyser tous les cas de décès survenus en détention par suicide ou dont la cause est incertaine.

En 2000, les questions de la prise en charge des familles à la suite du suicide d'une personne détenue et de l'amélioration du fonctionnement des quartiers disciplinaires ont fait l'objet de réflexions. Le premier groupe de travail, associant le ministère de la santé, les directions des affaires criminelles et des grâces et de l'administration pénitentiaire, a proposé d'offrir des réponses plus appropriées aux légitimes interrogations des proches après un passage à l'acte. Le second groupe de travail a proposé l'adoption de nouvelles normes pour les quartiers disciplinaires en matière d'aménagements matériels et de régime de détention. Ces nouvelles normes matérielles ont déjà fait l'objet d'une diffusion aux directions régionales et d'une mise en oeuvre grâce aux crédits obtenus à cette fin par la loi de finances rectificative du printemps 2000.

Afin de connaître et d'étudier les actions menées par les administrations pénitentiaires en matière de prévention du suicide des détenus à l'étranger, une enquête a été menée auprès de plusieurs États européens et du Canada, prolongée et complétée par une mission diligentée par les services du ministère de la Justice.

Au terme de ses déplacements, cette mission est parvenue à la conclusion qu'« il n'existe pas de recette technique univoque, mais une palette d'approches et de mesures complémentaires envisageables pour maintenir ou restaurer l'espoir et l'envie de vivre chez les personnes incarcérées, notamment les plus fragiles et lors des moments les plus difficiles de leur parcours pénitentiaire»¹²⁶. Dans son rapport, cette mission a dégagé des axes d'amélioration possibles estimant qu'ils pourraient pour la plupart faire l'objet d'une mise en oeuvre rapide ou d'expérimentations encadrées sur des sites volontaires, comme l'ont souhaité les commissions d'enquête parlementaires sur les prisons.

De fait, dans certains des pays visités, 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.

A cet égard, comme l'a souligné la circulaire du 29 mai 1998, la prévention des suicides appelle nécessairement une réponse pluridisciplinaire et requiert une coordination entre les différents intervenants en établissements pénitentiaires, notamment entre les personnels des services pénitentiaires – qui côtoient quotidiennement les personnes détenues – et les personnels des services de santé – qui, conformément à la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, demeurent seuls compétents pour proposer et réaliser toute prise en charge médicale qu'ils jugent appropriée – .

* * *
*

¹²⁶ Rapport de la mission d'étude de dispositifs étrangers de prévention du suicide en milieu carcéral – mars 2001

Le ministère de la Santé a annoncé le 19 septembre 2000 l'adoption d'une stratégie nationale d'actions face au suicide pour 2000-2005, érigeant la prévention du suicide en priorité nationale de santé publique. La prévention du suicide en milieu carcéral s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

La mise en œuvre de cette stratégie a donné lieu à la conférence de consensus sur «La crise suicidaire : mieux reconnaître et mieux prendre en charge », organisée les 19 et 20 octobre 2000 par la Fédération Française de Psychiatrie et l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation (ANAES), sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé. Des experts se sont exprimés sur la question de la prévention du suicide en milieu carcéral et des recommandations ont été émises par le jury de la conférence.

L'amélioration des connaissances des divers professionnels des champs médicaux, sociaux et d'éducation, en contact avec des personnes en souffrance psychique ou souffrant de troubles psychologiques, sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire, constitue un des axes majeurs de cette stratégie nationale. L'objectif de formation de ces professionnels est dégagé comme un axe prioritaire.

Cette préoccupation est pleinement partagée par le ministère de la Justice.

* * *
*

Il est aujourd'hui nécessaire de tirer les enseignements de l'ensemble de ces évaluations, études et expérimentations.

Incontestablement, elles appellent un renforcement du dispositif de prévention du suicide jusqu'ici construit. Aussi, l'effort déjà engagé doit être poursuivi dans le cadre tracé par la circulaire du 29 mai 1998, complété et renforcé sur cinq plans :

- **développer des actions de formation ciblées (I),**
- *favoriser un meilleur repérage du risque suicidaire en détention (II),*
- *apporter un plus grand soutien aux personnes détenues présentant un risque suicidaire (III)*
- **mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte (IV),**
- **améliorer le suivi des actes suicidaires et de l'application du dispositif de prévention des suicides (V).**

* * *
*

I DEVELOPPER DES ACTIONS DE FORMATION CIBLEES

I-1 A la lumière des réflexions conduites, le dispositif actuel de formation délivrée par l'École nationale de l'administration pénitentiaire devra être renforcé au moyen d'un enseignement apportant, à la fois à tous les futurs personnels pénitentiaires mais également à tous les personnels en fonction, une connaissance du phénomène suicidaire. Il s'agit de présenter aux personnels les données épidémiologiques en milieu libre et en milieu carcéral. Il convient, aussi, d'apporter à ces personnels une meilleure connaissance du rôle qu'il leur appartient de jouer, tant la communication avec les personnes détenues et l'échange pluridisciplinaire d'informations sont essentiels pour la prévention du suicide.

I-2 Complémentairement à l'enseignement dispensé par l'École nationale de l'administration pénitentiaire, il est apparu primordial de permettre aux personnels pénitentiaires de développer et d'enrichir leur connaissance du phénomène suicidaire et des moyens de prévention s'offrant à eux.

A cet effet, en 2001, à l'initiative du ministère de la santé, ont été organisées des sessions nationales de formations de formateurs régionaux sur la crise suicidaire à partir des conclusions de la conférence de consensus de la Fédération française de Psychiatrie et de l'ANAES sur «la crise suicidaire : repérer et prendre en charge» d'octobre 2000.

Ainsi, pour chaque région administrative, au moins un binôme de formateurs, composé d'un psychiatre et d'un psychologue, a été formé. Chaque binôme régional de formateur s'est engagé à assurer, en 2002, trois formations régionales interdisciplinaires sur la crise suicidaire auprès de personnes ressources dans les dix champs d'intervention suivants : outre les personnels de l'administration pénitentiaire, seront concernés, les bénévoles des associations oeuvrant dans le champ du suicide (par la téléphonie sociale ou l'accueil et le soutien des personnes suicidantes), les intervenants dans les points d'accueil et d'écoute des jeunes, les médecins généralistes, les pédiatres, les urgentistes, les professionnels des secteurs de psychiatrie, les gériatres travaillant en institution, les professionnels de l'éducation nationale (enseignants, infirmiers scolaires), et les professionnels socio-éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Ces personnes ressources, outre le fait qu'elles auront amélioré leurs pratiques, auront la charge de relayer cette formation par la diffusion d'informations pertinentes sur la prévention du suicide dans leur champ d'intervention.

Les formations concerneront chacune une vingtaine de personnes, soit au moins soixante personnes ressources formées au total en 2002 par région, parmi lesquelles six professionnels de l'administration pénitentiaire.

D'ores et déjà, il a été demandé aux référents sur la prévention du suicide désignés dans chaque DRASS de prendre l'attache de leurs partenaires institutionnels, dont les directions régionales des services pénitentiaires, pour déterminer dans ces dix champs d'actions les personnes ressources qui bénéficieront de ces formations.

Les DRASS ont été dotées des crédits permettant de défrayer de leur frais de transport, d'hébergement et de restauration, les personnes qui suivront ces formations régionales, dont les personnels pénitentiaires.

A terme, les formations continues dispensées par les services compétents de l'administration pénitentiaire pourront intégrer le contenu de ces formations offertes aux personnes ressources précitées sur la base des recommandations de la conférence de consensus.

* * *
*

II FAVORISER UN MEILLEUR REPERAGE DU RISQUE SUICIDAIRE EN DETENTION

Dans un contexte plus propice, lié à la baisse du nombre de personnes écrouées annuellement en France¹²⁷, de 85 604 en 1995 à 67 308 en 2001, à la diminution du nombre de personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de 55 062 au 1^{er} janvier 1996, à 48 594 au 1^{er} janvier 2002, et à la croissance des effectifs budgétaires de tous les personnels de l'administration pénitentiaire¹²⁸ de 24 619 au 1^{er} janvier 1996 à 27 949 au 1^{er} janvier 2002, un effort doit être consacré à l'amélioration de l'accueil des personnes entrant en détention.

En effet, comme l'ont régulièrement démontré les études statistiques conduites sur les suicides, la phase d'arrivée est identifiée comme une période d'extrême fragilité, surtout pour les personnes qui entrent en prison pour la première fois de leur vie. C'est pourquoi la circulaire du 29 mai 1998 a rappelé la particulière importance des entretiens avec les détenus arrivants, qui doivent être conduits dans une optique de repérage de la détresse de la personne détenue. L'objectif poursuivi est à la fois de tenter de limiter le choc inhérent à l'incarcération et de repérer, au plus tôt, les personnes détenues à risque. L'observation doit être poursuivie dans le temps, notamment dans les quartiers arrivants ou les cellules spécifiques dédiées à l'accueil, qui devront être implantés dans tous les établissements pénitentiaires, puis tout au long du parcours carcéral.

* * *
*

II-1 Renforcer la capacité des structures d'accueil en établissement pénitentiaire

Au 1^{er} janvier 2002, seules 69 des 139 structures de type «maison d'arrêt» (117 maisons d'arrêt et 22 quartiers de maison d'arrêt) offraient des places spécifiques pour les entrants, soit un total de 502 places.

A l'instar de ce qui a été accompli en la matière dans plusieurs établissements pénitentiaires, une politique forte consistant à restructurer les établissements pénitentiaires doit être engagée, sous l'impulsion des directions régionales des services pénitentiaires, à l'effet d'y aménager de tels quartiers propices à l'observation.

A terme, le but est de doter tous les établissements pénitentiaires de quartiers arrivants aptes à accueillir durant une période optimale, les entrants.

* * *
*

II-2 Rationaliser la procédure d'accueil en établissement pénitentiaire

¹²⁷ Les données statistiques portant sur l'évolution de la population carcérale ci-après reprises ont été communiquées par le bureau PMJ1 et concernent la métropole et l'outre-mer.

¹²⁸ Les données statistiques sur l'évolution des ressources humaines ci-après reprises ont été communiquées par le bureau RH4 et concernent tous les effectifs budgétaires des personnels de l'administration pénitentiaire, en métropole et outre-mer.

Dans le but d'améliorer et rationaliser le dispositif existant, il est utile d'organiser dans les plus brefs délais après l'écrou, un signalement systématique des personnes détenues à risque suicidaire.

En pratique, il n'est guère aisé de décoder tous les signes que peut renvoyer un individu, d'interpréter certains propos ou certains comportements.

Aussi, importait-il de se doter d'un premier outil d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire, de nature à mettre en relief certains aspects ou facteurs qui laissent à penser qu'une personne détenue peut être tentée de se suicider. Vous trouverez en annexe, une grille d'analyse type qui a été élaborée en s'appuyant à la fois sur les recommandations issues de la Conférence de consensus précitée et sur l'expérience en la matière des administrations pénitentiaires d'États européens voisins ainsi que du Canada..

Au terme d'un délai de trois mois qui suivra l'entrée en vigueur de la présente circulaire – période durant laquelle les personnels bénéficieront d'une formation à cette fin –, cette grille fera l'objet d'une expérimentation conduite dans tous les établissements pénitentiaires pendant 6 mois, à l'issue desquels une évaluation approfondie sera effectuée, (notamment en vue d'envisager le maintien de la grille en l'état).

Durant l'expérimentation, il reviendra au personnel de direction ou au chef de service pénitentiaire, selon le cas, en charge de l'accueil des détenus arrivants, de renseigner une telle grille, pour chaque entrant, à la fois, en s'appuyant sur :

- les éléments tirés du dossier individuel de la personne détenue,
- ses propres constatations quant au comportement et à l'état de la personne détenue,
- les propos tenus par la personne détenue, au cours de l'entretien.

De telles grilles sont destinées à n'être remplies qu'après consultation du dossier individuel du détenu, ce qui doit permettre de renseigner une partie des items. Par ailleurs, il va de soi qu'en aucun cas, ces grilles ne doivent être utilisées comme des questionnaires auxquels devraient être soumises les personnes détenues : il est capital d'avoir à l'esprit que les items reproduits ne doivent pas faire l'objet de questions directes. Il appartiendra au rédacteur d'apprécier prudemment, au cours de chaque entretien avec les personnes arrivant en détention, comment aborder les différents thèmes de la grille.

L'exploitation des grilles devra nécessairement faire l'objet d'échanges entre les différents services. Ainsi, un exemplaire de la grille sera classé au dossier individuel de la personne détenue, un deuxième sera transmis à l'Unité de consultations et de soins ambulatoires et à l'équipe de soins psychiatriques si l'établissement en dispose et un troisième au Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Cette grille a été notamment conçue pour aider le personnel de direction ou le chef de service pénitentiaire - responsable de l'accueil, à décider des mesures adaptées aux personnes détenues repérées comme suicidaires.

Parallèlement, les personnels soignants pourront utiliser des outils d'évaluation du risque suicidaire parmi ceux préconisés par la conférence de consensus sur la crise suicidaire. De telles expérimentations devront, à terme, faire l'objet d'évaluations.

Il est fondamental que cet effort de repérage de signaux avertisseurs soit poursuivi tout au long de la détention.

* * *
*

II-3 *Poursuivre l'observation tout au long de la détention*

L'ensemble des études pointent comme des périodes de particulière vulnérabilité, outre l'entrée en détention, certains moments particuliers :

- la période correspondant au jugement,
- le placement au quartier disciplinaire,
- la période postérieure à une tentative de suicide ou à une automutilation.

Il importe de souligner la nette progression des actes de violence en détention et en particulier des situations dans lesquelles les personnes détenues se mettent volontairement en état de danger. A titre d'exemple, on doit remarquer que le nombre d'incendies volontaires de cellules, imputés à des détenus, est passé de 67 en 1996 à 236 en 2001. Dans le même temps, le nombre d'agressions physiques commises par des détenus au préjudice de personnels des services pénitentiaires a crû de 229 en 1996 à 413 en 2001.

Un indicateur agrégeant tous les actes impliquant une mise en danger des personnes détenues (auto-mutilations, grèves de la faim, incendies volontaires, etc.) sera prochainement mis en place.

La circulaire du 29 mai 1998 préconise qu'un entretien ait lieu avec la personne détenue lors des moments de particulière vulnérabilité qui viennent d'être évoqués. Notamment, à ces occasions, la « grille d'évaluation » renseignée lors de l'entrée pourra, au besoin, faire l'objet d'une actualisation écrite.

* * *
*

III APPORTER UN PLUS GRAND SOUTIEN AUX PERSONNES DETENUES PRESENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE

Face à une personne détenue repérée comme présentant un risque suicidaire, il est fondamental que soit adoptée une réponse adaptée à l'importance du risque décelé. A plusieurs reprises les juridictions administratives ont retenu l'entière responsabilité de l'État à raison du suicide d'une personne détenue dans un établissement pénitentiaire, pour faute lourde dans la prise en charge dont elle avait fait l'objet.

Par un arrêt¹²⁹ du 14 novembre 1973, s'agissant d'un détenu retrouvé pendu dans sa cellule un mois et demi après avoir été écroué et qui avait été placé en observation au centre médico-psychologique, le conseil d'État a considéré que compte tenu du comportement passé du détenu (il avait déjà tenté de se suicider), de son état anxieux, le fait de le laisser sans traitement pendant deux semaines, sans aucune précaution contre le risque de suicide était constitutif d'une faute lourde de la part des services médicaux de la prison.

Par un arrêt¹³⁰ du 13 décembre 1981, le conseil d'État a considéré que le suicide d'un jeune détenu toxicomane, survenu douze jours après son incarcération n'avait été rendu possible qu'en raison du défaut d'exécution du traitement prescrit par le médecin psychiatre ajoutant

¹²⁹ arrêt N°86752 – 14 novembre 1973 – Dame Z. – Publié au LEBON

¹³⁰ arrêt N°24179 – 13 décembre 1981- Époux J. – Publié au LEBON

que « pareille négligence, alors surtout que ce détenu avait été placé en cellule d'isolement, échappant ainsi à un contrôle constant notamment de la part de ses compagnons » était constitutive d'une faute lourde de nature à engager la responsabilité de l'État.

Par un arrêt¹³¹ du 16 novembre 1988, le Conseil d'État a retenu la responsabilité de l'État à raison du suicide d'un détenu qui faisait l'objet d'une surveillance et de soins particuliers de la part du service médico-psychologique de l'établissement ; il avait été laissé seul dans sa cellule de sécurité où des surveillants l'avaient trouvé inanimé à même le sol, sans que ces derniers ne prennent de mesure de surveillance complémentaire ni avisent de ces circonstances leurs supérieurs hiérarchiques ou le service médical.

Par une décision¹³² du 5 décembre 2001, le tribunal administratif de Rouen a retenu la responsabilité de l'État à la suite du suicide d'un détenu, survenu huit jours après son incarcération ; l'administration pénitentiaire, informée de ses tendances suicidaires, l'avait placé en cellule double mais n'a pas démontré avoir pris des mesures de surveillance appropriées à son état et consistant notamment en la mise en place de rondes et contre-rondes.

* * *
*

Au regard des évaluations et expérimentations passées et actuelles, en France et dans les pays voisins, les actions préventives possibles consistent notamment à :

- faire appel à des co-détenus,
- susciter et favoriser les contacts avec l'extérieur,
- proposer un choix d'activités,
- renforcer la surveillance et l'observation,
- assurer un suivi rationalisé et cohérent du risque suicidaire.

Dans tous les cas, il est essentiel de privilégier le dialogue, de converser humainement avec la personne détenue sans craindre d'évoquer avec elle les idées de suicide. En outre, ces actions doivent faire l'objet de consignes écrites.

* * *
*

III-1 *faire appel à des co-détenus*

De fait, au sein des établissements pénitentiaires, l'affectation d'un co-détenu au côté d'un détenu suicidant est une mesure souvent privilégiée, tout comme dans tous les pays visités par la mission précitée (à l'exception des Pays-Bas où prime, avant tout, le principe d'encellulement individuel).

Cependant, force est de constater qu'une telle mesure ne répond pas nécessairement aux besoins du détenu qu'on entend ainsi aider et protéger. De même, pour le co-détenu chargé d'accompagner une personne détenue, l'expérience peut se révéler hautement traumatisante.

Dès lors, devant l'alternative d'affecter une personne détenue suicidante seule en cellule ou de la placer avec un co-détenu, il importe de prendre la décision en fonction des besoins réels de la personne présentant un risque suicidaire et après avoir sollicité, le cas échéant, un avis

¹³¹ arrêt n° 68224 – 16 novembre 1988 – Époux D.

¹³² décision n° 001105 – 5 décembre 2001 – M^{me} T.

médical. En outre, le détenu de soutien doit être choisi avec le plus grand discernement parmi les personnes détenues ayant sciemment accepté une telle tâche.

Pour aller au-delà, l'adaptation du dispositif anglais du « détenu confident », avec toutes les précautions qui s'imposent, pourrait être expérimentée, à la faveur de jumelages organisés entre des établissements pénitentiaires anglais et français et avec le soutien du secteur associatif, notamment de la Croix-Rouge française.¹³³

* * *
*

III-2 *susciter et favoriser les contacts avec l'extérieur*

Il est important d'assurer le maintien voire le renforcement des liens familiaux et/ou amicaux au profit des personnes détenues à risque suicidaire. Il ne s'agit pas seulement de favoriser l'exercice du droit de visite mais de permettre un concours effectif des familles, des proches et des associations.

La possibilité, consacrée par la circulaire du 29 mai 1998, d'avoir recours à des associations reconnues¹³⁴ d'écoute et d'accueil des personnes en détresse et oeuvrant notamment dans le domaine de la prévention du suicide, n'a été jusqu'ici que trop rarement utilisée. Il appartient aux chefs d'établissements de tisser des liens plus forts avec de telles associations. L'action de ces associations doit être accomplie en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation et les professionnels de santé intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Par ailleurs, pour lutter contre l'isolement, dans le cadre d'une charte entre le Ministère de la Justice et la Croix-Rouge française a été mis en place à titre expérimental, actuellement dans huit établissements pénitentiaires, un service d'écoute sociale confidentielle et anonyme. Peuvent y accéder gratuitement toutes les personnes détenues, notamment celles placées au quartier d'isolement ou en cellule disciplinaire. Cette expérience devra prochainement être étendue à d'autres établissements.

* * *
*

III-3 *proposer un choix d'activités*

Il est nécessaire de permettre aux personnes détenues présentant un risque suicidaire d'avoir accès aux activités offertes dans les établissements pénitentiaires. La participation à de telles activités peut aider une personne détenue repérée comme présentant un risque suicidaire à surmonter les difficultés qu'elle rencontre. Selon le cas, la personne détenue à risque pourra se voir proposer un poste de travail ou être incitée à suivre une formation, à bénéficier d'un

¹³³ En Angleterre, ces détenus sont recrutés, formés, encadrés et supervisés par le mouvement des «SAMARITANS» fondé en 1953 afin d'assurer une assistance et d'apporter un soutien moral aux détenus suicidaires ou en situation de détresse ; les « confidentes » circulent en détention afin de discuter avec les détenus les plus isolés et présentant certaines difficultés.

¹³⁴ Notamment les associations suivantes : «S.O.S Amitié», «Union Nationale Prévention du Suicide (U.N.P.S.)», «Suicide Écoute», « S.O.S Suicide Phénix », «Prévention Suicide Phare Enfants Parents», etc.

enseignement, à pratiquer un sport et à participer à des activités socio-éducatives et culturelles.

* * *
*

III-4 *renforcer la surveillance et l'observation*

La personne détenue repérée comme présentant un risque suicidaire doit faire l'objet d'une attention particulière qui peut consister en une multiplication des rondes, même de nuit.

Cependant, il ne saurait être question de réduire la prise en charge d'une personne détenue en détresse à de seules mesures de surveillance, qui, dans certains cas peuvent aggraver son état.

* * *
*

III-5 *assurer un suivi rationalisé et cohérent du risque suicidaire*

Afin d'améliorer le suivi du risque suicidaire et de favoriser une meilleure coordination dans la prise en charge des personnes détenues à risque, une cote spéciale sera ouverte dans le dossier individuel de toute personne détenue. Cette cote rassemblera outre les grilles d'évaluation, le cas échéant, toutes les pièces afférentes à la prise en charge du risque suicidaire dont elle a fait l'objet : quant à l'affectation en cellule, quant au choix éventuel d'un codétenu, quant aux mesures de surveillance spéciales, etc..

* * *
*

V MIEUX LIMITER LES CONSEQUENCES D'UN PASSAGE A L'ACTE

La note du 12 mai 1981 à laquelle renvoie expressément la circulaire du 29 mai 1998, régit les relations entre l'administration et les proches d'une personne détenue malade ou décédée.

Afin de mieux répondre aux légitimes interrogations et de satisfaire les besoins des proches après un passage à l'acte, il est nécessaire d'apporter à tous une information des plus fiables et transparentes ainsi qu'un soutien à ceux qui ont été marqués par l'événement.

IV-1 En cas de survenance d'un décès par suicide, il importe que le directeur ou le chef de l'établissement pénitentiaire, ou à défaut, en cas d'empêchement légitime, le cadre pénitentiaire chargé de son intérim, se rende immédiatement sur le lieu du suicide et recueille tous renseignements utiles sur le défunt, les circonstances du décès, les mesures prises, les coordonnées des proches, vérifie que les autorités judiciaires ont été avisées, et veille à faire préserver les lieux où le suicide s'est déroulé.

Au plus tôt (quelle que soit l'heure), il lui appartient personnellement d'annoncer, au moyen d'une communication téléphonique l'évènement aux proches du défunt. A ce stade, il relate les faits et propose, systématiquement, aux proches ainsi contactés, une entrevue dans les meilleurs délais, si possible le lendemain, ou le lundi suivant, au cas d'un suicide survenu

durant une fin de semaine. A défaut d'acceptation immédiate par les proches, le chef d'établissement les invite à reprendre attache avec lui pour convenir d'un rendez-vous ultérieur, en insistant sur l'importance d'une rencontre.

Le directeur ou le chef de l'établissement pénitentiaire, ou à défaut, en cas d'empêchement légitime, le cadre pénitentiaire chargé de son intérim doit également aviser sans délai le magistrat de permanence du Parquet, habilité à ordonner une éventuelle enquête pénale. Dans l'hypothèse où une mesure d'autopsie serait ordonnée, le directeur ou le chef de l'établissement pénitentiaire s'efforcera d'obtenir, en préalable à la rencontre avec les proches, des précisions suffisantes sur le moment auquel elle sera pratiquée.

Lorsqu'il reçoit les proches, le directeur ou le chef d'établissement ne doit pas être seul, mais doit s'associer un personnel de surveillance et un membre du Service pénitentiaire d'insertion et de probation, à la condition toutefois, que ceux-ci aient connu le suicidé. L'objectif, ici, poursuivi est double : enrichir un discours pouvant paraître "trop officiel ou administratif" par des témoignages directs sur la vie et sur le parcours en détention du défunt et éviter certaines mises en cause du chef d'établissement pouvant survenir lorsqu'il est directement confronté, seul, aux proches.

Il faut rappeler que le nom des éventuels codétenus du suicidé ne saurait être divulgué, ni spontanément, ni sur question de la famille, sans contrevenir aux dispositions du deuxième alinéa de l'article D.428 du code de procédure pénal. Enfin, à supposer qu'un codétenu souhaite, ultérieurement, entrer en communication avec les membres de la famille du suicidé, ou vice-versa, il est opportun que soit pris sur ce sujet l'avis d'un psychologue ou d'un médecin psychiatre. Dans tous les cas, les règles applicables en la matière ne sauraient être méconnues (notamment celles ayant trait à la délivrance d'un permis de visite).

Seules des informations vérifiées et sûres peuvent être délivrées aux proches, à peine d'alimenter le sentiment de suspicion qu'ils pourraient nourrir. Ils sont notamment informés de l'heure supposée et du mode du suicide, des circonstances de la découverte du suicidé, le cas échéant, de ce qui a été fait pour tenter de le sauver. Si le détenu avait fait l'objet d'un placement au quartier disciplinaire, le directeur ou le chef de l'établissement en donne les raisons exactes à la famille. Lorsque le détenu faisait l'objet d'un suivi particulier, la nature en est précisée à la famille.

L'entretien avec les proches ne saurait porter sur des éléments touchant à la vie privée du défunt, sur des traits de sa personnalité, sur son éventuelle toxicomanie, sur une pathologie grave qui l'affectait, si le directeur de l'établissement ainsi que les personnels qu'il s'est associés, ignorent que de tels faits étaient préalablement connus de leurs interlocuteurs.

A l'issue de la réunion, le directeur de l'établissement propose systématiquement aux proches de rencontrer un médecin psychiatre, un médecin, ou encore un psychologue, rattaché à l'établissement. Sera aussi proposée une rencontre avec un représentant du culte, si le détenu était pratiquant et si les proches le sont, ou paraissent en ressentir le besoin.

L'information délivrée à la famille ou aux proches ne saurait demeurer purement abstraite. Dépossédés du corps, tenus dans l'impossibilité de prendre connaissance directement de tous les éléments, ils doivent pouvoir visualiser la cellule qu'occupait le défunt ; il est reconnu que cette phase est essentielle au travail de deuil. Pour des raisons de sécurité, la possibilité d'une telle visite ne peut être offerte qu'à un nombre limité de personnes, généralement les deux plus proches. Il revient au directeur ou au chef de l'établissement, le cas échéant après avoir pris l'avis du médecin ou du psychologue d'organiser dans les meilleurs délais cette visite, dans la

mesure où il l'estime compatible avec la nécessité de préserver l'ordre public au sein de l'établissement.

Il est conservé dans l'établissement une trace écrite de la rencontre avec les proches qui précise le nom et la qualité des participants et résume la teneur des entretiens.

* * *
*

IV-2 Après la survenance d'un décès par suicide, pour mettre fin au développement de rumeurs ou d'accusations à l'encontre des surveillants, qui pourraient germer parmi les co-détenus, il appartient au directeur ou au chef d'établissement de réunir les co-détenus ainsi que les personnels concernés pour leur fournir des informations.

* * *
*

V AMELIORER LE SUIVI DES ACTES SUICIDAIRES ET DE L'APPLICATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION DES SUICIDES

V-1 Le travail entrepris par la « commission d'étude des cas de suicide » en place au sein de la Direction de l'administration pénitentiaire depuis janvier 2001 sera poursuivi.

Désormais désignée sous l'appellation de « **commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral** », elle sera composée d'un magistrat et d'un directeur des services pénitentiaire en fonction au bureau de gestion de la détention, du chef du projet de prévention des suicides à la Direction de l'administration pénitentiaire, d'un représentant de la sous-direction des personnes placées sous main de justice de l'administration pénitentiaire, et d'un représentant du ministère de la Santé.

Cette commission a un triple objectif :

- 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, en repérant d'éventuels dysfonctionnements,
- rechercher de nouveaux axes d'amélioration.

Pour mener à bien ses missions, cette commission pourra s'adjoindre l'expertise d'un médecin-psychiatre.

V-2 Après avoir pris connaissance des rapports transmis par les services déconcentrés et par les autorités judiciaires à la suite d'une mort survenue en détention par suicide ou dont la cause est restée indéterminée, les membres de la commission devront se réunir au moins une fois par trimestre.

En outre, la commission adressera annuellement au Garde des Sceaux un rapport d'activité.

V-3 De la même façon, il appartiendra aux chefs des établissements pénitentiaires d'établir un rapport récapitulatif des actions de prévention du suicide développées au sein de l'établissement au cours de l'année écoulée, qui devra avoir été transmis par la voie

hiérarchique, à la Direction de l'administration pénitentiaire sous timbre du bureau de gestion de la détention, avant le 31 décembre de chaque année.

V-4 Chargées de coordonner les actions de prévention du suicide développées sur leur ressort, les directions régionales des services pénitentiaires devront réunir à cette fin, régulièrement, l'ensemble des directeurs et chefs d'établissements pénitentiaires concernés.

Les besoins des directions régionales des services pénitentiaires devront pouvoir être pris en compte dans la programmation régionale de santé dans le domaine de la prévention du suicide, mis en œuvre par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Ainsi, les réponses sanitaires aux besoins recensés dans ce domaine pourront être adaptées.

V-5 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.

* * *
*

Vous voudrez bien nous informer des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de la mise en œuvre des instructions contenues dans la présente circulaire.

Bernard KOUCHNER
Ministre délégué à la santé

Marylise LEBRANCHU
Garde des Sceaux, Ministre de la Justice

**GRILLE D'AIDE AU SIGNALEMENT DES PERSONNES DETENUES
PRESENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE**

ETABLISSEMENT :
DETENU (prénom et nom) :
Sexe :	Age :
	Nationalité :

Date de l'entretien : *le*.....
Date de rédaction : *le*.....
Rédacteur :..... Directeur ou Chef d'établissement — CSP —

AVERTISSEMENT TRES IMPORTANT

Cette grille d'analyse a pour objectif de mettre en relief certains facteurs pouvant avoir une influence sur les risques d'actes auto-agressifs ; elle reprend notamment des éléments issus des conclusions de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie et de l'ANAES sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000. Elle est destinée à être remplie, d'une part, au vu des renseignements tirés du dossier individuel de la personne détenue, d'autre part, à l'occasion de l'entretien effectué lors de l'arrivée en détention de cette personne.
En aucun cas, vous ne devez utiliser cette grille comme un questionnaire : la plupart des items ne doivent absolument pas faire l'objet de questions directes.

1- Situation de la personne détenue

• **Situation pénale**

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Elle n'a jamais connu la détention..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Les faits qui lui sont reprochés sont de nature criminelle (crime de sang, viol)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <i>Au cours de l'entretien, la personne détenue indique <u>spontanément</u> qu'elle :</i> | Oui | Non |
| - est victime d'une erreur judiciaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - a peur de la suite de la procédure..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - éprouve un fort sentiment de culpabilité..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - appréhende de devoir partager une cellule avec d'autres détenus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• **Situation matérielle**

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Elle est sans domicile ni résidence fixe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle a récemment perdu son emploi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle jouit d'une certaine position sociale (professionnelle ou financière)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <i>Au cours de l'entretien, la personne détenue a exprimé :</i> | Oui | Non |
| - avoir des craintes quant à son avenir professionnel ou à sa situation matérielle.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• **Situation familiale et sociale**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| ➤ Elle est en cours de séparation de son conjoint ou en instance de divorce..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle a récemment perdu un être cher, un proche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Dans son entourage, des personnes se sont suicidées ou ont tenté de le faire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle n'a pas de proche ou a rompu tout lien familial..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle a une vie familiale stable..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Elle indique qu'elle ne pense pas recevoir de visite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| ➤ Au cours de l'entretien, la personne détenue déclare que son incarcération aura un effet notable : | Oui | Non |
| - sur son ménage (inquiétude quant à la suite de ses relations avec son conjoint).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur ses relations avec ses parents, ses enfants..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur ses relations amicales (crainte de perdre des amis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2- Comportement de la personne détenue

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Il résulte des pièces du dossier, ou bien au cours de l'entretien, que la personne détenue indique <u>spontanément</u> qu'elle : | Oui | Non |
| - s'adonne régulièrement à la boisson ou est toxicomane..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - a été, dans le passé, toxicomane ou alcoolique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - a déjà tenté de se suicider..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Au cours de l'entretien, la personne détenue vous paraît : | Oui | Non |
| - sereine, calme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - résolue, posée, réfléchie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - assumer et accepter la situation présente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - être confiante pour son avenir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Il est repéré dans le dossier ou au cours de l'entretien, des signes comportementaux pouvant être précurseurs du processus suicidaire. La personne détenue : | Au vu de son dossier | | Lors de l'entretien | |
| | Oui | Non | Oui | Non |
| - est sous l'influence manifeste de boisson ou de stupéfiants..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - incohérente, délirante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - a perdu l'appétit depuis peu..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - éprouve des difficultés à s'endormir, à dormir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ne s'exprime pas (mutisme)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - paraît lasse ou démotivée..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Il est repéré au cours de l'entretien, des signes de nature affective pouvant être précurseurs du processus suicidaire. La personne détenue : | Oui | Non |
| - est agressive, en colère, très excitée..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - est nerveuse, agitée..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - est très émue, en pleurs, abattue..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se sent perdue, déphasée (sensation d'impuissance, de désarroi)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- est mal à l'aise, honteuse, culpabilisée.....
- est incapable de se concentrer, très volubile.....

➤ *Au cours de l'entretien, la personne détenue a formulé (spontanément) des messages verbaux indirects d'intention de se suicider :*

Oui Non

par exemple :

- «Je vais faire place nette »
- «Je vais faire partir pour un long voyage»
- «Des fois, je me dis que je serai mieux mort(e) »
- «Je vous remets cela...je n'en aurai plus besoin »

➤ *Au cours de l'entretien, la personne détenue a formulé (spontanément) des messages verbaux directs d'intention de se suicider :*

Oui Non

par exemple :

- «Je souhaite mettre fin à mes jours. »
- «Je veux mourir ; je n'en peux plus»
- «J'ai déjà tenté de me suicider»
- «Ma vie n'a pas de sens ; ce sera bientôt fini»
- «Des fois je pense à me tuer»
- elle envisage un scénario de suicide
- elle a planifié clairement son suicide (dans le temps, dans ses modalités, dans un lieu)

3- Observations particulières

4 – FEUILLET D’ACTUALISATION –

Signes comportementaux ou de nature affective pouvant être précurseurs du processus suicidaire, apparus au cours de la détention

Date de rédaction de l’actualisation : le.....
Rédacteur :..... Directeur ou Chef d’établissement — CSP — CIP

(Le cas échéant)
Date du nouvel entretien éventuel : le.....
Entretien réalisé par le Directeur ou Chef d’établissement — CSP — CIP

➤ *Des signes comportementaux nouveaux sont apparus.....* Oui Non

La personne détenue :
- a mis en ordre des affaires personnelles
- s’investit moins lors des activités
- se néglige.....
- s’isole.....
- ne veut plus sortir de sa cellule

➤ *Des signes de nature affective nouveaux sont apparus.....* Oui Non

La personne détenue :
- paraît s’ennuyer.....
- est indécise, désespérée
- a des pensées dépressives récurrentes.....

- Observations particulières -

Annexe C

NOTE DAP DU 14 MAI 2007

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE PREVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES DETENUES



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

SOUS-DIRECTION DES PERSONNES PLACÉES
SOUS MAIN DE JUSTICE

Bureau des politiques sociales et d'insertion
PMJ 2

Dirigé(e) par : M^{me} Mireille FONTAINE
99 01 49 96 26 06

mireille.fontaine@justice.gouv.fr

Paris, le **14 MAI 2007**

277

Note
à l'attention de

Messieurs les directeurs régionaux
des services pénitentiaires

Monsieur le directeur régional, chef de la mission
des services pénitentiaires de l'outre-mer

Monsieur le directeur de l'école nationale
de l'administration pénitentiaire

Objet : Mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenues.

Réf. : Circulaire santé-justice NOR JUSE 02 400 75 C du 26 avril 2002.

PJ. : Grille d'évaluation du potentiel suicidaire et notice d'utilisation.

Le suicide en milieu pénitentiaire constitue une préoccupation constante et mobilise les personnels de l'administration pénitentiaire, mais aussi les différents intervenants, à tous les niveaux. Cette mobilisation quotidienne autour de la prévention du suicide est plus que jamais nécessaire.

En 2006, on note 93 suicides soit un taux de 15,7 pour 10 000. Cette réduction permet, pour l'année 2006, de considérer que l'objectif de réduction de 20% des suicides en 5 ans fixé à l'issue de la remise, par le professeur Jean-Louis Terra, du rapport sur la prévention du suicide des personnes détenues en décembre 2003, semble en bonne voie d'atteinte. Toutefois ce résultat ne doit pas occulter les données préoccupantes du début de l'année 2007 qui montrent que les progrès ne sont jamais acquis.

Dans l'attente d'une circulaire santé-justice en lien avec l'actualisation, initiée par la direction générale de la santé du ministère de la santé et des solidarités (DGS), de la stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005, la présente note a pour objet de vous proposer un nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire.

DAP

Adresse postale : 13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01
Bureaux situés : 8 - 10, rue du renard - 75004 PARIS
Tél. 01 44 77 60 60 - Fax. 01 49 96 26 10

1. Le repérage de la crise suicidaire doit être poursuivi et amélioré. C'est l'objectif du nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire qui vous est proposé en annexe de cette note.

Beaucoup de personnels ont fait valoir que la grille actuelle était trop complexe à remplir et qu'elle n'était pas utilisée. Un nouvel outil d'évaluation, plus simple et plus lisible, a donc été mis au point.

Présenté sous forme d'une grille, il a été conçu en tenant compte des connaissances actuelles sur l'identification des facteurs de risque, l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité d'un passage à l'acte. Il est issu de la réflexion d'un groupe de travail associant, outre l'administration pénitentiaire, des représentants du ministère de la santé et des praticiens exerçant en milieu pénitentiaire. Cette nouvelle grille remplace la grille annexée à la circulaire santé-justice NOR JUSE 02 400 75 C du 26 avril 2002, pour permettre de mieux évaluer le « potentiel » suicidaire des personnes détenues arrivant en détention. La réalisation de cette évaluation doit être généralisée et systématique c'est-à-dire qu'elle doit concerner tous les entrants. Vous vous assurez que cette généralisation est effective. Une mise à jour pourra être effectuée permettant ainsi un suivi de ces personnes tout au long de leur détention.

2. La formation au repérage de la crise suicidaire doit être poursuivie et ciblée

Cette formation est essentielle pour une utilisation pertinente de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire.

C'est pourquoi les chefs d'établissements veilleront à organiser prioritairement la formation au repérage, dans le cadre de la formation continue, des personnels du corps de commandement et plus particulièrement les lieutenants affectés dans les lieux identifiés comme sensibles : quartier arrivants, quartier disciplinaire ou isolement, UCSA et/ou SMPR.

J'attache une particulière importance à l'utilisation de cette grille qui doit être l'outil privilégié de la commission spécifique de prévention du suicide. Elle doit constituer le support du dialogue et de la communication entre les participants de la commission afin de déterminer la surveillance et les actions de protection, d'aide et de soins dont la personne détenue ainsi repérée doit bénéficier mais aussi permettre un suivi de ces personnes tout au long de leur détention.

La participation et l'implication des personnels sanitaires dans cette commission sont essentielles pour assurer la cohérence et le suivi des mesures proposées : c'est pourquoi les chefs d'établissements veilleront à ce que les personnels de santé soient systématiquement invités aux réunions de la commission.

Il est nécessaire que chacun, au sein de l'administration pénitentiaire, et avec la collaboration des personnels de santé, reste mobilisé et poursuive sans relâche tous les efforts possibles dans la prévention du suicide des personnes détenues.

Dans le cadre des travaux préparatoires cette grille a fait l'objet d'une diffusion et a été testée au sein de la DRSP de Lille et des prisons de Lyon.

Vous voudrez bien me rendre compte sous le présent timbre de la mise en œuvre et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application de ces dispositions ainsi que de toute proposition d'amélioration de cette nouvelle grille et de son exploitation. Des ajustements pourront être effectués au regard des propositions qui auront été faites.

Par ailleurs, ce dispositif devra faire l'objet d'une présentation au cours des réunions de chefs d'établissements et de directeurs des services d'insertion et de probation. Le bureau PMJ2 (Dr Fontaine) est à votre disposition à cet effet.

Le directeur de
l'administration pénitentiaire



Claude d'HARCOURT

PREVENTION DU SUICIDE EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Nom : _____

Etablissement : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Ecrou : _____

Date naissance : _____

Nationalité : _____

Date d'écrou à l'établissement : _____

① FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES	OUI	NON	NSP
Infraction : atteinte aux personnes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation : primaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidents disciplinaires en détention _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evénement judiciaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notice individuelle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mention particulière : préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une souffrance est identifiée à l'issue des précédentes informations

⑤ EVALUER L'URGENCE	OUI	NON	NSP
Souffrez-vous au point de penser à vous tuer ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :			
Degrés d'urgence à déterminer :			
1- Flash, idées précises, brèves ou diffuses _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Suicide envisagé comme possibilité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Idées fréquentes et quotidiennes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Solution principale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Acte dans un délai : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 >48h _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 < 48h _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Immédiat ou en cours _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES	OUI	NON	NSP
Perte d'emploi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de logement _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation irrégulière ITF-IDTF-IS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de soutien _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eloignement familial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture conjugale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement récent des enfants* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil récent d'un proche* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte / séparation dans l'enfance* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑥ MOYENS ENVISAGES (évaluation de la dangerosité)	OUI	NON	NSP
Avez-vous pensé comment le faire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le moyen envisagé : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il immédiatement accessible ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES	OUI	NON	NSP
Antécédents de tentative(s) de suicide (TS) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de suicide ou de TS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes - drogues) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale des antécédents psychiatriques _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'automutilations _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale un problème de santé nécessitant des soins _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap (moteur, neurologique, sensoriel,...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑦ MESURES A PRENDRE	<48h	semaine	>7jours
INDIQUER POUR CHACUNE LE DELAI SOUHAITABLE DE REALISATION < 48H, SEMAINE, > SEMAINE			
Mise sous surveillance spéciale pour risque suicidaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommandations pour le placement en cellule _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts à prendre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien conseillé (préciser : avec qui) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favoriser l'activité/travail _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④ OBSERVATION- COMPORTEMENT	OUI	NON	NSP
Semble manifestement délirant _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble en état de choc psychique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble dépressif _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparaît anxieux - triste - agressif [barre la mention inutile] _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déclare spontanément suicidaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiche à transmettre

par les moyens les plus appropriés en cas d'urgence signalée

- Au chef de détention
- Au SPIP
- A l'UCSA et si besoin au SMPR
- Pour les arrivants : à la commission « arrivants » (si elle existe) qui transmet à la commission spécifique de prévention du suicide
- Dans les autres cas à la commission spécifique de prévention du suicide

Questionnaire rempli par : _____
(Nom et qualité)

Le _____

NSP Ne sait pas

* Remplir si l'entretien le permet

Grille d'évaluation du potentiel suicidaire des personnes détenues

Notice d'utilisation

Cette grille d'analyse a pour objectif de permettre de reconnaître et d'apprécier la gravité d'une crise suicidaire en évaluant :

- les facteurs de risque,
- l'urgence
- l'accessibilité aux moyens d'un passage à l'acte (dangerosité)

des personnes détenues en crise suicidaire.

La démarche d'évaluation repose sur ces trois axes, conformément aux connaissances actuelles du processus suicidaire.¹

Elle sera remplie à l'issue de l'entretien effectué lors de l'arrivée en détention de cette personne.

Elle sera d'un usage d'autant plus aisé qu'elle sera remplie par des personnes ayant bénéficié de la formation au repérage de la crise suicidaire.

Elle doit constituer une aide au repérage et au suivi des personnes en crise suicidaire, c'est-à-dire qu'il s'agit de recueillir, au vu des renseignements tirés du dossier individuel de la personne détenue et au cours de l'entretien « arrivants », l'ensemble des informations permettant de répondre aux items de cette grille. S'il s'avère que les informations ainsi recueillies ne permettent pas de renseigner tous les termes, il convient de cocher la case « NSP » ne sait pas.

Il doit toujours être possible de compléter ces items dès qu'une information est recueillie au cours de nouveaux entretiens, notamment par les personnels pénitentiaires de surveillance et d'insertion et de probation ou les personnels de l'UCSA.

A chaque fois que l'organisation le permet, la synthèse de ces informations par les différentes personnes ayant réalisé les entretiens obligatoires arrivants (personnels pénitentiaires d'encadrement et d'insertion et probation, personnels des UCSA) sera effectuée le jour même.

Aide à la réponse à certains items :

1- Facteurs de risque judiciaires et pénitentiaires :

- incident disciplinaire en détention : il s'agit soit d'antécédents connus lors d'incarcérations précédentes, soit d'incidents signalés en cours de détention lors d'un examen ultérieur de la situation de la personne par la commission spécifique de prévention du suicide
- événement judiciaire : il s'agit de toute modification de la situation pénale ou acte important de la procédure judiciaire : nouvelle mise en examen, passage en audience, convocation pour confrontation....
- *Facteurs de risques familiaux, sociaux, économiques :*
- Signification des sigles de situation irrégulière :
 - ITF : interdiction du territoire français
 - IDTF : interdiction définitive du territoire français
 - IS : interdiction de séjour
- Les 4 derniers items avec astérisque de cette rubrique, s'ils constituent des éléments importants comme facteurs de risques à identifier, revêtent un caractère intime et personnel: ils ne seront remplis que si l'entretien permet d'aborder ces questions voire ultérieurement
- *2-Evaluer l'urgence :*
- derniers items 5.1 à 5.3 : à ne remplir que si ces éléments peuvent être recueillis

GRILLE A TRANSMETTRE A LA COMMISSION DE PREVENTION DU SUICIDE
ET ACTUALISER EN TANT QUE DE BESOIN

¹ recommandations de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie et de l'ANAES sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » - octobre 2000.

Annexe C

NOTE DAP-DPJJ DU 23 OCTOBRE 2008 UTILISATION DE LA NOUVELLE GRILLE D'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE ADAPTEE AUX MINEURS DETENUS



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 23 OCT. 2008 5 5 8

DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

DIRECTION
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Note

à

Messieurs les directeurs interrégionaux
des services pénitentiaires

Monsieur le directeur interrégional
chef de la mission des services pénitentiaires
d'outre-mer

Mesdames, Messieurs les directeurs régionaux
de la Protection judiciaire de la jeunesse

Mesdames, Messieurs les directeurs
départementaux
de la Protection judiciaire de la jeunesse

OBJET : Utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus

P J : 1

Chaque mineur écroué doit faire l'objet d'une vigilance et d'une prise en charge adaptées prenant en compte ses spécificités. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur la fragilité de ce public face au risque de passage à l'acte suicidaire.

Dès lors, nous vous demandons de mettre en application dès à présent la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs, dans le cadre d'une procédure de prévention du suicide redéfinie.

Cette procédure se déroule en trois temps :

1) L'accueil du mineur

Quelque soit l'heure de l'écrou, un entretien d'accueil doit être réalisé par le personnel pénitentiaire de permanence qui aura pour objectif de rassurer et de renseigner le mineur.

Lors de ce premier entretien, il s'agira tout particulièrement de rechercher d'éventuels signaux d'alerte pouvant laisser présager un risque de passage à l'acte. Le personnel pourra notamment s'appuyer sur les éléments suivants :

- comportement : agitation importante, prostration, agressivité, impulsivité ;
- usage déclaré ou connu de toxiques ;
- informations transmises par les services de police, de gendarmerie et les magistrats (notice individuelle) ;
- nécessité constatée ou déclarée de soins ;
- motif de l'incarcération...

Le cas échéant, il sera nécessaire d'effectuer des démarches auprès des services médicaux (UCSA, SMPR ou SAMU et services d'urgence de l'hôpital de rattachement la nuit et le week-end) en vue d'une éventuelle hospitalisation. Le personnel pénitentiaire ayant effectué l'entretien devra en référer à sa hiérarchie dans les meilleurs délais afin que les mesures de surveillance appropriées soient immédiatement prises.

2) Le renseignement de la grille, recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire

Au plus tôt après son arrivée, le mineur sera reçu en entretien arrivant par le chef d'établissement ou son représentant. La grille, recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire, devra être renseignée durant cet entretien de fond.

Cette grille d'analyse a pour objectif de reconnaître et d'apprécier la gravité d'une crise suicidaire en évaluant :

- les facteurs de risque ;
- l'urgence ;
- l'accessibilité aux moyens d'un passage à l'acte (en fonction du degré d'urgence suicidaire)¹.

La grille doit être transmise :

- au chef d'établissement ;
- au directeur du service de la PJJ ;
- au cadre pédagogique de l'Éducation nationale
- à l'UCSA et au SMPR.

Elle sera analysée et servira de support de discussion dès la première réunion pluridisciplinaire, ce qui n'exclut pas qu'elle fasse l'objet antérieurement d'échanges entre les différents professionnels (Administration pénitentiaire, personnels de santé, Protection judiciaire de la jeunesse, Éducation nationale) qui auront rencontré le mineur en entretien obligatoire arrivant.

¹ La démarche d'évaluation repose sur ces trois axes, conformément aux connaissances actuelles du processus suicidaire (Recommandations de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie et de l'ANAES sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » - octobre 2000).

3) L'utilisation de la grille par l'équipe pluridisciplinaire tout au long de l'incarcération

La grille, recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire, doit constituer une base régulière de travail pour l'équipe pluridisciplinaire qui devra la réévaluer et l'adapter à l'évolution de la situation du mineur.

Nous vous rappelons que l'utilisation de la grille sera d'autant plus aisée que l'ensemble des professionnels, en particulier ceux remplissant ce nouvel outil, aura bénéficié d'une formation au repérage de la crise suicidaire.

Cette grille doit être mise en œuvre dans les EPM et les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs dès le 1^{er} novembre 2008.

Vous voudrez bien nous rendre compte des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application de ces dispositions.

**Le directeur de l'Administration
Pénitentiaire**

Claude d'HARCOURT

**Le Directeur de la Protection Judiciaire de
la Jeunesse**

Philippe-Pierre CABOURDIN

Recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus

Nom : _____

Prénom : _____

Date naissance : _____

Motif de réactualisation : _____

Sexe : _____

Nationalité : _____

Etablissement : _____

Ecrou : _____

Date d'écrou initial : _____

Date d'écrou à l'établissement : _____

① FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES	OUI	NON	NSP
Rupture de scolarité ou de formation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation irrégulière _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdiction de séjour _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de soutien _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eloignement familial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture sentimentale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existence d'enfants* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil récent d'un proche* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte / séparation dans l'enfance* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel* _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES	OUI	NON	NSP
Infraction : atteinte aux personnes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation : première incarcération _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandat dépôt criminel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandat de dépôt correctionnel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidents disciplinaires en détention _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auteur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Victime _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Révocation d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mention particulière dans la notice individuelle : préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES	OUI	NON	NSP
Antécédents de tentative(s) de suicide (TS) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de suicide ou de TS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes - drogues) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale des antécédents psychiatriques _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'automutilations _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale un problème de santé nécessitant des soins _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap (moteur, neurologique, sensoriel, ...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④ OBSERVATION- COMPORTEMENT	OUI	NON	NSP
Présente un état de prostration ou d'agitation inhabituelle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente un état d'agressivité, de colère ou d'excitation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressent un sentiment de honte, de culpabilité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est en état de forte émotion, de pleurs, d'abattement, de tristesse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une souffrance est identifiée à l'issue des précédentes informations

⑤ EVALUER L'URGENCE	OUI	NON	NSP
Se déclare spontanément suicidaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous au point de penser à vous suicider ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, orienter vers UCSA ou SMPR _____			

⑥ MOYENS ENVISAGES ** (évaluation de la dangerosité)	OUI	NON	NSP
Avez-vous pensé comment le faire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le moyen envisagé : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il immédiatement accessible ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑦ MESURES A PRENDRE INDIQUER POUR CHACUNE LE DELAI SOUHAITABLE DE REALISATION < 48H, SEMAINE, > SEMAINE	<48H	semaine	>7jours
Mise sous surveillance spéciale pour risque suicidaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts à prendre (éducateur PJJ, JE) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien conseillé (préciser : avec qui) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversifier les activités _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne ressource à informer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favoriser l'accès aux parloirs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiche à transmettre

- Au chef d'établissement
- Au directeur du service de la PJJ
- Au cadre pédagogique
- A l'UCSA et au SMPR
- Pour les arrivants : à la commission pluridisciplinaire arrivants et prévention du suicide
- Dans les autres cas à la commission pluridisciplinaire prévention du suicide

Questionnaire rempli par : _____
(Nom et qualité)

Le _____

NSP Ne sait pas

* Remplir si l'entretien le permet

** A renseigner en fonction du degré d'urgence suicidaire

Annexe C

NOTE INTERMINISTERIELLE DU 5 DECEMBRE 2008 PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES



MINISTÈRE DE LA JUSTICE



Paris, le 05 DEC. 2008

La Garde des Sceaux,
Ministre de la justice,

La Ministre de la Santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,

A

Monsieur le Directeur Général de la Santé
Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
Monsieur le Directeur de l'Administration Pénitentiaire
Monsieur le Directeur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

OBJET : Prévention du risque suicidaire en établissements pénitentiaires.

Malgré la mise en œuvre depuis 2003 d'un plan d'action pour la prévention du risque suicidaire en détention, la survenue de suicides en prison pose le problème de la connaissance -quantification et analyse- du phénomène suicidaire, du repérage des situations à risque ainsi que de la capacité de l'Etat à prendre en charge les personnes détenues fragiles.

Ces suicides constituent également, pour les personnels pénitentiaires, les personnels de santé, comme pour les codétenus, des événements traumatisants.

La présente année se caractérise par une augmentation du nombre de suicides par rapport aux années 2006 et 2007 mais il faut tenir compte de la progression de la population carcérale.

Nous souhaitons mettre en œuvre un plan d'action destiné à prévenir le risque suicidaire et nous vous demandons, à cette fin, d'expertiser un ensemble de propositions, d'ores et déjà envisagées par les professionnels de terrain.

A cet égard, il est indispensable de réaliser, dans un premier temps, un bilan exhaustif des actions menées depuis 2003. Ce travail pourra être utilement complété par des expertises ponctuelles réalisées dans certains pays européens.

.../...

Par ailleurs, nous vous demandons de revoir les missions, les objectifs et le fonctionnement de la commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral, notamment par un travail d'analyse et d'expertise des phénomènes suicidaires rencontrés dans les maisons d'arrêt.

Vous évalueriez la pertinence des nouvelles orientations qui ont été retenues depuis un an sur le repérage des détenus suicidaires et sur la formation des personnels intervenants.

Des propositions précises et opérationnelles quant à l'accompagnement psychiatrique et pluridisciplinaire des détenus présentant un risque suicidaire devront être élaborées.

Le 30 juin 2008, sous la présidence du Pr. David Le Breton, un comité de pilotage pluri-institutionnel et pluri-professionnel a été installé. Il doit produire en fin d'année des préconisations en matière de prévention du suicide. Certaines d'entre elles pourront ainsi être déclinées à partir de 2009.


Sans attendre ces résultats, et avec la participation active des services de la santé, un groupe de travail pluridisciplinaire a été installé au ministère de la Justice, sous la présidence du Dr. Louis-Etienne Albrand. Il est chargé d'améliorer la connaissance, le repérage et la prise en charge des suicides en prison. Ce groupe s'articulera avec le comité de pilotage présidé par le Pr David Le Breton.

Vous serez attentifs à ce que les préconisations de ces deux groupes de travail en matière de prévention du suicide chez les personnes incarcérées puissent être examinées prioritairement.

Vous nous rendrez compte sans délai des mesures déjà engagées qui devront se poursuivre, notamment :

- La mise en œuvre effective à partir du 1er novembre 2008 du nouvel outil de recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus et la diffusion en novembre de la circulaire Santé-Justice sur la prévention du suicide chez les mineurs incarcérés, à partir du nouvel outil de recueil ;
- La mise en œuvre opérationnelle du partage des informations entre les personnels du ministère de la justice et les professionnels de santé, en cas de risque sérieux pour la sécurité, dans le respect du secret médical, en application de la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- L'activité de la commission pluridisciplinaire ad hoc dans les établissements pénitentiaires dans le cadre de la gestion des risques suicidaires et l'examen de la faisabilité d'étendre ses missions à l'analyse des tentatives de suicide ;
- La mobilisation des réseaux des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), des équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant dans les établissements pénitentiaires au sein des UCSA, notamment en ce qui concerne la prise en charge des mineurs ;
- La mise en place d'études pour mieux identifier les facteurs de risque et les caractéristiques de suicides avec leur évolution.

La Garde des Sceaux,
Ministre de la justice,



Rachida DATI

La Ministre de la Santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe D

CAHIERS DE DEMOGRAPHIE PENITENTIAIRE – NOVEMBRE 2002

DIRECTION
DE
L'ADMINISTRATION
PÉNITENTIAIRE



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Cahiers de démographie pénitentiaire

12

novembre 2002

Sur trois ans, lors des années 1998, 1999 et 2000, 364 personnes détenues se sont suicidées dans les prisons françaises. Ce cahier analyse les caractéristiques des personnes qui se sont donné la mort et souligne l'importance de la variable " infraction à l'origine de l'incarcération " pour appréhender ce geste. Cette étude a été établie à partir de 360 dossiers, archivés par le bureau de la gestion de la détention (SD1) au sein de la direction de l'administration pénitentiaire.

Maud Guillonseau

Démographe au bureau des études, de la prospective et du budget

Suicides en détention et infractions pénales

Évolution du nombre et du taux de suicides depuis 1980

Entre 1980 et 2001, le nombre de suicides en détention est passé de 39 à 104 par an. Cette augmentation s'est faite par paliers.

Jusqu'en 1984, le nombre de suicides annuel ne dépasse pas le seuil de 60. Entre 1985 et 1991, ce nombre oscille autour de cette moyenne.

À partir de 1992, le nombre de suicides atteint puis dépasse le seuil de 100 par an.

L'année 1996, avec un total de 138 suicides observés est l'année où le nombre de suicides a été le plus élevé des vingt dernières années.

Depuis cette date, le nombre de suicides reste à un niveau élevé : il s'est établi à 104 en 2001 et à 120 en 2000. Cependant, parallèlement à cette augmenta-

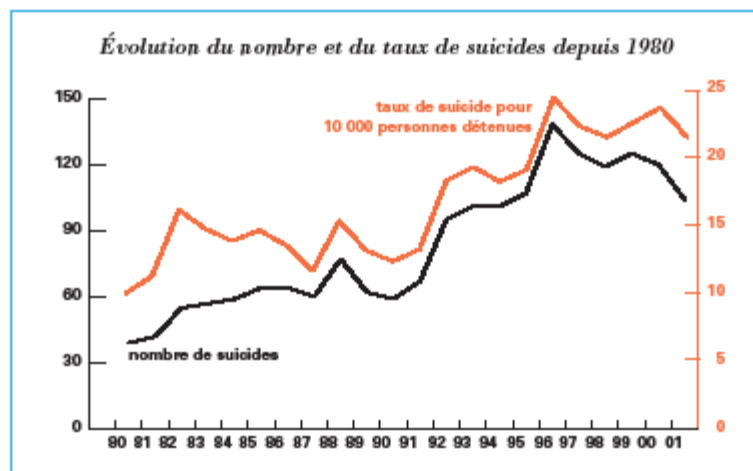
tion, la population détenue a connu des variations, augmentant globalement sur la période de 22 % : en moyenne mensuelle, elle est passée de 39 562 en 1980 à 48 318 en 2001.

Aussi, il convient d'observer le taux de suicide pour une population stable de 10 000 personnes détenues (voir encadré page 4, *Éléments méthodologiques*).

Entre 1980 et 2001, le taux de suicide a doublé, passant de 10 suicides pour 10 000 personnes détenues en 1980 à 21,5 suicides pour 10 000 en 2001.

En terme de taux, seule l'année 2001 marque un certain recul (21,5 contre 23,7 pour 10 000 personnes détenues en 2000).

Nous verrons ultérieurement que l'augmentation du nombre et du taux de suicide n'est pas sans lien avec certaines modifications de la structure pénale de la population détenue.



Analyse de 360 dossiers de personnes détenues qui se sont donné la mort en 1998, 1999 et 2000

Si le suicide s'inscrit avant tout dans une histoire individuelle complexe dont les motifs ne sont pas uniques et sont difficilement identifiables, il n'en demeure pas moins, que, comme fait social, il répond à certaines régularités statistiques.

En effet, l'analyse des personnes écrouées qui se sont donné la mort met en évidence un risque différentiel selon le profil pénal et socio-démographique de la personne détenue.

Préalablement, il convient de rappeler brièvement dans quel contexte survient le suicide en détention.

■ **En prison, on se suicide par pendaison, la nuit dans sa cellule. L'été et le mois de janvier ainsi que, en semaine, le lundi et le samedi sont des périodes à risque.**

1/ Plus de neuf suicides sur dix sont par pendaison. L'ingestion médicamenteuse (6 %) est le second mode utilisé.

2/ Sur les 360 dossiers analysés, 272 suicides ont eu lieu dans une cellule "normale" soit 76 %.

- Dans la moitié des situations, il est spécifié que la personne détenue occupait seule sa cellule (135 sur les 272).

- Dans l'autre moitié des situations, la personne détenue partageait sa cellule avec au moins un co-détenu (128 sur les 272). Dans un tiers de ces derniers cas, la personne détenue s'est donné la mort alors même que son (ou ses) co-détenu(s) étaient présents dans la cellule. Ces derniers suicides se sont déroulés généralement au cours de la nuit, alors que le (ou les) co-détenu(s) étaient endormis.

Parallèlement, 58 suicides se sont déroulés en cellule disciplinaire, soit 16 %. Comparés aux périodes antérieures, les suicides en quartier disciplinaire ont été plus fréquents qu'en 1982-1991 (14 %) et 1992-1995 (10 %).

3/ Les suicides se sont déroulés dans plus de la moitié des cas au cours du service de nuit des agents, c'est-à-dire entre 20 heures et 7 heures.

2 4/ Quatre mois ont concentré 43 % des suicides : janvier, mai, juillet, août.

Au cours des trois années étudiées, les suicides ont été particulièrement nombreux le vendredi (15 %), le samedi (17,5 %) et le lundi (16,4 %). Inversement, on dénombre moins de suicides le dimanche (10 %).

Ces variations saisonnières ne sont qu'en apparence opposées à celles observées dans la population générale où les suicides sont moins nombreux en été, période d'activités sociales et familiales¹. On peut

avancer l'hypothèse que la séparation familiale serait plus difficile à vivre au cours de cette période de vacances.

■ **Un risque plus fort pour les personnes écrouées pour infraction grave contre les personnes ou pour infraction sexuelle.**

Parmi les 360 personnes détenues qui se sont donné la mort, 120 étaient écrouées pour une affaire de meurtres, dont 64 pour viol sur mineur, 78 étaient écrouées pour homicide, 21 pour coups et blessures volontaires avec circonstances aggravantes, 27 pour vol avec violence.

Ces quatre infractions concernent 70 % des cas alors qu'elles regroupent 35 % de la population détenue.

Aussi, les personnes détenues pré-citées sont 3,5 fois plus nombreuses à se suicider que celles pour délit contre les biens sans violence. Pour les personnes détenues pour un délit à caractère sexuel sur mineur ou pour crime de sang, le risque est multiplié respectivement par 4 et par 5.

Risque relatif de suicide selon la situation pénale et l'infraction principale

Situation pénale	Risque relatif*
Condamnés.....	1
Prévenus.....	1,79
Infractions	
Délits contre les biens sans violence.....	1
Crime de sang.....	5,24
Délits d'agression sexuelle sur mineur.....	4,25
Coups et blessures volontaires avec circonstances aggravantes**.....	3,94
Viol sur adulte.....	3,24
Viol sur mineur.....	2,78
Vol avec violence.....	2,59
Délits d'agression sexuelle**.....	2,04
Conduite en état alcoolique.....	1,63
Infraction à la législation sur les stupéfiants.....	0,69
Délits contre les personnes (hors CBV).....	0,62
Délits à la législation sur les étrangers.....	0,54
Autres délits.....	0,82

* Risque relatif : lire page 4, *Éléments méthodologiques*.

** Sauf contre meurtres.

Il existe donc une fragilité différentielle selon l'infraction à l'origine de l'incarcération : les personnes ayant commis des infractions graves contre autrui ont une propension plus forte à se suicider.

Ce fait paraît déterminant pour comprendre l'augmentation du nombre et du taux de suicide, observée depuis 1980.

1. Pierre Surault, "Un taux de suicide élevé, mais globalement en baisse", dans *L'État de la France, 1998-1999*, Paris, éd. La Découverte-Syros, p. 174-179.

En effet, entre 1980 et 2001, alors que la population moyenne des personnes condamnées a augmenté de 52 % (passant de 21 148 à 32 038), le nombre moyen de condamnés pour agression sexuelle, pour crime de sang ou pour coups et blessures volontaires a crû de 200 % (passant de 4 971 à 14 892).

Sur la période 1980-2001, une corrélation positive s'établit entre l'évolution des condamnés pour atteinte contre les personnes et celles du nombre (+ 0,86) et du taux (+ 0,96) de suicides.

Ce fait paraît également déterminant pour comprendre certains résultats qui, en première analyse, paraissent sembler paradoxaux, voire contradictoires.

■ **Un risque plus fort parmi les personnes prévenues : mais plus que la situation pénale, importe la nature de l'infraction.**

La moitié des personnes qui se sont donné la mort en détention était en attente de jugement définitif alors qu'elles représentent, en moyenne, sur les trois années observées, un tiers de l'ensemble de la population incarcérée : les prévenus présentent donc un risque de suicide près de deux fois plus élevé que les condamnés.

L'incertitude concernant la durée de la détention est un des arguments les plus avancés pour expliquer les différences de mortalité par suicide, entre prévenus et condamnés².

Toutefois, cet argument ne semble expliquer qu'en partie ces disparités car existent, à situation pénale égale, d'importantes variations selon l'infraction.

Ainsi, pour un risque de référence de "1" parmi l'ensemble des prévenus, ce risque est 7 fois plus important pour les prévenus pour crime de sang ou pour les prévenus pour agression sexuelle sur mineur (respectivement 7,1 et 6,7).

En outre, on constate que certains condamnés ont un risque de suicide plus élevé que les prévenus : les condamnés pour crime de sang, pour délit d'agression sexuelle ou pour coups et blessures volontaires avec circonstances aggravantes ont notamment un risque deux fois plus élevé que les prévenus.

■ **Le risque plus fort des personnes condamnées à une longue peine en lien avec la nature de l'infraction.**

L'analyse du quantum de peine en cours d'exécution souligne un risque de suicide plus de 2 fois plus élevé pour les personnes condamnées à une peine supérieure à 10 ans.

Ce risque est à considérer pour saisir l'augmentation du nombre et du taux de suicide observée depuis 1980. Entre 1980 et 2001, le nombre moyen de personnes condamnées à une telle peine a triplé (passant de 2 460 à 7 770).

Cette évolution est corrélée à l'augmentation du nombre (+ 0,87) et du taux de suicide (+ 0,87). On ne peut néanmoins parler de lien strict entre le risque suici-

*Risque relatif de suicide
selon le quantum de la peine*

Quantum	Risque relatif
Moins de 1 an.....	1
1 an à - de 3 ans.....	1,1
3 ans à - de 5 ans.....	0,7
5 ans à - de 10 ans.....	1,1
10 ans et plus.....	2,3

daire et la durée de la peine à exécuter : en effet, les risques de suicide n'augmentent pas, de manière régulière, avec le quantum.

Mettons plutôt l'accent sur le fait que, parmi les 48 personnes condamnées à une peine de 10 ans ou plus qui se sont suicidées, 24 l'étaient pour homicide, 21 pour viol.

■ **Les suicides ont lieu plus fréquemment en début de détention, mais il existe une variation importante selon la nature de l'infraction.**

Les personnes qui se sont donné la mort étaient en détention, dans près de 50 % des cas, depuis moins de 6 mois, 19 % depuis moins de 30 jours, 15 % depuis moins de 15 jours.

Afin d'expliquer la survenance des suicides en début d'incarcération, il est souvent fait référence à ce que l'on appelle le "choc de l'incarcération".

Toutefois, une pondération de ce "choc" doit être faite en prenant en considération l'infraction à l'origine de l'écrou.

Notamment, si d'une manière générale, 19 % des détenus se sont suicidés dans le mois qui a suivi leur incarcération, cette proportion est de 29 % parmi les suicides de détenus écroués pour agression sexuelle.

Ainsi, l'attente du jugement, la longueur de la peine à exécuter, le choc de l'incarcération ne peuvent expliquer seul la survenance du suicide. Ils ne peuvent se saisir qu'à la lecture de la nature de l'infraction commise.

La variable "infraction" est également un élément important pour comprendre le profil socio-démographique particulier des personnes détenues qui se sont donné la mort.

■ **Des risques de suicide plus forts parmi les personnes détenues âgées de plus de 50 ans et de nationalité française.**

Au cours des années 1998, 1999 et 2000, les suicides ont concerné majoritairement des hommes (345 sur les 360 suicides analysés), cela en raison de la faible proportion de femmes en détention (moins de 4 %).

2. Nicolas Bourgotin, *Le suicide en prison*, Paris, l'Harmattan, 1994, p. 152.

**Risque relatif de suicide selon
des variables socio-démographiques**

Variable	Risque
Nationalité	
étrangère.....	1
française.....	1,41
Sexe	
masculin.....	1
féminin.....	1,09
Âge	
moins de 25 ans.....	1
25-30 ans.....	1,31
30-50 ans.....	1,37
50 ans et plus.....	1,53
Situation matrimoniale	
célibataire.....	1
divorcé / séparé.....	1,28
marié / concubin.....	1,83
veuf.....	2,38
Nombre d'enfants	
aucun.....	1
1 à 2.....	1,58
3 à 4.....	1,27
5 et plus.....	3,55

Les suicides ont également été proportionnellement plus importants parmi les détenus de plus de 50 ans et ont concerné, dans une moindre proportion, les détenus de moins de 25 ans. Globalement, les premiers présentent un risque 1,5 fois plus important que les seconds.

Les détenus français présentent un risque de suicide légèrement plus élevé que les étrangers (1,4),

puisqu'on constate que les étrangers forment 18 % des détenus qui sont se suicidés alors qu'ils représentent 22 % de la population détenue.

■ **Un risque de suicide plus fort pour les personnes détenues en couple avec enfant.**

La situation matrimoniale et le nombre d'enfants apparaissent comme des variables discriminantes.

En effet, les personnes détenues qui sont ou étaient au moment de l'écrou en couple ont un risque de suicide plus fort que les personnes détenues célibataires (1,6). De même, les personnes détenues déclarant des enfants à l'écrou ont un risque de suicide plus fort que les personnes détenues sans enfant (1,7).

Aussi, en prison "la famille ne protège pas du suicide" contrairement à ce que l'on observe dans l'ensemble de la population³.

Si ce paradoxe peut être mis en parallèle avec certaines difficultés engendrées par la détention, notamment, les ruptures conjugales - rappelons, à ce propos, qu'une union sur 10 est rompue durant le mois qui suit de l'incarcération⁴ -, il peut être mieux saisi si l'on retient l'infraction.

Parmi les personnes détenues en couple qui se sont donné la mort, 34 % avaient été incarcérées pour une agression sexuelle sur mineur. Parmi les personnes détenues, pères de 5 enfants ou plus, qui se sont donné la mort, 56 % avaient été incarcérées pour une agression sexuelle sur mineur (23 % parmi l'ensemble des détenus qui se sont suicidés).

L'analyse du profil socio-démographique et pénal des personnes qui se sont suicidées en détention au cours des années 1998, 1999 et 2000 souligne l'influence de l'infraction à l'origine de l'écrou : ce résultat suggère à lui seul que certaines personnes détenues se trouvent dans l'impossibilité de vivre avec l'infraction qu'ils ont commise.

Éléments méthodologiques

■ **Méthode des risques relatifs**

Pour chaque variable, les risques relatifs associés à chaque modalité représentent le risque de se suicider, par rapport à une situation de référence pour laquelle le risque est arbitrairement fixé à 1.

Ainsi, les personnes détenues pour crime de sang ont un risque de se suicider en détention 5 fois plus élevé que les personnes détenues pour atteinte contre les biens (hors vol avec violence) - considérées comme la population de référence.

■ **Taux de suicide en détention pour 10 000 détenus.**

Il correspond au nombre de suicides enregistrés au cours d'une année rapporté au nombre moyen de détenus présents au cours de l'année.

Cette population moyenne a été calculée à partir des statistiques mensuelles.

4

3. Pierre Surault, *Idem*.

4. Voir à ce propos, F. Cassan, A. Kensey, L. Toulemon, "L'histoire familiale des hommes détenus", *INSEE Première*, n° 706, avril 2000.

Direction de l'administration pénitentiaire

Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques

mai 2008 - n° 22

Baisse des suicides en prison depuis 2002

Angélique Hazard (démographe)

Ce cahier propose d'une part d'étudier les principales évolutions observées depuis 2002 du nombre de suicides en prison et d'autre part de décrire les principales caractéristiques socio-démographiques et pénales des personnes concernées. En prison comme dans la population générale, l'âge est une variable discriminante car la vulnérabilité face au suicide s'accroît au fil des années jusqu'à 45 ans. Les personnes en détention provisoire et celles écrouées pour des infractions contre les personnes restent les plus exposées.

Le terme de suicide utilisé ici fait référence à « l'acte suicidaire suivi d'un décès » par opposition aux tentatives de suicide dont l'issue n'est pas mortelle. Le taux de décès par suicide ou taux de suicide est calculé en rapportant le nombre de suicides de l'année à la population moyenne écrouée. Depuis 1980¹, ce taux n'avait pratiquement cessé d'augmenter pour atteindre son maximum en 1996 avec 24,4 suicides pour 10 000 personnes écrouées. Les évolutions sont ensuite moins marquées jusqu'en 2003 où les taux diminuent sensiblement. **Le nombre de suicides diminue entre 2002 et 2007² alors même que la population carcérale s'accroît sur la période.** En 2007, le taux de suicide s'établit à 15,2 suicides pour 10 000 personnes écrouées (figure 1). Au plan international, en 2004³, la France se situait au 8^e rang⁴ des pays européens ayant le ratio de sursuicidité⁵ le plus élevé après l'Islande, le Royaume Uni, le Portugal, l'Azerbaïdjan, la Norvège, la Suisse, le Luxembourg. La position de la France, en raison de la diminution sensible des suicides enregistrée depuis 3 ans, devrait être meilleure dans le prochain classement.

Figure 1 : Évolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980, France entière



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Au-delà de l'approche restrictive du suicide comme acte ayant provoqué le décès, il est intéressant d'étudier l'évolution des conduites suicidaires. Le « taux de létalité » obtenu en rapportant le nombre de décès par suicide à l'ensemble des actes suicidaires⁶ enregistrés est en constante diminution depuis 2002 passant de 14,7 % à 11,8 % en 2006.

Ainsi, en 2006, sur 100 actes suicidaires, près de 12 ont été mortels. Ce taux de létalité semble un bon indicateur de l'amélioration du dispositif de prévention du risque suicidaire engagé par l'administration pénitentiaire depuis 2002. En effet, afin de renforcer les préconisations de la circulaire du 29 mai 1998, dont l'évaluation avait mis en relief certaines faiblesses quant à son application, une nouvelle circulaire de prévention du suicide a été mise en application le 26 avril 2002. Elle visait notamment l'amélioration des procédures d'accueil, la formation des personnels au repérage des comportements à risque et préconisait les échanges avec les associations spécialisées dans l'aide et l'écoute des personnes en détresse.

2

● Caractéristiques des personnes qui se sont suicidées en détention

L'observation des données relatives aux suicides constatés entre 2002 et 2007 et examinés par les commissions de prévention du suicide permet de dégager les principales caractéristiques socio-démographiques et pénales des personnes

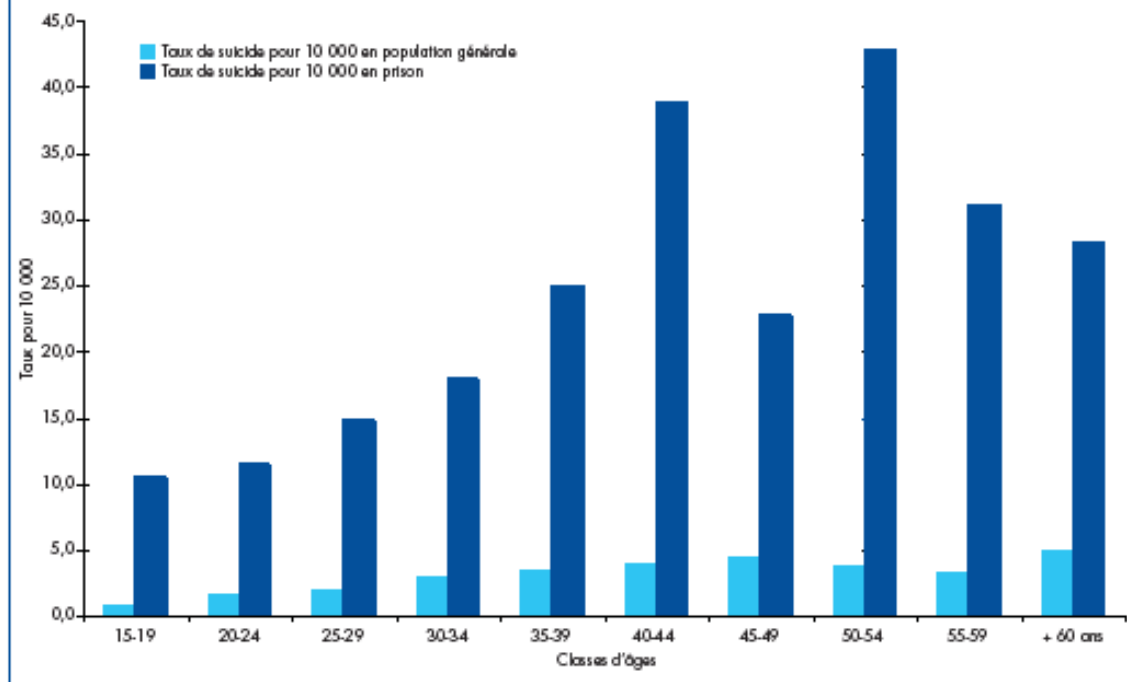
concernées. En outre l'enregistrement des éléments recueillis par le bureau des politiques sociales et d'insertion, par le biais de fiches signalétiques du suicide⁷ permet d'aller plus loin dans l'analyse du phénomène en comparant les suicides observés en 2006/2007 avec ceux de 2001/2002.

Comme dans la population générale la vulnérabilité face au suicide s'accroît avec l'âge jusqu'à 45 ans

Bien qu'il soit difficile de dresser un bilan des tendances d'une population numériquement faible et donc soumise à de fortes fluctuations en fonction des années, les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui se sont suicidées ont globalement peu évolué depuis 2002. Elles concernent, **dans plus de neuf cas sur dix, des hommes, âgés en moyenne de 36 ans**. La baisse du taux de suicide⁸ a touché quasiment l'ensemble des classes d'âges. La comparaison en 2005 de ce taux de suicide (21 pour 10 000) avec celui observé en population générale en métropole⁹ (1,8 pour 10 000) est intéressante mais reste biaisée par la sous-estimation du nombre de décès pour l'ensemble de la population¹⁰. Les taux observés en milieu carcéral sont plus de 10 fois supérieurs à ceux constatés en population générale. Toutefois, pour être pertinente, cette comparaison doit être limitée à la population masculine, le nombre de femmes suicidées en détention, tout comme le nombre de femmes écrouées, étant comme nous l'avons vu très faible¹¹.

Figure 2 : Comparaison des taux de décès par suicide des hommes en 2005 en population générale et en prison, France métropolitaine

Sources : données EMS/PMI/ INSERM/INSEE



3

Ainsi pour les hommes, en milieu fermé comme dans la population générale, l'âge reste une variable discriminante puisque la vulnérabilité au suicide s'accroît au fil des années jusqu'à 45 ans. En 2005, les taux de suicide des hommes augmentaient de manière significative entre 20 et 45 ans. D'une manière générale, il semble important de rappeler que si le risque de suicide en milieu carcéral s'accroît avec l'âge, il représente également la première cause de décès des populations les plus jeunes en prison. L'évolution de la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès par âge est d'ailleurs restée stable au cours de la période.

En prison, les personnes en détention provisoire sont particulièrement vulnérables...

Comme l'ont montré de précédentes études, la détention provisoire est un état qui fragiliserait la personne détenue et qui l'exposerait davantage au risque du suicide. Ainsi lors d'un précédent rapport¹² portant sur l'analyse quantitative et en partie qualitative des suicides constatés en 2001-2002, il était rappelé que l'imminence et l'appréhension du jugement tout comme l'incertitude de la durée de détention à effectuer pouvaient constituer des facteurs déclenchant le passage à l'acte. En 2007, près de la moitié des personnes qui se sont suicidées étaient en détention provisoire alors que les prévenus représentaient 28 % des personnes écrouées. Le taux de suicide des prévenus est ainsi plus de deux fois supérieur à celui des condamnés puisqu'il s'élève à 26 pour 10 000 en 2006 contre 11 pour 10 000 pour les condamnés (tableau 1).

Tableau 1
Évolution du taux de suicide selon la catégorie pénale depuis 2002

Champ : métropole et outre-mer
Source : DAP/PMJ-EMS1

	Prévenus			Condamnés			Rapport de risques = (P/C)
	Suicides	Population moyenne*	Taux de suicide (P)	Suicides	Population moyenne*	Taux de suicide (C)	
	effectifs	effectifs	en pour 10 000	effectifs	effectifs	en pour 10 000	
2002	58	18 486	31,4	63	35 024	18,0	1,7
2003	59	21 793	27,1	61	36 781	16,6	1,6
2004	61	21 654	28,2	54	39 247	13,8	2,0
2005	59	20 692	28,5	63	39 099	16,1	1,8
2006	40	18 788	21,3	53	41 151	12,9	1,7
2007	47	17 804	26,4	49	45 464	10,8	2,4

Aide à la lecture : en 2004, les prévenus avaient deux fois plus de risque de se suicider que les condamnés.
* Moyenne annuelle des personnes écrouées.

Tout comme celles écrouées pour des infractions contre les personnes

Mais plus encore que la catégorie pénale, la nature de l'infraction¹³ est un élément discriminant. Ainsi en 2006-2007, comme en 2001-2002, et même si les taux ont sensiblement diminué, **le risque de suicide reste plus élevé pour les détenus ayant commis des infractions contre les personnes**, respectivement 20 pour 10 000 et 28 pour 10 000. **Le risque de suicide est à son maximum pour les homicides volontaires** avec un taux de 57 pour 10 000 et demeure plus élevé que le taux de suicide moyen pour les **viols sur adulte** avec 23 pour 10 000 et pour les **viols sur mineur** avec 28 pour 10 000. En revanche, les taux sont relativement faibles pour les atteintes aux biens et les atteintes à la nation, à l'État et à la paix publique¹⁴ puisqu'ils avoisinent les 13 pour 10 000. Parmi l'ensemble des écroués pour des « atteintes aux personnes », ceux placés en détention provisoire au titre d'une procédure criminelle semblent tout particulièrement exposés

puisque leur taux de suicide s'élève à 45 pour 10 000 (26 pour 10 000 pour l'ensemble des prévenus).

● **Moments et moyens du suicide**

Les modes de perpétration ont peu évolué ces cinq dernières années. La pendaison reste le moyen le plus fréquemment utilisé en détention (87 % en 2006-2007 contre 92 % en 2001-2002) suivis par l'ingestion médicamenteuse (8 % contre 3 % en 2001-2002). Parmi les suicides où l'heure de la découverte du corps a été renseignée en 2006-2007, près de deux tiers ont été découverts en service de jour c'est-à-dire entre 7 h 00 et 19 h 00. Plus de 95 % des suicides enregistrés en 2006-2007¹⁵ se sont déroulés en détention, les 5 % restant ayant eu lieu pendant une permission de sortir, lors d'un aménagement de la peine à l'extérieur de la prison ou d'une hospitalisation.

L'encellulement individuel et tout particulièrement la mise en quartier disciplinaire facilite le passage à l'acte...

Parmi les suicides qui sont survenus « dans les murs », des évolutions notables se dessinent puisque 67 % ont eu lieu en cellule « ordinaire » contre 81 % en 2001-2002 et 16 % en quartier disciplinaire (11 % en 2001-2002). Le passage à l'acte en quartier disciplinaire loin d'avoir régressé semble rejoindre le niveau observé en 1998-1999 où ils représentaient 17 % des suicides. Le quartier disciplinaire regroupe donc en moyenne en 2006-2007 plus de 16 % des suicides alors que cette structure ne représente que 2 % de la capacité totale du parc¹⁶.

Près de la moitié des personnes qui se sont suicidées en quartier disciplinaire en 2006-2007 y étaient placées suite à une agression, menaces ou insultes envers un personnel, 20 % pour les mêmes fautes envers un co-détenu.

La mise en quartier disciplinaire représente une rupture supplémentaire par rapport à la prison qui en était déjà une en soi. Ainsi, près de la moitié des suicides survenus en quartier disciplinaire s'est déroulée le jour même ou le lendemain de la sanction.

En outre, aujourd'hui encore, la durée de la sanction prononcée tout comme l'incertitude de celle-ci, lorsque le cas n'a pas encore été statué, contribue à exacerber l'état de fragilité du détenu. Près de la moitié des personnes qui se sont donné la mort en quartier disciplinaire étaient en détention préventive (en attente de décision sur la durée de la sanction) et 30 % devaient subir une sanction de plus de 10 jours.

Hors du quartier disciplinaire, lorsque les suicides se sont déroulés en cellule ordinaire, la majorité des personnes étaient seules (52 %). Il est important de prêter une attention toute particulière à l'encellulement individuel qui constitue un « facteur facilitant le passage à l'acte de la personne en crise suicidaire »¹⁷. En conséquence, la prévention par le personnel pénitentiaire passe par le repérage, notamment avant la mise en quartier disciplinaire qui accroît considérablement la vulnérabilité de la personne détenue.

Toutefois, la présence ou l'absence du ou des co-détenu(s) lors de la crise suicidaire n'empêche pas toujours le suicide car si dans 27 % des suicides en cellule ordinaire, la personne a profité de l'absence de son(ses) co-détenu(s) pour se suicider, dans 20 % des cas ceux-ci étaient pourtant présents (respectivement 26 % et 19 % en 2001-2002).

Les premiers temps d'incarcération fragilisent la personne détenue...

L'arrivée à l'établissement est ainsi un moment particulièrement délicat, les suicides recensés au quartier entrant ayant été plus nombreux ces deux dernières années (14 cas de suicides) qu'en 2001-2002 (4 cas).

Cette fragilité au moment de la mise sous l'écrou peut être représentée par une fonction de survie (figure 3). Elle représente à chaque moment de la période d'observation (le temps allant de la mise sous écrou au suicide), la proportion d'individus « survivants » dans la population, c'est-à-dire le

nombre d'individus pour qui l'« événement » étudié (ici le suicide) n'est pas encore advenu. La courbe commence à 1, c'est-à-dire à un taux de « survivants » dans la population de 100 %. Puis le taux de survie décline à mesure que le temps avance.

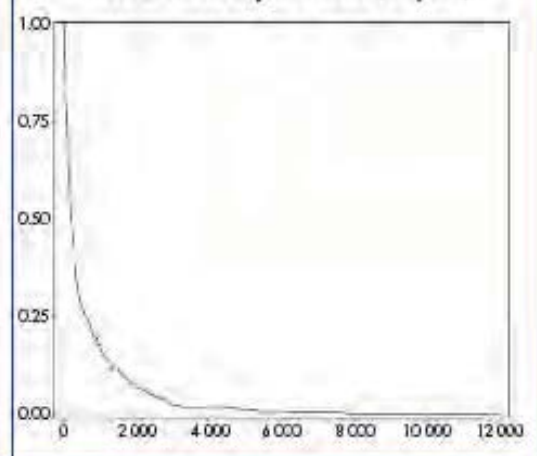
Le graphique ci-dessous représente la courbe de survie pour les individus dont les suicides se sont déroulés en 2001-2002 et 2006-2007¹⁸. La durée exprimée sur l'axe horizontal est celle qui s'est écoulée (en jours) entre la date d'écrou et la date de suicide.

Il ne s'agit pas ici de l'analyse du risque de suicide entendu comme la probabilité pour un individu écroué de connaître « l'événement suicide » mais d'étudier, parmi l'ensemble des personnes qui se sont suicidées (qui donc ont subi l'événement), à quel moment le suicide intervient, ce qui est radicalement différent de l'analyse descriptive des taux de suicide menée dans la première partie de cette étude.

La lecture du graphique 3 confirme cette fragilité des personnes à l'entrée en prison, notamment par la chute brutale de la courbe de survie lors des premières semaines et premiers mois d'incarcération. Ainsi, lors de l'écrou (t=0) 100 % des personnes qui se sont suicidées en détention étaient présentes, deux mois plus tard (61 jours), la population survivante a diminué de 25 %.

La brutalité du phénomène en début de période se traduit par un élargissement des différents quartiles¹⁹ avec le temps (tableau 2). En effet, l'écart entre le premier quartile (61 jours) et la médiane (188 jours) est très faible alors qu'il est très important avec le troisième quartile (622 jours).

Figure 3 : Courbe de survie des suicidés²⁰ en prison selon la durée depuis l'écrou (en jours)



Cette analyse est particulièrement intéressante à réaliser en considérant la procédure puisque les personnes qui étaient en procédure correctionnelle se sont suicidées beaucoup plus rapidement que celles qui étaient en procédure criminelle.

Tableau 2
Estimations du quartile

% de survivants	Délai (en jours) entre l'écrou et le suicide		
	Ensemble	Correctionnelle	Criminelle
100 %	0 jours	0 jours	0 jours
75 %	61 jours	32 jours	103 jours
50 %	188 jours	106 jours	349 jours
25 %	622 jours	279 jours	1 178 jours

Aide à la lecture : la moitié des personnes qui se sont suicidées en procédure correctionnelle sont passées à l'acte moins de 106 jours après leur incarcération (contre 349 jours pour les personnes en procédure criminelle).

Ce résultat est confirmé par le fait que le suicide intervient plus tôt en maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt qu'en établissement pour peine.

● **Éléments de prévention du risque suicide**

Pour améliorer la prévention du suicide notamment dès les premiers temps de l'incarcération, l'administration a mis en place, en 2002, une grille permettant l'évaluation du potentiel suicidaire lors de l'entretien à l'entrée en détention. Cette grille prend en compte non seulement tous les éléments mentionnés précédemment mais plus généralement l'ensemble des facteurs de risques judiciaires et pénitentiaires, les risques familiaux, socio-économiques, les risques sanitaires, le comportement de la personne et l'évaluation de l'urgence.

Ainsi, certains éléments du parcours individuel ou pénal de la personne écrouée peuvent être précurseurs d'une crise suicidaire :

... **les événements judiciaires et/ou pénitentiaires**

Ces événements fragilisent la personne détenue lors de moments clés du parcours pénal comme l'incarcération, l'arrivée à l'établissement, la condamnation et parfois l'appréhension de l'approche de la sortie. Ainsi en 2006-2007, près d'un tiers des suicides ont eu lieu moins de 3 mois après l'incarcération dont 17 % le premier mois et 10 % la première semaine. Ces constats sont assez similaires aux résultats observés en 2001-2002 et 1998-1999 malgré les efforts entrepris en matière de procédure d'accueil.

De la même manière, plus de 20 % des cas de suicides dont la personne provenait d'un transfert se sont déroulés moins d'un mois après l'arrivée dans le nouvel établissement.

D'autres moments propices au passage à l'acte peuvent être identifiés par le « choc » de la condamnation puisque 12 % des suicides de condamnés se sont déroulés moins d'un mois après le verdict. Trois cas de suicides ont eu lieu le jour ou le lendemain de la condamnation en 2006-2007.

... **les événements familiaux tels que la rupture et/ou l'éloignement familial**

L'exploitation des données renseignées après le suicide par le biais des fiches signalétiques suicide permet de disposer des

motifs invoqués par la personne suicidée à travers des écrits ou paroles. La moitié des motifs évoqués, lorsque cette variable était renseignée par les personnels à la suite du suicide, mentionnent en critère unique ou associé l'existence de problèmes familiaux

... **les antécédents psychiatriques**

Un tiers des fiches signalétiques suicide, communiquées pour 2006-2007, mentionnaient au moins l'existence d'antécédents psychiatriques de type séjour en unités pour malades difficiles (UMD), hospitalisations d'office (HO), services médico-psychologiques régionaux (SMPR-UPH) ou suivi ambulatoire.

En détention, près de la moitié des personnes qui se sont suicidées bénéficiaient d'un suivi psychiatrique régulier. L'importance de l'approche psychologique dans la prévention du suicide en milieu carcéral a été mis en avant par une expérience originale menée au SMPR de Caen²¹ (expérience clinique conduite auprès de 20 patients hospitalisés).

... **les antécédents connus de tentatives de suicide**

Un peu moins de la moitié (44 %) des personnes qui se sont suicidées avaient au moins un antécédent d'incident connu. Parmi ces derniers, les deux tiers avaient au moins un antécédent d'automutilation et/ou de tentative de suicide.

... **le comportement entretenu avec le personnel**

Près de huit personnes sur dix avaient un comportement jugé satisfaisant avec les personnels, seuls 15 % avaient un comportement difficile voire agressif.

Comme nous l'avons vu, les indicateurs pouvant laisser présager un risque suicidaire peuvent être de natures diverses et plus ou moins perceptibles. Le suicide est un phénomène complexe qui reste difficile à appréhender sans approche pluridisciplinaire de la part de l'ensemble des personnels intervenant auprès des personnes détenues.

En dépit de toutes les améliorations réalisées en matière de prévention, notamment depuis 2002, le repérage précoce n'empêche pas toujours le passage à l'acte. En effet, en 2006-2007, la moitié des suicidés avaient été repérés lors de leur détention dont 68 % comme présentant un risque suicidaire avéré. Les principaux signalements de risque suicidaire provenaient des personnels de surveillance et/ou médicaux et aboutissaient souvent à la combinaison de différentes mesures de prévention telles que la surveillance spéciale, le doublement de cellule, le signalement à l'UCSA ou au SMPR, le suivi par les conseillers d'insertion et de probation voire l'hospitalisation.

Bien sûr il y a encore des efforts à faire mais la fatalité du suicide en prison n'est plus de mise. Le dispositif de repérage semble avoir fortement contribué à la diminution du nombre de suicides observé au cours de ces 5 dernières années alors même que la population carcérale poursuivait son augmentation. « La formation à l'évaluation du potentiel suicidaire reste donc la démarche essentielle »²² permettant une prévention du suicide adaptée notamment en direction des personnels exerçant dans les lieux identifiés comme sensibles tels que les quartier disciplinaire, quartier arrivant, SMPR-UCSA.

5

NOTES

1. Où le taux se situait à 9,9 p 10 000.
2. 96 suicides comptabilisés en 2007 contre 122 en 2002.
3. Taux de suicide en population générale : dernières données disponibles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002, taux de suicide en prison : statistiques du Conseil de l'Europe (Space I Survey 2003).
4. Le taux de suicide de l'Islande placée au 1^{er} rang n'est pas significatif car il y a eu, en 2004, 1 suicide pour 115 détenus.
5. Rapport entre le taux de suicide en prison et le taux de suicide en population générale ramené à 10 000 habitants.
6. Les tentatives de suicide communiquées par le bureau EMS1 ne comptabilisent pas les actes d'automutilation. À noter que le mode de comptage a été modifié en 2007 ce qui ne permet pas de poursuivre les évolutions.
7. Ces fiches sont envoyées à chaque établissement à la suite de la survenue d'un suicide.
8. Taux calculés par application de la structure par âge du fichier national des détenus (FND) aux données de la statistique mensuelle (PMJ1).
9. Dernières données disponibles de l'INSERM à ce jour.
10. **6** Éric Jouglu, *Mortalité par suicide en France*, centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc/INSERM). Les biais interviendraient au moment de la certification médicale ou au moment de la codification du décès générant une sous-estimation de l'ordre 20 % en France.
11. En 2005, sur un total de 122 suicides, seuls 4 concernaient des femmes. À titre indicatif, le taux de féminité en détention est lui aussi très faible puisqu'il ne dépasse pas les 4 %.
12. A. Hazard, *Les suicides en 2001-2002*, DAP-PMJ1, publication interne, avril 2003.
13. Application de la structure par infraction de rang 1 du FND aux données de la statistique mensuelle.
14. Délits militaires, délits à la police des étrangers, délits sur armes, délits ordre administratifs et judiciaires...
15. Ces données sont indiquées à titre provisoire, les fiches signalétiques du mois de décembre 2007 ne nous étant pas parvenues à la rédaction du cahier.
16. 1 082 places de quartier disciplinaire et 50 557 places opérationnelles au 1^{er} juillet 2007.
17. Note PMJ2 (novembre 2007) sur la prévention du suicide.
18. Données provisoires : hors décembre 2007.
19. Effectif qui divise la population en quatre parties égales.
20. Les suicides étudiés ici sont relatifs aux années 2001, 2002, 2006 et 2007 (hors décembre 2007).
21. V. Aubert, C. Lecuyer, *Une approche originale du risque suicidaire en milieu carcéral*, Forensic n° 19, juillet, août, septembre 2004.
22. Cf note PMJ2 citée.

Sources et méthodes

Cette analyse porte sur les données confirmées par les commissions de prévention du suicide et sur les fiches signalétiques du suicide diffusées par le bureau PMJ2¹ (sous-direction des personnes placées sous main de justice-DAP).

Le nombre de tentatives de suicide et de décès réalisés entre 2002 et 2006 sont issus de la sous-direction de l'état-major de sécurité² (DAP).

Le nombre de décès par suicide et taux de décès par suicide en population générale sont issus de la statistique des causes médicales de l'INSEE élaborée annuellement par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

1. Bureau des politiques sociales et d'insertion PMJ2.
2. Bureau de gestion de la détention (EMS1).

Annexe E

LES DISPOSITIFS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LES EXEMPLES ETRANGERS

- **Rapport 2008 des magistrats de liaison :**
 - Synthèse
 - Italie
 - Allemagne
 - Pays-Bas
 - Pologne
 - Royaume-Uni
 - Espagne

- Instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides - Direction générale des institutions pénitentiaires – Espagne (traduction Marina PAJONI)

- La prévention du suicide aux U.S.A. – Professeur Jean-Louis TERRA

Documents annexes

- OMS : la prévention du suicide dans les établissements correctionnels - 2007
- Prévention du suicide – Services correctionnels du Québec –Mai 2008

○

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : SYNTHÈSE

200800282224



Paris, le 15 DEC. 2008

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE
ARRIVEE
17 DEC. 2008
N° 804903
CABINET DU DIRECTEUR

Note

à l'attention de

Monsieur Claude d'HARCOURT
Directeur de l'Administration Pénitentiaire

Dossier suivi par : Cyril LACOMBE
J:\BDC\Notes BDC\Suicides en prison\Note suicides en prison.doc

- Objet :** Politique de prévention des suicides en milieu carcéral/éléments de comparaison
- Pièces jointes :** Notes des magistrats de liaisons (Allemagne, Angleterre – Pays de Galles, Pays-Bas, Italie et Espagne)

En réponse à votre demande du 20 novembre dernier, je vous transmets les éléments de droit comparé sur le nombre de suicides en prison dans les pays étrangers étudiés (chiffres actualisés sur cinq ans). Ces contributions détaillent également les mesures concrètes mises en œuvre dans ces Etats.

Les éléments statistiques obtenus pour l'année 2007 établissent que le nombre de suicides est variable selon les Etats. Il est stable aux Pays-Bas (1,2 pour 1000) et en Espagne (0,47 pour 1000, mais avec une forte chute entre 2004 (0,79/1000) et 2005 (0,63/1000)); en légère progression en Angleterre – Pays de Galles (0,88 pour 1000); en légère diminution en Italie (un peu moins de 1 pour 1000 et aucun suicide de mineur) et en Allemagne (1,05 pour 1000).

L'analyse synthétique des situations étrangères démontre que la problématique du suicide en détention est appréhendée par les autorités pénitentiaires sous **deux angles** : le **diagnostic** (identification, repérage et prévention des facteurs et des situations de danger suicidaire) et l'**intervention** (mise en œuvre et accompagnement du suivi).

1/ Le diagnostic des situations suicidaires

Cette étape fondamentale fait l'objet d'une attention particulière dans tous les pays étudiés. L'identification du risque suicidaire implique un croisement des compétences, et incombe généralement **aux personnels en contact direct avec les détenus**. L'accent est mis sur la formation des intervenants en **Allemagne**, dans un but préventif (formation initiale et groupes de travail), en **Italie** (formation par des conférences thématiques pour les surveillants et par le programme « *front*

line » pour la police pénitentiaire) et aux **Pays-Bas** (plan de formation des formateurs, grille d'évaluation des détenus). Des structures pluridisciplinaires ont été mises sur pied en **Angleterre – Pays de Galles** afin de favoriser les échanges d'expériences et la remontée des informations (« *Suicide Prevention Team* »). L'accent est également mis sur une implication directe des chefs d'établissements dans ce pays. Ils ont la responsabilité immédiate de la mise en œuvre des politiques de prévention, en lien avec les « *SPTeam* » et les « *Suicide Prevention Trainers* ». L'**Italie** réunit au sein d'un service d'accueil tous les professionnels concernés (corps médical, encadrement, police pénitentiaire) et a créé en 2000 une unité spéciale, « *l'UMES* » (*Unità di Monitoraggio Eventi di Suicidio*) qui a pour objectif de relever les épisodes suicidaires, d'en vérifier les caractéristiques, de déterminer les facteurs de risque et de formuler les propositions d'intervention. En outre, les mineurs y sont encadrés par des personnels nombreux (un éducateur pour huit mineurs) ayant reçu une formation spécifique.

La détection du risque passe également par **l'identification des types de détenus fragilisés**. Certaines situations sont propices au passage à l'acte, et font dès lors l'objet de la plus grande vigilance. L'accueil des détenus est particulièrement surveillé en **Espagne**, en **Italie** (information des détenus et détection des maladies mentales par le « service d'accueil ») en **Angleterre – Pays de Galles** (examen dès l'arrivée du détenu, communication d'informations sur l'existence de services d'aides et contacts avec la famille). Certains pays comme les **Pays-Bas** et l'**Espagne** concentrent leur vigilance sur certains **groupes de détenus** (longues peines, détention provisoire, condamnations sexuelles) qui connaissent des situations personnelles ou familiales difficiles (décès, séparation), ou qui sont placés à l'isolement.

Enfin la détection des dangers peut être anticipée et résulter de la réduction des moyens d'accès au suicide comme **l'aménagement des locaux et des cellules**. L'**Allemagne** et plus précisément le Land de Hambourg a identifié les équipements à prohiber et au contraire ceux à promouvoir dans les installations (type de chauffage, sanitaires, équipements électriques ...).

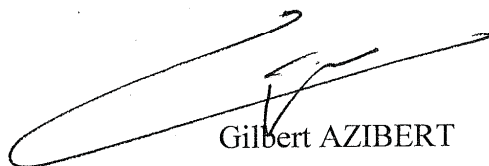
2/ La gestion des situations suicidaires

Cette phase est la suite immédiate de la précédente et conditionne sa réussite. La nature des interventions est **multiple** (plan individuel, accompagnement personnel, suivi rigoureux et mise à jour des dossiers individuels).

L'**Angleterre – Pays de Galles** a développé un plan de suivi spécifique, le ACCT (« *Assessment, Care in custody and teamwork* »). Les préconisations définies, outre l'identification des risques, s'inscrivent dans une approche globale qui repose sur l'assistance à la personne suicidaire et sur son adhésion aux mesures d'aide proposées. Le stress subi par les personnels pénitentiaires, face à des tentatives suicidaires est également pris en compte.

Les Pays-Bas, quant à eux, développent l'enregistrement des données sur les comportements auto agressifs et tentatives de suicide.

L'Espagne a développé un dispositif d'accompagnement original : « le détenu de soutien ». Sa mise en œuvre passe par une sélection fine de détenus volontaires et motivés, qui disposent d'un reliquat de peine supérieur à une année, et qui vont suivre une formation spécifique. Une fois formés, ces détenus vont pouvoir encadrer une personne à risque. Cela peut prendre la forme d'une présence continue à ses côtés ou d'un simple partage de cellule. Leur présence est bénéfique et perçue comme une aide venant d'un « proche » et non de l'administration (vis-à-vis de laquelle une certaine forme de défiance subsiste). Il convient de noter que cette mesure est facilitée par la structure même des prisons espagnoles : les surveillants ne sont pas en uniforme et se « mêlent » aux détenus, alors que les fonctions de garde sont assurées, à l'extérieur par la « guardia civil ».



Gilbert AZIBERT

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : ITALIE

Magistrat de liaison en Italie
Françoise TRAVAILLOT

Rome, le 5 décembre 2008

Politiques conduites par l'Italie pour la prévention du suicide.

[...] j'ai l'honneur de vous faire parvenir les éléments de réponse suivants :

A titre liminaire, je dois vous indiquer qu'en Italie, la détention des mineurs est de la responsabilité du service du département de la protection judiciaire de la jeunesse et non de celle de l'administration pénitentiaire qui ne s'occupe que de la détention des majeurs. Une telle répartition des compétences a pour objectif de préserver la spécificité de l'incarcération des mineurs qui privilégie la réinsertion par rapport à la répression. C'est ainsi que le décret n°448/88 a introduit le principe selon lequel la détention des mineurs doit être résiduelle. Et d'ailleurs sur 14000 mineurs qui entrent dans le circuit pénal chaque année, seulement 500 mineurs connaissent l'enfermement. Le document final de travail des Nations-Unies sur la détention arbitraire du 14 novembre 2007 précise que la justice des mineurs en Italie est un exemple d'une application des principes en matière de traitement des mineurs délinquants tels que prévus dans la convention ONU sur les droits de l'enfant.

La distinction de l'autorité en charge des mineurs et des majeurs en prison induit une différence de traitement entre ces catégories. Aussi, pour répondre aux questions posées, il apparaît opportun de distinguer les réponses applicables à la situation des mineurs d'une part (1) et des majeurs d'autre part (2).

1) L'INCARCERATION DES MINEURS

1/ Les données chiffrées sur 5 années des suicides en prison;

Selon les réponses du département de la protection judiciaire de la jeunesse, aucun suicide de mineur n'a été enregistré dans les 5 dernières années.

2/ La formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire (formation initiale et formation continue);

La particularité du système italien est la convivialité des instituts pour mineurs sans aucune barrière entre l'éducatif (éducateurs, assistants sociaux, psychologues, médiateurs culturels) et le répressif. Au sein de la police pénitentiaire existe un corps spécialement formé pour les rapports avec les adolescents.

Les personnels pénitentiaires reçoivent une formation spécifique pour accueillir des mineurs. Cette formation permet notamment de mêler éducateurs et policiers pénitenciers et de les amener à confronter leurs expériences. Elle s'articule autour d'un principe fondamental : croire en la réhabilitation du mineur.

Par conséquent, les éducateurs et les policiers pénitentiaires doivent encadrer le mineur et lui transmettre espoir et confiance. Ce soutien doit être accentué dans les moments de difficultés accrues rencontrés par le mineur, à savoir, quand le mineur arrive dans l'établissement pénitentiaire, quand il est transféré d'établissement ou quand il se rend à l'audience. Dans cette dynamique, la famille et les amis sont vivement sollicités ; en rendant visite fréquemment au mineur, ils participent à son développement.

Les éducateurs sont d'autant plus efficaces dans leur mission qu'ils sont nombreux. En effet :

- dans les instituts pénaux pour mineurs (les IPM), la circulaire n° 5391 du 17 février 2006 affirme que « *le standard minimum qualitatif et quantitatif du rapport éducateurs-mineurs ne peut être inférieur à un pour huit* » ;
- dans les communautés de l'administration qui recueillent les mineurs qui ont commis un délit de peu de gravité ou qui sont en conflit avec leur famille, le rapport éducateurs/mineurs et de un éducateur pour deux mineurs.

3/ L'élaboration de procédures de détection de la crise suicidaire, le déploiement de plans de prévention et la connaissance des détenus;

L'encadrement affectif décrit ci-dessus favorise par essence la prévention de la crise suicidaire, le mineur qui se sent entouré et soutenu moralement étant plus à même de faire face aux difficultés.

Outre cela, les établissements pour mineurs italiens privilégient largement l'aspect rééducatif. En effet, à l'intérieur des établissements, un système d'occupation du mineur est mis en place. Entourés par des enseignants et des psychologues, les mineurs peuvent aussi s'épanouir au travers d'activités variées et éducatives.

Cet encadrement a deux atouts :

- Il permet au mineur de s'épanouir au sein du milieu pénitentiaire et de croire en sa réinsertion et, de fait, limite les gestes de désespoir ;
- Il donne lieu à une meilleure connaissance du mineur : enseignants, psychologues, éducateurs ont chacun une approche différente des jeunes et ont ainsi plus de chance de percevoir et détecter les intentions suicidaires.

En Italie, le parcours du mineur en prison n'est donc pas basé sur la répression, il s'agit au contraire de favoriser sa réinsertion laquelle passe par des canaux tels que l'éducation et l'encadrement affectif, performants pour prévenir la crise suicidaire.

2) L'INCARCERATION DES MAJEURS

1/ Les données chiffrées sur 5 années des suicides en prison;

Les statistiques italiennes sur les suicides en prison donnent les résultats suivants :

- 2003 : 57 suicides (0,1%)
- 2004 : 52 suicides (0,1%)
- 2005 : 57 suicides (0,1%)
- 2006 : 50 suicides (0,1%)
- 2007 : 45 suicides (0,1%)
- 2008 : 31 suicides jusqu'à présent.

2/ La formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire (formation initiale et formation continue);

La circulaire n° 181045 du 6 juin 2007 vise notamment à réorganiser le service pénitentiaire en privilégiant la formation professionnelle du personnel des prisons. Pour ce faire, la circulaire met en avant l'importance de la formation continue à réaliser au niveau local en fonction des spécificités des instituts pénitentiaires.

Cette formation est articulée autour de deux axes : la formation immédiate, qui s'effectue sur le court terme, et des actions structurées organisées sur le moyen terme.

Les formations sur le court terme sont développées à l'échelon local, par les dirigeants des instituts pénitentiaires, au travers de « conférences thématiques » qui abordent les points suivants :

- les réponses à apporter aux problèmes d'ordre familial ou personnel ;
- comment offrir un soutien psychologique ;
- l'assistance à apporter pour les besoins matériels et de première nécessité ;
- l'assistance spécifique à fournir pour les étrangers, du fait de leur statut particulier.

Ces conférences se déroulent en groupes et permettent ainsi de développer le travail en équipe.

Les formations continues, deuxième aspect mis en exergue par la circulaire, sont élaborées en liaison avec le bureau des détenus en fonction des besoins détectés dans les « conférences thématiques » d'une part et des difficultés éprouvées par le personnel dans son travail quotidien, d'autre part.

Ces deux étapes de formation ont pour objectif premier de faciliter l'action des personnels pénitentiaires et d'améliorer leur opérativité pour les rendre plus efficaces.

Outre les mesures établies par cette circulaire, l'Italie a également mis au point une formation spécifique, appelée « front line », pour les personnels de la police pénitentiaire qui travaillent en lien étroit avec les détenus. Elle vise notamment à démontrer à ces personnels, qui sont les premiers référents des détenus, l'importance et la délicatesse de leur rôle.

3/ L'élaboration de procédures de détection de la crise suicidaire, le déploiement de plans de prévention et la connaissance des détenus;

La circulaire n° 181045 du 6 juin 2007 a également pour objectif d'atténuer les effets traumatiques de la privation de la liberté et d'améliorer la sécurité physique et psychique des détenus à leur entrée dans l'établissement pénitentiaire.

Dans cette perspective, la circulaire fixe des objectifs à atteindre pendant les premiers moments de la détention. Il s'agit de :

- signaler immédiatement aux détenus, à peine émergés dans un environnement qu'ils ne connaissent pas, la possibilité d'instaurer un dialogue avec des professionnels ;
- informer les détenus sur les règles qui rythment la vie de l'établissement ;
- déceler et traiter au plus vite les états de mal être psychologique, de maladie psychiatrique ou de maladie physique.

Afin de mener toutes ces actions est établi un « service d'accueil » pour les détenus venant de rejoindre l'établissement pénitentiaire. Ce service réunit des professionnels aux profils divers, à savoir : un médecin, des infirmières, des psychologues, des psychiatres, des éducateurs et un commandant du département de police pénitentiaire. Peuvent être amenés à y intervenir également des assistants sociaux ou des médiateurs culturels. Cette équipe se réunit régulièrement pour déterminer les lignes de conduite à suivre et définir un protocole

opérationnel. Une attention particulière est portée aux détenus qui présentent des risques suicidaires ou des pathologies psychiatriques à leur entrée dans l'établissement.

Les établissements pénitentiaires italiens ont également mis au point une procédure particulière qui s'adresse aux détenus toxicodépendants, appelée « double diagnostic ». En effet, les toxicodépendants sont une catégorie particulièrement faible de détenus, mais la pathologie psychiatrique est souvent couverte par des symptômes liés à la toxicodépendance et est donc difficilement décelable par les structures sanitaires. Le « double diagnostic » vise à déceler les profils suicidaires des toxicodépendants au travers de différents tests psychométriques.

Enfin, l'Italie a institué une unité spéciale appelée L'UMES (Unità di Monitoraggio Eventi di Suicidio) en 2000 qui a pour objectif de relever les épisodes suicidaires, d'en vérifier les caractéristiques, de déterminer les facteurs de risque et de formuler les propositions d'intervention. En juin 2003, l'UMES a organisé une rencontre avec les inspecteurs régionaux de l'administration pénitentiaire au cours de laquelle elle a rappelé que pour lutter contre le suicide en prison, il est fondamental de travailler sur les facteurs du mal être pénitentiaire.

4/ la réduction des moyens d'accès au suicide (dans la conception des nouveaux établissements, dans l'aménagement des locaux, dans l'organisation de la détention et la répartition des détenus ...);

La circulaire n° 181045 du 6 juin 2007 prévoit également une organisation spécifique de la détention au moment de l'entrée des détenus dans les établissements afin de limiter le risque suicidaire.

Dans chaque établissement pénitentiaire une structure séparée composée de chambres à deux ou trois lits, plus confortables que les autres, est établie. Cette structure d'accueil s'adresse tout particulièrement :

- aux personnes connaissant leur première détention ;
- aux jeunes adultes qui proviennent d'établissements pour mineurs ;
- à ceux qui affrontent une détention longtemps après une précédente expérience du même type.

D'autre part, à l'entrée du détenu, l'établissement pénitentiaire doit privilégier la nourriture et la propreté. A titre d'exemple, des sacs contenant de la nourriture qui ne se périmé pas doivent être à disposition des détenus qui font leur entrée dans l'établissement alors que les cuisines sont fermées.

Enfin, dans la phase d'accueil du prisonnier, celui-ci doit être à même de téléphoner ou de voir sa famille ou des proches quand il le souhaite.

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : ALLEMAGNE

Magistrat de liaison français en Allemagne

Christine MOREAU

Berlin, le 3 décembre 2008

Suicides dans les prisons Situation en République fédérale d'Allemagne

[...] Il convient au préalable de rappeler que les questions pénitentiaires relèvent de la compétence exclusive des Länder. Les actions menées en Allemagne pour prévenir les risques de suicide en détention peuvent être très différents d'un Land à un autre.

L'un de ces Länder, le Land de Basse Saxe a cependant décidé de travailler plus spécifiquement sur les risques de suicide en détention. Tout d'abord en incitant l'ensemble des Länder à lui communiquer ses statistiques en ce domaine pour en tirer des observations générales, puis en les incitant à se réunir au sein d'un groupe de travail pour échanger les expériences conduites en la matière.

La responsable de ces projets est Madame Katharina BENNEFELD-KERSTEN, directrice d'administration pénitentiaire, psychologue de formation.

Madame BENNEFELD KERSTEN est disposée à inviter un membre germanophone du groupe de travail Albrand à la prochaine réunion du groupe qu'elle préside et qui se déroulera du 6 au 8 mai prochain à Hambourg.

1. Les données chiffrées sur 5 années des suicides en prison :

	2000	2005	2006	2007
Nombre de suicides	117	93	75	71
Population pénale (condamnés définitifs, détenus en détention sûreté et détenus provisoires)	80.717	80.201	78.063	75.153

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de suicides	84	94	93	75	71

Observations:

Il n'existe pas en principe de statistiques fédérales sur le nombre de suicide dans les lieux de détention. Les seules statistiques existant à cet égard sont celles du service criminologique (*Kriminologischer Dienst*) de l'administration pénitentiaire du Land de Basse Saxe qui conduit, sous la direction de Madame BENNEFELD-KERSTEN, une étude sur l'ampleur du phénomène pour l'ensemble du territoire de la République fédérale.

Ces statistiques englobent à la fois les suicides des personnes détenues (prévenus, condamnés définitifs, détenus sous le régime de la détention sûreté), de celles qui ont obtenu un aménagement de peine ou une permission de sortir ainsi que de celles qui se trouvent dans des locaux de rétention administrative.

Selon l'étude menée par ce service de criminologie, et pour ce qui concerne les années 2000-2005 :

572 détenus s'étaient suicidés dont 566 hommes et 6 femmes sur une population pénale moyenne de 77.124 détenus.

Un tiers des hommes étaient âgés de 30 à 40 ans.

Dans 46% des cas, les personnes étaient incarcérées pour la première fois.

Dans 58% des cas, il s'agissait de détenus en détention provisoire.

Plus de la moitié des personnes concernées avait été condamnée pour des faits de violences ou était incarcérée de ce chef.

Dans la majorité des cas, les suicides sont intervenus au terme du premier mois de détention voire au terme de la première semaine.

Il s'agissait aussi dans 355 cas de personnes incarcérées dans des cellules individuelles.

De ces données statistiques, le *krimologischer Dienst* a identifié des catégories de détenus en proie à un risque suicidaire :

Il s'agit de :

- personnes incarcérées en cellules individuelles
- personnes âgées,
- personnes incarcérées depuis moins de trois mois
- personnes déjà condamnées ou mises en cause pour des faits de violences ou des infractions à caractère sexuel,
- personnes en détention provisoire,
- personnes incarcérées aux fins d'exécution de la peine sans convocation préalable pour le placement sous écrou (c'est-à-dire personnes qui ne se sont pas constituées volontairement prisonnières au rendez-vous fixé pour leur mise sous écrou)
- personnes sous dépendances.

Ces éléments statistiques ont en outre démontré que le risque suicidaire n'était pas moins élevé chez les personnes qui avaient déjà subi une incarcération.

2. La formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire

Tous les personnels pénitentiaires reçoivent au cours de leur formation initiale une sensibilisation sur les risques de suicide.

En revanche, la formation continue reste loin d'être systématique. Selon Madame BENNEFELD-KERSTEN, il n'est pas nécessaire que l'ensemble des personnels pénitentiaires reçoivent une telle formation mais plus particulièrement ceux qui sont au contact des détenus dans les tous premiers temps de leur incarcération, là le risque suicidaire semble statistiquement le plus élevé ou encore ceux qui sont en contact avec les prévenus, dans la mesure où leur incarcération constitue un choc plus grand encore que pour les condamnés qui, du fait de leur statut, ont pu « intégrer » l'idée de leur future incarcération.

Beaucoup d'établissements pénitentiaires en Allemagne sont dotés de quartiers arrivants (*Aufnahmeabteilung*) où les détenus demeurent les 2 à 3 premières semaines de leur incarcération. Ces quartiers existent à la fois dans les quartiers des établissements pénitentiaires réservés aux condamnés et dans les quartiers réservés aux prévenus (ces deux catégories de détenus sont systématiquement séparés).

Le Land de Basse Saxe sous l'impulsion de Madame BENNEFELD KERSTEN a mis en place un groupe de travail auquel tous les Länder ont accepté de se joindre. Dans le cadre de ce groupe de travail, le Land a mis en place deux sessions de formation continue pour l'ensemble des personnels travaillant au contact des détenus (personnel de surveillance mais aussi psychologues) dans les quartiers arrivants. Les méthodes préconisées reposent avant tout sur l'observation des détenus, le dialogue, l'encouragement aux contacts personnels avec les détenus et moins sur des listes de questions à poser auxquelles les détenus peuvent répondre de manière très diverse d'un jour à l'autre.

3. L'élaboration de procédures de détection de la crise suicidaire, le déploiement de plans de prévention et la connaissance des détenus

Il n'existe pas de plan fédéral de prévention des suicides en détention. Ces plans n'existent même pas nécessairement dans l'ensemble des Länder. L'élaboration de procédures de détection de la crise suicidaire repose avant tout sur les chefs d'établissement et ces procédures peuvent être très diverses selon la nature de l'établissement concerné, selon qu'il dispose ou non d'un quartier arrivant.

Le groupe de travail mis en place depuis mars 2006 par le Land de Basse Saxe permet en tout état de cause un échange régulier sur les méthodes employées, y compris à l'étranger, pour réduire les risques suicidaires : à titre d'exemple, apposer sur la porte d'une cellule un signe

distinctif de couleur pour exprimer un doute sur l'état dépressif d'un détenu, aménager spécialement les quartiers arrivants.

Ce groupe de travail s'intéresse aussi également à un projet mené par les Autrichiens à Innsbruck, directement importé du Royaume Uni, le projet LISTENER, dont le principe repose sur l'accompagnement d'un détenu fraîchement arrivé en détention par un détenu incarcéré puis plus longue date. Ce projet est mené en Autriche avec un groupe de 6 détenus volontaires et semble donner satisfaction.

4. La réduction des moyens d'accès au suicide

C'est un sujet dont le groupe de travail précité s'est emparé. Les réflexions de ce groupe de travail à ce stade sont les suivantes, elles émanent plus particulièrement de l'administration pénitentiaire du Land de Hambourg :

- concernant le chauffage de la cellule : nécessité d'un chauffage au sol, ou de radiateurs intégrés dans les murs
- dans les sanitaires: utiliser des installations en métal plutôt qu'en porcelaine pour limiter les risques de sections des veines,
- aération: ne pas utiliser de climatisation qui rend agressif et dépressif mais privilégier les aérations naturelles par la fenêtre malgré les risques de pendaison aux barreaux,
- -électricité: privilégier les éclairages intégrés au plafond pour limiter les risques de pendaison. Eviter les lampes à économie d'énergie dont la lumière rend dépressif,
- équipement et agencement des cellules/ salles de l'établissement:

Meubles en bois massif pour renforcer le sentiment de bien être, télévision et radio dans chaque cellule, mettre en place deux grandes salles en guise de salons: l'une avec un téléviseur grand écran, l'autre destinée aux activités plus reposantes (lecture, jeux de société),

Cellules d'au moins 20 m³ et de 3m. de hauteur; bouilloire dans chaque cellule, sanitaires séparés dans chaque cellule;

Couvrir les plafonds, les murs, les fenêtres et les portes ainsi que les planchers de couleurs vives;

Doter les cellules de dispositifs d'appels sans possibilité de communication pour le personnel pénitentiaire pour l'obliger à un entretien personnel avec le détenu.

Le Land de Brême est en train de construire un quartier arrivant doté de normes de construction destinées à prévenir les risques de suicide.

Ce thème semble actuel mais relativement récent en Allemagne.

5. Tout autre élément sur les actions conduites dans ce domaine

Outre le groupe de travail mis en place sous l'impulsion du Land de Basse-Saxe sur le suicide en prison, il est à signaler l'étude menée depuis le 1^{er} novembre dernier dans un établissement pénitentiaire de Braunschweig (Brunswick) auprès de 200 prévenus. Ces derniers se sont vus remettre au terme des deux premières semaines de leur incarcération un questionnaire destiné à une enquête « épidémiologique » sur le risque suicidaire en détention. Ce questionnaire leur sera une nouvelle fois distribué environ après trois autres mois de détention. Les questions portent sur la survenue d'idées suicidaires, leur manifestation etc...

Le groupe de travail précité est très impatient des données de cette enquête qui permettra, espère-t-il, une meilleure connaissance de ce phénomène.

Ce groupe de travail réfléchit aussi à la possibilité de mettre en place un numéro spécial « détresse psychologique » qui pourrait être appelé, en dehors de leurs cellules, par les prévenus incarcérés dans les quartiers arrivants depuis moins de 4 semaines, c'est-à-dire au cours de la période où le risque suicidaire semble le plus élevé.

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : PAYS-BAS

Ambassade de France aux pays-bas La Haye,
Le magistrat de liaison
David TOUVET

le 4 décembre 2008

La prévention du suicide des personnes détenues : éléments d'informations sur l'expérience néerlandaise.

- Données chiffrées :

Ci-dessous sont reproduites les statistiques publiées par le ministère de la Justice sur le nombre de suicides dans les établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt et prisons accueillant des détenus majeurs) et dans l'ensemble des lieux de privation de liberté (y compris institutions pour mineurs, cliniques TBS et centres de rétention pour les étrangers en situation irrégulière).

Année	Nombre de suicides (Population pénale - majeurs)	Taux de suicides pour 1000 cellules occupées (population pénale - majeurs)	Nombre total de suicides (tous lieux de privation de liberté)
2003	13	1	16 dont 2 mineurs
2004	21	1,4	<i>N.C.</i>
2005	20	1,3	24 dont 1 mineur
2006	16	1,3	<i>N.C.</i>
2007	15	1,2	18 dont 2 mineurs

Rappel : la population pénale (majeurs) est d'un peu moins de 13 000 détenus et le nombre total de personnes privées de liberté est de 19 300.

- Les outils de prévention du suicide :

D'une façon générale, le service médical et psychologique régional de l'administration pénitentiaire néerlandaise joue un rôle central dans la prévention et la gestion des suicides. Il existe **5 psychologues, coordonnateurs régionaux**, qui se déplacent systématiquement dans les établissements où un suicide a lieu, afin de guider et épauler le service médical et psychologique de l'établissement.

Deux objectifs sont alors recherchés :

- **accompagner et soutenir psychologiquement la famille du détenu décédé,**

- **éviter l'effet de « contagion »** au sein de l'unité de détention, en provoquant un entretien individuel avec chaque détenu de l'unité en question (ces unités comportent en général une douzaine de détenus dans les prisons néerlandaises).

Un **programme de prévention** du suicide dans les établissements pénitentiaires néerlandais a été lancé au **début de l'année 2008** par le ministère de la Justice, d'abord dans les établissements pour peines et les maisons d'arrêt. Il a vocation à être étendu, par la suite, aux institutions pour mineurs, aux centres de rétention pour étrangers en situation irrégulière, et aux cliniques TBS.

Ce programme est **coordonné par une psychologue**, conseillère du directeur des institutions pénitentiaires. Il est essentiellement destiné à assurer une formation spécifique des intervenants, à tous les niveaux de responsabilité (on parle d'« approche multi-niveaux ») :

- directeurs et membres du comité de supervision des établissements,
- cadres,
- surveillants et membres des services de soin.

Sur le plan méthodologique, le principe de la « **formation de formateurs** » a été retenu. Ainsi, les cadres reçoivent une formation générale et sont amenés à former eux-mêmes ensuite les surveillants. Ainsi, depuis le mois de janvier 2008, 360 cadres ont été formés, appelés à former eux-mêmes 12 000 surveillants.

○ Contenu de la formation :

Il s'agit tout d'abord de former l'ensemble des personnels à un **repérage plus systématique des tentatives de suicide et des « para suicides »** (auto-mutilations). Il est en effet capital, selon l'administration pénitentiaire néerlandaise, de repérer au mieux les signes annonciateurs de la crise suicidaire, même très en amont.

Le programme vise donc à développer progressivement **l'enregistrement des données relatives à ces comportements « auto agressifs » et tentatives de suicide**, dans chaque établissement, et donc de former les personnels pour ce faire.

Plus largement, **les surveillants** sont formés à l'utilisation systématique et régulière d'une « grille d'évaluation » des détenus, sur la base de critères très simples, qui sont néanmoins très utiles aux psychologues et aux cadres pour détecter un risque suicidaire : comportement général du détenu à l'égard des surveillants, hygiène, rangement des affaires personnelles dans la cellule, attitude de « meneur » ou de « suiveur » au sein d'un groupe.

Du côté des **personnels médicaux**, l'observation systématique des détenus à leur arrivée est désormais enrichie d'un repérage particulier des détenus plus susceptibles d'avoir des tendances suicidaires.

○ Critères spécialement pris en compte :

Certains critères reconnus par les études internationales comme étant fortement corrélés au suicide sont spécialement pris en compte :

- détenus purgeant une peine de 8 ans d'emprisonnement ou plus ,
- détenus placés en situation d'incertitude quand à la durée de leur incarcération (détention provisoire ou phase d'appel ou de recours),
- détenus condamnés pour des infractions violentes et/ou à caractère sexuel,

D'une façon générale, tous les détenus sont plus particulièrement surveillés dans les 3 premiers jours de leur incarcération et les surveillants sont appelés à accroître leur vigilance durant la nuit.

○ Objectifs :

Il ne s'agit pas de tendre vers le « zéro suicide », objectif considéré comme impossible à atteindre, mais de **revenir à terme à un nombre de suicide d'environ une dizaine par an**, soit, pour les Pays-Bas, un taux inférieur à 1 pour mille cellules occupées.

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : POLOGNE

Note en droit comparé – les suicides en prisons

préparée par le Directoire du Service pénitentiaire et traduite par A. Stepniewska, assistante du Magistrat de liaison :

Les données statistiques relatives au nombre des tentatives de suicide, au nombre des suicides et au nombre des prisonniers :

	2004	2005	2006	2007	2008*
Le nombre des prisonniers le 31 décembre	80 114	82 724	88 374	87 462	84 039
La moyenne annuelle des prisonniers	79 968	82 535	87 149	89 699	86 042
Le nombre des tentatives de suicide	170	218	229	219	192
Le nombre des suicides	30	42	42	41	35

* les données pour l'années 2008 prennent en compte : le nombre des prisonniers à la fin de l'année – l'état des choses à la date du 31 octobre 2008, la moyenne annuelle des prisonniers est comptée sur les 10 mois de l'année 2008, le nombre des tentatives de suicides est compté sur les 10 mois à partir du début de l'année, le nombre des suicides est comté sur la période du 1 janvier au 7 octobre 2008.

La formation relative à la reconnaissance des attitudes et des actes de suicides est destinées à tous les fonctionnaires lors de leur formation générale dans des écoles de sous-officier et d'officier et aussi lors des formations spécialisées, surtout lors de la formation destinée aux fonctionnaires chargés de collecter et analyser des informations nécessaires à la réalisation des taches principales du Service pénitentiaire. Les futures fonctionnaires sont les destinataires des informations relatives surtout à la reconnaissance du milieu dans lequel des condamnés vivaient et des troubles de comportement, aux méthodes de diagnose, à la reconnaissance de la sous culture et à la prévention de ses négatives manifestations, aussi à la prévention des actes d'auto agression et à la mise en œuvre des action prophylactiques.

Le programme de l'éducation dans ce domaine englobe quatre matières dont le contenu est suivant :

1. la base du travail pénitentiaire : les comportements autodestructifs se manifestant dans les conditions d'isolement, les causes et les formes des tentatives de suicides et des auto endommagements dans la réalité d'isolement de prison, la prévention des comportements autodestructifs, la reconnaissance des individus appartenants aux groupes de risque, la prophylactique, l'action après la tentative de suicide ou l'auto endommagement, la caractéristique d'une situation difficile et de ses genres, les réactions de l'homme dans une situation difficile, la caractéristique des troubles de comportements humains étant la conséquence de la situation de stresse, la reconnaissance et la prévention du phénomène d'une sous culture criminelle, les méthodes de diagnose pénitentiaire (conversation, observation, analyse de la

- documentation), la préparation des programmes prophylactiques individuels et collectifs.
2. ateliers de situations (pratique): la reconnaissance des signaux de préventions apparaissant dans les situations de danger, les moyens de résolution des situations problématiques.
 3. questions pénitentiaires : les troubles de comportements apparaissant chez les prisonniers, le phénomène d'auto endommagement dans des conditions d'isolement auto endommagements d'accoutumance instrumentaux, émotionnels, tentatives de suicides), le traitement envers les prisonniers manifestants des tendances décrites ci-dessus.
 4. les questions de criminologie triés : les facteurs de susceptibilité de victime chez le prisonniers pouvant devenir victimes.

Les cours spécialisés destinés aux fonctionnaires chargés de collecter et d'analyser des informations indispensables à la réalisation des tâches principales du service pénitentiaire sont en entier consacrés à la reconnaissance du milieu des prisonniers et de leurs intentions heurtant l'ordre et la sécurité des établissements de prison et des maisons d'arrêt. La participation au cours permet d'acquérir, d'approfondir et de pétrifier les connaissances et les aptitudes indispensables à la diagnose et à la prévention des situations pouvant conduire à la mise en danger de la sécurité dans un établissement pénitentiaire, et en particulier à la mise en danger de la vie ou de la santé des prisonniers, y compris les tentatives de suicides.

Les participants des cours connaissent des techniques de conduite d'une observation et d'autres techniques de recueil des informations relatives à l'atmosphère, les attitudes et intentions (y compris de suicide) des personnes privées de liberté, heurtant l'ordre et la sécurité d'un établissement pénitentiaire. Ils acquiescent une aptitude d'analyse des informations recueillies afin de déterminer l'état de sécurité, y compris de sécurité personnelle. Ils participent aux ateliers psychologiques au cours desquels ils connaissent des principes de communication interpersonnelle permettant à une détermination de l'esprit des individus détenus.

La formation relative aux techniques de recueil des informations, de capacité de leur analyse et de leur utilisation permet d'atteindre un objectif principal, à savoir la prévention des situations exceptionnelles, y compris des suicides des prisonniers.

La prévention des cas d'auto agression constitue en même temps l'un des objectifs des actions pénitentiaires mises en place dans des établissements pénitentiaires et dans des maisons d'arrêt. Elles consistent en particulier en une répartition adaptée des prisonniers, en organisation et en un bon choix des groupes d'éducation, en visitation des cellules, des lieux de travail et d'éducation, en maintien avec des condamnés de stables contacts d'éducation, en inspiration de leurs contacts avec des personnes les plus proches, en création des conditions permettant au maintien de positives relations interhumaines, en indication des moyens socialement acceptés de résolution des situations conflictuelles et en aide dans les situations conflictuelles.

La base de la mise en œuvre des mesures prophylactiques et correctionnelles est constituée d'une diagnose préalablement effectuée. Les fonctionnaires et les employés des prisons et des maisons d'arrêt ont le devoir d'une analyse globale des comportements des

prisonniers pouvant être une manifestation matérielle des troubles psychiques ou d'une dépendance de l'alcool, des stupéfiants ou d'autres substances psychotropes ou d'une incapacité d'adaptation aux conditions et aux exigences de l'établissement pénitentiaire. Les condamnés sont également soumis aux examens psychologiques consistant en particulier en connaissance de la personnalité d'un prisonnier, ses psychosociaux mécanismes de comportement et en détermination des instructions et des prescriptions relatives aux méthodes d'influence, surtout en cas d'état de dépression, de comportements agressifs ou de tendances à la auto agression et d'inclinations de suicide.

Déjà au moment de l'accueil d'un condamné dans un établissement pénitentiaire, il existe un devoir de constater s'il appartient au group des personnes manifestant un risque d'auto agression augmenté qui par conséquent doivent être soumis a des mesures prophylactiques plus amples. Sont considérés comme appartenant à ce groupe les condamnés qui : ont déjà fait des actes d'auto endommagement ou ont déjà tenté de se suicider, manifestent des symptômes de mécanisme de cessation de la consommation de l'alcool ou des stupéfiants, manifestent des troubles particulières en adaptation aux conditions d'isolement pénitentiaire, sont privés de support social et isolés dans le groupe des condamnés. Les prisonniers manifestant des inclinations d'auto agression sont immédiatement soumis aux mesures prophylactiques consistant en particulier en : placement parmi des personnes ne manifestant pas de telles tendances, détermination par le psychologue des mécanismes individuels d'auto agression et fixation des instructions adaptées aux mesures déjà mises en œuvre, explication de la nuisance et du caractère irrationnel de tels comportements et indication d'efficaces méthodes socialement acceptées de la réalisation des objectifs fixés, information des condamnés des conséquences négatives de l'auto agression.

Dans l'objectif d'influencer les comportements des prisonniers par le biais d'une atmosphère, dans les établissements pénitentiaires sont créées des conditions favorisant la conservation de la santé psychique et sont mises en œuvre des mesures prophylactiques consistant en réduction de négatives conséquences du placement dans les conditions d'isolement. En vertu des dispositions légales, dans chaque établissement pénitentiaire a été préparé le programme de prévention des actes d'auto agression des personnes privées de liberté. Le programme établit d'une manière précise les modes de traitement à l'égard de tels individus.

En cas de tentative de suicide ou en cas d'auto endommagement, après la première intervention médicale et des examens médicaux, le détenu est soumis à un examen psychologique afin de déterminer : des circonstances et des motifs de la tentative de suicide ou de l'auto agression, du besoin d'étendre au détenu du support psychologique, des inscriptions relatives au traitement ultérieur à l'égard du détenu.

En vue de réduire ou de minimaliser le risque des suicides pouvant être commis par des détenus est également mise en place une globale aide psychologique. Le rôle du psychologue est focalisé surtout sur l'évaluation du risque des comportements d'auto agression des détenus et sur une diagnose professionnelle relative à la détermination des mécanismes psychosociaux de comportement, y compris de comportement d'auto agression. Selon des besoins, les condamnés sont soumis aux mesures psycho correctionnelles de prophylactique de l'auto agression, aussi bien individuelles que de groupe.

Les condamnés devant être soumis aux mesures particulières plus intenses sont qualifiés au système thérapeutique et purgent leur peine dans les établissements thérapeutiques d'une spécialisation déterminée : pour les dépendants de l'alcool, pour les dépendants des stupéfiants ou pour les condamnés avec des troubles psychiques ou avec un handicap mental.

Vu la nécessité d'attirer une attention particulière au problème des comportements auto agressifs, y compris de suicides, le directeur général du Service pénitentiaire a adressé à maintes reprises aux établissements subordonnés des instructions précisant le mode de traitement à l'égard des condamnés manifestant des tendances d'auto agression. Il insistait surtout à une juste reconnaissance de la situation et des comportements des prisonniers lors des premiers jours d'isolement et pendant leur placement dans des cellules à une personne.

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : GRANDE-BRETAGNE

Magistrat de liaison
Sylvie PETIT-LECLAIR
LONDRES

Le 2 décembre 2008

Le suicide en prison au Royaume-Uni Les chiffres et mesures préventives

Le Ministère britannique de la Justice a mis en œuvre des mesures visant à réduire le nombre de suicides en prison. La méthode essentielle consiste à identifier les sujets à risque et à mettre en place un accompagnement des ces prisonniers pour éviter qu'ils passent à l'acte.

I. LES CHIFFRES

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de suicides	94	95	78	67	92	55
Population carcérale : Novembre ¹³⁵	74 452	75 164	77 421	79 950	81 454	83 139

Concernant les années 2006-2007 et les 92 suicides recensés dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles, on peut observer certaines différences selon le sexe ou les catégories de détenus :

	2007	2006
Prisonniers Masculins	84	64
Prisonniers féminins	8	3
Délinquants juvéniles de moins de 21 ans	7	2
Centres de détention surveillée pour jeunes délinquants	1	0
Prisonniers en attente d'être jugés	41	22
Prisonniers condamnés à une peine avec mesure de sûreté à l'issue de laquelle la liberté n'est pas automatique	4	2
Condamnés à perpétuité	18	6
Prisonniers étrangers	23	6

¹³⁵ Source : Home Office Service, Estate Planning and Development Unit - <http://www.hmprisonservice.gov.uk>

II. LES MESURES MISES EN ŒUVRE POUR LA PREVENTION DU SUICIDE EN PRISON

1. Prévention contre le suicide et l'automutilation (*Suicide and self – harm prevention*) *Prison Service Order 2700 - octobre 2004*

Ces dispositions visant à la gestion de la prévention du suicide et de l'automutilation sont appliquées dans chaque prison avril 2008.

Leur but est d'améliorer la circulation des informations entre les personnes impliquées dans la gestion d'un prisonnier à risque. A cette fin, elles ont créé les *Safer Custody Teams* qui poursuivent un plan d'amélioration continu dans chaque prison et elles chargent le « *Prison Service Order* » d'identifier les prisonniers à risque pour leur fournir un soutien adéquat.

Elles incorporent également l'*ACCT (Assessment, Care in Custody and Teamwork)*.

- **Les personnes chargées de la prévention**

Tout d'abord, tous les membres du personnel pénitentiaire endossent un certain nombre de responsabilités dans le cadre du système F2052SH (*self-harm at risk form*). Ainsi, dès que l'on observe un prisonnier ayant un comportement à risque, une procédure particulière est entamée par l'ouverture d'un dossier portant le numéro F2052SH.

Chaque année, les *Area/Operational Managers* et le Directeur des prisons de Haute sécurité (*Director of High Security Prisons*) doivent valider la stratégie de prévention du suicide dans chacun de leurs établissements.

Les *Governors* et les *Directors* ont une responsabilité générale dans la mise en oeuvre de politiques de prévention dans leurs établissements. Ils doivent adopter une déclaration de politique locale, des instructions ainsi que des protocoles et ce, en ayant recours à une approche multidisciplinaire.

Notons qu'ils peuvent déléguer certaines responsabilités aux *Suicide Prevention Teams*.

Ils doivent nommer un responsable *SPT*, diriger la mise en oeuvre de la politique de prévention et des procédures propres à l'établissement, et nommer des *Suicide Prévention Trainers*.

Ces *SPT* incluent :

- la *SPT* leader,
- le *Suicide Prevention Co-ordinator*
- les *Suicide Prevention Trainers*
- un *anti-bullying Co-ordinator* (gestion des prisonniers victimes d'intimidation)
- un représentant des services de santé.

Ils se rassemblent au moins une fois tous les trois mois pour examiner les cas d'automutilation, vérifier la qualité des procédures F2052SH ainsi que pour mettre à jour la stratégie de l'établissement.

Un compte rendu est établi et transmis à la *Senior Management Team* et au *Area Suicide Prevention Co-ordinator*.

- **La mise en oeuvre des mesures de prévention dès l'arrivée des détenus**

Les dispositions précitées insistent sur le fait que la prévention du suicide en prison commence dès l'arrivée des prisonniers en prison. La qualité de la réception est très importante. C'est pourquoi il est considéré que l'accueil et les procédures relatives à la première nuit en prison relève du devoir de soin qui incombe aux services pénitentiaires.

Le jour même de l'arrivée du prisonnier, un examen doit être effectué afin de détecter si une personne est sujette aux pensées suicidaires ou tendant vers l'automutilation.

De plus, un examen relatif au partage de la cellule doit être effectué et un formulaire complété.

Si le moindre problème est rencontré lors de l'examen ou de la collecte d'informations, il doit être signalé au *SPT Leader* afin que ce sujet soit abordé lors des réunions ultérieures.

D'autres mesures sont prises dès leur arrivée :

- l'établissement identifie et conserve les coordonnées d'une personne proche du prisonnier
- le numéro de téléphone d'un *Samaritain* (Association de soutien aux prisonniers) est mis à sa disposition
- ils ont la possibilité de contacter leur famille aussi souvent qu'ils le peuvent excepté les personnes faisant l'objet de restrictions

Une attention toute particulière sera portée aux toxicomanes : la non-prise des médicaments et les sautes d'humeur sont considérées comme comportements à risque.

- **Le suivi des prisonniers à risque**

Certaines mesures doivent être mise en oeuvre pour les prisonniers dits à risque :

- Ils doivent être affectés dans des cellules collectives à moins qu'ils présentent un risque pour les autres détenus
- Deux prisonniers à risques ne doivent pas partager la même cellule
S'il est impossible ou non conseillé de placer un prisonnier en cellule commune, il faut en indiquer la raison dans le document « F2052SH » et des mesures supplémentaires de protection doivent être prises
- Ils ne doivent pas être placés dans une *Segregation Unit* (unité spéciale) à moins qu'aucune autre solution ne soit envisageable
- Tous les prisonniers placés dans une *Segregation Unit* doivent subir des examens quant à leur santé mentale et le *Review Care Plan* doit être mis en place (la Cour européenne des droits de l'Homme considère que le non respect de ces règles est une atteinte à l'article 3 relatif aux traitements inhumains).

La *Special Accommodation*

- Ils ne doivent pas être placés dans une cellule non meublée. Ils disposent donc d'un lit, de vêtements et de l'électricité.
- Dans des circonstances exceptionnelles, les sujets violents ou réfractaires peuvent être mis en « *special accommodation* » (cellule sécurisée) (comme

définie dans *PSO 1600, Use of Force*) pour un court laps de temps, jusqu'à ce que ce comportement cesse. Pendant cette période, le personnel doit continuer de noter les observations et les changements de comportement dans le document F2052SH.

Surveillance des prisonniers à risque

- L'étude du document F2052SH de chaque prisonnier permet de déterminer le niveau de surveillance requis :
Par exemple s'ils peuvent être laissés seuls dans une cellule. Si ce n'est pas le cas un docteur ou une infirmière décide que ce prisonnier sera sous surveillance constante.
- La surveillance n'est pas une simple observation, elle doit être active et constituer un soutien pour le prisonnier.
Le personnel doit être capable d'identifier un prisonnier faisant l'objet d'un F2052SH parmi les occupants de la cellule commune, quelle est sa couchette et prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer que le prisonnier en question peut être clairement observé.
- Il n'est pas judicieux de choisir les *Listeners* pour observer les prisonniers.

Le déplacement des prisonniers à risque

- A l'intérieur de la prison : les déplacements vers la salle de gym, les ateliers, les salles de cours et les lieux de visites ne peuvent pas être exclus puisqu'ils font partie du programme pour lui venir en aide.
- Changements de cellule : ces mouvements doivent être consignés dans le F2052SH .
- Les transferts : tous les établissements sont tenus d'accepter un prisonnier faisant l'objet d'un F2052SH.

La *Segregation Unit*

- La décision de placer un prisonnier dans une *Segregation Unit* doit être prise en accord avec le personnel médical qui réétudie régulièrement le cas et le médecin de la prison qui doit le visiter au moins une fois tous les trois jours ; il est préférable qu'une infirmière rende visite au prisonnier tous les jours.
Une note doit être rédigée sur le prisonnier.
Le *Governor* doit pouvoir trouver une solution afin que le prisonnier quitte la cellule spéciale en s'appuyant sur l'avis du médecin.
- Une attention particulière doit être portée lorsque la décision est prise de placer un prisonnier en isolement. Le personnel de la prison doit évaluer les risques que présente une telle décision et faire preuve de discernement.
L'accès de ces prisonniers aux *Listeners* doit être le plus facile possible. Tous refus doit être justifié dans le document F2052SH et le *Segregation Log/Occurrence book* dans lequel seront mentionnées les raisons du refus et la réponse du prisonnier.

- **La procédure à suivre en cas d'actes d'automutilation**

- Dans un premier temps, tous les actes d'automutilation doivent être consignés dans un document appelé *incident report form* et le F213SH (*self-harm/attempted suicide form*) doit être complété.
Les actes de pendaison et de scarification doivent être reportés dans le document F213SH.
La *National Operations Unit* (NOU) doit être informée de tout acte d'automutilation.
Les cas les plus graves, c'est-à-dire lorsque le prisonnier doit être transféré à l'hôpital et/ou réanimé, doivent aussi être rapporté à *NOU* par téléphone.
- Le prisonnier transporté à l'hôpital doit conserver avec lui le formulaire « F2052SH » qui sera complété par le service médical.
- Lorsqu'un suicide ou un acte grave d'automutilation survient en prison, la *SPT* et la *Care Team* doivent travailler en concertation afin d'élaborer une stratégie pour soutenir le personnel et les prisonniers.
- Dans un second temps, le prisonnier qui s'est automutilé doit être interrogé afin de savoir s'il a été victime d'intimidation. Si tel était le cas, le *Anti-bullying Co-ordinator* doit en être avisé.
Le prisonnier est autorisé à contacter son *next of kin* (parent le plus proche) par téléphone ou à recevoir une visite exceptionnelle.

- **Les « Samaritains » et le groupe de support des pairs**

- Les prisonniers doivent être informés de l'existence et de la disponibilité des *Listeners*, d'autres détenus et des Samaritains. Ils doivent avoir le temps de leur parler, de les contacter par téléphone confidentiellement.
- Les contacts entre les prisonniers et ces personnes sont totalement confidentiels.
Des exceptions peuvent être faites lorsqu'ils reçoivent une confiance pouvant impliquer un acte terroriste ou encore lorsque lors d'un appel, un prisonnier est sur le point d'attenter à sa vie.
- Le personnel doit faciliter l'accès des volontaires à l'établissement.

2. Le ACCT: Assessment, Care in Custody and Teamwork

Pour parvenir à identifier les prisonniers à risque, le personnel pénitentiaire utilise le *ACCT Plan* qui a été mis en place dans les prisons depuis avril 2007. Ce guide a été approuvé par l'Administration pénitentiaire (*Prison Service*) et par la Département de la Santé (*Department of Health*).

Son but est de créer un environnement dans lequel la détresse est réduite et dans lequel le soutien aux prisonniers sera individualisé.

- **L'approche du ACCT**

Les personnes qui ont des idées suicidaires montrent toujours une certaine détresse et leurs intentions peuvent être détectées grâce à l'observation, l'écoute ou le dialogue. Certains prisonniers peuvent chercher à cacher leurs intentions.

L'*ACCT* décrit ensuite un certains nombres de signes qui caractérisent le malaise du prisonniers. En voici quelques exemples :

- Eu égard à son comportement : cris, tentative de suicide, rejet de toute aide, état négligé

- Eu égard à ses pensées : « Je voudrais mourir », « Rien n'ira jamais mieux »
- A ses sentiments : désespéré, en colère, triste, honteux, seul
- A ses changements physiques : sans énergie, perte de poids et d'appétit
- Eu égard aux situations qu'il peut connaître : problèmes de communication, violence

L'ACCT décrit ensuite le comportement à avoir face à ces prisonniers.

- Il faut chercher une première réponse en parlant avec la personne. Le but est de l'amener à parler sans aborder le problème de front. Par exemple, remarquer qu'il a maigri et lui demander si quelque chose ne va pas ou encore se préoccuper des événements qui surviennent comme une audience au tribunal.
Il faut prendre le temps de parler et ne pas chercher à résoudre le problème à sa place.
S'il est évident que la personne pense au suicide, il faut lui poser la question le plus directement possible et s'il y a un vrai risque, il ne faut pas laisser la personne seule et alerter les personnes du service.

- **Ouvrir un Plan ACCT**

- Ce plan est ouvert en cas d'acte d'automutilation ou d'identification d'un prisonnier à risque. Ce plan peut être ouvert par tous les membres du personnel.
- Une fois ouvert au nom du prisonnier, le document (Plan) est transmis au *Prisoner's/trainee's Unit Manager* ou au *Night Orderly Officer* en personne.
Il faut informer le prisonnier de l'ouverture du plan le concernant et lui expliquer ce qui va se passer (les étapes).
En cas d'urgence, il faut agir d'abord et enregistrer après.

- **Les étapes**

- Un *Unit Manager*, après avoir consulté le personnel concerné, décide des mesures qui seront appliquées au prisonnier jusqu'à ce qu'ils aient plus de détails.
Il notifie au *Assessor Team* les mesures prises et organise une rencontre avec le prisonnier à risque. Cet entretien vise à identifier le risque et contribue au premier *Case Review*.
Il est considéré que parler du suicide avec le prisonnier lui donnera l'opportunité d'exprimer ses sentiments et de trouver une raison de vivre.
- Un *Case Review* sera pris, dans l'idéal, immédiatement après *l'Assessment interview*. Il est présidé par le *Unit Manager* et sont présents le prisonnier concerné, *l'Assessor* et d'autres membres du personnel compétents.
Il doit avoir lieu au maximum 24 heures plus tard.
La *Case Review Team* évalue le niveau de risque et élabore le plan d'action et de management (*CAREMAP*) avec les prisonniers à risque. Ce plan contiendra la fréquence des conversations ainsi que toute observation utile. Il planifiera également la date du prochain *Case Review* qui devra se dérouler en fonction des besoins du prisonnier concerné.

- Tout le personnel doit lire le *CAREMAP*. Il contient les instructions concernant les besoins du prisonnier, les actions qu'ils doivent entreprendre et les responsabilités de chacun. Toutes les actions devront être notées (état d'esprit, conversations, activités, changements de comportement soudains, actes d'automutilation).

- **La responsabilité des Managers**

Unit Managers and Night Orderly Officers

Ils doivent :

- parler avec le prisonnier à risque et le personnel concerné de la manière dont il faut « sécuriser » la personne et fournir un support dans les plus brefs délais.
- enregistrer les décisions dans *Immediate Action Plan*
- organiser le premier *Case Review*
- informer les membres du personnel en contact avec le prisonnier
- compléter le F213SH s'il y a automutilation
- informer un officier de support de l'*ACCT*
- si le prisonnier a moins de 18 ans, informer la protection de l'enfance aussi tôt que possible

Case Manager

Leurs responsabilités sont les suivantes :

- organiser et présider les *Case Review*
- assurer la mise en oeuvre du *CAREMAP*
- assurer que les personnes clés participeront au *Case Review*
- impliquer le prisonnier
- s'assurer qu'un *Case Review* soit pris avant que le prisonnier ne revienne à un régime de détention ordinaire

- **Le CAREMAP**

- Il implique le prisonnier puisqu'il doit donner son accord préalable aux actions prévues.
- C'est un plan individuel qui prend en compte les problèmes de la personne (pourquoi a-t-elle des pensées suicidaires ?)
Il doit aider la personne à résoudre le problème et si ce n'est pas possible, l'aider à vivre avec.
- Il vise à la mettre en relation avec des personnes qui pourraient l'aider (autres prisonniers, famille)
- Il doit viser à mettre le prisonnier dans un environnement rassurant.

- **Se préoccuper des cas d'automutilation**

Certains prisonniers ne veulent pas mourir mais juste attirer l'attention parce qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer. Leur porter attention pourrait permettre d'empêcher un suicide.

Pour cela, le *CAREMAP* doit organiser des activités, des réunions pour leur permettre de s'exprimer.

- **Le Case Review**

- Son but est de rassembler la personne à risque et l'équipe qui s'occupe d'elle pour étudier les progrès réalisés, les problèmes, leur intensité et les nouvelles précautions à prendre.
- Un *Case Review* efficace implique la personne à risque, le même *Case Manager* et des personnes clés qui connaissent le prisonnier à risque.
- Des questions clés doivent être posées :
 - Est-ce que les problèmes qui ont nécessité l'ouverture de l'*ACCT* Plan sont maintenant résolus ?
 - Si ce n'est pas le cas, que peut-on faire pour les résoudre ?
 - Est-ce que d'autres problèmes sont survenus générant de la détresse et plus de risques ?
 - Dans ce cas, que peut-il être fait pour les éradiquer ?
 - La personne à risque est-elle désormais en contact avec la famille, des amis ou d'autres soutiens ?
 - La personne à risque a-t-elle trouvé aujourd'hui un élément positif dans sa vie ?
 - Si ce n'est pas le cas, comment peut-on l'améliorer ?
- Il faut estimer le risque dans le temps :
 - Détresse : Est-ce que quelque chose a amené la personne à risque à être plus ou moins désespérée ?
 - Ressources : Est-ce que quelque chose a changé permettant ainsi la personne à risque de se sentir moins seule ?
 - Précédent comportement suicidaire : Est-ce que quelque chose à amené la personne à se sentir plus familière avec le suicide ?
 - Santé mentale et/ou abus de drogues
 - Intention de se suicider : Est-ce que quelque chose fait penser que la personne est plus ou moins prête à se suicider ?
 - Formes d'automutilation : Est-ce que ces gestes sont plus ou moins fréquents qu'avant ? La même méthode est-elle utilisée? Pourquoi ?

- **La responsabilité du personnel de santé**

Ils sont responsables de/pour :

- doivent fournir les informations sur leur patients au *ACCT Assessors* et aux *Case Manager*
- doivent réaliser une évaluation de la santé mentale de l'intéressé et prodiguer les soins appropriés (ceci ne signifie pas que le prisonnier à risque doive être placé dans un centre de santé).

- **Confidentialité et révélation appropriée**

Les obligations à cet égard sont les suivantes :

- Le personnel de santé a l'obligation de recevoir les informations du patient et de les utiliser dans un cadre confidentiel et professionnel.

- Il a une obligation de transmettre les informations qui pourraient améliorer la sécurité du patient lorsque cela est possible (lorsque le patient est d'accord). Dans le cas où la sécurité individuelle est compromise mais que le patient ne veut pas donner son consentement, il a l'obligation de révéler ces informations.
- Les informations relatives à la santé lorsque le patient doit sortir restent confidentielles mais tout problème concernant sa vulnérabilité ou sa sécurité doit être mis en lumière par le personnel.
- Toute information reçue et identifiée par le personnel de santé qui montre un risque physique, médical ou social impliquant le prisonnier ou un proche doit être rapidement partagée avec toutes les personnes concernées.

Dans un but d'efficacité du suivi, le personnel concerné par une même personne se doit de communiquer.

- **Clôturer un Plan ACCT**

- Il faut se préparer à le fermer à tout moment. Il faut encourager la personne à risque à construire son propre réseau de soutien et réduire graduellement le soutien qui est offert par la prison.
- Le Plan est clos lorsque la *Case Review Team* juge que la personne peut gérer seule les problèmes subsistants.
- Lorsque les problèmes ayant suscité l'ouverture du plan sont résolus.
- Lorsque la personne est en contact avec la famille, des amis ou d'autres proches.
- Lorsque les personnes ont maintenant quelque chose dans leur vie qui les fait se sentir bien.
- Un entretien est fait après la clôture.

- **Impact du suicide et des tentatives de suicide sur le personnel**

Ce qu'il faut faire pour minimiser les effets du stress :

- reconnaître que le choc émotionnel provoqué par le suicide d'un prisonnier ou par une tentative de suicide est une réaction normale
- parler de cette expérience avec des collègues, des amis ou la famille
- prendre part aux sessions de débriefing
- dormir suffisamment, faire de l'exercice et bien se nourrir
- reprendre la routine dès que possible

- **Les interfaces avec F2052SH**

- Arrivée : (quand un prisonnier arrive et qu'il est sous F2052SH ouvert dans un autre établissement)
→ le F2052SH doit rester ouvert
- Départ : le prisonnier qui fait l'objet d'un plan ACCT et qui est transféré dans un autre établissement ou qui se rend au Tribunal doit avoir le document avec lui. Dans le nouvel établissement, il sera transféré sous un F2052SH.

- **Les enfants à risque**

- Le placement d'un mineur sous un *ACCT Plan* doit être porté à la connaissance de la protection de l'enfance (*The Child Protection Coordinator*)
- Deux mineurs à risque ne doivent pas partager la même cellule
- Pour obtenir un soutien et des conseils, ils peuvent accéder aux *Youth Offending Team (YOT)* ou à des services sociaux ou prendre contact avec le *Child Protection Coordinator*. Ce sont ces mêmes personnes qui autoriseront le contact avec la famille

Conclusion :

Les personnes, que j'ai pu rencontrer en dépit du temps extrêmement bref qui nous a été imparti, m'ont indiqué que cette méthode semblait faire ses preuves et que le ratio nombre de suicides/population pénale tendait à le démontrer. En l'état, il n'est pas prévu de modifier les bâtiments ou les installations ou encore d'envisager des techniques architecturales particulières, le risque « zéro » ne pouvant être atteint de cette façon (ex : il est difficile d'envisager un substitut au linge de nuit...). Comme chacun le sait, le ministre de la Justice est davantage préoccupé par la radicalisation dans les prisons ou par la surpopulation carcérale.

Annexe E

RAPPORT DES MAGISTRATS DE LIAISON : ESPAGNE

Magistrat de liaison en Espagne
Patrice Ollivier Maurel

3 décembre 2008

La prévention des conduites suicidaires dans les établissements pénitentiaires en Espagne

Le sujet a fait l'objet en Espagne d'une circulaire n°14/2005 du 10 août 2005 de la Direction Générale des Institutions Pénitentiaires prise en raison d'un accroissement important du nombre de suicides dans les prisons espagnoles. Elle s'inscrit dans le cadre de l'article 3.4 de la Loi Organique Générale Pénitentiaire intitulé « veiller sur la vie, l'intégrité et la santé des détenus » et instaure un programme de prévention du suicide qui s'articule autour de quatre axes de travail : la détection, le diagnostic, la mise en œuvre de mesures particulières et la création d'un nouvel intervenant, « le détenu de soutien » (*interno de apoyo*)

Avant d'aborder de façon plus détaillée ce programme, il convient de rappeler que l'Espagne se dote depuis quelques années d'établissements pénitentiaires modernes au sein desquels la socialisation des détenus est la principale préoccupation. L'isolement est proscrit ou limité au strict minimum, les portes des cellules ne sont pas verrouillées, les détenus peuvent aisément aller et venir pour travailler ou profiter des activités sportives et éducatives, les repas sont pris en commun, le personnel pénitentiaire n'arbore pas d'uniformes et se mêle en permanence aux détenus. Les liens familiaux sont préservés au moyen de parloirs aisément et largement accordés et qui se répartissent en parloirs ordinaires, parloirs familiaux et parloirs intimes avec le conjoint ou compagnon d'une durée de une à deux heures une fois par mois. Si l'utilisation des téléphones portables est interdite, l'usage du téléphone est fréquent depuis des cabines mises à disposition. (Les conversations étant tenues en présence d'un surveillant).

Selon les personnels rencontrés, ces améliorations dans les conditions de détention ont réduit les sources de conflit et d'incidents. Elles ont également contribué à un rapprochement entre détenus et le personnel pénitentiaire qui participe activement aux activités et dont la tâche n'est plus limitée à la surveillance et la sécurité ; Missions confiées à la Guardia Civil qui contrôle les enceintes et les accès aux établissements.

Il va de soit que cette politique d'aménagement participe également de la volonté de préserver les risques de suicides auprès de populations considérées à risque, à juste titre.

D'ailleurs, dans son introduction, la circulaire de 2005 rappelle quels en sont les principaux facteurs :

- l'impact psychologique de l'incarcération et le stress qui l'accompagne,

- la prise de conscience brutale de la gravité des faits commis, surtout lorsqu'il s'agit d'atteintes à la personnes, de violences sexuelles ou conjugales,
- la médiatisation excessive d'une affaire,
- l'isolement et la perte des liens familiaux ou affectifs,
- le brutal changement dans les conditions de vie notamment des personnes impliquées dans les affaires financières,
- toute modification législative, réglementaire ou judiciaire affectant les conditions de détention et notamment leur durée. (réductions de peines, libérations anticipées...)

Certes, il n'existe pas de programme de formation spécifique à « l'école d'études pénitentiaires » même si des cours généraux sur la prévention des suicides sont dispensés dans le cadre de la formation initiale ou continue. Cependant l'ensemble des personnels est sensibilisé au quotidien à cette question par le rappel de l'article 309 du règlement pénitentiaire de 1981 toujours en vigueur et qui impose à ces derniers de connaître les détenus dont ils ont la responsabilité en privilégiant l'écoute, la compréhension, le dialogue et en intervenant immédiatement si nécessaire.

Ainsi le Programme de Prévention des Suicide s'adresse indifféremment à tous ces personnels, qu'ils soient encadrants, médecins, psychologues, éducateurs ou surveillants et il rappelle que les détenus ont droit à ce que « l'administration pénitentiaire veille sur leur vie, leur intégrité et leur santé ».

1- La détection des situations à risques

Il s'agit d'une mission qui est confiée à tous les services intervenants en prison qui devront signaler par écrit ou verbalement au personnel encadrant, directeurs, médecins, psychologues ou chefs de service toute situation leur paraissant mériter une attention particulière. L'arrivée dans l'établissement est stigmatisée comme étant une phase importante du programme au cours de laquelle il doit être procédé à une première évaluation par l'examen du dossier de l'intéressé et de ses antécédents, notamment lors d'un transfert d'une prison à une autre. Pour servir de support à cette évaluation, il est proposé un barème extrêmement précis affectant d'un coefficient de risque tous les types de situations personnelles.

Parmi celles-ci sont plus particulièrement mises en exergue :

- les périodes aux cours desquelles le personnel est réduit, week end, vacances et jours fériés,
- les détenus soumis à des régimes particuliers de détention et notamment l'isolement,
- la survenue de conflits familiaux ou affectifs,
- l'incidence de toute évolution dans la situation judiciaire et notamment procédurale,
- l'approche de la fin de peine et les inquiétudes des détenus quant à leur réinsertion,
- toute notification de décision rejetant une requête : rejet de liberté conditionnelle ou de réduction de peine, rejet ou suppression de permis de visite...

2- Le diagnostic

Le détenu qui fait l'objet d'un signalement doit être immédiatement vu successivement par le psychologue, le médecin et le directeur du service éducatif qui devront ensuite se réunir « junta de tratamiento » pour proposer au directeur de l'établissement la mise en oeuvre du programme de prévention. C'est en effet à ce dernier qu'appartient la décision d'admettre au programme le détenu concerné en l'inscrivant dans un registre spécifique de suivi, provoquant une prise en charge personnalisée par l'ensemble des personnels,

Ce suivi ordonné pour une durée minimale de un mois ne prendra fin que sur nouvelle proposition de la « junta de tratamiento » qui réexamine périodiquement la situation de chaque détenu concerné.

3- Les mesures de suivi

Elles sont réparties en quatre catégories,

- les mesures préventives : cellules partagées pour éviter toute situation d'isolement et accès facilité aux moyens de communication à destination de la famille,
- les mesures urgentes : hospitalisation en unité psychiatrique, prise de traitement médical sous surveillance pour éviter le « stockage médicamenteux », affectation d'un détenu de soutien, retrait de tout objet dangereux, surveillance renforcée de tout le personnel,
- les mesures programmées : suivi médical et éducatif renforcé assorti d'une évaluation périodique de la situation, accompagnement continu 24h sur 24 ou aux heures de fermeture des activités communautaires par un détenu de soutien, participation accrue aux activités sociales et sportives, accès prioritaire à un travail rémunéré, maintien des liens familiaux et sociaux à l'extérieur de l'établissement en favorisant les parloirs.

4- Le détenu de soutien (interno de apoyo)

Il s'agit indéniablement de l'aspect le plus intéressant du dispositif dont l'effectivité repose désormais non seulement sur le personnel travaillant dans l'établissement mais également sur la participation active de certains co-détenus sélectionnés. Il s'agit d'une approche innovante qui modifie la perception que le détenu a de son environnement. Il n'est plus dans une relation inégalitaire d'opposition, de méfiance, voire de conflit avec ceux qui ont la charge de le surveiller mais dans une relation plus spontanée avec des co-détenus qui ont pourtant la même fonction mais qu'il perçoit comme des « frères » partageant son quotidien et auprès desquels il s'épanchera plus volontiers.

Bien entendu il ne saurait être question de recruter n'importe qui pour exercer une tâche de cette importance. Les détenus de soutien sont choisis par la « junta de tratamiento » parmi des volontaires motivés, « installés durablement » dans l'établissement sans connaître d'addiction à des drogues et sans avoir eu de problèmes de comportement ou fait l'objet de sanctions disciplinaires. Pour garantir la stabilité du système ces détenus doivent avoir un reliquat de peine à purger y compris compte tenu des réductions de peines ou d'une éventuelle libération conditionnelle d'au minimum un an.

Ils bénéficient d'une formation de 30 heures sur 15 jours dispensée non seulement par les personnels médicaux, infirmiers, éducatifs qui travaillent dans l'établissement mais également par les membres des associations qui y interviennent. Le but de ces cours est de dispenser les bases nécessaires à l'identification des situations à risque et notamment de la dépression et de les sensibiliser à l'écoute, à la communication et à l'assistance à autrui.

La circulaire recommande que leur nombre atteigne 2% de la population carcérale. Il est également prescrit que le chef du service éducatif devra organiser une session mensuelle de travail avec les détenus de soutien à laquelle participeront des professionnels qui rappelleront les objectifs du programme et renouvelleront les consignes ainsi que les apprentissages et conseils prodigués au cours de la formation initiale.

Le travail de soutien de ces détenus se décline selon trois modalités plus ou moins contraignantes en fonction de la pathologie et du risque présenté par le détenu placé sous surveillance et qui leur est affecté. Il pourra s'agir soit :

- de partager simplement la cellule du détenu surveillé,
- de partager sa cellule et de l'accompagner dans les activités individuelles
- de l'accompagner 24h sur 24.

Bien évidemment, s'agissant d'un engagement important qui bénéficie à la collectivité et qui n'est pas exempt de responsabilité du moins sur le plan moral, ces détenus bénéficient en contrepartie d'avantages matériels dans le régime de détention, d'un accès prioritaire au travail, de réductions de peines complémentaires ou d'une libération conditionnelle anticipée.

5- Evolution de la mortalité par autolyse dans les prisons espagnoles entre 2003 et 2007

- 2003 : 28 suicides soit 0,60 pour 1000
- 2004 : 40 suicides soit 0,79 pour 1000
- 2005 : 33 suicides soit 0,63 pour 1000 – année de la mise en œuvre du programme.
- 2006 : 25 suicides soit 0,46 pour 1000
- 2007 : 27 suicides soit 0,47 pour 1000

Annexe E

ESPAGNE

Instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides

Direction générale des institutions pénitentiaires – Espagne
(Traduction Marina PAJONI-PMJ1)

Ministère de l'intérieur
Direction générale des institutions pénitentiaires
Sous direction de la prise en charge et de la gestion pénitentiaire

10 août 2005

L'instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides est d'application immédiate. Tous les moyens devront être mis en œuvre à cette fin.

Il est important de prêter une attention particulière aux situations qui l'exigent, de la part des équipes techniques et médicales, à la détection des facteurs de risques et à la prise en charge adaptée qui en découle.

Il faut souligner que la période estivale peut être propice à ce genre de conduites.

La directrice générale des institutions pénitentiaires
Mercedes Gallizo LLamas

Programme cadre de prévention des suicides

Domaines d'application : prise en charge, santé et surveillance

Mots clés : Détection et prévention des risques, Mise en place des programmes, Evaluation.

1. Introduction

Selon l'OMS, la conduite suicidaire constitue un problème de santé publique car il touche de très nombreuses personnes chaque année dans le monde entier.

Le suicide est considéré comme un trouble comportant plusieurs dimensions d'ordre biologiques, génétiques, psychologiques, sociologiques et environnementales.

La conduite suicidaire est un des grands problèmes rencontrés par l'administration pénitentiaire au sein de toute l'Europe.

Les établissements pénitentiaires accueillent des groupes d'individus considérés comme vulnérables en ce qui concerne le risque de passage à l'acte suicidaire (les jeunes, les malades mentaux, les marginaux, les toxicomanes). Comme facteurs plus concrets, on trouve :

- l'impact psychologique de la détention et de l'emprisonnement ou du stress quotidien associé à la vie de la prison peuvent dépasser les capacités des sujets les plus vulnérables ;
- la nature de l'infraction commise, et en particulier les infractions sexuelles, les infractions contre les personnes, et plus spécifiquement les violences familiales

peuvent provoquer dès l'incarcération mais aussi si la peine se prolonge en raison de la condamnation, une fragilisation de l'équilibre émotionnel.

- L'impact de la médiatisation de l'affaire pour laquelle la personne est incarcérée ;
- Les personnes qui ont commis un délit financier et qui voient s'envoler tous leurs rêves d'un idéal économique pour lequel ils ont consacré de nombreuses années de leur vie peuvent se sentir abattus par la baisse de leur niveau de vie en détention ;
- L'éloignement, la séparation, la perte des liens familiaux et du milieu social habituel ;
- Enfin, les modifications légales intervenues ces dernières années relatives à l'exécution des peines dans leur totalité et les conditions d'octroi des bénéfices pénitentiaires ont contribué à augmenter le nombre de détenus et la durée moyenne d'incarcération. Cela n'a fait que diminuer l'espoir de nombreux détenus qui antérieurement auraient eu accès à une libération conditionnelle, un régime de milieu ouvert et davantage de permissions de sortir.

2. Programme cadre : caractéristiques

L'institution pénitentiaire a le devoir de « veiller à la vie, l'intégrité et la santé des personnes détenues » (art.3.4 de la loi organique générale pénitentiaire). Consciente de cela, la direction de l'administration pénitentiaire a développé des programmes de détection et de prévention des conduites d'autolyse.

Au vu de l'évaluation et des modifications apportées aux programmes spécifiques relatifs à la prévention du suicide et conformément aux instructions de l'OMS, il est apparu nécessaire d'élaborer un nouveau programme cadre. Et ce, afin de motiver les acteurs qui travaillent au sein des institutions pénitentiaires à rendre ces programmes systématiques dans chaque établissement pénitentiaire afin de diminuer le nombre des suicides.

Tous les intervenants sont concernés par le problème du suicide qui exige donc une majeure attention et mobilisation de tous les agents (fonctionnaires, contractuels et bénévoles).

Il revient à tout le personnel de l'administration pénitentiaire de détecter une possible conduite suicidaire.

Tout personnel pénitentiaire doit « connaître les détenus de l'unité (*NLDR : bâtiment*) et communiquer les informations relatives à leur comportement » (art.309 du règlement pénitentiaire de 1981 toujours en vigueur).

L'étude de profils susceptibles d'avoir une conduite suicidaire est indispensable mais cela peut concerner l'ensemble de la population pénale. Tout détenu pourrait faire partie d'un groupe à risque. Il est donc urgent d'ajouter à certains traits de personnalité l'analyse de situations particulières de risque qui peuvent entraîner des comportements d'autolyse.

Dès qu'une situation est signalée, après une écoute attentive et active, des mesures adéquates doivent être prises immédiatement. Puis, l'intervention du psychologue et du médecin doit suivre rapidement.

Il est indispensable que ces deux professionnels transforment cette détection rapide d'un possible comportement suicidaire en une étude conjointe de la situation du détenu.

Se fondant sur tous les éléments concernant la santé, la surveillance, et la prise en charge de la personne, le sous directeur de la « prise en charge et de programmes » et ces deux

professionnels proposeront au directeur d'inclure la personne dans le programme de prévention du suicide et les mesures à adopter.

Cette collégialité de l'évaluation et de la proposition permettra de ne pas inclure dans le programme de nombreux cas, ce qui permettra de focaliser les moyens humains, toujours limités, et en les dédiant à l'intervention et au suivi des détenus inclus dans le programme. Ainsi, la sensibilité de la détection et la spécificité de son application se complètent.

L'ordre de la direction d'inclure un détenu dans le programme et d'y affecter les moyens appropriés exige une communication entre les personnels de la prise en charge, du service médical et de surveillance et doit être reportée dans divers documents (le livre registre du PPS, les bureaux des régimes (différents grades), de la prise en charge et le service médical.).

Ce programme doit souligner et rappeler l'importance du rôle du personnel de surveillance dans la rapidité à détecter comme dans le contrôle de mesures imposées.

L'importance de la collaboration du groupe des « détenus de soutien » constitué par un groupe de détenus qui peuvent ainsi obtenir d'importants bénéfices comme l'accès à des activités qui exigent une bonne conduite.

Ce programme prétend parvenir à une plus grande fluidité des informations et d'échanges d'expériences pour que chaque établissement puisse améliorer de façon continue son programme spécifique.

Permettre une amélioration continue du système en assistant plus particulièrement sur :

- les actions pour la formation du personnel dans la détection et la prévention des conduites suicidaires, qui sont organisées par le centre des études pénitentiaires ;
- élaborer une politique proche des détenus en augmentant les activités proposées ;
- améliorer le système de coordination des informations ;
- intensifier la coordination entre les professionnels de surveillance, de prise en charge et de la santé, et de ces trois groupes entre eux, doit constituer une garantie pour que ce programme cadre de prévention des suicides inclue les trois missions de l'administration : la garde, la prise en charge et l'assistance.

3. La détection des cas

Le droit des détenus à ce que l'administration pénitentiaire veille sur leur vie, leur intégrité et leur santé oblige tout le personnel affecté dans les établissements pénitentiaires à participer activement à ce programme.

C'est pour cela que bien que même si l'on définit les compétences en matière de :

- informations, de proposition et d'autorisation des différentes instances de l'établissement ;
- détection des situations de crise qui pourraient aboutir sur le suicide d'un détenu
- de suivi des détenus inclus dans le programme ou d'amélioration de ceux qui ont quitté le programme ;

L'ensemble du personnel pénitentiaire doit mener à bien cette mission.

Les professionnels en contact avec les détenus, que ce soit dans le cadre de l'observation ou de la surveillance, d'un diagnostic et d'une intervention, doivent informer avec la plus grande

rapidité de quelconque incident : aussi bien au chef de service (*NDLR : chef de détention*), ou au sous-directeur chargé de la prise en charge, au psychologue, ou sous-directeur chargé de la santé du bâtiment où se trouve hébergé le détenu.

Dans tous les cas, il faut écarter toute bureaucratisation de la procédure afin de privilégier la rapidité de l'administration et l'immédiateté de la réponse. Tous les professionnels qui détectent une situation à risque devront effectuer un signalement écrit ou verbal le plus concis possible.

A l'arrivée à l'établissement pénitentiaire :

Le moment de l'arrivée est un moment clé pour repérer les détenus qui sont susceptibles d'intégrer le PPS (programme de prévention du suicide) . Le bureau des Régimes de détention fournira chaque jour un rapport détaillé des détenus arrivants et la nature des infractions qui justifient leur incarcération.

Si le détenu provient d'un autre établissement, il faudra alors examiner son dossier afin de savoir s'il a précédemment commis des tentatives de suicide ou s'il a déjà été inclus dans un PPS. Dans tous les cas, pour tous les transferts, cette information sera toujours portée sur le dossier individuel du détenu accompagnée du document du service de santé, qui doit toujours figurer au dossier de la personne transférée.

Les professionnels, conformément à l'article 20 du règlement pénitentiaire, qui recevront le détenu arrivant en entretien doivent évaluer l'existence de circonstances spéciales de risque de suicide et informé immédiatement le sous directeur de la prise en charge. Si la détection du risque est effectuée par le psychologue ou le médecin, ils procéderont directement à l'évaluation du risque.

Au cours de l'incarcération :

Conformément à l'article 66 du règlement pénitentiaire, tout au long de l'incarcération, lorsque les fonctionnaires en vertu de leur devoir d'observation, détectent la manifestation d'idées ou de conduites qui pourraient induire l'inclusion dans un PPS, ils doivent immédiatement en informer leur supérieur hiérarchique ou les professionnels de la santé ou de prise en charge du bâtiment.

Situations spéciales de risque :

- quand l'évaluation du risque suicidaire ne peut être menée en raison de l'absence de personnel compétent et qu'une situation de crise se présente = il faut alors procéder à l'évaluation immédiate par le médecin de garde qui prendra les mesures provisoires nécessaires jusqu'à ce que le sous directeur chargé de la prise en charge, le médecin et le psychologue puissent procéder à l'évaluation précise.
- Les détenus relevant de l'article 75.2 du règlement pénitentiaire qui prévoit que certains détenus peuvent bénéficier de restrictions de régime à leur demande (*NDLR : sur décision motivée , le directeur, pour protéger la vie ou l'intégrité physique d'un détenu, peut à sa demande le mettre dans un régime de détention plus strict = isolement*) Tout détenu formulant une telle demande sera reçu pour une évaluation par le médecin et le psychologue qui émettront un avis afin de savoir s'il présente des risques de suicide afin d'adopter les mêmes mesures que pour n'importe quel autre détenu relatives à la prévention du suicide. Dans tous les cas, tout détenu relevant de

l'article 75.2 sera reçu en entretien au moins une fois par semaine par l'éducateur et devra voir le médecin et le psychologue au moins une fois par mois.

- Les conflits familiaux ou affectifs graves : une vigilance particulière doit être apportée aux personnes détenues en cas de survenue de certains événements familiaux ou affectifs. Les fonctionnaires des services pénitentiaires du département des parloirs feront savoir au chef de service, pour transmission au sous directeur de la « prise en charge », la gravité des événements déroulés ou de la nouvelle reçue pendant les parloirs et en lien avec la situation socio-familiale. Le sous directeur saisira alors l'éducateur afin qu'il évalue ce qu'il s'est passé et les conséquences sur l'état émotionnel du détenu. De même, tout membre de l'équipe technique, et en particulier, le travailleur social ou l'éducateur, ont connaissance d'un événement familial ou affectif conflictuel, cette information devra être transmise au sous directeur de la prise en charge.
- Tous les éléments relatifs à la situation pénale ou pénitentiaire des détenus qui peuvent avoir des conséquences et mal être vécus, devront être particulièrement évalués par le juriste et l'éducateur – chacun intervenant sur son champ de compétence- afin d'évaluer la situation de risque, d'observer et de suivre la personne avec des mesures adaptées.
- De même, la proximité de la date de l'élargissement doit être considérée comme un facteur risque. Le travailleur social prendra en compte les difficultés de réinsertion sociales, familiales et professionnelles au cas où elles constitueraient une augmentation du risque.
- La situation d'isolement du détenu, selon l'article 43 de la loi organique générale pénitentiaire, sera mise en œuvre en vertu d'un rapport médical. Le médecin de l'établissement relèvera expressément dans son rapport au directeur l'éventuelle situation de risque de suicide du détenu.
- Une attention particulière doit être apportée dans les situations où la personne détenue a reçu une information défavorable relative à sa situation administrative ou judiciaire (régression de grade, refus de permission de sortir, refus de libération conditionnelle...). Dans ces situations, l'éducateur et le juriste procéderont à l'évaluation du risque suicidaire. L'éducateur sera chargé de l'observation et du suivi de la personne.

4. Diagnostic d'inscription dans le programme

Indépendamment de toutes les mesures urgentes prises par le chef de détention, face à une possible conduite suicidaire, un processus de diagnostic doit être initié. Il faut déterminer s'il est nécessaire d'intégrer la personne dans le programme. Le médecin et le psychologue doivent procéder à l'évaluation.

Ainsi, chaque détenu sera reçu par le psychologue et le médecin.

A l'issue de ces deux entretiens, les deux professionnels se réuniront avec le sous-directeur de la prise en charge, en apportant :

a) dans l'hypothèse d'une première prise en charge dans le programme :

- le psychologue : l'outil de détection tel que présenté en annexe ou autre outil qui lui semblera convenir
- médecin : le résultat de l'évaluation à l'entrée (modèle sanitaire – 5 dont l'application est obligatoire) et les informations relatives aux antécédents de maladies mentales s'il y a lieu.

- sous directeur chargé de la prise en charge : les résumés des entretiens effectués en vertu de l'article 20 du règlement pénitentiaire.

b) dans les autres hypothèses :

- le psychologue : l'outil de détection tel que présenté en annexe ou autre outil qui lui semblera convenir et toutes les évaluations précédentes dont il dispose.
- le médecin : l'évaluation du risque en vertu de l'échelle de Plutchnick et les antécédents de maladies mentales le cas échéant.
- le sous directeur chargé de la prise en charge fournira toutes les informations utiles contenues dans le dossier du détenu et dans le protocole ainsi que toute information apparaissant utile.

A l'issue de la délibération et de l'évaluation conjointes, la proposition d'admission dans le PPS et toutes mesures à prendre seront transmises au directeur.

Le directeur transmettra sa décision à toutes les autorités compétentes de son établissement (santé, détention et prise en charge) afin de la voir appliquée.

La sous direction de la prise en charge établit un « registre d'admission et de sortie du PPS ».

Chaque détenu admis dans un PPS disposera d'un « dossier personnel PPS » au sein duquel seront reportées toutes les informations afférentes à sa situation dans le programme, les éléments de détection ou de contrôle apportés par le personnel pénitentiaire.

5. Mesures

1) mesures préventives

- De manière générale, les détenus seront dans une cellule partagée afin d'éviter des situations d'isolement ;
- De manière générale, les détenus en transit seront dans une cellule partagée afin d'éviter des situations d'isolement, en particulier s'ils appartiennent à une catégorie définie comme étant « à risque » ;
- Au sein du bâtiment des arrivants et des transits, il faudra éviter les temps d'isolement ;
- Faciliter les contacts avec la famille.

2) mesures provisoires urgentes

- orientation urgente sur l'hôpital de référence en cas de situation de crise psychiatrique,
- traitement médical,
- immobilisation thérapeutique accompagnée d'une observation ,
- assignation urgente d'un détenu de soutien,
- confiscation de tout matériel jugé à risque,
- vigilance particulière des fonctionnaires.

3) mesures programmées

- suivi par le service médical :
 - prévoir les consultations médicales,
 - orientation vers un psychiatre pour une évaluation plus précise,
 - admission au service médical pour un traitement et une observation appropriés.

- suivi par les services de la prise en charge :
 - prévoir les consultations avec le psychologue,
 - suivi en direct par l'éducateur,
 - évaluation par le travailleur social.

- régime de vie
 - accompagnement continu (24h/24) par un détenu de soutien
 - accompagnement par un détenu de soutien aux heures de fermetures des cellules et au moment des activités non collectives,
 - favoriser les relations avec la famille et le milieu social,
 - augmenter la participation aux activités :
 - de temps libres, sportives,
 - rémunérées,
 - autres (préciser :...)

4) mesures particulières

- particulière vigilance des fonctionnaires pénitentiaires
- suppression des objets à risque,
- orientation vers une cellule spéciale d'observation (s'il en existe une),
- suivi des incidents lors des parloirs
- autres (préciser)

6. Détenus de soutien

Afin de contribuer au suivi, au soutien et à l'attention entre pairs des détenus qui sont admis en PPS ou qui se trouvent dans une situation de mal-être émotionnel significatif, un groupe de détenus sera constitué au sein de chaque établissement pénitentiaire.

Sélection :

L'admission au sein du groupe des détenus de soutien s'effectue par la candidature de la personne détenue, informé par le fonctionnaire en charge du bâtiment où réside le détenu et son éducateur.

La commission pluridisciplinaire de prise en charge de l'établissement pénitentiaire décidera de son admission au sein du groupe selon plusieurs critères :

- une attitude, une capacité et une motivation suffisantes,
- une situation stable au sein de l'établissement, un bon comportement et pas de transfert prévu,
- un reliquat de peine au moins égal à 1 an ou un délai de un an avant de pouvoir prétendre à une libération conditionnelle,
- pas de sanctions disciplinaires pour les conduites sanctionnées aux articles 108, 109 paragraphes a,b,c, y et i,

- pas de comportement auto agressif ni de traitement psychiatrique continu pour une maladie psychiatrique,
- pas de consommation de drogues au moment de la sélection.

Formation :

La commission pluridisciplinaire de prise en charge de l'établissement pénitentiaire organisera en collaboration avec les différents professionnels et des experts des ONG qui mettent en œuvre les programmes, une formation pour les détenus sélectionnés pour remplir le rôle de « détenu de soutien ».

La formation devra durer 30 heures réparties sur un maximum de 15 jours.

L'objectif de la formation est que le détenu de soutien prenne conscience du rôle qu'il devra jouer, du but dans lequel on sollicite sa collaboration, l'importance de ce rôle. Il apprendra également la détection des circonstances cliniques de risque, les techniques d'écoute active, de communication interpersonnelle, des connaissances de base sur la dépression et les premiers secours, selon une méthodologie active et éminemment participative.

Le manque d'intérêt ou l'absence injustifiée à deux sessions sera un motif d'exclusion de la formation et du programme.

Cette formation pourra être dispensée autant de fois que nécessaire pour garantir que le groupe de détenus de soutien soit constitué de 2% de l'effectif de chaque établissement. La première formation devra être mise en place dans les 30 jours qui suivent cette Instruction.

La programmation de cette formation pourra se mettre en place avec l'aide du centre d'études et le centre pénitentiaire d'observation.

Mise à jour :

Le sous directeur de la prise en charge organisera une session mensuelle de travail avec tous les détenus de soutien du centre pénitentiaire.

A cette réunion, sous directeur de la prise en charge convoquera tous les professionnels à même de dispenser un complément de formation, de connaissances et de contrôle du programme de prévention des suicides. Tous les éducateurs assisteront également à cette réunion.

Le détenu de soutien apporte son aide selon trois modalités :

- il partage la cellule avec le détenu inclus dans le PPS,
- en plus de partager la cellule, il accompagne le détenu dans toutes ses activités qui ne sont pas collectives,
- le détenu de soutien « ombre » est avec le détenu du PPS 24h/24.

Intervention concrète d'un détenu de soutien :

Afin qu'il suive concrètement un détenu en tant que soutien, il recevra les instructions d'un personnel ou d'un éducateur préalablement désigné par le sous directeur chargé de la prise en charge.

Ces instructions seront données en présence du responsable de la surveillance du bâtiment où le détenu de soutien devra intervenir.

De façon transitoire et avant que tous les candidats retenus aient pu suivre la formation, il sera possible de désigner des détenus de soutien en s'assurant de leurs capacités et de leur motivation.

Arrêt de cette intervention :

Le manque d'intérêt pour cette intervention, l'incapacité notoire, le non-respect des règles ou l'absence injustifiée aux réunions de coordination et de mise à jour, seront des causes d'exclusion du groupe des détenus de soutien, décision prise par la commission de prise en charge.

Les détenus de groupe de soutien relèvent des textes relatifs au travail pénitentiaire.

Récompenses :

Au vu de la spécificité de cette action, de l'implication et de la responsabilité qu'elle implique, l'octroi de bénéfices pénitentiaires prévus aux art.202 et suivants du règlement pénitentiaire seront examinés par les autorités compétentes.

Ainsi :

- si 120 jours avant la date d'une libération conditionnelle (soit après avoir accompli les 2/3 de la peine), le détenu de soutien n'a pas intégré le 3^{ème} grade, une demande de changement de grade pourra être adressée à l'administration centrale (au centre pénitentiaire d'observation),
- le détenu de soutien qui accomplit cette action correctement pourra prétendre à toutes les récompenses possibles,
- ceux qui seront en demande d'un poste de travail aux ateliers de l'établissement obtiendront leur avancée sur la liste d'attente chaque deux jours complets d'action de détenu de soutien, s'il reste détenu de soutien et en vertu des critères retenus par l'art.3 du RD 782/2001.
- Des parloirs supplémentaires pourront être accordés aux détenus de soutien qui en font la demande selon des modalités préalablement définies par la direction de chaque établissement,
- La commission de prise en charge pourra octroyer d'autres récompenses spécifiques individualisées,
- Le poste de détenu de soutien pourra être sollicité par des détenus en détention provisoire.

Les détenus de soutien ne devront, dans la mesure du possible, ne pas être transféré vers un autre établissement, sauf s'ils en font eux-mêmes la demande ; le cas échéant, tout devra être mis en œuvre pour qu'ils puissent continuer à être détenus de soutien dans leur nouvel établissement.

7. sortie du dispositif du programme de prévention du suicide

Lors de sa réunion hebdomadaire, la commission de prise en charge se prononce sur la continuité ou la modification des mesures accordées.

Après avoir vérifié les causes d'admission dans le programme et après un accord motivé, la commission de la prise en charge proposera à son président qu'il prenne un ordre de sortie du PPS.

Un exemplaire de cette décision est conservé dans le dossier, le protocole et le dossier médical du détenu et également, reporté dans le « registre d'admission et de sortie du PPS ».

Tout le dossier de suivi au cours du PPS sera intégré à son protocole.

Une décision de sortie du PPS ne pourra en aucun être prise les veilles de weekend ou de jours fériés.

Le retrait de ces mesures devra être progressif selon les critères définis par le psychologue et le médecin. Des contrôles réguliers devront avoir lieu au minimum, au bout d'un mois, de trois mois, et de six mois et devront faire l'objet d'un examen lors de la commission de prise en charge.

Si la sortie du PPS induit un changement d'affectation, la sortie du PPS ne sera prononcée qu'au bout d'une semaine d'adaptation au nouveau bâtiment.

L'éducateur suivra cette personne sortie du PPS avec la collaboration des autres personnels, en leur fournissant toutes les informations recueillies lors des sessions de « souvenir » prévues dans le deuxième paragraphe de chapitre « évaluation ».

8. analyse des incidents

Tous les cas de suicides ou les tentatives doivent être transmis à la direction de l'administration pénitentiaire.

Le conseil de direction de l'établissement doit également procéder lors d'une session ordinaire à l'évaluation des suicides et des tentatives en fournissant toutes les informations obtenues des différents personnels et départements impliqués, en analysant l'application du programme au sein de l'établissement et en adaptant les mesures à mettre en œuvre.

9. évaluation du programme

Toutes les mesures accordées dans le cadre du PPS seront évaluées chaque semaine par la commission de la prise en charge pour chaque détenu concerné.

Cette même commission analysera l'évolution des détenus qui sont sortis du PPS au moins au bout d'un mois puis de trois mois puis de six mois depuis la date de sortie du PPS.

Pour tout examen de changement de grade, il faudra toujours prendre en compte une antérieure inscription dans un PPS et il faudra considérer, entre autres circonstances, le moment où cette inscription dans le PPS est intervenue.

Tous les mois, les établissements devront transmettre à la direction de l'administration pénitentiaire la liste détaillée de tous les détenus inscrits dans un PPS et le temps pendant lequel ils y sont inscrits. Tous les incidents, événements, suivis de cas particuliers devront également être transmis sans délai à la Centrale d'Observation de l'administration pénitentiaire et une information devra également être transmise au département de la Santé.

Le conseil de direction procédera chaque année à une évaluation du programme mis en œuvre, des adaptations du programme cadre effectuées au sein de l'établissement, et formulera des propositions afin que ces adaptations soient généralisées à l'ensemble des établissements.

La direction de l'administration pénitentiaire évaluera de façon permanente le fonctionnement du PPS en analysant les cas de suicides afin de déceler de nouvelles situations de risque ou autres facteurs facilitant un passage à l'acte d'autolyse.

10. Entrée en vigueur

Dès le lendemain de sa réception dans les établissements.

11. disposition dérogatoire

Cette note déroge à l'instruction 12/2005 du 28 juin 2005.

12. dispositions finales

Lecture de cette note devra être effectuée lors de la session du conseil de direction et de la commission de la prise en charge qui auront lieu après sa réception. Elle devra être diffusée selon l'art.280.2 14^{ème} du règlement pénitentiaire.

Dans un délai de trois mois, il faudra procéder à une mise à jour des PPS existants selon les instructions donnée par la présente note.

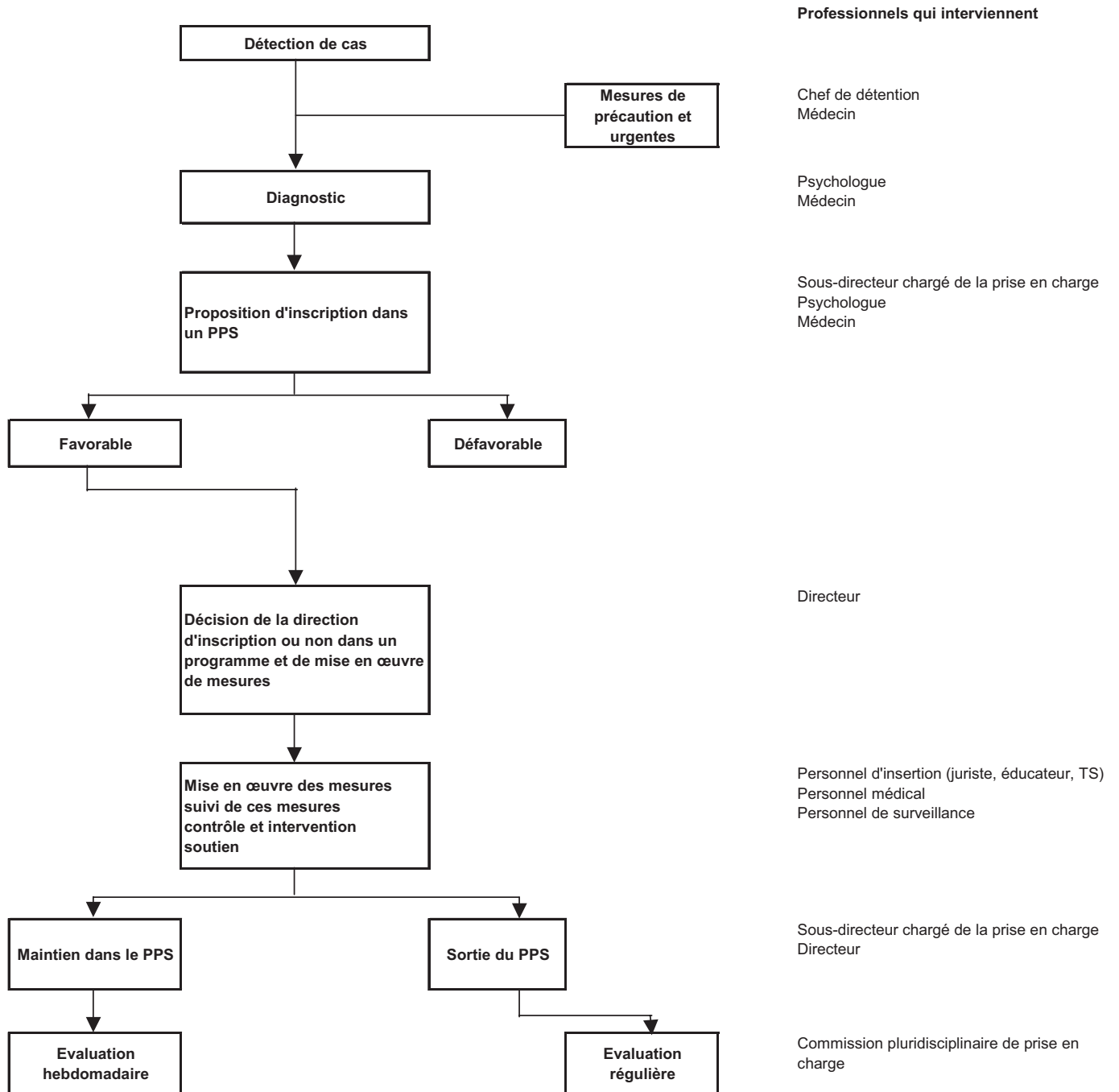
Madrid, le 10 août 2005

La directrice de l'administration pénitentiaire
Mercedes Gallizo Llamas

ANNEXES

1. diagramme du programme
2. proposition d'inscription dans le programme
3. ordre de la direction d'application du programme de prévention du suicide (PPS)
4. rapport annuel
5. modèle
6. Echelle de Plutchick
7. détection de la situation de crise*
8. que faire lors de la première aide psychologique
9. guide d'entretien
10. questionnaire d'évaluation du PPS
11. Echelle de détresse
12. variantes du risque suicidaire en prison
13. modèle de détection du possible risque suicidaire
14. mythes et réalités sur le suicide en prison
15. bibliographie et liens

Diagramme du programme



Annexe E

ETATS-UNIS

LA PREVENTION DU SUICIDE AUX USA

PROFESSEUR JEAN-LOUIS TERRA

Le système américain n'est pas comparable au système français sur de très nombreux points. Cependant des programmes de prévention du suicide ont été implémentés dans les années 90 avec un succès important quant à l'attente des objectifs visés.

Malgré un taux d'incarcération élevé, les études et les recherches cliniques ont montré que 8 à 19% des détenus présentent des troubles psychiatriques se traduisant par des incapacités fonctionnelles importantes ; 15 à 20% font l'objet d'une intervention psychiatrique durant leur incarcération (Ditton 1999 ; Metzner 1993 ; Morrissey et coll. 1993). Une prévalence élevée de la toxicomanie et des troubles liés à la prise de toxiques parmi la population carcérale masculine a souvent été rapportée (Beck et coll. 1993). L'existence de taux élevés de troubles mentaux dans les populations carcérales, associés à une comorbidité significative des troubles de l'addiction, a aussi été relevée dans l'étude du *National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area* (Regier et coll. 1990).

A.1. LE SUICIDE EN MILIEU CARCERAL

Le *National Center on Institutions and Alternatives* (NCIA) a rapporté qu'en 1986 le taux de suicide global (107 pour 100 000 détenus) dans les prisons de tous types et de toutes tailles (par exemple prisons dans et hors les villes, cellules de garde à vue dans les commissariats de police) était d'environ neuf fois plus important que celui dans la population générale (Hayes 1989). Hayes (1995) a publié une revue de la littérature sur les taux de suicide en prison et décrit les résultats de l'étude nationale de la NCIA relatifs au suicide en prison durant l'année 1993. Basé sur une population totale de 889 836 détenus, le taux national de suicide a régressé en 1993 à 17,8 pour 100 000 détenus.

Il existe une controverse concernant le véritable taux de suicide au sein des établissements pénitentiaires pour 100 000 détenus liée aux méthodes utilisées pour le calcul de ce taux (Metzner 2002) ; mais il n'y a aucun doute sur le fait qu'il est possible d'empêcher de nombreux suicides en prison.

Les travaux de Hayes (1995) et de Bonner (2000) indiquent les caractéristiques communes des victimes de suicide en prison synthétisées dans le Tableau A-1. Ces résultats correspondent aux résultats des autopsies psychologiques du *New-York State Department of Correctional Services* réalisées sur un échantillon de 40 détenus morts par suicide entre 1993 et 2001. Ces détenus avaient tous reçu des soins psychiatriques durant leur incarcération. Les facteurs associés au suicide incluent l'abus de toxiques, des antécédents de tentative de suicide, une hospitalisation en unité de soins spécialisés antérieure à l'incarcération, de récentes « mauvaises nouvelles », une récente procédure disciplinaire et des manifestations d'agitation et/ou d'anxiété. Un total de 76 détenus s'est suicidé dans le *New-York Department of Correctional Services* entre 1993 et 1999. Des différences démographiques significatives entre les détenus qui se suicidaient et la population carcérale générale ont été rapportées. Parmi les détenus qui se suicident, les détenus blancs, ceux qui ont été condamnés pour délits

violents et ceux souffrant de schizophrénie étaient plus nombreux que les détenus afro-américains (Kovaszny et coll. 2004).

He et coll. (2001) ont rapporté une forte association entre les décès par suicide et les précédentes tentatives de suicide lors de l’incarcération. Ils ont étudié les suicides au sein des prisons texanes sur une période de 12 mois et ont trouvé que plus de 64% des détenus qui se suicident avaient tenté au moins une fois de se suicider en milieu carcéral. De plus, pratiquement deux tiers des victimes souffraient de troubles psychiatriques, les plus fréquents étant les troubles de l’humeur (64%), les troubles de la personnalité (56%) et les troubles psychotiques (44%).

TABLEAU A-1 Caractéristiques fréquentes chez les victimes de suicide en prison

Présence d’une maladie mentale grave
Antécédents de tentative de suicide
Age avancé
Longue peine
Problèmes institutionnels comprenant la détention provisoire et statut migratoire
Ségrégation et placement en quartier d’isolement

Patterson et Hughes (2000) ont étudié les dossiers médicaux de l’ensemble des 32 détenus qui se sont suicidé dans le département pénitentiaire de Californie d’octobre 1998 à décembre 1999. Durant cette période, la population quotidienne moyenne pour ce département s’élevait à 160 000 détenus. Il y a eu 22 suicides en 1998, avec une population quotidienne moyenne de 158 159 détenus et 24 suicides en 1999 sur une population de 160 970 détenus. L’analyse de ces cas donne les tendances suivantes :

- Suicide par pendaison (81,2%)
- Cellule individuelle (67%)
- Détenus condamnés pour crimes sexuels (40,6%)
- Antécédents de comportement suicidaire (63%)
- Processus d’évaluation inadapté (rendez-vous annulés, le patient adressé à un spécialiste n’a pas honoré son rendez-vous, antécédents non-étudiés, non-confirmation de diagnostic, niveau insuffisant de prise en charge médicale ; 62,5%)
- Manque de réactivité suite à un geste ou à une menace récente (25%)
- Placement récent en cellule d’isolement (37,5%)
- Trouble de santé mentale (72%)
- Origine ethnique (afro-américains, 18,75% ; asiatiques, 3,0% ; blancs, 43,75% ; hispaniques, 34,4%)

En plus des périodes à haut risque précédemment citées durant lesquelles un détenu est susceptible de devenir suicidaire dans un établissement pénitentiaire, le rapport d’un groupe de travail de l’association américaine de psychiatrie (APA) a souligné qu’un détenu peut devenir suicidaire à n’importe quel moment durant son incarcération (*American Psychiatric Association* 2000). Il existe également une forte corrélation entre le suicide au sein d’un établissement pénitentiaire et les affectations de cellule. Plus précisément, un détenu enfermé et incapable de faire face aux mesures administratives ou aux placements en cellule spéciale (plus particulièrement en cellule individuelle) a beaucoup plus de risques de se suicider. De tels quartiers impliquent que le détenu est enfermé dans une cellule 23 heures sur 24 pour une longue durée (*American Psychiatric Association* 2000 ; Bonner 1992 ; Kovaszny et coll. 2004 ; White et coll. 2002).

A.2. PROGRAMME DE PREVENTION DU SUICIDE

L'expérience a démontré que des idées reçues négatives empêchent souvent une prévention efficace du suicide. De tels comportements ne sont pas seulement des erreurs de jugement qui contribuent au suicide du détenu ou une réticence à chercher en profondeur les causes de la mort ; elles sont un état d'esprit général qui implique le fait qu'on ne peut pas prévenir le suicide. Les exemples incluent des déclarations telles que :

- « On ne peut pas arrêter quelqu'un qui veut se suicider »
- « On ne le pensait pas suicidaire ; il faisait cela pour nous manipuler, et tout cela est allé trop loin »
- « La prévention du suicide est un problème médical...c'est un problème de santé mentale...ce n'est pas notre problème »
- « D'un point de vue statistique, le suicide en détention est un phénomène rare et les phénomènes rares sont difficilement prévisibles du fait de leur rareté. Il est impossible de prévenir le suicide car les professionnels de santé ne connaissent pas totalement ce qui pousse les personnes à se suicider. »

Un programme complet pour la prévention du suicide a été recommandé au niveau national par des organisations telles que l'*American Correctionnal Association* (ACA), l'APA, et la *National Commission on Correctional Health Care* (NCCHC). Ces groupes ont promulgué la mise en place de normes nationales adaptables à chaque maison d'arrêt, centre de détention ou quartier pour mineurs (*American Correctional Association* 2004 ; *American Psychiatric Association* 2000 ; *National Commission on Correctional Health Care* 200a, 2000b).

Les normes de l'APA et du NCCHC fournissent les recommandations les plus instructives qui permettent d'établir un programme de prévention du suicide : identification, formation, évaluation, surveillance, détention, orientations, communication, intervention, notification, rapports, bilan et débriefing d'incidents critiques (*American Psychiatric Association* 2000 ; *National Commission on Correctional Health Care* 2003a, 2003b). A l'aide de ces normes nationales, les huit composantes du programme de prévention complet sont déclinées, comme énuméré dans le tableau A-2.

TABLEAU A-2 Éléments qui composent un programme de prévention du suicide

<ul style="list-style-type: none">▪ Formation des équipes▪ Examen à l'écrou▪ Communication▪ Détention▪ Niveaux de surveillance▪ Intervention▪ Rapports▪ Suivi et bilan de mortalité
--

A.2.1. Formation des équipes

L'élément essentiel d'un programme de prévention du suicide est la présence d'une équipe correctement formée, constituant ainsi la pierre angulaire de tout établissement pénitentiaire. Peu de suicides sont en réalité évités grâce à la participation directe des équipes psychiatriques ou médicales car les suicides ont souvent lieu dans des cellules spéciales et souvent à des heures tardives ou en week-end quand les équipes médicales sont absentes. Par conséquent, les suicides doivent être pris en charge par le personnel de la prison formé à la

prévention du suicide et ayant développé un sens de l'intuition vis-à-vis des patients à leur charge. Les personnels pénitentiaires sont souvent les seuls professionnels disponibles 24 heures sur 24 et sont en première ligne dans la prévention du suicide.

Tous les personnels de prison, comme les équipes psychiatriques et médicales, devraient recevoir au moins 8 heures de formation à la prévention du suicide suivies de 2 heures de formation de rappel chaque année. La formation devrait inclure la question sur le lien de causalité entre l'environnement carcéral et le comportement suicidaire, l'attitude à adopter face au suicide, les facteurs potentiels de prédisposition au suicide, les périodes suicidaires à haut risque, les signes et les symptômes précurseurs, l'identification du risque de suicide malgré le déni de risque, les problèmes de responsabilité, le débriefing en cas d'incidents critiques, les suicides récents et/ou les tentatives de suicides graves au sein de l'établissement et les détails sur la politique de prévention du suicide de l'établissement (Rowan et Hayes 1995). De plus, tout le personnel en contact quotidien avec les détenus devrait recevoir une formation standard aux premiers secours et à la réanimation cardio-pulmonaire. Tout le personnel devrait également être formé à l'utilisation du matériel d'urgence situé dans chaque quartier. Afin d'améliorer la réactivité en urgence face aux tentatives de suicide, des exercices de mise en situation d'urgence devraient faire partie des formations initiales et des formations de rappel.

A.2.2. Examen à l'écrou et évaluation en continu

L'examen des détenus à leur entrée dans un établissement pénitentiaire est capital afin d'améliorer la prévention du suicide en milieu carcéral. Bien qu'il n'y ait pas qu'un seul groupe de facteurs de risque étudié dans la prévention du suicide reconnu par les professionnels de santé mentale et de médecine, peu de controverse existe concernant l'importance de l'examen dans la prévention du suicide (Cox et Morschauser 1997 ; Hughes 1995). L'examen à l'écrou pour tous les détenus et l'évaluation en continu des détenus à risque sont des éléments capitaux car la recherche fait constamment état du fait que, deux tiers ou plus, de toutes les victimes de suicides font part de leur intention peu avant leur mort et que chaque individu avec un ou plusieurs antécédents d'auto agressivité est plus à risque que ceux ne présentant pas ce type d'antécédents (Clark et Horton-Deutsch 1992 ; Maris 1992). L'évaluation du risque suicidaire devrait figurer dans le formulaire médical ou faire l'objet d'un formulaire à part entière et devrait contenir des questions sur les facteurs de risque (voir Tableau A-3).

TABLEAU A-3 Points clés à approfondir dans l'évaluation du risque suicidaire

<ul style="list-style-type: none">▪ Antécédents d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide▪ Idéation suicidaire actuelle▪ Menace▪ Plan▪ Antécédents de traitement psychiatrique et d'hospitalisation▪ Perte importante récente (ex : travail, relation, décès d'un membre de la famille ou d'un proche)▪ Antécédents de comportement suicidaire par un membre de la famille ou par un proche▪ Risque suicidaire au cours d'une précédente incarcération▪ Suspicion des officiers en service au moment de l'arrestation ou du transport que le détenu est actuellement à risque
--

Le processus devrait également inclure des procédures d'orientation vers une équipe psychiatrique et/ou médicale en vue d'un examen. Selon l'examen à l'écrou, si le personnel entend un détenu émettre le désir ou l'intention de se suicider, ou observe un détenu tenter de s'automutiler ou de se suicider, des procédures d'orientation devraient être mises en place. De

telles procédures dictent au personnel les mesures à appliquer afin de s'assurer que le détenu est constamment sous observation jusqu'à ce qu'une équipe médicale, psychiatrique et d'encadrement adaptée arrive.

Enfin, étant donné la forte corrélation entre le suicide des détenus et la prise en charge spécifique (par exemple mesure disciplinaire et/ou administrative), le placement en unité (Bonner 2000 ; Kovaszny et coll. 2004 ; White et coll. 2002), dès son entrée, chaque détenu assigné à une telle unité devrait faire l'objet d'une évaluation écrite du risque suicidaire par une équipe psychiatrique.

A.2.3. Communication

Le détenu peut montrer certains signes du comportement susceptibles d'indiquer un comportement suicidaire et, à condition d'être détecté et communiqué aux autres équipes, d'éviter le suicide. Il existe trois grands niveaux de communication dans la prévention du suicide chez les détenus : 1) la communication entre l'officier en service au moment de l'arrestation ou du transport du détenu et le personnel de la prison ; 2) la communication entre le personnel de la prison, y compris les équipes psychiatrique et médicale ; et 3) la communication entre le personnel de l'établissement et le détenu suicidaire.

De plusieurs façons, la prévention du suicide commence au moment de l'arrestation. Ce que dit l'individu et comment il se comporte au moment de l'arrestation, du transport jusqu'à la prison et à l'écrou sont des moments cruciaux dans la détection du comportement suicidaire. Le moment de l'arrestation est souvent le moment le plus critique et le plus sensible. Les officiers présents au moment de l'arrestation devraient porter une attention toute particulière à la personne arrêtée à ce moment précis ; les pensées suicidaires ou le comportement suicidaire peuvent être induits par l'anxiété ou le désespoir dans une telle situation et un tel comportement antérieur peut être confirmé par des proches (famille ou amis). Toute information pertinente concernant le bien-être de l'individu doit être communiquée au personnel pénitentiaire par l'officier en service au moment de l'arrestation ou du transport. La prise en charge efficace des détenus suicidaires au sein de l'établissement pénitentiaire se fonde sur la communication entre les personnels de la prison et les autres professionnels.

Un détenu peut devenir suicidaire à n'importe quel moment de son incarcération. De ce fait, les personnels pénitentiaires doivent se maintenir au courant, partager des informations et procéder à des orientations vers des équipes psychiatriques et médicales. A l'intérieur de la prison, le personnel doit posséder des compétences en termes de communication avec le détenu suicidaire, telles que l'écoute active, la présence physique avec le détenu s'il suspecte un danger immédiat et le maintien du contact avec le détenu (paroles, contact visuel et gestuelle). Le personnel pénitentiaire devrait se fier à son propre jugement et à ses propres observations du comportement à risque et éviter de se laisser fourvoyer par d'autres personnes (y compris par l'équipe psychiatrique) afin d'éviter d'ignorer les signes d'un comportement suicidaire.

La rupture de communication entre les personnels pénitentiaire, médical et psychiatrique est un facteur fréquent que l'on trouve dans les recherches sur les détenus décédés par suicide (Anno 1985 ; Appelbaum et coll. 1997 ; Hayes 1995). Dans le système carcéral américain, les problèmes de communication sont souvent dus à un manque de respect, à des conflits de personnes et autres problèmes de cloisonnement. Plus simplement, les établissements qui maintiennent une approche multidisciplinaire évitent généralement les suicides. Comme le dit ce médecin :

« L'élément clé d'une approche efficace dans la prévention du suicide et en situation de crise se trouve dans la capacité de chacun à faire tomber les barrières de la territorialité et à adopter un respect mutuel pour les aptitudes professionnelles, les responsabilités et les limites du personnel pénitentiaire et des psychiatres. Chacun d'entre nous, en mettant de côté ses affiliations professionnelles, doit véritablement s'engager à aller de l'avant et à

reconnaître que la prévention du suicide et les soins psychiatriques qu'ils sous-tendent ne sont efficaces que lorsqu'ils sont prodigués par des professionnels agissant à l'unisson. Tout comme un surveillant ne peut assurer seul la sécurité de l'établissement pénitentiaire, un psychiatre seul ne peut assurer la sécurité et le bien être de chaque détenu. (Severson 1993) ».

A.2.4. Encellulement

Lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui est le mieux pour un détenu suicidaire, les professionnels du milieu carcéral (à l'inverse des équipes médicales ou psychiatriques) ont souvent tendance à isoler et parfois à restreindre l'individu. Ces comportements arrangent sûrement les personnels, mais ils nuisent au détenu car l'utilisation de la mise à l'isolement accroît le sentiment d'aliénation du détenu et l'exclut de l'encadrement d'une équipe adaptée. Dans la mesure du possible, les détenus suicidaires devraient être accueillis au sein de la population générale, dans les unités de soins psychiatriques, ou à l'infirmerie, proche des personnels. De plus, enlever les vêtements du détenu (à l'exclusion des ceintures et des lacets) et utiliser l'immobilisation physique (par exemple chaise de contention, sangles en cuir, camisoles) devraient être des mesures à éviter autant que possible et utilisées seulement comme dernier recours lorsque le détenu devient physiquement dangereux pour lui-même. Les menottes ne devraient être utilisées que rarement pour maîtriser le détenu suicidaire. Le placement en cellule devrait être fondé sur la capacité de maximiser l'interaction avec le détenu, il faut éviter les affectations qui exacerbent le sentiment dépersonnalisant de l'incarcération.

Toutes les cellules destinées aux détenus suicidaires devraient être sécurisées, exemptes de toutes saillies et doivent fournir une visibilité complète (Atlas 1989 ; Hayes 2003). Ces cellules devraient contenir des fixations lumineuses indémontables et des conduits d'aération au plafond sans saillies. Chaque porte de cellule devrait avoir une porte vitrée en résine de Lexan assez large pour permettre au personnel de bien voir à l'intérieur de la cellule. Les cellules de détenus suicidaires ne devraient pas contenir de commutateur ou de sorties électriques, de lits superposés avec fond ouvert, de crochets à serviettes sur des armoires ou des éviers, de passages d'aération ou tout autre objet fournissant un ancrage propice à la pendaison. Enfin, chaque quartier dans l'établissement pénitentiaire devrait être doté de divers équipements de secours, y compris un kit de premier secours, un masque ou un casque de poche, un ballon de réanimation (Ambu®) et un outil permettant de couper les matières fibreuses. Le personnel devrait s'assurer qu'un tel équipement est en état de fonctionner quotidiennement.

A.2.5. Niveaux de surveillance

La rapidité de la réactivité face aux tentatives de suicide en milieu carcéral est souvent guidée par le niveau de surveillance accordée au détenu. Les dommages cérébraux résultant de la strangulation causée par une tentative de suicide peuvent survenir dans un délai de 4 minutes et la mort peut survenir dans un délai de 5 à 6 minutes (American Heart Association 1992). La pratique standard en milieu carcéral requiert que « les détenus spéciaux », y compris ceux placés en ségrégation administrative, en détention punitive et provisoire, soient observés à des intervalles ne dépassant pas les trente minutes, avec une observation plus fréquente pour les détenus psychiatriques (*American Correctional Association* 2003, 2004). Les détenus en contrainte médicale et en « isolement thérapeutique » devraient être observés à des intervalles ne dépassant pas les quinze minutes (*National Commission on Correctional Health Care* 2003a, 2003b).

Conformément aux normes et aux pratiques du milieu carcéral, deux niveaux de surveillance sont généralement recommandés quant à la prise en charge des détenus suicidaires : l'observation étroite et l'observation continue. L'observation étroite est réservée au détenu qui n'est pas activement suicidaire mais qui exprime des idées suicidaires (par

exemple il exprime le souhait de mourir sans menace ou plan spécifique) ou qui a des antécédents récents de comportement autodestructeur. En outre, un détenu qui nie ses idées suicidaires ou qui ne menace pas de se suicider mais qui fait preuve d'un comportement inquiétant (au travers d'actions, de circonstances actuelles, ou d'antécédents récents) qui indique un potentiel d'automutilation devrait être placé sous observation étroite. Le personnel devrait observer un tel détenu à intervalles décalés ne dépassant pas les 15 minutes (par exemple, 5, 10, 7 minutes etc.). L'observation continue est réservée au détenu qui est activement suicidaire, menaçant ou s'engageant dans l'acte suicidaire. Le personnel devrait observer un tel détenu sur une base continue et ininterrompue. D'autres aides (par exemple la télévision en circuit fermé, des observateurs, des codétenus) peuvent être employés comme suppléments mais jamais en tant que substituts pour ces niveaux de surveillance. En conclusion, l'équipe psychiatrique devrait quotidiennement évaluer (et non pas seulement observer) et interagir avec les détenus suicidaires.

A.2.6. Intervention

Après une tentative de suicide, le degré et la réactivité de l'intervention du personnel déterminent souvent si la victime survivra à une tentative de suicide. Les normes et les pratiques nationales en milieu carcéral reconnaissent généralement que la politique d'intervention d'un établissement comporte trois composantes essentielles (*National Commission on Correctional Health Care* 2003a, 2003b). D'abord, tout le personnel qui entre en contact avec les détenus devrait être formé aux procédures de premiers secours et à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Deuxièmement, n'importe quel membre du personnel qui découvre un détenu qui essaie de se suicider devrait immédiatement surveiller la scène afin d'évaluer le degré d'urgence, alerter une autre équipe afin d'appeler une équipe médicale si nécessaire, et commencer les premiers secours et/ou le RCP selon les besoins. Troisièmement, le personnel ne devrait jamais présumer que le détenu est mort, mais devrait plutôt lancer et continuer les mesures de sauvetage appropriées pour ensuite être relayé par le personnel médical. En outre, le personnel médical devrait s'assurer que tout l'équipement utilisé en situation d'urgence dans l'établissement est en état de fonctionner.

A.2.7. Rapports

En cas de tentative de suicide ou de suicide, toutes les autorités pénitentiaires devraient être informées par leur hiérarchie. Après l'incident, la famille de la victime devrait également être immédiatement mise au courant, ainsi que des autorités extérieures concernées. Tout le personnel qui est auparavant entré en contact avec la victime devrait être requis de soumettre un rapport quant à leur pleine connaissance du détenu et de l'incident.

A.2.8. Suivi et revue de mortalité

Le suicide d'un détenu peut être extrêmement stressant pour le personnel. Il peut se sentir énervé, coupable et même ostracisé par d'autres membres du personnel et de l'administration. Après un suicide, le surveillant peut éprouver un sentiment de culpabilité et peut se demander : « Et si j'avais effectué ma ronde plus tôt ? » Lorsque le suicide ou la crise suicidaire se produit, le personnel en service lors d'un tel événement traumatisant devrait recevoir une aide appropriée. Parmi ces aides, le débriefing psychologique (*Critical Incident Stress Debriefing* ou CISD). Une équipe CISD, composée de professionnels qualifiés dans l'intervention en situation de crise et à la sensibilisation de stress traumatique (par exemple, officiers de police, équipes soignantes, sapeurs-pompiers, clergé, et personnel psychiatrique), fournit au personnel une occasion de faire part de leurs sentiments au sujet de l'incident, de développer une compréhension des symptômes en cas de stress critique et de développer des moyens de traiter ces symptômes (Meehan 1997 ; Mitchell and Everly 1996). Pour une efficacité maximum, le processus de CISD ou d'autres services de soutien appropriés devrait se produire dans un délai de 24 à 72 heures suivant l'incident critique.

Chaque suicide, comme chaque tentative de suicide à forte létalité (par exemple une tentative nécessitant une hospitalisation) devrait être étudié à l'aide d'un bilan de mortalité. Si les ressources le permettent, un bilan clinique au moyen d'une autopsie psychologique est également recommandée (Aufderheide 2000 ; Sanchez 1999). Dans l'idéal, la revue de mortalité devrait être dirigée par une organisation externe afin d'en assurer l'impartialité. Le bilan, indépendant d'autres recherches formelles qui peuvent déterminer les causes de décès, devraient comporter des informations comme indiqué dans le tableau A-4.

TABLEAU A-4 Revue de mortalité

<ul style="list-style-type: none">▪ Passer en revue les circonstances entourant l'événement▪ Passer en revue les procédures carcérales propres à l'événement▪ Établir une liste de toutes les formations reçues par le personnel en question▪ Passer en revue les équipes médicale et psychiatrique et les rapports impliquant la victime▪ Prendre en considération les éventuels facteurs précipitant qui ont conduit au suicide▪ Faire des recommandations, si besoin est, concernant les changements de politique, de formation, de lieu, de services médicaux ou psychiatriques et des procédures opérationnelles
--

A.3. CONCLUSION

Sans aucun doute, il est plus facile pour les professionnels de savoir qu'une personne a des idées suicidaires quand cette même personne déclare avoir des pensées suicidaires. Cependant, surveiller un détenu crée un devoir de prise en charge qui doit inclure autant d'attention aux problèmes de santé mentale que pour les détenus ayant des symptômes évidents qui reçoivent une aide médicale. L'administration pénitentiaire a eu de nombreuses opportunités de rassembler ses responsabilités afin de venir en aide [au détenu], mais personne ne l'a fait. On ne peut pas passer à côté de nos responsabilités en pratiquant la politique de l'autruche. (*Jutzi-Johnson v. United States 2001*)

Le progrès dans le domaine des services de santé mentale a éveillé les consciences sur le problème du suicide des détenus au sein des établissements pénitentiaires, provoquant ainsi le développement de programmes de prévention du suicide efficaces en passe de devenir une norme dans la pratique de ce domaine (Cox et Morschauser 1997 ; Freeman et Alaimo 2001 ; Goss et coll. 2002 ; Hayes 1996 ; National Commission on Correctional Health Care 1999 ; *Ruiz v. Estelle 1980* ; White et Schimmel 1995).

New York a fait l'expérience d'une baisse significative dans le nombre de suicides en milieu carcéral après la mise en place d'un programme de prévention complet au niveau national (Cox et Morschauser 1997). De 1990 à 1998, le taux de suicide en milieu carcéral dans le comté de Cook (Illinois), troisième plus grand système de détention provisoire aux États-Unis, a été réduit à un niveau de moins de 2 suicides pour 100 000 admissions (Freeman et Alaimo 2001). Le Texas a subi une baisse de 50% dans le nombre de suicides en maison d'arrêt tout comme une baisse du taux de suicide de 1986 à 1996 divisé par 6, tout cela dû à la recrudescence d'équipes formées et à une demande de l'état pour maintenir les politiques de prévention du suicide (Hayes 1996).

Un des chercheurs n'a rapporté aucun suicide pendant une période de 7 ans dans une grande maison d'arrêt après le développement de stratégies de prévention du suicide basées sur les principes suivants : dépistage ; soutien psychologique ; observation étroite ; retrait de tout objet dangereux ; procédures claires et cohérentes ; et un diagnostic, un traitement et le transfert des détenus suicidaires à l'hôpital si nécessaire (Felthous 1994).

En conclusion, même s'il nous manque la capacité de prédire précisément si un détenu va se suicider et à quel moment, l'administration pénitentiaire et son personnel de surveillants, de médecins et de psychiatres peuvent évaluer et traiter les comportements suicidaires potentiels. Bien que l'on ne puisse pas éviter tous les suicides de détenus, beaucoup sont évitables et une réduction globale de ces décès ne pourra pas se réaliser si l'on ne se débarrasse pas de nos comportements négatifs et si nous ne mettons pas en place des programmes de prévention du suicide dans nos prisons.

Points Clés

- Le suicide de détenus est un grave problème de santé publique aux Etats-Unis.
- Même s'il existe des similarités entre le suicide en maison d'arrêt et le suicide en centre de détention, il existe également des différences marquées.
- Les comportements négatifs font obstacle aux efforts de prévention du suicide.
- La rupture de communication entre les équipes de surveillants, médicales et psychiatriques est un facteur courant que l'on retrouve dans les études de nombreux suicides de détenus.
- Les taux de suicide en milieu carcéral sont en baisse et le système correctionnel qui met en place et maintient des programmes de prévention du suicide a bel et bien réduit l'incidence des suicides de détenus.

Annexe F

LA PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LA RECHERCHE

- Analyse du risque suicidaire en prison « Enquête nationale sur la santé mentale en prison » 2003-2004 - Hélène GODET-THOBIE, interne de santé publique et Docteur Louis JEHEL, CHU Tenon AP-HP, sous la direction de Monsieur le Professeur Bruno FALISSARD - Inserm U669

Annexe F

Analyse du risque suicidaire en prison « Enquête nationale sur la santé mentale en prison » 2003-2004

Hélène Godet-Thobie, interne de santé publique
Docteur Louis Jehel, CHU Tenon AP-HP

Sous la direction de
Monsieur le Professeur Bruno Falissard

Inserm U669

Enquête nationale santé mentale en prison (1)

- **Comité scientifique présidé par le Pr Bruno Falissard et le Pr Frédéric Rouillon.**
- **Etude transversale réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français tirés au sort.**
- **Echantillon de 1000 détenus, constitué entre septembre 2003 et juillet 2004 :**
 - 800 hommes en métropole (100 détenus dans 2 maisons centrales, 250 dans 5 centres de détention et 450 dans 13 maisons d'arrêt)
 - 100 femmes en métropole (1 maison d'arrêt et un centre de détention)
 - 100 hommes en Martinique

Enquête nationale santé mentale en prison (2)

- Volet sociodémographique
- Volet personnel et familial
- Volet judiciaire
- Volet psychiatrique :
 - Evaluation diagnostique utilisant des outils validés, conformes à l'axe I du DSM IV (Mini International Neuropsychiatric Interview : MINI)
 - Procédant d'une double cotation (2 cliniciens).

Etude du risque suicidaire : deux variables

1) Etude d'un score de « suicidalité », élaboré et validé à partir de 4 items du MINI :

- « Au cours du mois écoulé, avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e)? » : oui/non
- « Au cours du mois écoulé, avez-vous voulu vous faire du mal? » : oui/non
- « Au cours du mois écoulé, avez-vous pensé à vous suicider? » : oui/non
- « Au cours du mois écoulé, avez-vous établi la façon dont vous pourriez vous suicider? » : oui/non

2) Etude d'un autre item du MINI : tentative de suicide en prison dans le mois écoulé :

➤ « Au cours du mois écoulé, avez-vous fait une tentative de suicide? » : oui/non

Analyse statistique

- Analyses univariées :
(comparaison des variables deux à deux)
 - Test du Khi2 et test exact de Fisher (quand que les conditions d'applications n'étaient pas réunies).
 - Coefficient de corrélation de Pearson

- Analyses multivariées :
(prise en compte simultanée de plusieurs variables, avec ajustement, pour expliquer le risque suicidaire)
 - Régression linéaire pas à pas descendante
 - Régression logistique pas à pas descendante
(Diagnostiques de régression effectués : normalité des résidus, robustesse des résultats après retrait des sujets influents, recherche de multicollinéarité)

Logiciel utilisé: R 2.8.1

Résultats analyse univariée Volet sociodémographique

Variables démographiques et sociales	Score « suicidalité » (p)	Sens de la relation	Tentative de suicide mois écoulé (p)	Sens de la relation
Sexe	0,18		0,81	
Age	0,0004*	-	0,06	-
Nombre de frères et sœurs	0,0003*	+	0,004*	+
Statut marital	0,43		0,12	
Nombre d'enfants	0,32		0,36	
Niveau de formation	0,18		0,39	
Emploi durée > 2 ans	0,004*	-	0,07	+
Type de logement	0,21		0,09	SDF : +
Allocation Adulte Handicapé		+	0,007*	+

* : $p \leq 0,05$

Source : étude nationale santé mentale en prison, 2003-2004.

**Résultats analyse univariée
Volet personnel et familial**

Antécédents personnels et familiaux	Score « suicidalité » (p)	Sens de la relation	Tentative de suicide mois écoulé (p)	Sens de la relation
Suivi par un juge pour enfant	3,27E-05*	+	8,94E-05*	+
Mesure de placement dans l'enfance	7,95E-05*	+	0,004*	+
Séparation > 6 mois d'un des parents	0,002*	+	0,05*	+
Maltraitance dans l'enfance	3,48E-06*	+	1,82E-05*	+
Événement traumatisant dans l'enfance	0,0008*	+	0,11	
Consultation pour raison psychologique	5,40E-11*	+	0,001*	+
Hospitalisation pour raison psychologique	1,82E-10*	+	5,85E-07*	+
Antécédent de tentative de suicide	2,20E-16*	+	8,20E-16*	+
Dispositif de lutte contre l'alcoolisme	0,14		0,04*	+

* : $p \leq 0,05$

Source : étude nationale santé mentale en prison, 2003-2004.

**Résultats analyse univariée
Volet judiciaire**

Situation judiciaire	Score « suicidalité » (p)	Sens de la relation	Tentative de suicide mois écoulé (p)	Sens de la relation
Prévenu ou condamné	0,01*	Prévenu : +	0,89	
Atteinte aux personnes	0,41		0,58	
Durée condamnation actuelle	0,17		0,003*	-
Travail dans l'établissement	0,58		0,01*	-
Procédure disciplinaire	0,03*	+	0,01*	+
Antécédents judiciaires				
Incarcération antérieure	0,0001*	+	0,01*	+
Durée d'incarcération (vie entière)	0,02*	+	0,09	+
Proche déjà emprisonné	0,004*	+	0,005*	+

* : $p \leq 0,05$

Source : étude nationale santé mentale en prison, 2003-2004.

**Analyse multivariée, variable à expliquer :
Score de « suicidalité »**

Variables explicatives	Coefficient de régression	p
Incarcération antérieure	0,22	0,005*
Événement traumatisant dans l'enfance	0,23	0,01*
Antécédent de tentative de suicide	1,07	2,20E-16*

* : $p \leq 0,05$

Source : étude nationale santé mentale en prison, 2003-2004.

**Analyse multivariée, variable à expliquer :
Tentative de suicide mois écoulé**

Variables explicatives	Odds Ratio**	P
Procédure disciplinaire	2,01	0,03*
Événement traumatisant dans l'enfance	2,14	0,02*
Antécédent de tentative de suicide	9,86	9,60 E-12*

* : $p \leq 0,05$

** : voisin du risque relatif quand la fréquence est proche de 0.

Source : étude nationale santé mentale en prison, 2003-2004. U 669

Conclusion : variables liées au risque suicidaire

Volet sociodémographique

- Jeune âge
- Grande fratrie
- Pas d'emploi d'une durée > 2 ans
- Allocation Adulte Handicapé

Volet judiciaire

- Prévenu / condamné
- Durée condamnation faible
- Pas de travail dans l'établissement
- Procédure disciplinaire*
- Incarcération antérieure*
- Longue durée d'incarcération (vie entière)
- **Proche déjà emprisonné**

Volet personnel et familial

- Suivi par un juge pour enfant

- Mesure de placement dans l'enfance
- Séparation > 6 mois d'un des parents
- Maltraitance dans l'enfance
- Evénement traumatisant dans l'enfance*
- Consultation ou hospitalisation pour raison psychologique
- Antécédent de tentative de suicide*
- Dispositif de lutte contre l'alcoolisme

* : Variables liées de manière indépendante au risque suicidaire en analyse multivariée

Conclusion

- Qualité de la cohérence des résultats
 - par rapport à la littérature internationale
 - par rapport à la connaissance des professionnels
- Les analyses effectuées ici proposent des informations sur des marqueurs de risque suicidaire dans une population française de personnes incarcérées.
- Ces marqueurs peuvent contribuer à
 - améliorer le repérage des personnes à plus haut risque de suicide dans la population carcérale française
 - identifier un groupe pouvant utilement bénéficier d'une vigilance particulière dans l'évaluation et la surveillance de leur risque suicidaire.

Annexe G

LA PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LES MEDIAS

- OMS : La prévention du suicide - Indications pour les professionnels des médias média – 2002
- "Un tous les trois jours en 2008" Alain SALLES – Le Monde 16 janvier 2009
- "Lettre ouverte au journal Le Monde" Christophe MARQUES, Secrétaire Général FO pénitentiaire – 19 janvier 2009
- Lettre aux aumôneries n°120 - Aumônerie catholique des prisons – Oct-Nov-Déc 2008

Annexe G

OMS : LA PREVENTION DU SUICIDE INDICATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DES MEDIAS MEDIA – 2002

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour les professionnels des médias

Publications disponibles :

- La Prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes (ref. WHO/MNH/MBD/00.1)
- La Prévention du suicide : Indications pour les professionnels des médias (ref. WHO/MNH/MBD/00.2)
- La Prévention du suicide : Indications pour professions de santé primaire (ref. WHO/MNH/MBD/00.4)
- La Prévention du suicide : Indications pour le personnel pénitentiaire (ref. WHO/MNH/MBD/00.5)
- Deuil et suicide : Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent (ref. WHO/MNH/MBD/00.8)

Traduit et remis avec le concours du Laboratoire GlaxoSmithKline

WHO
Prévention du Suicide
Vis ta vie

Organisation Mondiale de la Santé
Département de Santé Mentale et Toxicomanes
Organisation Mondiale de la Santé
Culture

PG-15458-0209 © Laboratoire GlaxoSmithKline

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour les professionnels des médias

Ce document fait partie d'une série de recommandations éditées à l'intention de groupes professionnels et sociaux, particulièrement concernés par la Prévention du Suicide.

Ce document est un des produits du Programme SUPRE, une initiative internationale de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide.

Mots clés : Suicide / Prévention / Indications / Médias / Professionnels des Médias

Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques
Département de Santé Mentale et Toxicomanies
Organisation Mondiale de la Santé

Genève 2002

TABLE DES MATIÈRES

Note du traducteur	1
Avant propos	3
Impact médiatique des reportages sur le suicide	5
Source d'informations fiables	8
Comment informer sur le suicide en général	10
Comment informer sur un suicide en particulier	10
Comment informer sur les réseaux d'assistance	12
Résumé de ce que l'on doit faire et ne pas faire	13
Références	14

© Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément, n'engagent que les dits auteurs.

NOTE DU TRADUCTEUR

En 1971, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide a organisé à l'Hôpital Fernand Widal à PARIS, sa 3ème réunion sur le thème « Suicide et Mass Media », invitant de nombreux journalistes. Un document de base avait été fourni. Il s'agissait de la communication de J. MOTTO « Newspaper Influence on Suicide – A Controlled Study » présentée à Londres lors de la Vème conférence de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide en 1969 et qui faisait suite à un article publié en 1967, cité dans la bibliographie de cette brochure.

Ce document ainsi que les travaux de cette réunion ont été publiés.¹

Lors de la Table Ronde présidée par Claude ESCOFFIER-LAMBIOTTE, du Journal Le Monde, fut évoqué le sensationnalisme et le catastrophisme des médias. Les journalistes présents répondirent que nos données et connaissances sur le sujet leur apparaissaient insuffisantes et que des progrès étaient à faire.

Une action commune des médias et des associations s'avérait également nécessaire afin « d'éduquer la société » (ou d'enseigner les masses) et de réveiller les gouvernements.

En fait, rien ne peut s'organiser clairement sans le soutien de l'OMS. Cette remarque souligne l'importance du Programme SUPPE dont fait partie cette brochure.

Sa traduction permet d'y ajouter quelques remarques ou notes du traducteur en bas de page, donnant une meilleure compréhension de cette adaptation à la langue et à la culture française.⁽²⁾

La France tient un rôle majeur dans la suicidologie moderne. La stratégie mise en place par le Ministère de la Santé en 2000 nous place parmi les 6 pays ayant institué un programme de prévention du suicide.

C'est dire que les efforts réclamés par les journalistes en 1971 ont mis du temps à être réalisés mais nous semblent aboutir. La collaboration entre les médias et la suicidologie n'était pas éteinte pour autant. Le récent

colloque international de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide, tenu en février 2002 à l'UNESCO le confirme.

A notre tour de souhaiter que les médias donnent les informations les plus complètes possibles en s'appuyant sur les associations concernées moralement et informées sur la suicidologie.

La polémique de la diffusion du livre Suicide Mode d'Emploi qui heureusement aboutit à la création d'une nouvelle loi, doit aider la société et les médias à bien réfléchir lorsqu'on aborde la question de l'euthanasie et du suicide.

Il serait regrettable que soit institutionnalisé le terme de « suicide assisté » que l'on confondrait avec le simple accompagnement dans la mort lors d'une circonstance terminale.

Prenons garde aux dérives qui ne peuvent qu'aggraver l'angoisse collective et ce faisant, perturber, décompenser les personnes fragiles, dépressives ou non qui nécessitent une protection et non une provocation.³

Des événements récents tant en France qu'ailleurs doivent faire réfléchir. Et s'agit-il d'un hasard si un article de presse propose la création d'un « conseil des médias »?⁴

Professeur J.P. SOUBRIER

Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (1995-1997)

Délégué National O.M.S. EUROPE

Membre du Comité International de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide et la Recherche

¹ SUICIDE ET MASS MEDIA, Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, MASSON & Cie Editeur, Paris, 1972.

² SOUBRIER J.P. Vers une Prévention ou une Promotion du Suicide ? (A propos du livre Suicide Mode d'Emploi, Psychiatrie Médicale, 1995, 17, 2, p. 183).

³ MEDIAS, numéro 1, avril-mai 2002, « Il faut instaurer un conseil des médias », Jean Iliescu, p. 116-117.

AVANT PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention au cours des siècles, des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes.

Selon le philosophe français Albert CAMUS, dans le « MYTHE DE SISYPHE » : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux c'est le suicide... »⁽¹⁾

S'agissant d'un problème grave de santé publique, le suicide demande notre attention ainsi que sa prévention, son contrôle, ce qui représente une tâche peu facile.

La recherche scientifique de haut niveau nous indique que la prévention du suicide bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour nos enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement.

Une diffusion plus appropriée de l'information et une prise de conscience du phénomène, sont les éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ a lancé son programme SUPRE qui est une initiative mondiale pour la prévention du suicide.

Cette brochure fait partie d'une série de recommandations présentées dans le programme SUPRE et s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques qui sont impliqués dans la prévention du suicide.

Ce programme constitue le lien d'une chaîne longue et variée à laquelle participe un vaste ensemble de personnes et de groupes, comportant les professions de santé, les éducateurs, les dispensaires, les gouvernements,

⁽¹⁾ Cette phrase est issue du chapitre « Un raisonnement absurde », situé dans le premier chapitre de l'ouvrage « Le Suicide » - Editions Gallimard - 1942.

les législateurs, les travailleurs sociaux, la police, les familles et les communautés.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Professeur Diego DE LEO, de Griffith University, Brisbane, Queensland, AUSTRALIE qui a produit une première version de cette brochure. Le texte fut ensuite revu par les membres du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche que nous remercions et dont voici la liste :

- Dr Sergio PEREZ BARRERO, Hôpital de Bayamo, Gramma, Cuba
- Dr Annette BEAUTRAIS, Ecole de Médecine de Christchurch, Christchurch, Nouvelle Zélande
- Pr Ahmed OKASHA, Université de Ain Shams, Le Caire, Egypte
- Pr Lourens SCHLEBUSCH, Université de Natal, Durban, Afrique du Sud
- Pr Jean Pierre SCUBRIER
- Dr Aivi VARNIK, Université de Tartu, Tallinn, Estonie
- Pr Danuta WASSERMAN, Centre National de Recherche et de Contrôle du Suicide, Stockholm, Suède
- Dr Shutao ZHAI, Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chine

Nous sommes également reconnaissants au Dr Lakshmi VIJAYAKUMAR, SNEHA, Chennai, Inde, pour son aide dans les questions techniques de l'édition des premières versions de ces indications.

Ces documents sont actuellement largement diffusés dans l'espoir qu'ils seront traduits et adaptés aux nécessités locales, la condition fondamentale pour une plus grande efficacité. Tous les commentaires, demandes d'autorisation de traduction et d'adaptation seront les bienvenus.

Dr J.M. BERTOLOTE

Coordinateur, Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques
Département de Santé Mentale et Toxicomanies
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

INDICATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DES MÉDIAS

Les médias jouent un rôle significatif dans la société d'aujourd'hui en fournissant une large somme d'informations avec des moyens variés. Elles influencent profondément la communauté dans ses attitudes, ses croyances et ses comportements et jouent un rôle majeur dans la vie politique, économique et les pratiques sociales. En raison de cette influence, les médias peuvent également jouer un rôle actif dans la prévention du suicide.

Le suicide est peut-être le moyen le plus tragique de terminer sa vie. La majorité des personnes qui envisagent le suicide sont ambivalentes. Ils ne sont pas sûrs de vouloir mourir. Un des nombreux facteurs pouvant conduire une personne fragile au suicide, pourrait être la publicité dans les médias à propos du suicide. La façon dont les médias présentent les cas de suicide, peut en précipiter d'autres.

Ces indications ont pour but de mettre en évidence l'impact des reportages sur le suicide, d'indiquer les sources d'informations fiables, de suggérer comment rapporter le suicide aussi bien dans des circonstances générales que spécifiques, et de préciser les pièges à éviter dans un reportage sur le suicide.

IMPACT MÉDIATIQUE DES REPORTAGES SUR LE SUICIDE

L'une des plus anciennes relations connues entre média et suicide est apparue lors de la publication en 1774 du roman de GOETHE « Die Leiden des jungen Werther » (Les Souffrances du jeune Werther). Dans cet ouvrage, le héros se tue avec un pistolet après une déception amoureuse. Peu de temps après cette publication il fut rapporté de nombreux suicides de jeunes hommes utilisant la même méthode. Il en résulta une censure du livre avec saisie dans les librairies¹⁰. Depuis lors, le terme « effet Werther » est utilisé dans la littérature pour désigner un suicide par imitation.¹¹

¹⁰ L'impression est le processus par lequel un suicide entraîne un effet modèle sur d'autres cas de suicide. Quator, à la différence d'autres termes, décrit un nombre de suicides survenant dans un voisinage proche, géographique et/ou temporel, avec ou sans imitation directe. La contagion est le procédé par lequel un suicide donne lieu au déclenchement d'un autre suicide, quelle que soit la connaissance directe ou indirecte avec un suicide précédent.

Rares sont les études sur le rôle des médias dans les suicides aux Etats-Unis¹². Parmi les cas récents et célèbres figure celui de la publication en 1991 du livre *Final Exit* par Derek Humphry ; dans les suites de cette publication, il fut constaté une augmentation des suicides à New York utilisant les méthodes proposées dans le livre¹³. De telles constatations avaient été précédemment faites en France après la publication en 1982 du livre *Suicide Mode d'Emploi*¹⁴.

Selon Phillips et Collaborateurs¹⁵ le degré de publicité fait à la relation d'un suicide est directement lié au nombre de suicide qui suivront. Les cas de suicide de personnes célèbres ont un impact suicidogène particulier¹⁶.

La télévision influence également le comportement suicidaire. Phillips¹⁷ a démontré qu'un reportage télévisé sur des cas de suicide entraînait une augmentation des suicides dans les 10 jours suivants. De même que dans la presse écrite, de telles histoires bénéficiaient d'une grande publicité et apparaissant dans de nombreux programmes sur de nombreuses chaînes, semblent présenter un impact des plus important et d'autant plus s'il s'agit de célébrités. Cependant, il existe des rapports contradictoires concernant les programmes de fiction : certains n'ont aucun effet alors que d'autres entraînent une augmentation du comportement suicidaire¹⁸.

La relation possible existant entre le comportement suicidaire et les pièces de théâtre et la musique n'a été que peu explorée et reste anecdotique.¹⁹

Plus récemment, le réseau Internet a amené quelques nouveaux problèmes. Il existe des sites qui aident les personnes possédant déjà un plan de suicide et d'autres sites qui tentent de prévenir le suicide. A ce stade, il n'existe pas d'études systématiques ayant analysé son impact sur le suicide.

D'une manière générale, les preuves sont suffisantes pour pouvoir dire que la présentation du suicide par un certain type de presse écrite et par la télévision est associée à une hausse statistique significative du nombre

¹² La diffusion de ce livre ainsi que celle d'*Exit* finale la traduction française du livre *Final Exit* publiée au Canada en 1991, ont été interdites en vertu de la Loi n° 88-1138 du 21 décembre 1987, articles 318-1 et 318-2 tendant à réprimer la provocation au suicide et confirmés dans les articles 228-13-14-15, section 6 De la provocation au suicide du nouveau Code Pénal du 23 juillet 1992. Cette loi a été appliquée.

¹⁶ Bien qu'il apparaisse certain qu'une influence négative et mortifère existe via la télévision et quelques chaînes modernes

Le nombre des suicides est souvent sous-estimé. L'importance de cette sous-estimation varie d'un pays à l'autre et dépend principalement du mode des certifications de décès par suicide. D'autres raisons de cette sous-estimation comprennent la marque du discrédit liée au suicide, les facteurs sociaux et politiques et les règlements des compagnies d'assurance, ce qui veut dire que certains suicides seront déclarés comme accidents ou comme morts de cause indéterminée. L'importance de cette sous-évaluation des suicides est estimée de 20 à 25% chez les personnes âgées et de 6 à 12% dans les autres catégories d'âge. Il n'existe pas de statistiques officielles mondiales pour les tentatives de suicide, principalement parce qu'en moyenne, seulement 25% des suicidants nécessitent ou demandent une intervention médicale. De cette façon, la plupart des tentatives ne sont ni signalées ni répertoriées.⁽¹⁷⁾

Précautions dans l'utilisation des données sur le suicide

Des comparaisons sont souvent effectuées entre les statistiques de suicide de différents pays mais il faut garder présent à l'esprit que la collecte des données statistiques de mortalités varie considérablement d'un pays à l'autre, ce qui affecte de façon sérieuse toutes les comparaisons directes.⁽¹⁸⁾

Les taux de suicide sont habituellement exprimés par le nombre de morts par suicide pour 100.000 habitants. Si les taux rapportés concernent des populations peu nombreuses (par exemple : villes, provinces ou même petits pays), leur interprétation requiert une grande prudence, car un petit nombre de morts peut changer radicalement l'appréciation. Pour des populations inférieures à 250.000, on ne retient que le chiffre brut des suicides. Certains taux peuvent être donnés pour des groupes d'âge standard. Ceci peut exclure les suicides survenant avant 15 ans complété tenu de leur faible nombre alors que dans de nombreux pays l'est constaté une augmentation alarmante des suicides dans ce groupe d'âge.

COMMENT INFORMER SUR LE SUICIDE EN GÉNÉRAL

Les préoccupations spécifiques qui doivent être prises en compte dans l'information sur le suicide sont les suivantes :

- Les statistiques doivent être interprétées avec prudence et correctement ;
- Des sources authentiques et fiables doivent être utilisées ;
- Les commentaires spontanés doivent être effectués avec précaution malgré la pression du temps ;
- Les généralisations basées sur des petits nombres demandent une attention particulière, et des expressions telles que « épidémie de suicide » ou « l'endroit qui possède le taux de suicide le plus élevé du monde » , doivent être évitées ;
- On ne doit pas rapporter un comportement suicidaire comme une réponse compréhensible aux changements sociaux et culturels ou à une récession.

COMMENT INFORMER SUR UN SUICIDE EN PARTICULIER

Les points suivants doivent être présents à l'esprit :

- Le reportage à sensation de cas de suicide doit être assidûment évité, et particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne célèbre. L'information doit être limitée autant que possible. Il faut également révéler tout problème de santé mentale dont elle aurait souffert. Tout doit être mis en œuvre pour éviter des déclarations exagérées. Les photographies du défunt, de la méthode employée ou du lieu du suicide doivent être évitées. Les titres de la première page d'un journal ne sont jamais l'endroit idéal pour diffuser des informations sur un suicide.

⁽¹⁷⁾ En France, l'INSEE, Bureau des Ponts, Bureau de la Santé et le Réseau National de l'Information sur le Suicide (IRIS).
⁽¹⁸⁾ En France, info-suicide.org est le site Internet issu de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS).

- La description détaillée de la méthode utilisée et comment celle-ci a été obtenue doit être évitée. La recherche scientifique a montré que la diffusion de l'information sur un suicide par les médias a un impact plus grand que la fréquence de suicide elle-même sur la méthode de suicide utilisée. Certains endroits, ponts, falaises, immeubles élevés, voie ferroviaire, etc., sont traditionnellement associés au suicide et la publicité que l'on peut en faire, accentue le risque de suicide à partir de ces lieux.
- Un suicide ne devrait pas être rapporté comme étant inexplicable ou de façon simpliste. Un suicide n'est jamais causé par un seul facteur ou événement. Il est généralement provoqué par une interaction complexe de nombreux facteurs tels que maladie mentale ou physique, abus toxique, perturbations familiales, conflits interpersonnels et stress vital. Faire reconnaître que des facteurs variés contribuent au suicide sera utile.
- Un suicide ne doit pas être présenté comme une méthode pour trouver une solution à ses problèmes personnels tels que faillite, échec à un examen ou abus sexuel.
- Le reportage doit prendre en considération l'impact du suicide sur les familles et sur les proches touchés à la fois par la douleur psychologique et morale.
- La glorification des suicidés, présentés comme martyres et comme objets de l'adulation du public, peut suggérer au personnes sensibles que la société dans laquelle ils vivent rend honneur au comportement suicidaire. A l'inverse, l'accent doit être mis sur le deuil de la personne désoignée.
- La description des séquelles physiques des tentatives de suicide (lésions cérébrales, paralysie, etc.) peut s'avérer dissuasif.



COMMENT INFORMER SUR LES RÉSEAUX D'ASSISTANCE

Les médias peuvent jouer un rôle très actif dans la prévention du suicide en publiant les informations suivantes dans le cadre d'un reportage sur un suicide :

- Donner la liste de tous les services de santé mentale et d'assistance téléphonique avec leurs coordonnées téléphoniques et leurs adresses les plus récentes⁽⁶⁰⁾ ;
- Donner tous les symptômes d'alerte d'un comportement suicidaire ;
- Faire savoir que la dépression est souvent associée à un comportement suicidaire et que la dépression est curable ;
- Faire passer un message de sympathie dans cette période de chagrin à ceux qui restent après un suicide et communiquer les coordonnées téléphoniques de groupes de soutien spécifique, s'il en existe. Ceci augmentera la possibilité d'intervention des spécialistes de santé mentale, des amis et des familles lors de la crise suicidaire.



⁽⁶⁰⁾ Un exemple est donné dans le chapitre « Quelles sont les circonstances de la crise suicidaire, y compris le suicide encadré », p.156-160, in La Crise Suicidaire – Reconnaître et prendre en charge, Conférence de Consensus, octobre 2000, John Libbey Eurotext Ed.



RÉSUMÉ DE CE QUE L'ON DOIT FAIRE ET NE PAS FAIRE

QUOI FAIRE

- Collaborer étroitement avec l'autorité sanitaire en présentant les faits.
- Parler du suicide en terme de suicide accompli et non de suicide réussi.
- Publier uniquement les données appropriées dans les pages intérieures.
- Donner les informations sur les services d'assistance et les possibilités locales.
- Mettre l'accent sur les indicateurs de risque et les signes d'alerte.

CE QUE L'ON NE DOIT PAS FAIRE

- Ne pas publier de photos ou de lettres de suicide.
- Ne pas donner de détails précis sur la méthode employée.
- Ne pas donner de raisons simplistes.
- Ne pas glorifier ou faire du sensationnalisme à propos d'un suicide.
- Ne pas utiliser de stéréotypes religieux ou culturels.
- Ne pas chercher de responsables.

RÉFÉRENCES

1. Schmidtke A, Schaller S. What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In De Leo D, Schmidtke A, Schaller S, eds. Suicide prevention: a holistic approach. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998 : 121-137.
 2. Motto J. Suicide and suggestibility. American journal of psychiatry, 1967,124: 252-256.
 3. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". New England journal of medicine, 1993, 329: 1508-1510.
 4. Soubrier J.P. La prévention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorsée d'un livre intitulé : Suicide Mode d'Emploi - Histoire, Techniques, Actualités. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1984, 168 : 40-46.
 5. Philips DP, Lesnya K, Paight DJ. Suicide and media. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, eds. Assessment and prediction of suicide. New York, Guilford, 1992 : 499-519.
 6. Wasserman D. Imitation and suicide : a re-examination of the Werther effect. American sociological review, 1984, 49 : 427-436.
 7. Philips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities : new evidence on the effect of the mass media on violence. American journal of sociology, 1982, 87 : 1340-1359.
- Hawton K et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning : time series and questionnaire study. British medical journal, 1999, 318 : 972-977.

Annexe G

PRISONS : QUATORZE JOURS, TREIZE SUICIDES - SERVICE ENQUETES DU MONDE UN TOUS LES TROIS JOURS EN 2008 - ALAIN SALLES

LE MONDE 16 JANVIER 2009

PRISONS : QUATORZE JOURS, TREIZE SUICIDES - SERVICE ENQUETES DU MONDE

Entre le 1er et le 14 janvier, treize détenus se sont donné la mort dans les prisons françaises. Onze cas ont été confirmés par l'administration pénitentiaire, deux autres ont été révélés par l'Observatoire international des prisons.

1ER JANVIER

Olivier V., 34 ans, est découvert mort, à 9 heures, à la maison d'arrêt de Laon (Aisne). Son décès est imputable à une absorption de médicaments. Il était mis en examen pour le viol et le meurtre de sa fille de 4 ans, survenus en septembre 2007. Il avait alors tenté de mettre fin à ses jours après s'être dénoncé à la police. L'homme avait été placé en établissement psychiatrique. *"Il était totalement perturbé par son geste, explique Me Arnaud Miel, son avocat, depuis le début de sa détention, il parlait de se suicider."* Les experts ayant conclu à son discernement au moment des faits, il avait été incarcéré.

2 JANVIER

Il avait 27 ans et s'est pendu avec l'élastique de son pantalon de jogging, à la maison d'arrêt de Rouen, où il était incarcéré pour des affaires de vols et escroqueries. Sa mère ne souhaite pas que son identité soit révélée. Il lui avait écrit avant sa mort. *"Il allait bien, parlait même d'avenir"*, explique son avocat, Me Etienne Noël. Bénéficiaire de plusieurs sursis qui venaient d'être révoqués, il venait d'écoper de huit jours de quartier disciplinaire. *"Il le prenait bien, assure Me Noël, il disait que ça le changerait."* Le 2 janvier, les surveillants avaient noté qu'il semblait prostré, ils lui avaient retiré ses draps pour éviter qu'il ne mette fin à ses jours. Son avocat réclame l'ouverture d'une information judiciaire, pour recherche des causes de la mort.

DANS LA NUIT DU 2 AU 3 JANVIER

Jonathan F., 23 ans, originaire de Pleubian (Côtes-d'Armor) et incarcéré en préventive à la maison d'arrêt de Rennes, s'est servi des draps de sa cellule pour se pendre. Le jeune homme avait été mis en examen au mois d'août 2008 après le meurtre, à coups de bêche, d'une femme de 75 ans, chez laquelle on l'avait retrouvé, sous l'emprise d'alcool et de médicaments. Il n'avait aucun antécédent judiciaire, mais avait commis depuis ses 14 ans plusieurs tentatives de suicide. La dernière, en février 2008, avait été suivie de séjours en hôpital psychiatrique. Il avait, depuis, entamé une formation de peintre en bâtiment, poursuivant parallèlement un traitement à base d'antidépresseurs. Après son arrestation, il avait été interné en hôpital psychiatrique pendant quarante-cinq jours, avant d'être transféré à la maison d'arrêt de Rennes. Seul dans sa cellule, malgré la surpopulation de la prison (500 détenus pour 330 places), il était l'objet d'une surveillance particulière.

DANS LA NUIT DU 3 AU 4 JANVIER

Anibal D., 37 ans, est retrouvé mort, pendu à l'embrasure de la fenêtre de sa cellule, à la maison d'arrêt des Baumettes, à Marseille. Originaire d'Angola, il vivait dans les Hautes-Alpes, où il travaillait comme ouvrier dans le bâtiment. Il avait été condamné en juin 2008 à six ans de prison pour un viol à la sortie d'une boîte de nuit de La Grave (Hautes-Alpes). Il contestait les faits, mais n'avait pas fait appel de sa condamnation. Selon son avocate,

Me Céline Ouvrery, il se plaignait de ses conditions de détention, de l'état sanitaire de la prison et de sa difficulté à être suivi par un médecin. Décrit par les experts comme maigre, renfermé, "*d'allure christique*", avec "*une personnalité très conflictuelle*", il avait été placé sous surveillance spéciale.

4 JANVIER

Salime A., 38 ans, s'est pendu dans sa cellule, à la maison d'arrêt Saint-Paul, à Lyon. Ecroué le 2 janvier, il était poursuivi pour avoir tenté de mettre le feu à une voiture, il avait été jugé en comparution immédiate, condamné à un an de prison ferme. Il niait avec véhémence les faits qui lui étaient reprochés, était effondré par sa condamnation. Selon l'Observatoire international des prisons (OIP), la maison d'arrêt Saint-Paul a un taux de surpopulation qui oscille régulièrement entre 180 % et 200 %. Ils étaient trois dans sa cellule.

6 JANVIER

Samir B., 24 ans, est retrouvé mort par des surveillants, à l'aube, dans sa cellule, où il était seul, à la maison d'arrêt de Villepinte (Seine-Saint-Denis). Il avait été condamné pour des vols en août 2008. Selon le parquet de Bobigny, la piste d'un suicide est "*fortement privilégiée*". Samir B. est mort des suites d'une ingestion de médicaments, d'après les premiers résultats de l'analyse toxicologique. Des plaquettes ont été retrouvées en sa possession. Mais sa famille, par la voix de l'avocate Delphine Malapert, réfute cette hypothèse. "*Samir n'était pas dépressif, il ne voulait pas mourir.*" Selon elle, il souhaitait être transféré à Paris, à la prison de la Santé, plus proche de sa famille. Sa demande était sur le point d'aboutir, et "*il le savait*". La famille a déposé plainte le 8 janvier.

6 JANVIER

Michel P., 48 ans, savoyard, récidiviste, placé en détention provisoire depuis novembre 2008 pour une affaire de mœurs (captation sur Internet d'images pornographiques de mineurs), a mis fin à ses jours dans une cellule du centre pénitentiaire d'Aiton (Savoie). Il s'est pendu au radiateur mural. Surveillé jour et nuit, conformément aux procédures, il était identifié comme étant "*plus ou moins dépressif*", selon *Le Dauphiné libéré*. Il avait été vu une heure et demie avant son décès, sans que rien d'anormal ait été décelé. Fin 2008, un autre suicide avait eu lieu à la prison d'Aiton, qui accueille près de 500 prisonniers pour 400 places.

9 JANVIER

Mohamed B., 61 ans, originaire du Maroc et condamné à seize ans de réclusion pour viol sur mineure de 15 ans, s'est pendu avec un câble électrique dans sa cellule du centre de détention de Muret (Haute-Garonne). Il était libérable à partir de 2013. Décrit par ses gardiens comme "*poli*", "*renfermé sur lui-même*", il ne recevait pas ou peu de visites, avait demandé à ne plus travailler et menacé, il y a peu, de se suicider. Cela lui avait valu d'être placé sous surveillance spéciale : les rondes des gardiens avaient été renforcées, sa cellule, qu'il occupait seul (comme tous les détenus de cet établissement pilote, inauguré en 1996 et réservé aux lourdes peines), étant visitée toutes les heures. Le détenu, qui a choisi l'étroit créneau horaire entre la distribution du repas à 12 h 15 et la relève à 13 heures, n'a laissé aucun message.

11 JANVIER

Cédric W., 19 ans, est retrouvé mort vers 16 h 30, à la maison d'arrêt de Mulhouse (Haut-Rhin). Il s'est pendu avec un drap de lit alors qu'il se trouvait seul dans une cellule disciplinaire, soumis à un contrôle toutes les trente minutes. Il purgeait plusieurs petites peines d'affilée, pour différentes affaires de vol et de violences. Début 2008, il avait déjà fait un séjour dans cette maison d'arrêt, au quartier des mineurs.

La veille de sa mort, il avait agressé un gardien et été placé immédiatement en quartier disciplinaire à titre préventif. Il avait été examiné le jour même par une infirmière, puis le

lendemain matin par un médecin mandaté par le parquet, qui n'aurait rien remarqué d'anormal. Cédric aurait dû être entendu par la police dès lundi 12 au matin dans le cadre de cette nouvelle affaire. Selon un gardien, responsable syndical, il était considéré comme un garçon calme qui ne posait pas de problème particulier.

DANS LA NUIT DU 12 AU 13 JANVIER

Romain L., 24 ans, se pend dans sa cellule, à la maison d'arrêt d'Auxerre (Yonne). Il avait été condamné à deux ans de détention pour une affaire de stupéfiants. Ce cas a été rendu public par l'Observatoire international des prisons.

DANS LA NUIT DU 12 AU 13 JANVIER

Azzedine F., 45 ans, est découvert mort par des surveillants, dans sa cellule, où il était seul, pendu à l'aide de la ceinture de son peignoir. Condamné à trois ans de prison pour vol aggravé, il avait été incarcéré à la maison d'arrêt d'Ecrouves (Meurthe-et-Moselle) en avril 2008, et était libérable à partir de 2013. Selon le parquet de Nancy, qui a ouvert une information judiciaire pour rechercher les causes de la mort, à la suite de troubles du comportement, il bénéficiait d'une surveillance spéciale depuis octobre 2008, mais n'avait pas d'antécédents suicidaires. Il n'avait pas de visites.

13 JANVIER

Didier P., 50 ans, est retrouvé pendu dans sa cellule à la maison d'arrêt de Douai (Nord). Il a attendu que son codétenu quitte la cellule pour la promenade avant de perpétrer son geste. Arrivé six jours auparavant, l'homme était en détention provisoire, poursuivi pour des abus sexuels. *"C'est notre hantise, en ouvrant une porte, de découvrir un détenu mort, explique un surveillant. Nous n'avons pas été formés pour ce genre de situation."*

14 JANVIER

Frédéric R., 37 ans, incarcéré au centre pénitentiaire d'Aiton (Savoie), prévenu dans une affaire de mœurs, a été retrouvé pendu dans sa cellule par son codétenu au retour de promenade.

UN TOUS LES TROIS JOURS EN 2008 - ALAIN SALLES

Après deux années de baisse, le nombre de suicides en prison a fortement augmenté en 2008, avec 115 décès contre 96 l'année précédente, une hausse de 20 %. Soit environ un suicide tous les trois jours. Avec treize suicides en quatorze jours, la situation s'annonce alarmante pour 2009. L'augmentation des suicides est supérieure à celle de la population carcérale. Le nombre de détenus dans les prisons était de 63 619 le 1er décembre 2008, ce qui représente une hausse de 2,6 % en un an et de 7,8 % en deux ans, selon les chiffres de l'administration pénitentiaire.

La ministre de la justice, Rachida Dati, avait qualifié en novembre 2008 l'évolution des suicides de 'préoccupante'. Elle a confié une mission au docteur Louis Albrand pour faire le bilan du dispositif de lutte contre les suicides en milieu carcéral. Celui-ci doit rendre son rapport le 31 janvier.

Après un nombre record de suicides en 2002 (122 morts), l'administration pénitentiaire avait demandé au psychiatre Jean-Louis Terra un rapport sur la prévention. Depuis 2003, ce professeur travaille avec l'administration pour surveiller la mise en oeuvre de ses recommandations et former le personnel. En 2008, un quart du personnel avait été formé à la prévention du risque suicidaire.

L'administration pénitentiaire, qui voulait faire baisser le nombre de suicides de 20 % en cinq ans, s'est concentrée notamment sur les nouveaux arrivants et les détenus placés en quartier disciplinaire, dans les maisons d'arrêt. Cette action a été à l'origine d'une baisse du nombre de suicides en 2006 et 2007. Cela s'avère insuffisant en 2008 : de nombreux suicides ont eu lieu dans des cellules ordinaires, voire dans des établissements pour peines (destinés aux condamnés à plus d'un an de prison).

Selon le Conseil de l'Europe, en 2005, la France avait le plus fort taux de suicide en prison, avec 21,2 suicides pour 10 000 détenus - il est de 17 pour 10 000 en 2008 selon l'administration pénitentiaire -, soit le double de celui de l'Allemagne ou la Grande-Bretagne et le triple de celui de l'Espagne. La France est le premier Etat à avoir été condamné en octobre 2008 par la Cour européenne des droits de l'homme, pour atteinte au droit à la vie après le suicide d'un détenu en 2000.

Annexe G

LETTRE OUVERTE AU JOURNAL LE MONDE

Ris-Orangis, le 19 janvier 2009
à Monsieur Alain SALLES
Journaliste
Le MONDE
80, Boulevard Auguste Blanqui
75707 PARIS Cedex 13

Le Secrétaire Général Christophe MARQUES
CM/N°019-09/HL
LETTRE OUVERTE AU JOURNAL LE MONDE

A la suite de votre article paru dans l'édition du Monde du 15 Janvier dernier et portant sur les suicides en Prison, je me permets en tant que représentant d'une Organisation Professionnelle des Personnels de l'Administration Pénitentiaire, de réagir à vos propos et à la façon simpliste que vous avez de traiter du Suicide en Prison.

Pouvez-vous m'expliquer quel est l'intérêt, sinon de stigmatiser une nouvelle fois l'Administration Pénitentiaire, de comptabiliser avec les dates, les personnes ayant mis fin à leurs jours sans pour autant essayer de traiter l'origine de l'acte et la meilleure solution qu'il y aurait pour aider les Personnels et tous ceux qui interviennent dans les Prisons à enrayer ce fléau qu'est le suicide ?

Comme vous le savez de par votre fonction de Journaliste et chargée des faits de société, la question du suicide est devenue en France, une priorité de santé publique au niveau national avec la mise en place d'un programme de prévention du suicide.

4 axes ont été retenus pour atteindre l'objectif de baisse des suicides qui passe par :

- La favorisation de la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires,
- La diminution de l'accès aux moyens létaux couramment mis en œuvre lors de suicides,
- L'amélioration de la prise en charge,
- L'amélioration de la connaissance épidémiologique.

Ce rappel pour bien vous montrer que le suicide ne concerne malheureusement pas que l'Administration Pénitentiaire mais qu'il me semble en effet plus facile de montrer du doigt le monde des prisons que d'aller voir dans la société, ce mal qui nous gangrène !

En effet, au niveau européen, si vous constatez que l'Administration Pénitentiaire est très mal placée de par son taux de suicide en prison, c'est encore une fois et malheureusement, la France qui au niveau européen, dans sa population, se place dans une position défavorable.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé classait déjà à l'époque la France au 3ème rang de l'Europe en termes de taux de suicide (16,1 décès par suicide pour 100 000 habitants).

Les différentes études montrent que le suicide est une des premières causes de mortalité entre 15 et 44 ans. Ces suicides sont provoqués par la pendaison (45% des suicides), suivis par l'utilisation d'une arme à feu (16 %) puis par l'intoxication (15 %).

Je ne veux pas que vous pensiez que mon courrier voudrait tout simplement ignorer ces événements graves qui se passent dans les Prisons Françaises car croyez bien que les Personnels dans l'exercice de leurs missions pénibles et dangereuses, sont toujours choqués

par la mort d'une personne fut-elle détenue pour X raisons et blessés par des écrits parfois plus qu'excessifs sur le peu de moyens qu'ils mettraient en œuvre pour éviter les suicides.

Les Personnels Pénitentiaires sauvent tous les jours des personnes détenues à la suite d'un acte suicidaire (automutilations, prises de médicaments....) mais aussi à la suite de malaises cardiaques ou autres, car cela fait partie de l'une de leurs principales missions qui je le rappelle est la protection et la sécurité des personnes qui leurs sont confiées !

La sauvegarde de l'intégrité physique d'une personne détenue est nécessaire !

Les Personnels de l'Administration Pénitentiaire n'ont pas attendu 2009 pour commencer à parler du suicide en prison et à essayer de trouver des solutions pour enrayer ce phénomène. Dès 2003, comme vous le savez, le garde des sceaux de l'époque et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avaient rédigé une lettre de mission au Professeur TERRA sur les moyens à mettre en œuvre en matière de prévention du suicide.

Dans son rapport, le professeur TERRA soulignait déjà que l'Administration Pénitentiaire avait un engagement continu et de longue date pour prévenir le suicide. En effet, dès le 26/04/2002, une circulaire « Santé/Justice » mettait en place une Commission centrale de suivi des acteurs suicidaires avec différentes initiatives.

Aujourd'hui peut-on penser que la surpopulation pénale que nous condamnons par ailleurs pourrait expliquer le taux élevé de suicides en Prisons ?

Aujourd'hui peut-on penser que d'avoir un encellulement individuel comme le préconise d'ailleurs les règles pénitentiaires européennes et qui serait pour les Personnels une amélioration de leurs conditions de travail, empêcherait une personne détenue d'attenter à ses jours ?

Je pense que non et que le sujet est beaucoup plus profond qu'on pourrait l'imaginer et relève quoi qu'on en dise d'un vrai problème de société, de santé publique et d'une population déjà fragilisée par l'incarcération et par leur affaire qu'elle soit médiatisée ou pas.

Comme le préconisait le Professeur TERRA, c'est un engagement de tous, qui fera que nous arriverons demain, il faut le souhaiter, à réduire le nombre de suicide. C'est par une prise en charge psychiatrique pour pouvoir traiter les troubles psychiques qui prédisposent aux suicides, qui fera que demain nous pourrons intervenir en cas de crise suicidaire.

Le Professeur TERRA avait raison dans son rapport en soulignant que la surveillance spéciale ne peut à elle seule réduire le nombre de suicide. Il soulignait que le placement en surveillance spéciale est une mesure de protection utile, qui ne peut à elle seule modifier le processus de la crise suicidaire.

Monsieur SALLES, ce courrier n'est pas, encore une fois je me répète, un désengagement des Personnels Pénitentiaires mais tout simplement un simple rappel d'une situation, qui concerne tous les acteurs du monde judiciaire mais aussi et surtout du monde médical. C'est tous ensemble que nous combattons pour la prévention du suicide et la sauvegarde des personnes plus que fragiles et pour certaines, malades.

Je suis très respectueux de la Liberté de la presse mais parfois je me demande quel est l'intérêt de laisser la tribune à des associations, qui n'ont que de cesse de vouloir bannir la prison, de prendre comme exemple ces malheurs, qui je vous le rappelle touchent des familles entières et refusent de traiter l'ensemble des causes, qui me semblent-ils sont bien plus complexes que le résumé de la faute à l'Administration Pénitentiaire ! L'avis des Professionnels que nous sommes se devaient, au-delà de ne pouvoir avoir accès à un article dans vos colonnes, vous être communiqué.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de mes salutations respectueuses.

Le Secrétaire Général
Christophe MARQUES

Annexe G

LETTRE AUX AUMONERIES

Lettre aux aumôneries n°120

Aumônerie catholique des prisons - Octobre – Novembre - Décembre 2008

Editorial

Au moment où, à Noël, nous allons fêter la vie, voici que la mort rôde et frappe dans les coursives.

Les médias tiennent à jour le compteur des suicides, un peu comme on procède pour les dons du téléthon. A chaque fois, des associations s'indignent et accusent un système et ses personnels en identifiant là un peu rapidement les responsables de ce qu'on appelle maintenant pudiquement le passage à l'acte.

Cette stigmatisation et cette identification immédiate de l'administration pénitentiaire comme "bouc émissaire" évitent de s'interroger sur quelque chose qui dérange parce que nous renvoyant à nos propres peurs et à notre impuissance.

Le suicide n'est pas un choix, on y est conduit quand la douleur dépasse les ressources qui permettent d'y faire face. La promiscuité et l'indignité des conditions d'hébergement dues à la sur-occupation de certaines cellules participent grandement à la souffrance de celui qui envisage de mettre fin à sa vie. La majorité des suicides enregistrés ces derniers temps le sont en maison d'arrêt. Cette situation est intolérable, elle justifie notre indignation. Mais ne nous trompons pas de cible. L'administration pénitentiaire n'est pas responsable de ce sur encombrement.

Il faut mettre en cause les lois de plus en plus répressives qui pénalisent de plus en plus de délits, augmentent les peines, créent les peines-plancher, envisagent d'incarcérer des mineurs encore plus jeunes. Au mépris de l'espérance, dans une attitude populiste, les auteurs de ces lois surfent sur le sentiment d'insécurité et conduisent les magistrats à remplir les prisons.

Et que dire de ceux qui ont le pouvoir de l'information et en usent en médiatisant à outrance le procès des accusés qu'ils ont choisis comme exutoires de nos peurs ? La voix du Professeur Jean-Louis Terra, psychiatre à l'initiative de la politique de prévention du suicide mise en place en 2004, est moins relayée quand il dénonce "*les effets néfastes d'une information à grand spectacle sur le suicide*¹³⁶".

En acceptant l'agrément de l'Administration pénitentiaire, les aumôniers deviennent des collaborateurs de sa mission de réinsertion.

Notre convention avec l'A.C.A.T et nos liens avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté témoignent de la lucidité de notre partenariat. En même temps, tout en dénonçant un système quand il dérive et ne respecte pas les droits élémentaires de l'individu, nous sommes attendus d'abord en détention.

Plus que par nos engagements militants dont d'autres ont fait le coeur de leur action, c'est par notre présence fidèle, régulière et fraternelle auprès des plus fragiles que nous participons avec l'impuissance de Celui dont nous sommes disciples à la victoire de la vie sur la mort.

¹³⁶ Le Quotidien du médecin – 29/10/2008

Notre simple amitié offerte peut peut-être donner un peu de ces ressources qui permettent de surmonter la douleur.
A chacune, à chacun, bon Noël.

Jean-Louis Reymondier
de l'équipe de la MA de Saint-Etienne - La Talaudière
Aumônier général

Table des matières

Table des matières

LETTRE DE MISSION	1
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION	3
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	5
REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	10
I. ABORDER LE SUICIDE EN PRISON DE MANIERE DEPASSIONNEE	19
<i>A) Le bilan de la politique récente du gouvernement</i>	<i>20</i>
1. Une collaboration interministérielle constructive	20
2. L'analyse de la situation actuelle et des chiffres de l'année 2008	27
<i>B) Le domaine de la recherche à investir davantage sur le moyen et long terme</i>	<i>36</i>
1. La recherche au service de la prévention du suicide	36
2. Objectifs de la recherche	37
3. La méthode	38
a) <i>Mise en place immédiate d'un groupe de travail multidisciplinaire "Suicide santé mentale en établissement pénitentiaire"</i>	<i>38</i>
b) <i>Construction d'une structure de recherche pérenne spécialisée (à 12 mois)</i>	<i>39</i>
4. Premières orientations de recherche envisagées	40
a) <i>Approfondissement de l'étude épidémiologique "Enquête nationale sur la santé mentale en prison"</i>	<i>40</i>
b) <i>Recueil et analyse de l'ensemble des données accessibles sur les détenus suicidés en 2007 et 2008</i>	<i>42</i>
c) <i>Mise en place dans une étude prospective d'une "autopsie psychologique" de chaque suicide sur une période déterminée</i>	<i>43</i>
<i>C) Un rôle positif des médias à développer</i>	<i>44</i>
1. Une influence des médias	45
2. Des recommandations de l'OMS à suivre	48
II. CONSTRUIRE UN PLAN DE PREVENTION ET D'INTERVENTION AVEC L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTE CARCERALE ET DES INTERVENANTS	51
<i>A) Renforcer la pluridisciplinarité interprofessionnelle, pierre angulaire du dispositif</i>	<i>52</i>
1. La formation, comme vecteur d'une culture et de techniques communes	52
a) <i>La formation initiale</i>	<i>52</i>
b) <i>La formation continue</i>	<i>54</i>

c) <i>Un rappel annuel des bonnes pratiques facilement réalisables</i>	57
d) <i>Une évaluation des pratiques professionnelles à mettre en place</i>	58
2. <i>La détection du risque de suicide</i>	59
a) <i>La grille d'évaluation du potentiel suicidaire</i>	60
b) <i>La mise en place d'une fiche de liaison sur le risque suicidaire et de protocoles d'actions avec les différents partenaires de l'administration pénitentiaire</i>	62
3. <i>La protection</i>	65
a) <i>La commission pluridisciplinaire prévention du suicide</i>	65
b) <i>La pluridisciplinarité des acteurs de la protection</i>	68
c) <i>Expérimenter la mise en place d'un outil permettant de recenser les souffrances de chaque personne détenue</i>	72
d) <i>Entretenir le dispositif de secours</i>	73
e) <i>Les exemples étrangers d'organisation et de mise en œuvre de la protection</i>	75
<i>B) Inclure les autres acteurs de la communauté carcérale</i>	79
1. Les familles	79
2. Les bénévoles et les autres partenaires de l'administration pénitentiaire	83
a) <i>Les aumôniers</i>	84
b) <i>Les autres partenaires et bénévoles</i>	85
c) <i>Développer la téléphonie sociale</i>	88
3. Les codétenus .	88
<i>C) Agir prioritairement dans les quartiers sensibles et auprès des publics fragiles</i>	95
1. Le quartier arrivant	95
2. Le quartier disciplinaire	100
3. Les quartiers mineurs et EPM : actions spécifiques vis à vis des mineurs détenus qui adoptent des comportements à risque	103
4. Les publics fragiles : personnes détenues présentant des troubles psychiatriques et celles condamnées ou prévenues pour des infractions sexuelles.	108
III. RENFORCER L'EFFICACITE DES REPONSES ET INNOVER	112
<i>A) Mobiliser, analyser, évaluer, recommander du local au national</i>	113
1. Au niveau local : amélioration de la postvention et mise en place de débriefing systématique	113
2. Au niveau régional : renforcement de la politique de prévention	117
3. Au niveau central : nouvelles composition et mission de la commission centrale de suivi des actes suicidaires	119
<i>B) Utiliser les moyens matériels modernes</i>	121
1. Développer la téléphonie sociale d'urgence	121
2. Systématiser le plus possible l'interphonie en cellule ou les boutons d'appel	123
3. Supprimer le plus possible les points d'arrimage des liens	124
4. Doter les établissements pénitentiaires de défibrillateurs cardiaques	128

<i>Cj Prendre en charge les situations extrêmes en expérimentant de nouveaux outils</i>	130
1. Expérimenter les vêtements et draps jetables et/ou couvertures indéchirables pour les personnes détenues en crise suicidaire	130
2. Expérimenter l'affectation dans une cellule sécurisée	134
3. Expérimenter la vidéosurveillance	136
4. Faciliter les Hospitalisations d'office des personnes détenues en crise suicidaire	137
IV. CONCLUSION	140
V. 20 PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCRETES	143
<hr/>	
ANNEXES	150
LA POLITIQUE DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE EN MATIERE DE PREVENTION DU SUICIDE	
A. Synthèse du rapport de Jean-Louis TERRA et liste des recommandations – décembre 2003	152
B. Enquête dispositifs de prévention novembre 2008 auprès des DISP et des établissements pénitentiaires	164
▪ Questionnaire type Enquête prévention du suicide novembre 2008	175
C. Notes et circulaires	179
▪ Note DAP du 14 mai 2007 - Mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenue	200
▪ Note DAP-DPJJ du 23 octobre 2008 - Utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus	205
▪ Note interministérielle du 5 décembre 2008 - Prévention du risque suicidaire en établissements pénitentiaires	209
D. Etudes DAP/PMJ/PMJ5 :	
▪ Suicides en détention et infractions pénales – Cahiers de démographie pénitentiaire n°12 – Novembre 2002	211
▪ Baisse des suicides en prison depuis 2002 – Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°22 – mai 2008	215
<hr/>	
E. LES EXEMPLES ETRANGERS DES DISPOSITIFS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE	221
▪ Rapport 2008 des magistrats de liaison :	221
▪ Synthèse générale	222
▪ Italie	225
▪ Allemagne	229
▪ Pays-Bas	234
▪ Pologne	237
▪ Royaume-Uni	241
▪ Espagne	251

▪	Instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides - Direction générale des institutions pénitentiaires – Espagne (traduction Marina PAJONI)	255
▪	La prévention du suicide aux U.S.A. – Professeur Jean-Louis TERRA	267
<hr/>		
F.	LA RECHERCHE	276
▪	Analyse du risque suicidaire en prison « Enquête nationale sur la santé mentale en prison » 2003-2004 - Hélène GODET-THOBIE, interne de santé publique et Docteur Louis JEHEL, CHU Tenon AP-HP, sous la direction de Monsieur le Professeur Bruno FALISSARD - Inserm U669	276
<hr/>		
G.	LES MEDIAS	282
▪	OMS : La prévention du suicide - Indications pour les professionnels des médiés média – 2002	283
▪	"Un tous les trois jours en 2008" Alain SALLES – Le Monde 16 janvier 2009	292
▪	"Lettre ouverte au journal Le Monde" Christophe MARQUES, Secrétaire Général FO pénitentiaire – 19 janvier 2009	296
▪	Lettre aux aumôneries n°120 - Aumônerie catholique des prisons – Oct-Nov- Déc 2008	298
<hr/>		
H.	LES AUDITIONS APPROFONDIES ET CONTRIBUTIONS	300
	Organisations syndicales : 20-22 janvier 2009	301
	UFAP : Mrs Jean François FORGET, David besson, Stéphane BARRAUT	
	FO-PS : M. René SANCHEZ	
	FO-PD : M Patrick WIART	
	CGT : Mmes Céline VERZELETTI, Véronique MAO, M. Jérôme MARTHOURET	
	SNEPAP : Mmes Sophie DESBRUYERES, Charlotte CLOAREC	
	Personnes auditionnées par M. Philippe Zoummeroff	
-	Gilles BLANC – Président du groupe Mialet	305
-	Docteur Alain CHIAPELLO - Psychiatre, médecin chef à la Croix Rouge Française et Frédérique VAN BERCKEL Psychosociologue.	309
-	Alain CUGNOT - Vice Président de la FARAPEJ (Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice)	317
-	Jean-Louis DAUMAS - directeur général de l'école de la protection judiciaire de la jeunesse	323
-	Marie-Paule HERAUD - Présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANVP)	330
-	Martine LEBRUN - Présidente de l'Association nationale des Juges d'Application des Peines (ANJAP)	334
-	Patrick MAREST – Porte parole de l'Observatoire International des Prisons (OIP)	342
-	Milko PARIS - Président de l'Association Ban Public (Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe)	349
-	Arnaud PHILIPPE – Président du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées)	355
	Contributions :	
-	Alain BLANC – Président de l'association française de criminologie (AFC)	364

- Jean-Louis CADO – Responsable national Prison – Justice – Secours catholique – Caritas France	369
- Jeannette FAVRE – Présidente de l'UFRAMA Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées	371
- Maître Etienne NOËL - Avocat spécialiste de la détention	373
- Nadia SOLTANI - Association Lumière de détention (Lyon), Karine BERGNES, Faites la Lumière en Détention	378

TABLE DES MATIERES**401**

La commission qui a élaboré ce rapport a été réunie au mois de novembre 2008 par le Docteur Louis Albrand chargé par Mme Rachida Dati, Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, de faire un bilan du dispositif de lutte contre les suicides en milieu carcéral et de faire des propositions concrètes pour rendre celui-ci plus efficace.

Ce groupe de travail a fait réfléchir ensemble à la fois, des acteurs de terrain comme des médecins, personnels pénitentiaires, psychologues, des personnalités extérieures et des représentants du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice.

Le travail s'est fait en lien avec le Comité de pilotage présidé par Monsieur Le BRETON, chargé de définir la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide. Le Docteur Albrand s'est appuyé pour mener à bien sa mission, sur le soutien des services de la Direction de l'administration pénitentiaire et a procédé à de nombreuses auditions.

Ce rapport et ses vingt recommandations d'actions concrètes ont été le fruit de toutes ces réflexions.