UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2009

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 88

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Luka SEVERDIJA

le 6 octobre 2009

LES CONDUITES SUICIDAIRES EN MILIEU CARCÉRAL

Aspects cliniques et préventifs

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN	Président
Monsieur le Professeur Henri COUDANE	Juge
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC	Juge
Monsieur le Docteur Pierre HORRACH	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2009

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Luka SEVERDIJA

le 6 octobre 2009

LES CONDUITES SUICIDAIRES EN MILIEU CARCÉRAL

Aspects cliniques et préventifs

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN	Président
Monsieur le Professeur Henri COUDANE	Juge
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC	Juge
Monsieur le Docteur Pierre HORRACH	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :	
du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Filières professionnalisées :	**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**
Prospective :	**M. le Professeur Laurent BRESLER**
FMC/EPP :	**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteur François SCHOONEMAN

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle

Monsieur Franck DALIGAULT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la richesse de votre enseignement. Au cours du semestre passé dans votre service, nous avons apprécié la finesse de votre sens clinique, votre souci de rigueur et vos qualités en matière de pédagogie.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère estime et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy,

Professeur de Médecine légale (option clinique),

Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur,

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Pendant notre externat, nous avons pu bénéficier de votre enseignement et de votre expérience.
Nous vous remercions pour votre analyse de ce travail et votre disponibilité.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement, de vos qualités humaines et de votre disponibilité lors des séminaires de spécialité que nous avons suivis durant notre cursus.

Veuillez trouver par ce modeste travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Pierre HORRACH

Docteur en Psychiatrie, Praticien Hospitalier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance de débuter notre internat de spécialité dans votre service et d'avoir bénéficié de votre expérience clinique. Nous vous remercions d'avoir éveillé notre intérêt pour la psychiatrie légale.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre amitié.

À la mémoire de mes grand-parents.

À mes parents,

Qui m'ont toujours soutenu et encouragé en toutes circonstances durant ces longues années d'étude.

À ma sœur,

Pour sa complicité et ses conseils avisés.

À mon beau-frère, mes nièces et mon neveu.

À mes amis,

Pour tous les moments partagés, leur soutien et leur présence depuis toutes ces années.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **20**

PREMIÈRE PARTIE :
APPROCHE DESCRIPTIVE DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL **22**

I. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL **22**

A. Données statistiques de l'Administration Pénitentiaire **22**

1. Population écrouée et détenue en France 22

a) Évolution de la population écrouée depuis 20 ans *22*

b) Données statistiques au 1er août 2009 ..... *23*

2. Caractéristiques de la population écrouée 26

a) Selon la catégorie pénale et le sexe *26*

b) Mineurs écroués *29*

B. Situation récente des suicides en milieu carcéral **31**

1. Généralités 31

2. Bilan des suicides au 15 juillet 2009 33

a) Modalités d'aboutissement des suicides *36*

b) Lieux et moments de perpétration *37*

c) Caractéristiques sociodémographiques et pénales *39*

3. Suicides des mineurs et jeunes majeurs 43

4. Établissements les plus affectés 43

C. Tentatives de suicide et comportements auto-agressifs en détention **45**

1. Bilan des tentatives de suicide en détention 45

a) Données actuelles *45*

b) Évolution des tentatives de suicide en détention *46*

c) Tentatives de suicide selon la catégorie pénale *47*

d) Tentatives de suicide chez les mineurs en détention *47*

2. Bilan des comportements auto-agressifs en détention 48

II. ORGANISATION DU MILIEU PÉNITENTIAIRE 49

A. Établissements pénitentiaires 49

1. Les maisons d'arrêt 49
2. Les établissements pour peine 49
   a) *Les centres pénitentiaires 50*
   b) *Les centres de détention 50*
   c) *Les maisons centrales 50*
3. Autres établissements 50
   a) *Les centres de semi-liberté 50*
   b) *Les centres pour peines aménagées 51*
   c) *Les établissements pénitentiaires pour mineurs 51*
   d) *L'Établissement Public de Santé National à Fresnes 51*
   e) *Le Centre National d'Observation de Fresnes 51*
4. Les nouveaux établissements en 2009 52
5. Directions interrégionales et établissements pénitentiaires 54
   a) *DISP de Strasbourg Grand-Est 55*
   b) *Le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu 56*
   c) *Le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville 56*

B. Structures sanitaires 57

1. Les soins en milieu pénitentiaire 57
2. Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues 58
   a) *La demande de soins 59*
   b) *Les prestations de prévention 59*
   c) *Les soins ambulatoires et à temps partiel 60*
3. Présentation des Services Médico-Psychologiques Régionaux 61
   a) *Missions 61*
   b) *Les antennes du SMPR 62*
4. La prise en charge hospitalière 62
   a) *Hospitalisation dans les SMPR 63*
   b) *Hospitalisation dans un établissement de santé 64*
   c) *Hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles 65*
5. Ouverture des UHSA 65
   a) *Principes 65*

b) Missions *66*

C. Itinéraire d'un détenu **66**

1. Le quartier arrivant 66
2. Une journée type en prison 69
3. Incarcération des mineurs et jeunes majeurs 70

a) Cadre législatif *70*

b) Prise en charge à l'entrée en détention *73*

c) Prise en charge médicale *74*

III. MESURES PRÉVENTIVES INTERNATIONALES **76**

A. États-Unis **77**

1. Le suicide en milieu carcéral 77
2. Programme de prévention du suicide 78

B. Europe **79**

1. Généralités 79

a) Diagnostic des situations suicidaires *79*

b) Gestion des situations suicidaires *80*

2. Revue de la littérature et rapports des magistrats de liaison 81

a) Suède *81*

b) Pays-Bas *84*

c) Royaume Uni *85*

d) Allemagne *87*

e) Italie *88*

f) Espagne *90*

C. Règles Pénitentiaires Européennes **92**

1. Définition 93
2. Présentation 93

IV. MESURES PRÉVENTIVES NATIONALES **95**

A. Historique de la politique de prévention **95**

1. Chronologie réglementaire 95
2. Bilan de la politique récente du gouvernement 96

a) La circulaire du 29 mai 1998 ..... *96*

b) La circulaire du 26 avril 2002 ..... *97*

B. Le Rapport Terra **100**

1. Constats 100
2. Recommandations 101

C. Le Rapport de la Commission Albrand **102**

1. Accentuer la formation des personnels 102
2. Améliorer la détection du risque de suicide 103
3. Renforcer la protection des personnes détenues 104
4. Améliorer la « postvention » et les connaissances 106

D. Mise en place des recommandations **107**

1. Mesures d'application immédiate (au 30 juin 2009) 108

a) Concernant la formation des personnels : *108*

b) Concernant la détection du risque suicidaire *108*

c) Concernant la protection et la postvention : *108*

2. Mesures expérimentées 109

a) Début des expérimentations pour le 31 juillet 2009 : *109*

b) Début de l'expérimentation pour la fin du 2nd semestre 2009 : *110*

c) Début des expérimentations au mois de septembre 2009 : *110*

DEUXIÈME PARTIE :

APPROCHE CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES **112**

I. DÉFINITIONS **112**

A. Conduites suicidaires **112**

1. Crise suicidaire 113
2. Potentiel suicidaire 114

a) Risque *114*

b) Urgence *115*

c) Dangerosité *116*

3. Passages à l'acte auto-agressifs 116

B. Prévention des conduites suicidaires **118**

1. Classification de Leavell et Clark 118
2. La prévention du suicide 118

C. Psychobiologie des conduites suicidaires 120
1. Apports de la neurobiologie 121
2. Gènes de vulnérabilité aux conduites suicidaires 122

II. SPÉCIFICITÉS DU MILIEU PÉNITENTIAIRE 126
A. Troubles mentaux en détention 126
1. Aspects cliniques spécifiques 127
a) Troubles anxieux et troubles de l'humeur 127
b) Troubles psychotiques 128
c) Troubles de l'adaptation 130
d) Troubles de la personnalité 130
e) Troubles addictifs 131
2. Cas particulier des mineurs et des jeunes majeurs 133
B. Violence du milieu carcéral 135
1. Conditions de détention 135
2. Les incidents en détention 136
3. Le Quartier Disciplinaire 137
C. Influence des médias 137
1. L'effet Werther 137
2. Couverture médiatique 138
3. Médiatisation des suicides en prison récents 139
4. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé 141

III. MESURES PRÉVENTIVES LOCALES 143
A. Le Centre Pénitentiaire de Metz-Queuleu 143
1. Établissement pilote 143
2. Commissions pluridisciplinaires 143
B. Procédures de prévention du suicide 144
1. Repérage d'arrivée 144
2. Quartier arrivants 145
3. Au cours de la détention 146
4. En cas de crise suicidaire 147
a) Au Quartier Disciplinaire 147

b) Au Quartier d'Isolement *147*
c) Stockage du trousseau d'urgence *147*
5. Procédure d'accueil au Quartier Disciplinaire 148

IV. ILLUSTRATIONS CLINIQUES 149
A. Cas clinique n°1 : Monsieur G. 149
1. Circonstances de la prise en charge 149
2. Évolution du comportement 150
B. Cas clinique n°2 : Monsieur E. 151
1. Circonstances de la prise en charge 151
2. Évolution du comportement 152
C. Cas clinique n°3 : Monsieur L. 153
1. Circonstances de la prise en charge 153
2. Évolution du comportement 154
D. Commentaires 156

TROISIÈME PARTIE :
DISCUSSION 158

CONCLUSION 169

BIBLIOGRAPHIE 171

ANNEXES 184

INTRODUCTION

La prévention des conduites suicidaires en détention est sans conteste devenue un axe prioritaire de la politique des ministères de la Santé et de la Justice en France. Ces dernières années, l'Administration Pénitentiaire et l'ensemble des intervenants en milieu carcéral ont renforcé leurs efforts pour assurer une réduction du nombre de suicides.

Si jusqu'en 1984 on dénombrait en milieu carcéral 60 suicides par an en moyenne, à compter de 1993, leur évolution atteint 100 suicides par an, avec un pic de 138 suicides en 1996.
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 « sursuicidité » en milieu carcéral [4] [24], c'est-à-dire le rapport entre la propension au suicide en milieu libre et en milieu carcéral. Après avoir pris en compte la sous-déclaration des suicides en milieu libre et les caractéristiques de la population carcérale, le coefficient de sursuicidité carcérale réelle s'établit à 6,5 en France.

L'année 2008 a été marquée par une augmentation préoccupante du nombre de suicides, qui s'est concentrée sur deux périodes de l'année (mai/juin et octobre) : au 31 décembre, 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.

Toutefois, l'analyse du phénomène suicidaire en milieu carcéral ne saurait se limiter à des données chiffrées, qui ne permettent pas de mesurer l'efficacité de la politique de prévention engagée : elles ne rendent pas compte des passages à l'acte suicidaire évités grâce à l'intervention des personnels des services pénitentiaires.

Dans une première partie, nous aborderons de manière descriptive la question du suicide en milieu carcéral, grâce aux données épidémiologiques les plus récentes fournies par l'Administration Pénitentiaire. Nous évoquerons l'évolution de la population pénale française et, plus particulièrement, l'évolution des nombres et taux de suicide en milieu pénitentiaire.
Nous décrirons ensuite l'organisation du milieu carcéral actuel, en définissant les structures qui le composent ainsi que les dispositifs de soins mis en place. Le « parcours » de la personne détenue (adulte et mineure) au moment de l'incarcération sera également rappelé.
Le chapitre suivant sera consacré à l'étude descriptive des mesures de prévention du suicide en milieu pénitentiaire. La question sera envisagée tout d'abord au niveau international avec les États-Unis et six pays européens (Suède, Pays-Bas, Royaume Uni, Allemagne, Italie et Espagne), la définition des Règles Pénitentiaires Européennes, puis au niveau national en présentant les conclusions du rapport Terra de 2003 et, plus récemment, celles de la commission Albrand (janvier 2009) ainsi que leurs applications concrètes.

Dans une deuxième partie, consacrée à l'approche clinique des conduites suicidaires, nous définirons ces dernières ainsi que les différents types de prévention du suicide, avant de préciser la spécificité des troubles mentaux rencontrés en milieu carcéral. Nous aborderons également la violence inhérente à ce milieu et l'influence particulière des médias en prison face au suicide.
En prenant l'exemple du Centre Pénitentiaire de Metz, nous décrirons l'application locale des mesures de prévention nationales évoquées dans la première partie, et évoquerons l'expérience du Service Médico-Psychologique Régional de cet établissement.
Dans le chapitre suivant, trois illustrations cliniques préciseront les circonstances de deux cas de suicide d'un adulte et d'un jeune majeur, ainsi que le décès d'un mineur, survenus en 2008 dans ce Centre Pénitentiaire.

La troisième et dernière partie, sous forme d'une discussion, nous permettra de commenter l'évolution globale des taux de suicide en milieu pénitentiaire, puis de s'interroger sur l'application des mesures préventives, actuellement au cœur d'un débat de société et de la place de la personne détenue en tant que sujet à part entière dans le milieu carcéral.

PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE DESCRIPTIVE DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL

I. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL

A. Données statistiques de l'Administration Pénitentiaire

L'Administration Pénitentiaire dispose dans sa sous-direction des personnes placées sous main de Justice (PMJ) d'un Bureau des Études, de la Prospective et des Méthodes. Ce bureau réalise chaque année plusieurs études et bilans qui ont trait au suicide et aux actions conduites pour le prévenir [41] [109].

1. Population écrouée et détenue en France

a) Évolution de la population écrouée depuis 20 ans

Selon la définition de l'Observatoire International des Prisons (OIP), l'écrou correspond au « procès verbal constatant qu'une personne a été remise à un directeur de prison et mentionnant la date et la cause de la détention. À son arrivée en prison, il est attribué à la personne détenue un numéro d'écrou qu'elle conservera comme seul identifiant jusqu'à sa sortie » [82].

En France, les statistiques portant sur les vingt dernières années montrent la tendance à la hausse de l'ensemble de la population carcérale, avec des chiffres dépassant les 50 000 mises sous écrou entre 1991 et 2000, avant de diminuer jusqu'en 2002, pour finalement ne cesser d'augmenter jusqu'à une moyenne de 60 000 personnes ces trois dernières années (Figure 1).

Le nombre des personnes condamnées a toujours été supérieur à celui des personnes prévenues. On constate à ce propos que le nombre de personnes prévenues, stable entre 2003 et 2006 autour de 20 000, est en diminution ces dernières années, tandis que le nombre de personnes condamnées a presque doublé entre août 1989 et juin 2009.

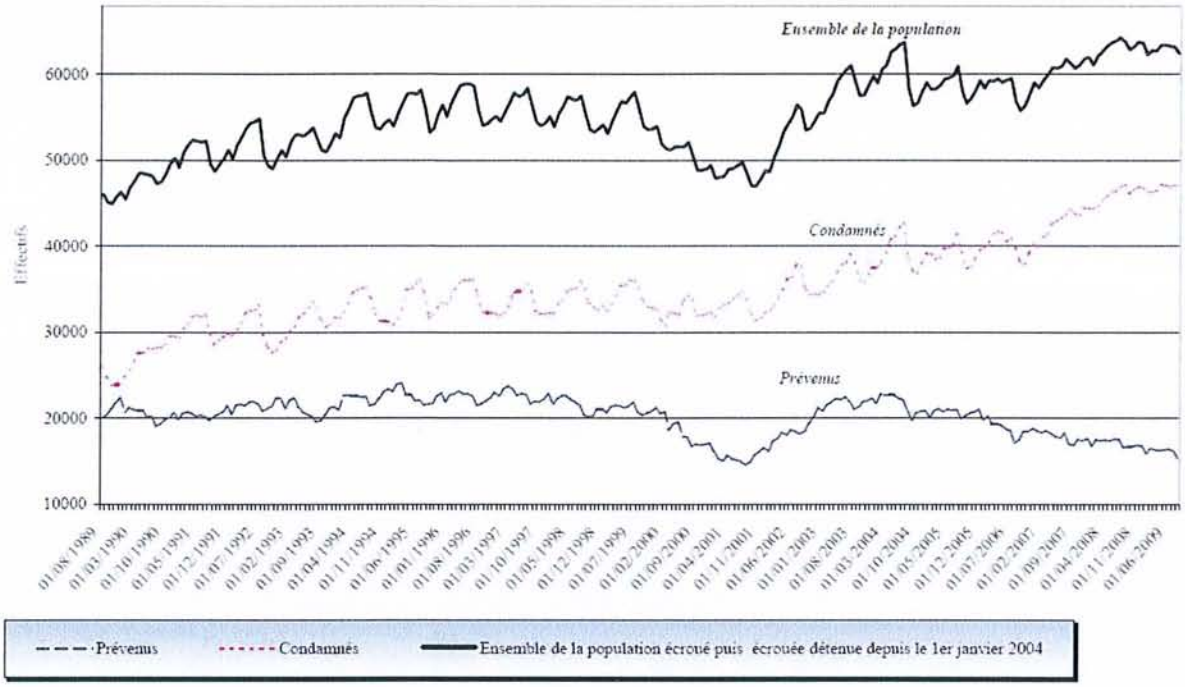


Figure 1. Évolution mensuelle de la population écrouée puis écrouée détenue depuis 20 ans (Source : DAP - PMJ1)

b) Données statistiques au 1er août 2009

Les chiffres au 1er août 2009 font état d'un total de 67 494 personnes écrouées, dont 62 420 détenus (Tableau 1). L'évolution du nombre total est stable (-0,1 %) par rapport aux statistiques de l'année précédente à la même date. On constate une augmentation du nombre de personnes écrouées non détenues (+34,2 %), avec en particulier les personnes condamnées placées sous surveillance électronique (+35,7 %). Les personnes écrouées en détention sont sensiblement moins nombreuses qu'en 2008 (-2,1 %) mais le nombre de personnes prévenues a reculé de 7,2 %.

Comme nous le verrons plus loin, la question de la surpopulation du milieu carcéral se pose inévitablement devant les 53 323 places théoriques disponibles en août 2009 [41].

	01/08/2009	01/08/2008	Évolution annuelle (%)
TOTAL	**67 494**	67 565	-0,1 %
Écroués non détenus	**5 074**	3 782	34,2 %
Dont condamnés en placement sous surveillance électronique	4 522	3 333	35,7 %
Dont condamnés en placement extérieur non hébergés	552	449	22,9 %
Écroués détenus	**62 420**	63 783	-2,1 %
Dont prévenus	15 384	16 572	-7,2 %
Dont condamnés en semi-liberté	1 643	1 792	-8,3 %
Dont condamnés en placement extérieur hébergés	348	377	-7,7 %
Dont condamnés non aménagés	45 045	45 042	0,0 %

Tableau 1. Ensemble des personnes sous écrou au 1er août 2009
(Source : DAP - PMJ1)

L'évolution de la population écrouée en 2009 tend à se superposer avec celle de 2008, qui était déjà nettement supérieure à 2007 en termes d'effectifs. Comme le montre la figure 2, le « creux » de la période estivale de 2006 n'est plus aussi marqué, avec une population carcérale passant de 56 500 à 61 500 en août 2007 et à plus de 63 500 en août 2008.

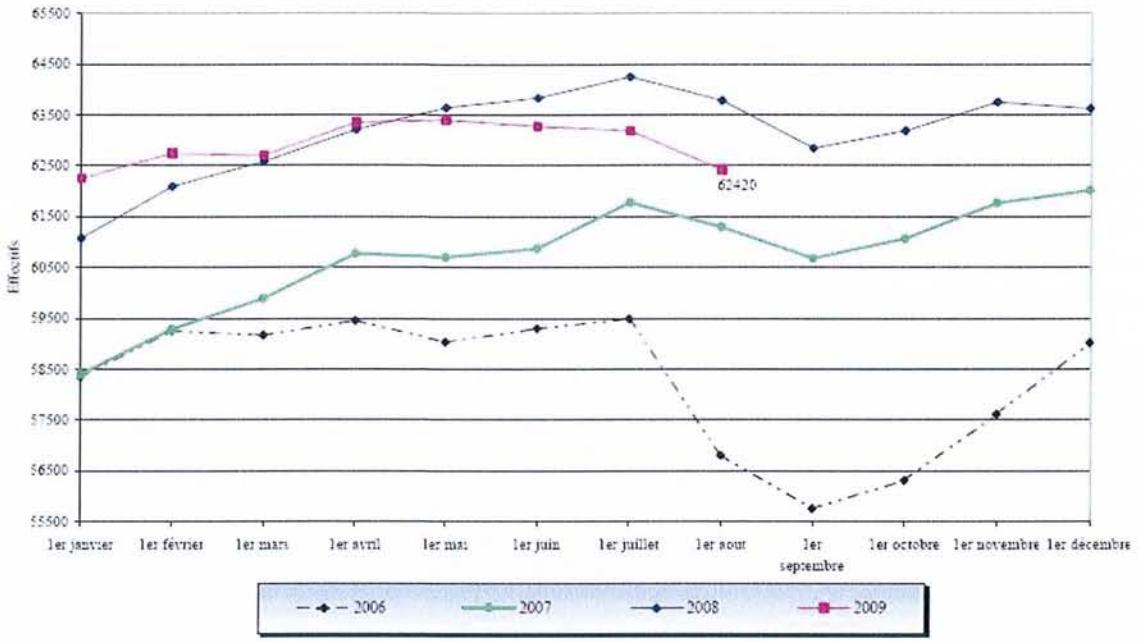


Figure 2. Évolution mensuelle de la population écrouée détenue depuis le 1er janvier 2006 (Source : DAP - PMJ1)

Si l'on s'intéresse au nombre de personnes prévenues, on note une diminution globale en 2009 par rapport aux trois années précédentes, avec une accentuation depuis juillet dernier (Figure 3).

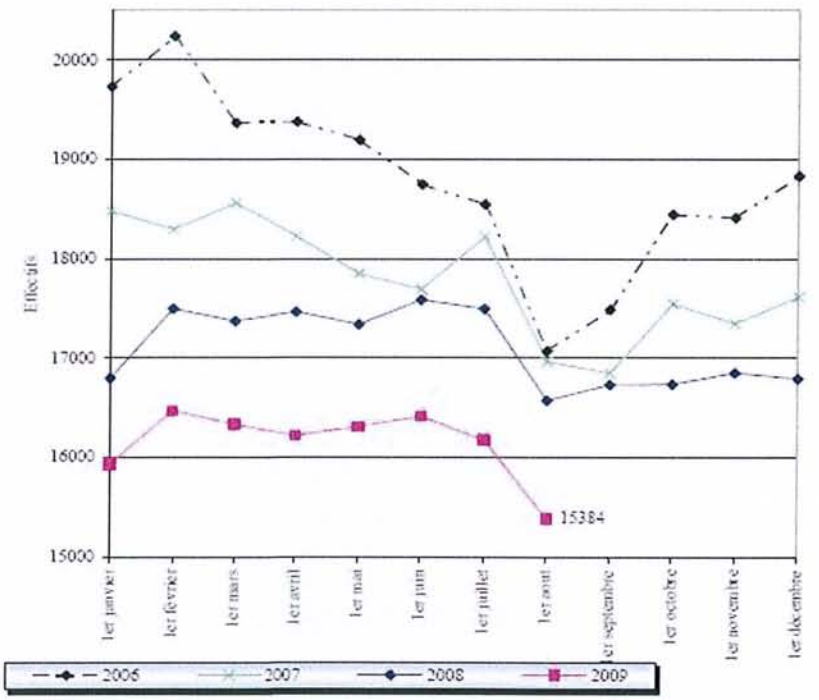


Figure 3. Évolution mensuelle du nombre de prévenus depuis le 1er janvier 2006 (Source : DAP - PMJ1)

La tendance inverse se vérifie à propos des condamnations, en hausse croissante depuis 2006. Les effectifs se stabilisent autour de 47 000 depuis avril 2009 (Figure 4).

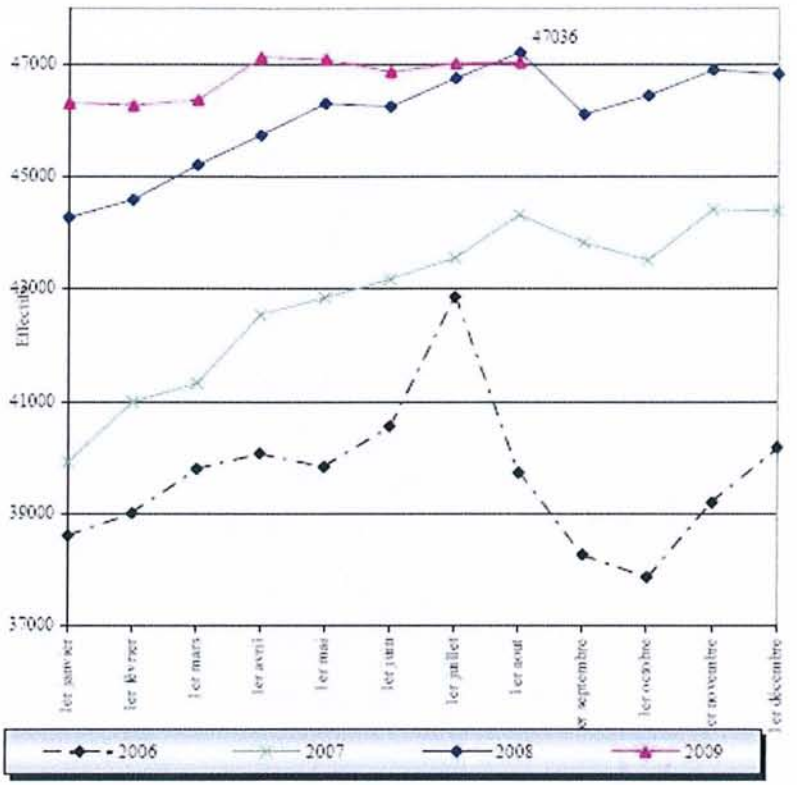


Figure 4. Évolution mensuelle du nombre de personnes condamnées depuis le 1er janvier 2006 (Source : DAP - PMJ1)

2. Caractéristiques de la population écrouée

a) Selon la catégorie pénale et le sexe

Au 1er août 2009, la population carcérale se compose de 15 384 personnes prévenues, dont 14 673 sont des hommes et de 47 036 personnes condamnées, dont 45 628 hommes (Tableau 2).

Le nombre de femmes détenues est très nettement inférieur par rapport aux hommes (respectivement 2 119 et 60 301) et elles ne représentent que 3,5 % de l'ensemble de la population écrouée (Tableau 3a).

Catégorie pénale actuelle	*Hommes*	*Femmes*	*Ensemble*
Prévenus	14 673	711	*15 384*
Condamnés	45 628	1 408	*47 036*
Ensemble	*60 301*	*2 119*	*62 420*

Tableau 2. Répartition de la population écrouée détenue selon la catégorie pénale et le sexe au 1er août 2009

(Source : DAP - PMJ1)

Nombre de femmes écrouées*	*ensemble de la population écrouée*	Proportion de femmes écrouées (%)
2333	*67 494*	*3,5*

*Dont non hébergées : 214

Tableau 3a. Nombre de femmes écrouées au 1er août 2009

(Source : DAP - PMJ1)

On remarque qu'en détention 30,5 % des femmes sont prévenues et 69,5 % condamnées (Tableau 3b).

	Nombre de femmes écrouées par catégorie pénale	
	Effectifs	%
Prévenues	711	30,5
Condamnées	1 622	69,5
Ensemble des femmes	*2 333*	*100,0*

Tableau 3b. Nombre de femmes écrouées par catégorie pénale au 1er août 2009
(Source : DAP - PMJ1)

Le nombre de femmes écrouées en 2009 évolue de façon similaire aux constats de 2007, avec des effectifs globaux en régression par rapport à 2008 (Figure 5).

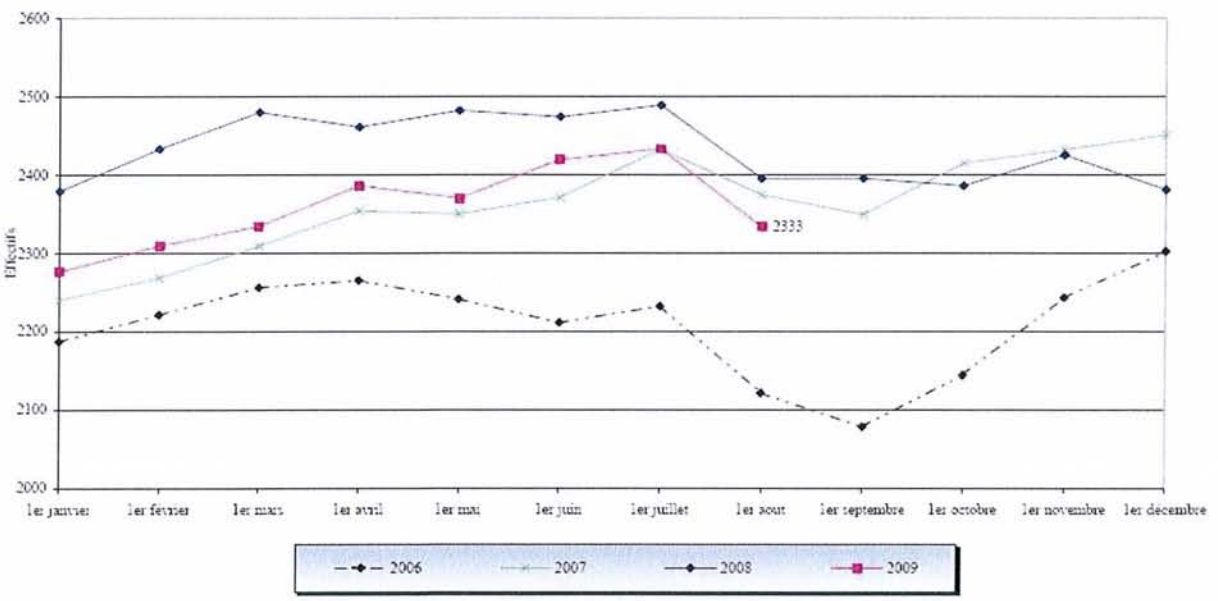


Figure 5. Évolution mensuelle du nombre de femmes écrouées depuis le 1er janvier 2006
(Source : DAP - PMJ1)

b) Mineurs écroués

Au 1er août 2009, les mineurs incarcérés représentent 1,2 % de l'ensemble de la population écrouée détenue (Tableau 4).

En 2006, 3 350 mesures d'incarcération ont été prononcées à l'égard des mineurs, dont 170 (5,4 %) à l'égard des filles. Au 1er décembre 2007, les mineurs détenus étaient 695 soit 1,1 % de l'ensemble des personnes détenues.

Nombre de mineurs écroués	*ensemble de la population écrouée détenue*	Proportion de mineurs écroués détenus (%)
733	*62 420*	*1,2*

Tableau 4. Nombre et pourcentage de mineurs écroués détenus au 1er juin 2009
(Source : DAP - PMJ1)

12,8 % des mineurs incarcérés en 2007 étaient âgés entre 13 et 16 ans non révolus (+8 % par rapport à 2005). 87 % ont la nationalité française (+6 % par rapport à 2002) et les deux tiers d'entre eux étaient prévenus.

En 2009, les mineurs condamnés sont presque aussi nombreux que les prévenus, mais ces derniers demeurent majoritaires (Tableau 5).

La durée moyenne d'incarcération reste située autour de deux mois et demi, quel que soit le type de détention. Cependant, il convient de souligner que 65 % des incarcérations de mineurs sont inférieures à 3 mois et 0,6 % dépassent l'année.

	Nombre de mineurs écroués par catégorie pénale	
	Effectifs	%
Prévenus	391	53.3
Condamnés	342	46.7
Ensemble des mineurs	*733*	*100*

Tableau 5. Nombre de mineurs écroués par catégorie pénale au 1er août 2009
(Source : DAP - PMJ1)

Après avoir débuté l'année 2009 avec les effectifs les plus bas observés depuis trois ans, une élévation du nombre de mise sous écrou de mineurs est constatée depuis avril 2009 avec un pic des effectifs en juillet déjà observé depuis 2006 (Figure 6).

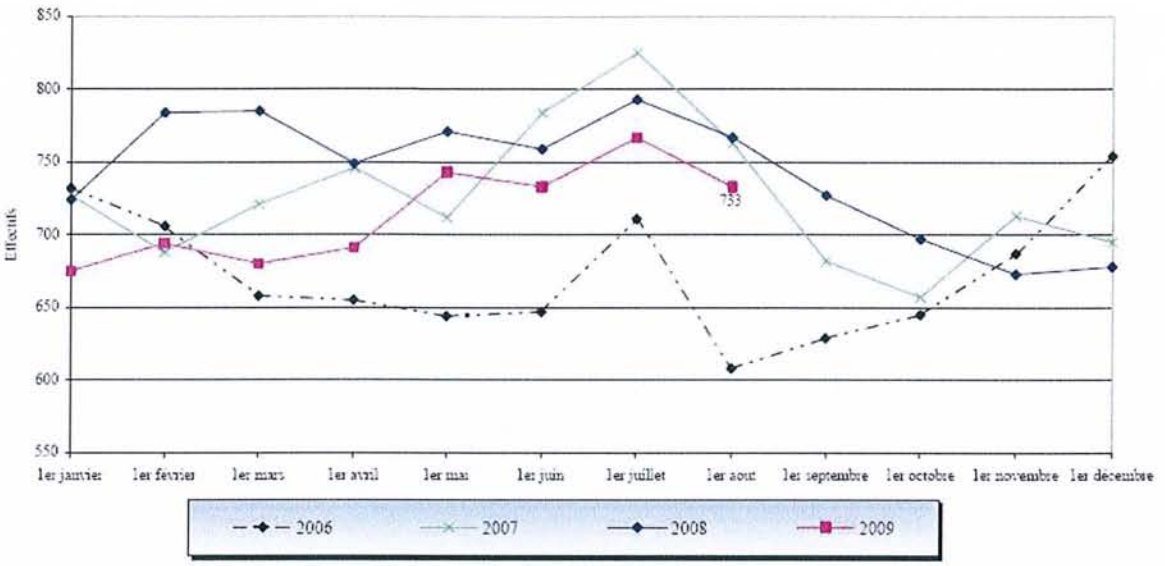


Figure 6. Évolution mensuelle de la population écrouée détenue mineure depuis le 1er janvier 2006 (Source : DAP - PMJ1)

Deux tiers des mineurs sont incarcérés pour des atteintes aux biens ou à l'ordre public.
Les chiffres de l'annuaire statistique du conseil de la justice (2003 et 2004) montraient une augmentation des condamnations pour viols et délits sexuels commis par des personnes mineures entre 1997 et 2002. La proportion des condamnations pour viol parmi toutes les condamnations pour crimes représentait 67,3 % en 1997 et 72,6 % en 2002. Quant aux délits sexuels, une augmentation de 14,7 % sur cette même période était observée. Dans les deux cas, il existe une forte prédominance masculine, voire une représentation quasi exclusive pour les viols [15].

B. Situation récente des suicides en milieu carcéral

1. Généralités

Le terme « suicide » fait référence au geste suicidaire suivi d'un décès, par opposition aux « tentatives de suicide », dont l'issue n'est pas fatale.

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 1960, ce taux n'a pas cessé d'augmenter pour atteindre son maximum en 1996 avec 138 suicides, soit un taux de 24,4 pour 10 000 personnes écrouées.

Selon la démographe A. Hazard, la tendance générale des suicides en milieu carcéral est à la baisse depuis 2002 [49]. Le nombre de suicides diminue sensiblement entre 2002 et 2007, alors même que la population carcérale s'accroît sur la période (+18 %). En 2007, le taux de suicide s'établit à 15,2 suicides pour 10 000 personnes écrouées (Tableau 6, figures 7 et 8).

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

Tableau 6. Évolution des suicides en milieu carcéral de 1997 à 2008

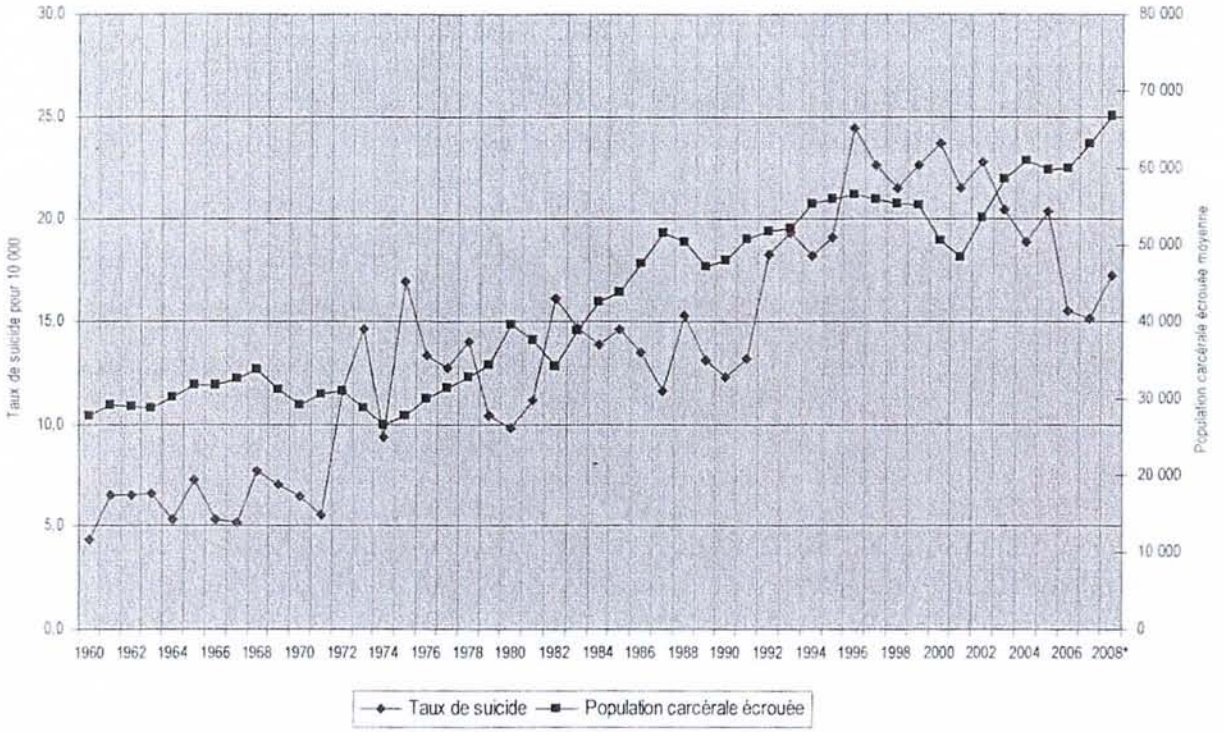


Figure 7. Évolution du taux de suicide et de la population carcérale moyenne de 1960 à 2008

(Source : EMS-PMJ)

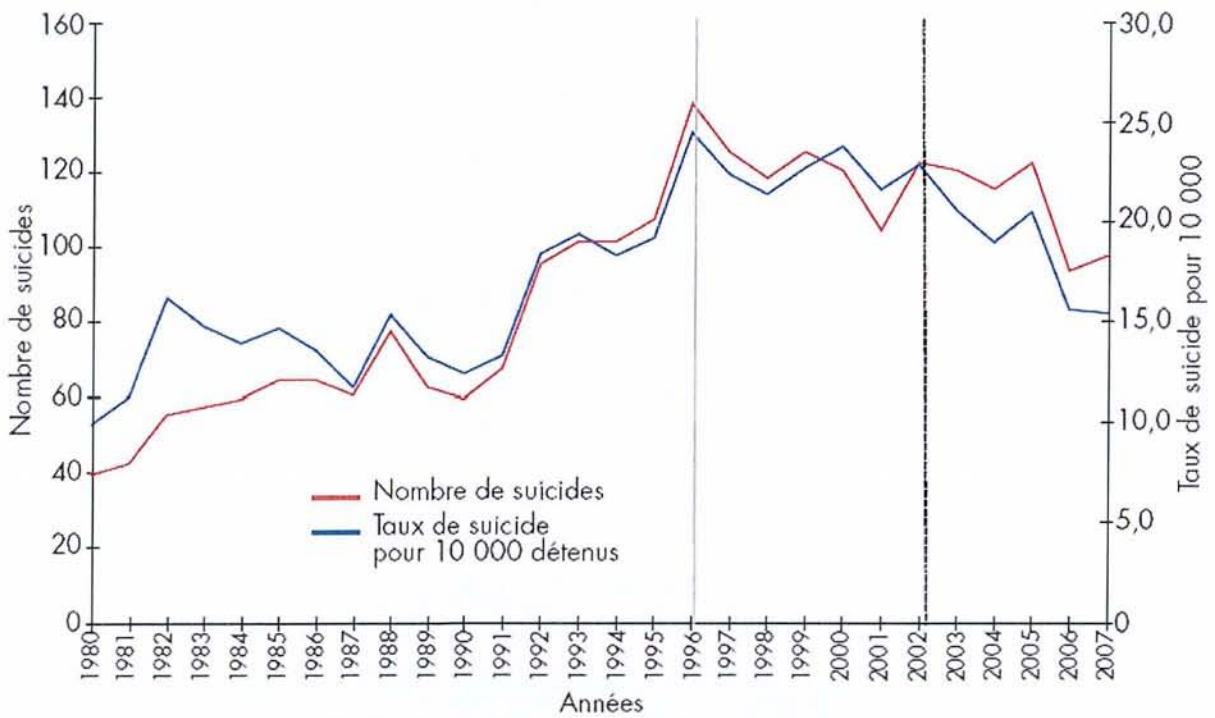


Figure 8. Évolution du nombre et du taux de suicide en milieu carcéral depuis 1980, France entière

(Source : Statistiques des suicides, DAP-EMS1)

La figure 8 montre bien la tendance du phénomène qui oscille à des niveaux élevés depuis 1994. Le nombre de mesures prises par l'Administration Pénitentiaire - par la succession de groupes de travail, de missions et de circulaires (29 mai 1998 et 26 avril 2002) - démontre une très forte volonté pour améliorer la prévention.
Avec les statistiques que produit la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), nous disposons d'un indicateur plus fiable qu'en population générale, où une sous-estimation du suicide serait de l'ordre de 20 %.
La faiblesse du nombre de décès liés à d'autres causes en milieu pénitentiaire, ainsi que le système d'analyse en place, réduisent le risque d'erreur d'attribution. Cependant, comme en milieu ouvert, il est parfois difficile de distinguer les décès dus à une mise en danger sans intention de succomber et les décès intentionnels.

La France connaît une baisse relative du nombre de suicides en détention depuis 1996, notamment depuis la fin de l'année 2002 et encore plus fortement depuis la mise en œuvre concrète des préconisations issues du rapport du Professeur Jean-Louis Terra (que nous aborderons plus précisément dans le chapitre IV de cette première partie).

2. Bilan des suicides au 15 juillet 2009 [40]

D'après les documents de l'Administration Pénitentiaires les plus récents (permanences EMS1, bases EMS1, PMJ5 et PMJ2), le nombre de suicides au 15 juillet 2009 est de 76 sur l'ensemble du territoire. Parmi ceux-ci, 73 se sont produits en détention (les 3 suicides « hors détention » concernent une personne placée sous surveillance électronique et 2 personnes en milieu hospitalier).

L'année 2008 s'était terminée avec 115 suicides de personnes écrouées : 109 en détention, 6 hors détention (4 sous surveillance électronique et 2 en milieu hospitalier).
Après deux années consécutives de baisse en 2006 et 2007, l'année 2008 a marqué une inflexion de la baisse tendancielle du taux de suicide.

Le bilan de l'année 2008 a mis en évidence deux « pics » de suicide en détention au printemps (mai/juin) et à l'automne (septembre/octobre), concernant trois types de personnes détenues particulièrement touchées par l'augmentation du nombre de suicides :

- les personnes détenues repérées à risque,
- les auteurs présumés ou reconnus d'infractions à caractère sexuel (AICS),
- les mineurs.

Le début de l'année 2009 a été marqué par :

- le suicide d'un mineur,
- le suicide de 25 AICS sur 73, soit plus d'un tiers,
- le suicide de 29 personnes détenues dans des quartiers spécifiques (39,7 %), dont 14 personnes au quartier disciplinaire, 8 au quartier arrivant, 5 en quartier d'isolement et 2 en service médico-psychologique régional (SMPR).

La majorité des décès par suicide survenus en détention au 15 juillet 2009 se sont produits dans les 60 jours après la mise sous écrou (69 décès, soit 94,52 %), contre 41,10 % dans les 30 premiers jours (30 décès) et 19,18 % moins de 10 jours après l'arrivée (14 décès).

Le tableau 6 résume de manière comparative les données sur les suicides des personnes écrouées entre 2007 et mi-juillet 2009.

	2009 (situation au 15 juillet)		2008		2007	
Suicides en détention	**73**		**109**		**93**	
Dont décès à l'hôpital	*6*	*8,2%*	*15*	*13,8%*	*17*	*18,3%*
Cellule	44	60,3%	78	71,6%	59	63,4%
Dont : seul en cellule	27	61,4%	52	66,7%	31	52,5%
cellule doublée	17	38,6%	26	33,3%	28	47,5%
- co-détenu présent	*4*	*23,5%*	*5*	*19,2%*	*14*	*50,0%*
- co-détenu absent	*13*	*76,5%*	*21*	*80,8%*	*14*	*50,0%*
Quartier arrivant	8	11,0%	7	6,4%	12	12,9%
Quartier disciplinaire	14	19,2%	13	11,9%	16	17,2%
Quartier d'isolement	5	6,8%	6	5,5%	2	2,2%
SMPR	2	2,7%	5	4,6%	3	3,2%
Type d'établissement						
MA et qMA	56	76,7%	81	74,3%	63	67,7%
CD et qCD	16	21,9%	21	19,3%	15	16,1%
MC et qMC	1	1,4%	6	5,5%	1	1,1%
Mode de perpétration						
Pendaison	68	93,2%	105	96,3%	87	93,5%
Catégorie pénale						
Prévenu	32	43,8%	48	44,0%	46	49,5%
Condamné	41	56,2%	61	56,0%	47	50,5%
Type de procédure						
Correctionnelle	34	46,6%	55	50,5%	48	51,6%
Criminelle	41	56,2%	54	49,5%	45	48,4%
AICS	25	34,2%	36	33,0%	20	21,5%
Homme	73	100,0%	107	98,2%	88	94,6%
Femme	0	0,0%	2	1,8%	5	5,4%
Âge moyen	36,84 ans		36,03 ans		35,48 ans	
Nombre de mineurs	1		3		0	
<=25 ans	19	26,0%	23	21,1%	25	26,9%
>=60 ans	5	6,8%	3	2,8%	3	3,2%
Suicides hors détention	**3**		**6**		**3**	
Nombre total de suicides	**76**		**115**		**96**	

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

MA et qMA : Maison d'Arrêt et quartier Maison d'Arrêt

CD et qCD : Centre de Détention et quartier Centre de Détention

MC et qMC : Maison Centrale et quartier Maison Centrale

AICS : auteurs d'infractions à caractère sexuel

Tableau 6. Données comparatives des suicides des personnes écrouées 2007-2009 (au 15 juillet) selon le lieu, le type d'établissement, le mode de perpétration, les catégories pénales et sociodémographiques (Source : DAP-PMJ)

	Nombre de suicide à la même date	**Total année**	Suicide en détention
2009	76	**76**	**73**
2008	61	**115**	**109**
2007	52	**96**	**93**
2006	52	**93**	**85**
2005	60	**122**	
2004	61	**115**	
2003	72	**120**	
2002	58	**122**	
2001	49	**104**	
2000	74	**120**	
1999	67	**125**	
1998	65	**119**	
1997	69	**127**	
1996	82	**138**	

Tableau 7. Situation des suicides au 15 juillet 2009

(Source : EMS)

a) Modalités d'aboutissement des suicides

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, 92 % en 2001-2002) suivis par l'ingestion médicamenteuse (8 % contre 3 % en 2001-2002).

En 2008, sur les 109 suicides en détention, 105 (soit 96,3 %) ont été perpétrés par pendaison. Selon le rapport de la commission Albrand au sujet du bilan des suicides en 2008 [4], « 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 quartier disciplinaire (7 %, soit 7 des 13 suicides en quartier disciplinaire) et la potence TV (9 %, soit 9 cas) ».

Les autres moyens utilisés sont l'absorption de produits toxiques, l'auto-mutilation, la projection dans le vide, l'étouffement, le suicide par le feu ou l'ingestion de corps étrangers [75].

b) Lieux et moments de perpétration

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 2006-2007 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.

Parmi les suicides qui sont survenus « dans les murs », des évolutions notables se dessinent puisque 60,27 % ont eu lieu en cellule « ordinaire » en 2009 (contre 81 % en 2001-2002) et 19,18 % en quartier disciplinaire (17 % en 1998-1999, 11 % en 2001-2002) [40] [109].

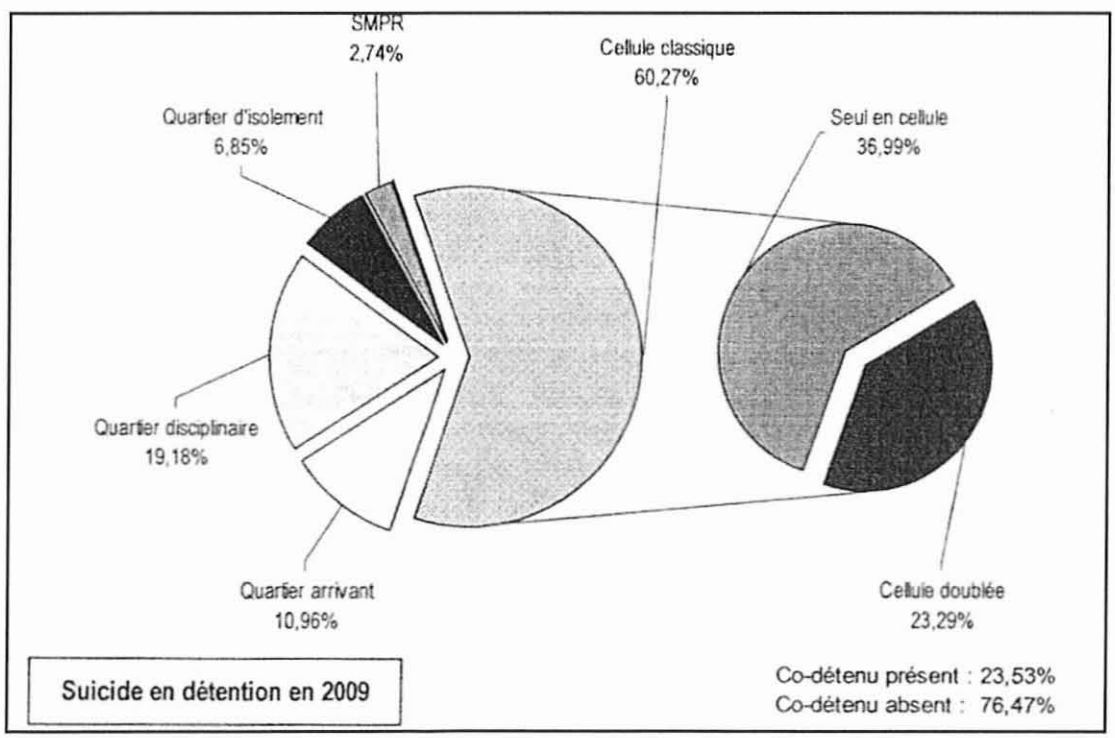


Figure 9. Répartition des suicides en détention (15 juillet 2009) selon les lieux et le mode d'occupation de cellule (Source : DAP-PMJ)

Depuis le début de l'année 2009, 37 % des personnes décédées occupaient seules leur cellule et 76,47 % de celles qui étaient doublées en cellule ont profité de l'absence de leur co-détenu pour mettre fin à leurs jours. Si le geste a lieu en présence des co-détenus, c'est essentiellement la nuit pendant le sommeil de ces derniers (figure 9).

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 » (notamment concernant les personnes placées en quartier d'isolement et en quartier disciplinaire, soit 26,03 % des décès depuis le début de l'année). 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.

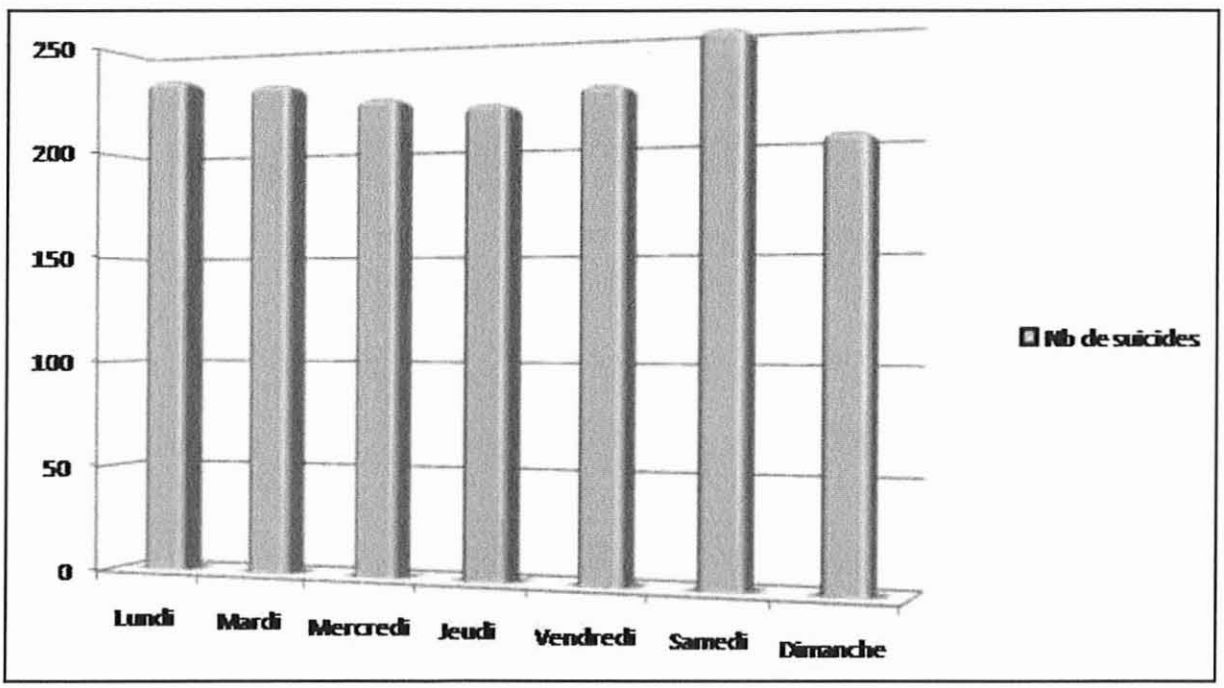


Figure 10. Nombre de suicides selon le jour du décès 1996-2009 (situation au 15 juillet)
(Source : EMS-PMJ)

Il n'y a pas de variation saisonnière particulière des suicides en détention, mais des pics réguliers à différentes périodes de l'année, conditionnés par des facteurs extérieurs. La répartition en fonction du jour de la semaine ne révèle aucun jour déterminant (figure 10).

Mois	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Moyenne 1996-2008
janvier	14	7	9	17	10	6	11	15	10	12	6	16	6	16	**155**	**10,7**
février	13	9	11	4	12	6	7	9	4	14	5	7	9	6	**116**	**8,5**
mars	16	10	12	9	12	4	10	10	9	12	10	8	6	12	**140**	**9,9**
avril	11	13	9	3	9	11	7	10	11	8	8	4	6	9	**119**	**8,5**
mai	13	15	9	16	12	11	11	14	8	6	9	6	17	10	**157**	**11,3**
juin	10	11	9	13	13	8	9	9	15	3	10	11	13	15	**149**	**10,3**
juillet	8	15	17	11	12	9	10	10	12	10	6	7	7	8	**142**	**10,3**
août	12	9	8	19	13	8	14	12	6	10	12	7	10		**140**	**10,8**
septembre	9	12	8	12	4	7	14	8	6	9	5	6	10		**110**	**8,5**
octobre	12	11	11	6	13	13	13	5	6	17	8	9	13		**137**	**10,5**
novembre	10	11	9	10	1	11	6	9	11	9	7	2	9		**105**	**8,1**
décembre	10	4	7	5	9	10	10	9	17	12	7	13	9		**122**	**9,4**
Total	**138**	**127**	**119**	**125**	**120**	**104**	**122**	**120**	**115**	**122**	**93**	**96**	**115**	**76**	**1 592**	**116,6**

Tableau 8. Données mensuelles des suicides 1996-2009

(Source : DAP-PMJ2)

À l'issue du premier semestre 2009 (tableau 8), on constate une augmentation du nombre de suicides avec un début de mois de janvier marqué par 16 décès (pour une moyenne de 10,7 entre 1996 et 2008) et un écho médiatique important. Les chiffres mensuels suivants dépassent les moyennes observées aux mêmes périodes depuis 1996, à l'exception des mois de février, mai et juillet).

c) Caractéristiques sociodémographiques et pénales

(1) Selon l'âge et le sexe

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<20	2,9	4,7	3,4	4,0	5,8	4,8	4,1	5,0	4,3	1,6		6,3	6,1	6,6	4,2
20-39	72,5	65,4	58,8	64,0	65,0	66,3	63,1	60,0	53,9	53,3	69,9	58,3	58,3	53,9	61,9
40-59	22,5	26,0	35,3	29,6	27,5	25,0	28,7	33,3	37,4	40,2	28,0	31,3	33,0	32,9	30,7
60-+	2,2	3,9	2,5	2,4	1,7	3,8	4,1	1,7	4,3	4,9	2,2	4,2	2,6	6,6	3,3

Tableau 9. Structure des suicides par tranche d'âge 1996-2009 (%)

(Source DAP-PMJ2)

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 sociodémographiques 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 [49] [28].

La baisse du taux de suicide 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 métropole (1,8 pour 10 000) est intéressante mais reste biaisée par la sous-estimation du nombre de décès pour l'ensemble de la population. 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 décédées par suicide en détention, tout comme le nombre de femmes écrouées, étant comme nous l'avons vu très faible. Il n'y aurait pas en l'état actuel des études de sursuicidité en fonction du sexe [49] [28].

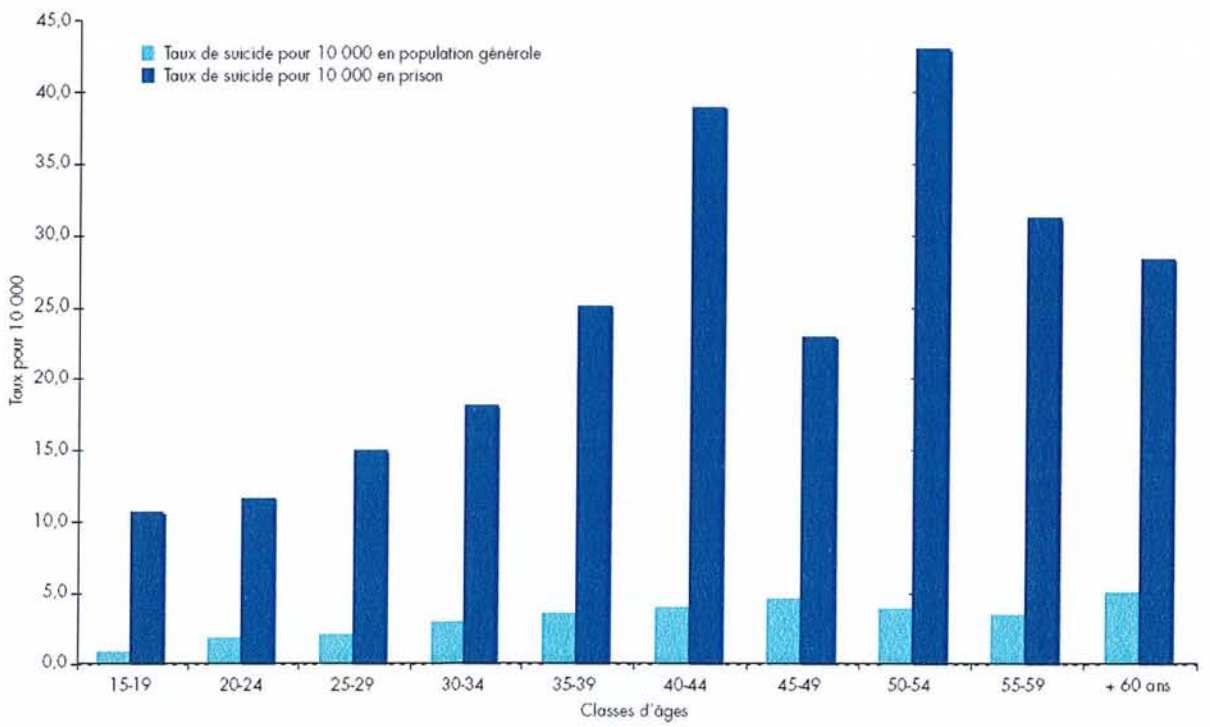


Figure 11. Comparaison des taux de décès par suicide des hommes en 2005 en population générale et en prison, France métropolitaine

La comparaison avec la population générale (figure 11) nécessiterait une stratification car la pyramide des âges des détenus diffère de celle de la population d'un pays.
D'une manière générale, il semble important de rappeler que si le potentiel suicidaire en milieu carcéral s'accroît avec l'âge, il représente également la première cause de décès des populations les plus jeunes en prison [49] [28].

(2) Selon les caractéristiques pénales

	2008			2007			2006		
	Prévenus	Condamnés	Total	Prévenus	Condamnés	Total	Prévenus	Condamnés	Total
>=16-<18 ans	27,4	73,4	**47,1**						
>=18-<21 ans	12,1	9,3	**10,2**	21,6	23,9	**23,0**		7,4	**4,2**
>=21-<25 ans	29,6	8,3	**13,4**	19,9	6,5	**10,3**	2,9	13,0	**9,7**
>=25-<30 ans	9,7	17,5	**15,6**	9,2	9,3	**9,2**	25,4	7,9	**13,5**
>=30-<40 ans	18,9	18,1	**18,3**	28,5	13,8	**17,9**	33,4	20,5	**24,5**
>=40-<50 ans	65,2	6,0	**20,2**	43,4	9,2	**18,3**	40,7	12,7	**20,9**
>=50-<60 ans	68,9	19,2	**30,1**	47,7	12,5	**20,9**	29,2	2,6	**9,6**
>=60 ans	41,2	5,2	**12,4**	60,1	5,6	**17,5**	18,5	5,9	**9,0**
Total	**29,9**	**13,5**	**17,7**	**26,6**	**11,0**	**15,4**	**22,5**	**12,2**	**15,5**

Données suicide population écrouée: source PMJ-EMS. Données population écrouée au 1er janvier de l'année (source : PMJ5 – statistiques trimestrielles). Formule : (suicides année n) / ((personnes écrouées au 1er janvier année n + personnes écrouées année n+1)/2)*10 000

Tableau 10. Taux de suicide par tranche d'âge et catégorie pénale (Taux pour 10 000)

D'après le tableau 10, on constate que le taux de suicide des personnes prévenues est très supérieur à celui des personnes condamnées en 2008 (respectivement 29,9 pour 10 000 et 13,5 pour 10 000). Cette tendance reste stable depuis plusieurs années.

	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

Tableau 11. Évolution du taux de suicide selon la catégorie pénale depuis 2002

Champ: métropole et outre mer

Source : DAP / PMJ-EMS1

En 2007 (Tableau 11), près de la moitié des personnes qui se sont suicidées était en détention provisoire alors que les prévenus représentaient 28 % des personnes écrouées [49].

Le tableau 12 apporte des indications sur l'influence de la nature du crime ou du délit sur le taux de suicide [109]. Les condamnés pour crimes de sang semblent davantage exposés au risque du suicide puisque le taux de suicide s'élève à 40,6 pour 10 000. Cette infraction regroupe 23 % des condamnés qui se sont suicidés en 2001-2002 alors même qu'elle ne représente que 10 % de la population carcérale condamnée au 1er janvier 2002.
Il apparaît que, quelle que soit la situation pénale du détenu (prévenu ou condamné), le taux de suicide est particulièrement élevé : pour les meurtres, assassinat, parricide, infanticide (77,2 pour 10 000), pour les viols (46,1 pour 10 000) et en matière délictuelle : pour les coups et blessures volontaires avec circonstances aggravantes (56,2 pour 10 000), pour les atteintes et outrages à la pudeur sur mineur (27,6 pour 10 000) et pour les vols avec violence (26,4 pour 10 000).

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

* Source: FND en métropole et outre mer

ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants, CBV : coups et blessures volontaires

Tableau 12. Répartition des personnes suicidées selon les crimes ou délits

Champ: métropole et outre mer

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

En 2006-2007, comme en 2001-2002, et même si les taux ont sensiblement diminué, le potentiel suicidaire reste plus élevé pour les détenus ayant commis des infractions contre les personnes, respectivement 20 pour 10 000 et 28 pour 10 000 [49].

Le potentiel suicidaire 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 publique, 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) [49].

3. Suicides des mineurs et jeunes majeurs

Après les décès survenus en 2008 au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu et à la maison d'arrêt de Strasbourg, une attention renouvelée a été attachée à la prévention du suicide chez les mineurs et jeunes majeurs.

On recense ainsi, pour l'année 2008, 3 cas de suicides chez les mineurs (aucun cas de suicide les trois années précédentes) et 18 chez les moins de 25 ans [40].

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<20	4	6	4	5	7	5	5	6	5	2		6	7	5	67
Dont Mineur	*2*		*1*	*2*	*2*	*2*	*1*	*1*	*1*				3	1	16
20-39	100	83	70	80	78	69	77	72	62	65	65	56	67	41	985
40-59	31	33	42	37	33	26	35	40	43	49	26	30	38	25	488
60-+	3	5	3	3	2	4	5	2	5	6	2	4	3	5	52

Tableau 13. Structure des suicides par tranche d'âge 1996-2009

(Source DAP-PMJ2)

4. Établissements les plus affectés

Les établissements ayant connu depuis dix ans le plus grand nombre de suicides sont des Maisons d'Arrêt importantes. Ces structures concentrent en effet les populations les plus fragilisées. Par ailleurs, elles accueillent des prévenus qui connaissent un taux de suicide plus élevé (notamment durant les premiers mois de détention). En raison d'une meilleure

couverture psychiatrique, due à la présence de SMPR ou d'un nombre de psychiatres plus important, ces Maisons d'Arrêt hébergent un nombre élevé de détenus perturbés sur le plan psychologique. Concernant la situation du Centre Pénitentiaire de Metz, les données de l'administration pénitentiaire présentées dans le tableau 14 place l'établissement au 12ème rang parmi les 20 établissements les plus touchés par les suicides aboutis depuis 1996 (Tableau 14) [40].

Etablissement	Type	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Fresnes MA	MA	7	7	6	7	6	6	3	1	2	9	2	6	6	4	72
Fleury-Mérogis	MA	9	6	10	6	5	4	3	9	2	3	3	4	5	2	71
Marseille-Baumettes	CP	3	3	4	3	5		2	4	1	3	8	2	5	2	45
Lyon-Perrache	MA	3	6	2	6	6	1	6	2		3	4	1	1	3	44
Lille-Loos MA	MA	4	8	3	4	1	2	3	7	1	3	1	1	1	2	41
Bordeaux-Gradignan	MA		2			3	7	3	3	4	2	4	1	3	2	34
Villefranche-sur-Saône	MA	4	4	2	1	3	1	2		4	3	2		4	1	31
Rennes MA	MA	2	4	3	3	2	1	2	2	3	3	1	1	1	3	31
Rouen	MA		4	5	2	1	3	1		3	2	1	4	2	2	30
Perpignan	CP	3	2	2	3	1	2	3	3	4	2	1			3	29
Strasbourg	MA	3	2	3	1		1	2	2	4	4	1	2	2	1	28
Metz-Queuleu CP	CP	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	4	2	25
Grenoble-Varces	MA	3	1	1	1	2	2	1	3	2	1		4	3		24
Yveline (Bois-d'Arcy)	MA	3		1	1	2	4	3		3	3		2		1	23
Villeneuve-lès-Maguelonne	MA		3	1	3	2	2	2	1	2	3	1	2		1	23
Angers	MA			4	2	4	1	2		2	2		2	2	2	23
Grasse	MA	2	2	2	6	2	1	3	1	3		1				23
Nantes	CP	4	4	1	2	2	2	2		2		1	1		1	22
Longuenesse	CP			4	1	1	2		6	1	2	2		1	1	21
Val-de-Reuil	CD			1	1	4	1	1	1	1	2		3	3	2	20

MA : Maison d'Arrêt, CP : Centre Pénitentiaire

Tableau 14. Liste des 20 établissements les plus affectés par les suicides de 1996 à 2009

DISP	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Bordeaux	3	4	3	11	7	11	9	10	12	6	8	6	12	5	**107**
Dijon	16	7	7	7	8	11	12	13	4	10	4	5	9	6	**119**
Lille	16	20	23	17	16	14	15	19	19	18	22	20	16	19	**254**
Lyon	18	18	12	14	21	10	18	12	14	15	10	8	13	9	**192**
Marseille	11	12	12	13	14	5	12	16	11	9	17	13	14	6	**165**
MOM	3	2	2	5	3	6	4	3	5	5	3	1	2	1	**45**
Paris	30	32	29	24	22	22	15	21	15	24	12	19	23	7	**295**
Rennes	13	17	15	11	14	10	17	6	11	10	8	10	11	10	**163**
Strasbourg	12	6	10	5	7	8	8	8	11	15	5	8	8	7	**118**
Toulouse	16	9	6	18	8	7	12	12	13	10	4	6	7	6	**134**
Total	**138**	**127**	**119**	**125**	**120**	**104**	**122**	**120**	**115**	**122**	**93**	**96**	**115**	**76**	**1 592**

MOM : Mission Outre-Mer

Tableau 15. Nombre de suicides par Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) en 2009

C. Tentatives de suicide et comportements auto-agressifs en détention

Selon le docteur B. Brahmy, les tentatives de suicide sont plus fréquentes que les suicides accomplis, mais leur signification peut être très différente [70]. Parmi ces tentatives, l'Administration Pénitentiaire comptabilise par exemple les ingestions médicamenteuses n'ayant aucun but suicidaire, mais celui de réaliser « une défonce ».

Il est également fréquent qu'un suicide par pendaison soit évité grâce à l'intervention d'un surveillant, mais ce type de situation ne fait pas l'objet d'un relevé statistique.
Par ailleurs, les automutilations peuvent rentrer dans le champ des tentatives de suicide si elles concernent un organe vital ou un vaisseau de gros calibre.

Au-delà de l'approche restrictive du suicide comme acte ayant provoqué le décès, il est intéressant d'étudier l'évolution des conduites suicidaires.

1. Bilan des tentatives de suicide en détention

a) Données actuelles

En 2008, 1 699 tentatives de suicide étaient recensées contre 1 417 en 2007, soit une augmentation de près de 20 %. Un suivi des tentatives de suicide permettrait d'affiner l'expertise sur les manques décrits : une proportion non évaluée mais significative des tentatives de suicide échappait jusqu'en 2007 à toute analyse.

Les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) restituent depuis lors une vue quantitative plus complète (données consolidées par la cellule statistique d'EMS1), mais encore sous-estimée car une proportion très importante des tentatives sont recueillies par les équipes soignantes et non communiquées à l'Administration Pénitentiaire [4].

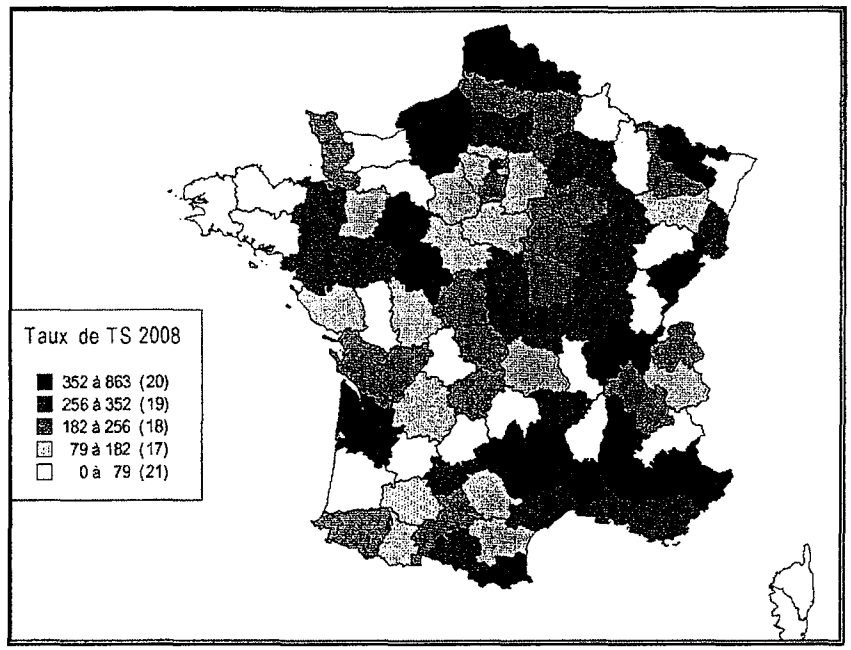


Figure 12. Taux de tentative de suicide en détention en 2008

(Nombre de tentative de suicide / Population carcérale écrouée hébergée au 1er juillet)

Source : EMS

b) Évolution des tentatives de suicide en détention

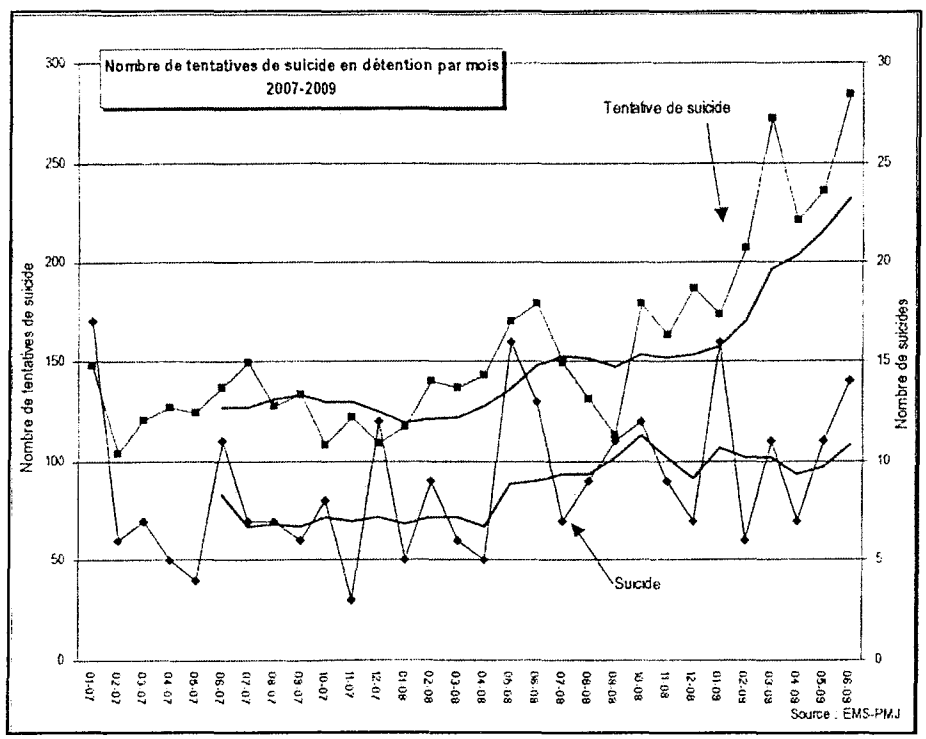


Figure 13. Évolution comparée des suicides et des tentatives de suicide : 2007-2009

(Source : EMS1-PMJ. Moyenne mobile de 6 mois.)

Le nombre de tentatives de suicide progresse de façon constante depuis 2007 (figure 13), à des niveaux élevés (plus de 150 tentatives par mois depuis mai 2008 selon les données suivantes), mais ces chiffres restent encore sous-estimés [40].

c) Tentatives de suicide selon la catégorie pénale

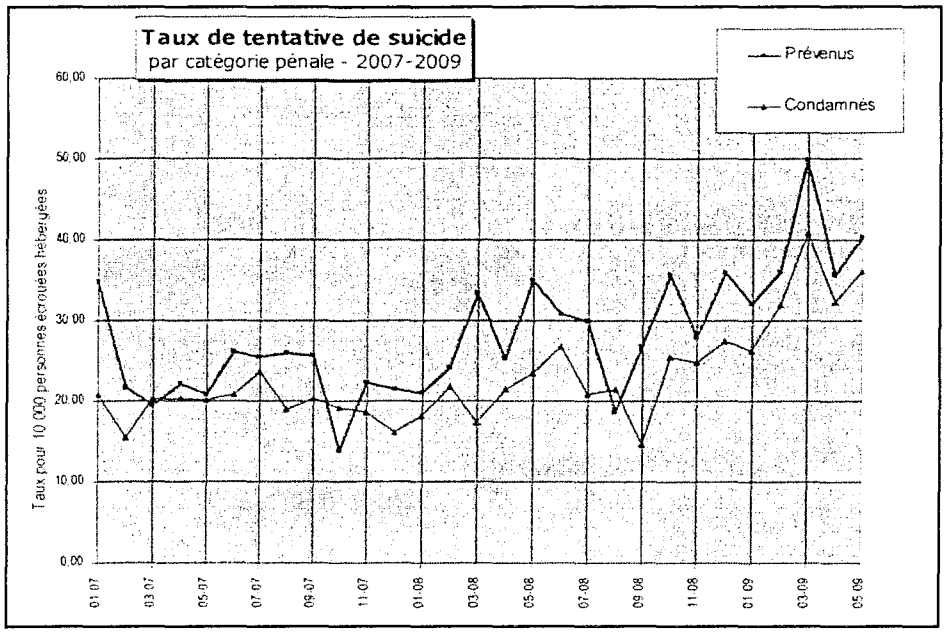


Figure 14. Taux de tentative de suicide par catégorie pénale (données mensuelles 2007-2009) (Source : PMJ-EMS)

La répartition selon la catégorie pénale des tentatives de suicides perpétrées en détention est superposable à celle des suicides aboutis : les prévenus sont ainsi les plus affectés, avec 31% des personnes en 2008 (31% en 2007) contre 68% pour les condamnés (68% en 2007) [4].

d) Tentatives de suicide chez les mineurs en détention

En 2008, 66 tentatives d'autolyse ont été recensées chez les mineurs (contre 53 en 2007). Le vécu de ces mineurs étant souvent marqué par la violence, agie mais aussi subie, une attention particulière doit être portée aux conséquences psychiques de leur incarcération, afin de prévenir l'apparition et le développement de pathologies.

En particulier, le passage à l'acte témoigne d'une souffrance psychique intense susceptible d'aboutir à une crise suicidaire.

2. Bilan des comportements auto-agressifs en détention

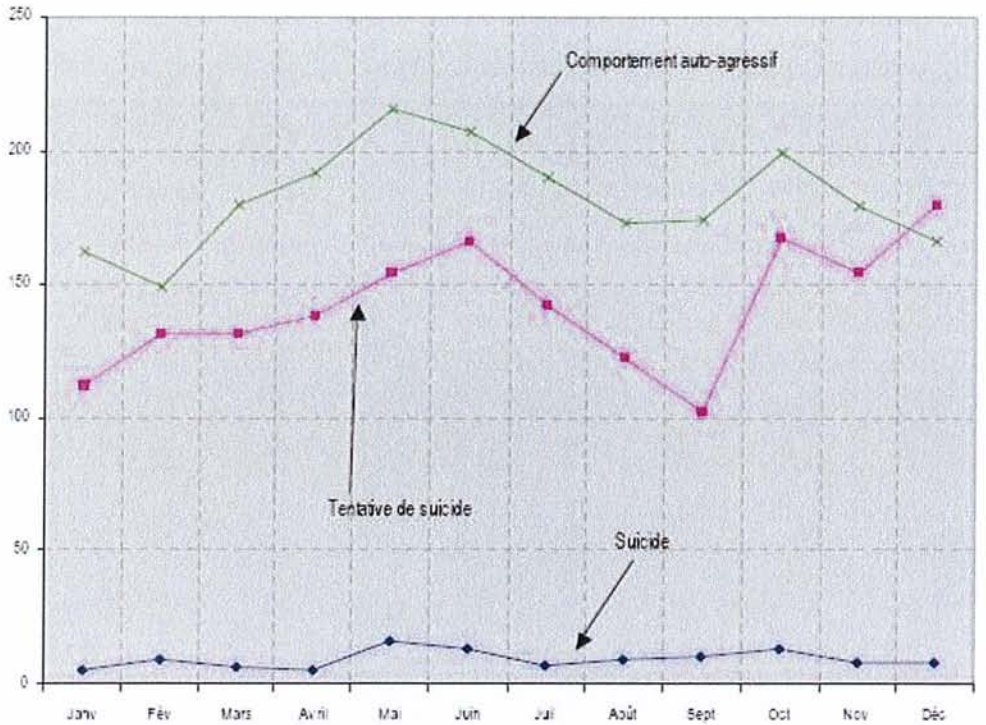


Figure 15. Suicides, tentatives de suicide et comportements auto-agressifs en détention en 2008 (Source : PMJ-EMS / DAP ; Champ : France entière)

On dénombre officiellement 1 977 comportements auto-agressifs à type d'automutilation en 2007 et 2 187 en 2008 selon les données de l'Administration Pénitentiaire (figure 15) [40]. Selon les chiffres mensuels de l'année 2008, deux pics ont eu lieu en mai et en octobre et sont superposables avec ceux des tentatives de suicide et des suicides aboutis.

De la même manière que pour les tentatives de suicide, ces chiffres sont largement sous-estimés en détention.

II. ORGANISATION DU MILIEU PÉNITENTIAIRE

A. Établissements pénitentiaires

On compte 194 établissements pénitentiaires en France au 1er janvier 2009, classés en diverses catégories [30].

Ces établissements accueillent :

- des prévenus, « personnes détenues faisant l'objet de poursuites pénales et qui n'ont pas encore été jugées ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours », selon la définition de l'Observatoire International des Prisons (OIP).
- des condamnés, « personnes ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive leur infligeant une peine » (OIP).

1. Les maisons d'arrêt

Au nombre de 111, elles représentent actuellement près des deux tiers des établissements pénitentiaires en France.

Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire et les personnes condamnées dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an. Les personnes condamnées, en attente d'affectation dans un autre établissement, peuvent également y séjourner.

Il existe une maison d'arrêt au moins par département (sauf dans le Gers).

2. Les établissements pour peine

Au nombre de 62, ils sont divisés en :

- 35 centres pénitentiaires (CP)
- 23 centres de détention (CD) et 34 quartiers (QCD)
- 4 maisons centrales (MC) et 9 quartiers (QMC)

a) Les centres pénitentiaires

Établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers de détention à régimes différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

b) Les centres de détention

Les centres de détention accueillent les personnes détenues condamnées à une peine supérieure ou égale à un an et qui présentent des perspectives de réinsertion favorables. À ce titre, leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des personnes incarcérées.

c) Les maisons centrales

Elles accueillent les personnes détenues les plus difficiles, souvent condamnées à de longues peines, et dont les perspectives de réinsertion sont très lointaines. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur une sécurité renforcée.

3. Autres établissements

On distingue également :

- 13 centres de semi-liberté (CSL)
- 1 centre pour peines aménagées (CPA) et 2 quartiers CPA dans des CP
- 7 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM)
- 1 établissement public de santé national, à Fresnes (EPSNF).

a) Les centres de semi-liberté

Les centres de semi-liberté autonomes, situés dans les centres pénitentiaires, reçoivent des personnes condamnées (admises par le juge d'application des peines) au régime du placement extérieur sans surveillance ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter du CSL pour exercer une activité professionnelle, bénéficier d'un traitement médical, suivre un enseignement ou une formation. Elle est tenue de regagner l'établissement le soir.

b) Les centres pour peines aménagées

Les centres pour peines aménagées (CPA) peuvent recevoir des personnes détenues volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur, ainsi que celles dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

c) Les établissements pénitentiaires pour mineurs

Conçus pour accueillir de jeunes détenus de 13 à 18 ans, ces établissements (EPM) ont pour vocation d'être un lieu éducatif, avec l'objectif de préparer la sortie et la réinsertion des mineurs. Le gouvernement a lancé la création de 7 EPM de 60 places chacun, 6 d'entre eux ayant été ouverts entre juin 2007 et avril 2008. Le premier EPM, inauguré à Meyzieu en mars 2007, compte 43 éducateurs avec des enseignants et des surveillants pour encadrer les mineurs.

d) L'Établissement Public de Santé National à Fresnes

Unique hôpital prison français, la direction en est assurée par l'Administration Pénitentiaire (AP). Il prend en charge les personnes détenues nécessitant des soins lourds, chirurgicaux ou palliatifs. Son fonctionnement est indépendant de celui du centre pénitentiaire de Fresnes.

e) Le Centre National d'Observation de Fresnes

Créé en 1950, le CNO fait partie du centre pénitentiaire de Fresnes. Il permet de placer en observation, pour une période de six semaines, les personnes détenues présentant des troubles du comportement majeurs ou condamnées à de lourdes peines (supérieures ou égales à dix ans) et pour celles ayant purgé la majorité de leur peine avec nécessité d'évaluer une réorientation ou une libération conditionnelle. Un rapport de synthèse concernant le comportement des détenus permet d'envisager leur orientation vers un établissement pour peine adapté [97].

4. Les nouveaux établissements en 2009

Au 1er janvier 2009, le nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires est ainsi réparti :

- 32 141 en MA et QMA
- 16 586 en CD et QCD
- 2 033 en MC et QMC
- 204 en quartier centre pour peines aménagées (QCPA)
- 648 en centres et quartiers de semi-liberté
- 99 places dans l'EPSNF

Soit un total de 51 997 places opérationnelles.

En 2009, 7 établissements pour majeurs et 2 quartiers courtes peines (QCP) seront livrés, soit

4 588 places supplémentaires net (livraison - fermeture de places vétustes) :

- 7 établissements pour majeurs : les CP de Béziers, de Bourg-en-Bresse, du Havre, de Nancy, de Poitiers, de Rennes et la MA du Mans.
- 2 QCP : Fleury-Mérogis et Seysses.
- Réouverture de la MC d'Arles.
- Livraison de 445 places (accroissement des capacités), de la dernière unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), et de la première unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Selon les statistiques de l'AP, au 1er août 2009, on compte un total de **53 332 places** opérationnelles dans les prisons françaises, soit un taux d'occupation moyen de 117 % [41].

En termes de densité carcérale, 11 établissements ou quartiers ont un taux d'occupation supérieur à 200 %, 123 ont une densité comprise entre 100 % et 200 % ; 98 établissements ou quartiers ont une densité carcérale inférieure à 100 %.

Le gouvernement a entrepris un effort de modernisation, reposant sur deux axes : un plan de rénovation des plus grands établissements pénitentiaires français et un plan de construction dit « 13 200 ».

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. L'établissement de Fresnes ne faisant pas l'objet d'un programme de rénovation, les crédits du plan de relance permettront néanmoins d'effectuer un effort en faveur de celui-ci.

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 [4].

5. Directions interrégionales et établissements pénitentiaires

Ces établissements sont répartis dans neuf Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) :

- Bordeaux, Centre-Est-Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Est-Strasbourg et Toulouse

et une mission outre-mer :

- Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Réunion, Saint-Pierre et Miquelon.

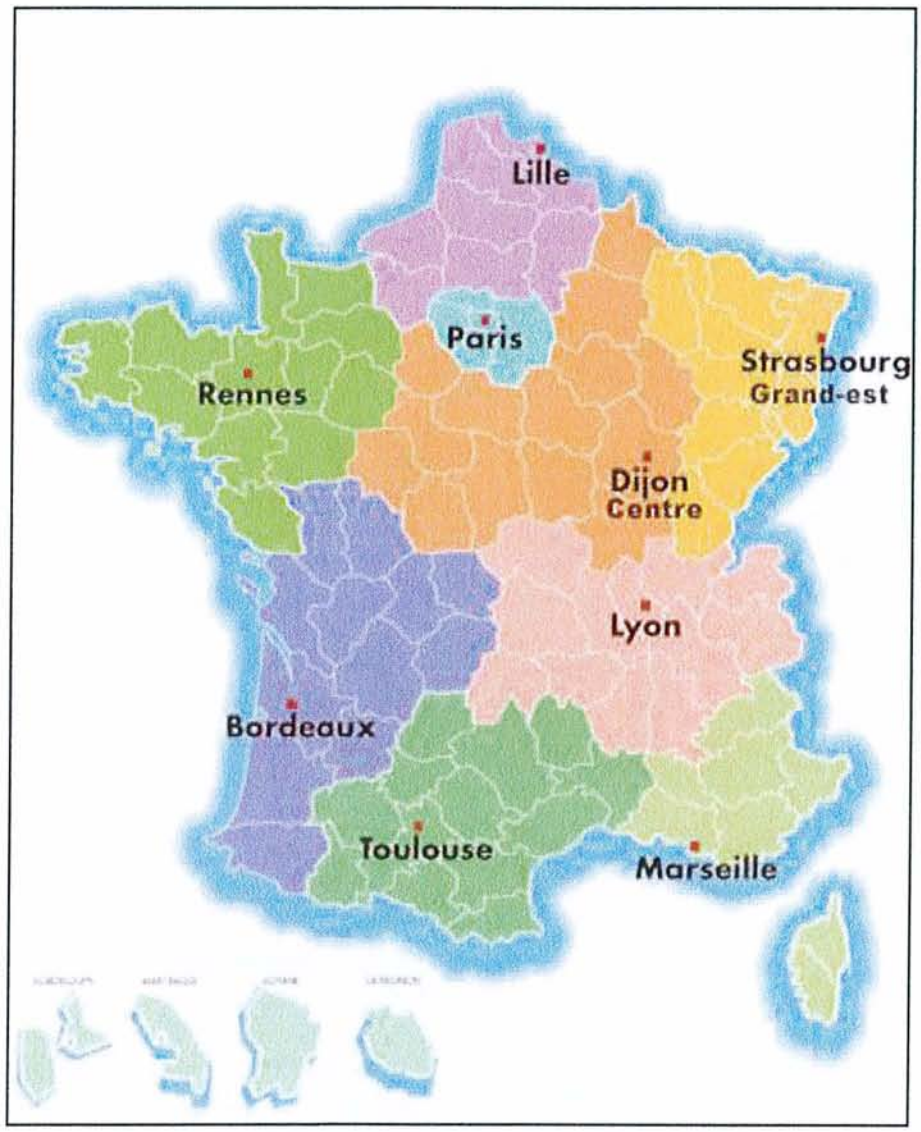


Figure 16. Répartition des 9 régions pénitentiaires en France
(Source : Ministère de La Justice et des Libertés)

a) DISP de Strasbourg Grand-Est

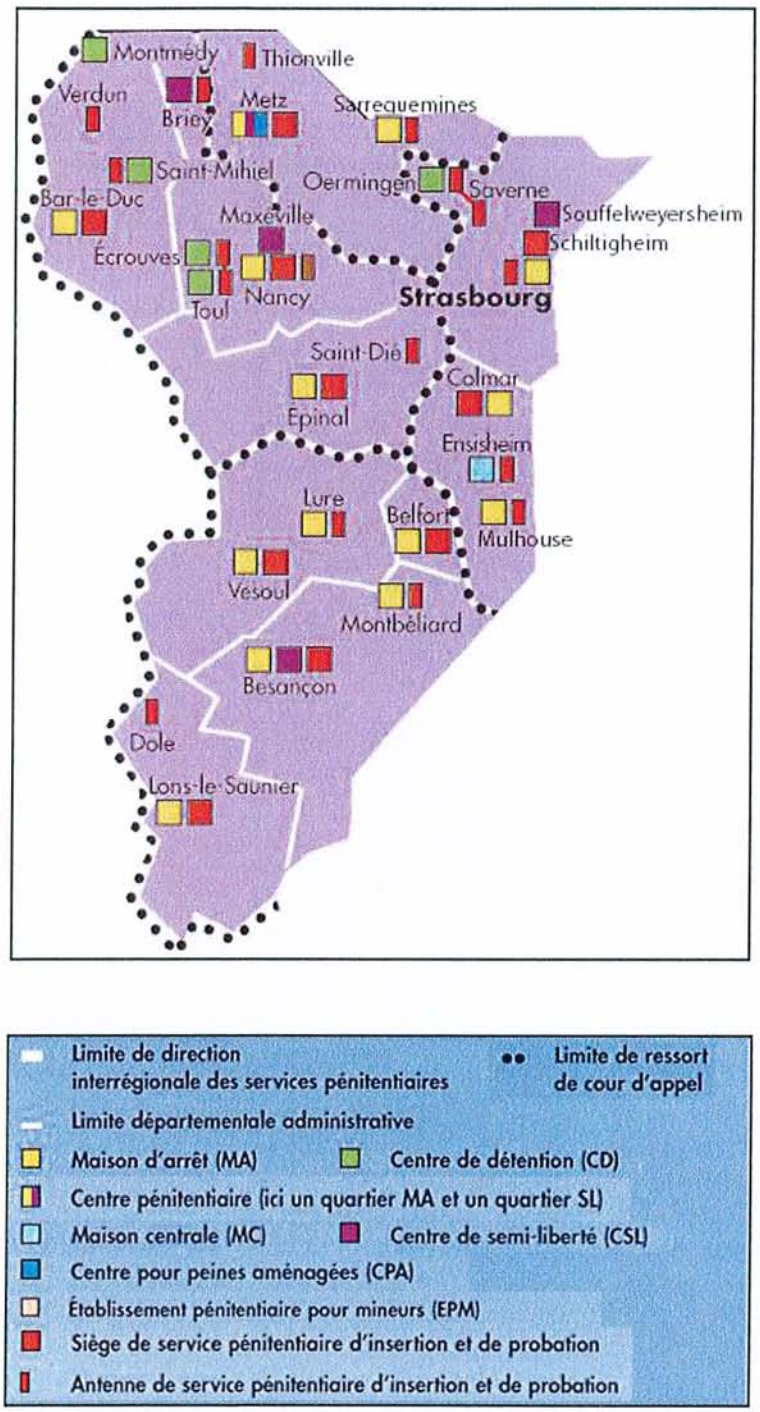


Figure 17. Carte des établissements de la DI Strasbourg Grand Est

(Source : Ministère de La Justice et des Libertés)

b) Le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu

Le centre pénitentiaire de Metz, situé à la périphérie de la ville, regroupe une maison d'arrêt et un centre pour peines aménagées.

La maison d'arrêt a ouvert en 1979 et se compose de quatre quartiers : hommes, femmes, mineurs et service médico-psychologique régional (SMPR). Elle compte également un atelier de concessions, ainsi qu'un atelier de formation.

Les espaces réservés à l'hébergement dans des ensembles immobiliers bien distincts pour les jeunes, hommes et femmes, cohabitent avec des sphères réservées au travail pénitentiaire, à la formation scolaire ou professionnelle, aux activités socio-éducatives et culturelles. L'unité d'enseignement locale compte une dizaine d'enseignants.

Le CPA a été mis en service en 2003 dans les anciens locaux du centre de détention de Metz-Barrès.

L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Metz. La capacité d'accueil est de 511 places, dont 77 au CPA.

c) Le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville

Rachida Dati, Garde des Sceaux, ministre de la Justice, a inauguré le 9 juin 2009 le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Bâti en moins de 3 ans, il constitue le sixième centre pénitentiaire ouvert depuis l'automne 2008 dans le cadre du programme « 13 200 places de détention ».

Bénéficiant d'une architecture novatrice, le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville a été édifié en zone urbaine sur la zone d'aménagement concerté du plateau de la Haye dans le secteur du Haut-du-Lièvre. Il s'étend sur plus de onze hectares, avec six bâtiments principaux, totalisant 37 000 m² de planchers. Il tourne une page d'histoire avec la fermeture de la maison d'arrêt Charles III, l'une des plus anciennes prisons de France [3].

L'établissement pénitentiaire de Nancy-Maxéville comprend [3] :

- 690 places
- 279 personnels pénitentiaires
- 4 quartiers d'hébergement (1 maison d'arrêt pour femmes de 30 places, 2 maisons d'arrêt pour hommes de 390 places et 1 centre de détention pour hommes de 240 places)
- 10,5 m² : surface d'une cellule individuelle, 13 m² : cellule double et 19 m² cellule pour personne à mobilité réduite
- 3 unités de vie familiale, composées de logements d'une surface de 40 à 60 m² pour permettre aux détenus de partager six à soixante-douze heures de vie avec leur famille
- 1 unité de consultation et de soins ambulatoires
- 1 gymnase
- 1 terrain de sport
- 2400 m² d'ateliers.

Malgré l'amélioration certaine de l'architecture de l'établissement, on peut s'interroger quant à la corrélation entre les moyens alloués à l'UCSA et les besoins en pratique, du fait de locaux plus petits et d'un nombre de bureaux de consultation réduits face à une population carcérale plus nombreuse.

B. Structures sanitaires

1. Les soins en milieu pénitentiaire

Au sein de l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé de dispenser les soins aux personnes détenues, dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultations ou examens en milieu hospitalier. [74]

Il revient à l'établissement de santé d'assurer sur place l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées, et d'organiser la réponse médicale aux urgences.

Ses services médico-techniques sont chargés, notamment, de la fourniture et de la dispensation de l'ensemble des médicaments et autres produits pharmaceutiques nécessaires et de la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie.

Les soins en milieu pénitentiaire sont dispensés par l'établissement de santé dans une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Celle-ci est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comporte des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elle est installée, en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire, qui en assure la maintenance.

Concernant la question des hospitalisations en milieu somatique, les détenus sont orientés vers les Unités d'hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), lorsque les soins ne peuvent être dispensés au sein des UCSA et nécessitent une hospitalisation programmée de plus de 48 heures (les hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures sont prises en charge par les hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires). Ces structures, dont la localisation et le positionnement géographique sont définis par l'arrêté interministériel du 24 août 2000, sont implantées dans des centres hospitaliers universitaires (CHU).
Au 1er janvier 2009, on compte 7 UHSI [30] : Nancy (17 lits) et Lille (21 lits) depuis 2004 ; Lyon depuis 2005 (23 lits) ; Bordeaux (16 lits), Toulouse (16 lits) et Marseille (45 lits dont 12 réservés aux soins de suite et de réadaptation) depuis 2006. Celle du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris a été ouverte fin 2008 et la 8ème, à Rennes, ouvrira courant 2009 et fonctionnera sur le même principe que l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Au total, 181 lits seront disponibles pour accueillir des personnes détenues des deux sexes, majeures et mineures. L'article 5 de l'arrêté du 24 août 2000 précise la répartition des missions relatives à la sécurité entre l'administration pénitentiaire (qui assure la garde des détenus au sein des UHSI) et les forces de l'ordre (la police assure le contrôle des accès, la sécurité extérieure des UHSI et les escortes UHSI - plateau technique hospitalier ; la gendarmerie assure les escortes entre les établissements pénitentiaires et les UHSI).

2. Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues

La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instituant les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a fait l'objet de renforcements successifs de moyens

depuis la mise en œuvre de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

L'organisation des soins psychiatriques des personnes détenues a pour objectif :
- de favoriser l'accès aux soins,
- de dispenser des soins d'une qualité égale à ceux prodigués à la population générale,
- d'assurer la continuité des soins.

Les modalités de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont en cours de réorganisation par un groupe de pilotage ministériel.

a) La demande de soins

Cette question est délicate devant les difficultés de certaines personnes détenues à exprimer une telle demande, en particulier si une pathologie psychiatrique en est à l'origine. Les obstacles liés au contexte carcéral (barrières culturelle et linguistique, illettrisme, isolement) s'ajoutent à ces difficultés [97].

Par ailleurs, une demande de soins peut souvent s'effectuer suite à l'incitation d'un magistrat.

Soulignons l'importance du respect du secret médical dans l'instauration d'une relation de confiance, permettant d'offrir à la personne détenue un espace d'expression qui n'est pas évident en détention.

b) Les prestations de prévention

Un examen médical somatique est prévu par l'article D.381a du Code de procédure pénale à l'arrivée en détention et un entretien d'accueil doit être réalisé par l'équipe psychiatrique exerçant dans l'établissement pénitentiaire.

Si l'établissement dispose d'un service médico-psychologique régional (SMPR), l'équipe assurera l'entretien systématique des arrivants, selon le décret du 14 mars 1986. Sinon, l'UCSA peut signaler à l'équipe psychiatrique toute personne détenue nécessitant un entretien dans les plus brefs délais.

Cet entretien peut être mené, selon les protocoles, par un infirmier, un psychologue ou un médecin psychiatre (du SMPR ou d'un service de psychiatrie intervenant en milieu carcéral). Il a pour but de dépister les troubles mentaux par la recherche d'antécédents psychiatriques et d'éléments cliniques nécessitant une prise en charge immédiate et des soins adaptés, de prendre contact avec l'équipe soignante référente en milieu ouvert le cas échéant et de présenter à la personne détenue le dispositif de soins psychiatriques existant dans l'établissement.

D'autres prestations de prévention reposent sur la participation d'intervenants extérieurs (professionnels, personnels pénitentiaire d'insertion et de probation), sous la forme d'activités socioculturelles, de formations ou d'enseignements. Les équipes de soins psychiatriques peuvent également favoriser le développement d'actions d'éducation et de programmes de promotion de la santé mentale [97].

c) Les soins ambulatoires et à temps partiel

On distingue plusieurs niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : les soins intensifs relevant des SMPR et les soins courants réalisés par les secteurs de psychiatrie générale locaux. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires accueillant des personnes mineures ou des femmes avec leurs enfants.

Le dispositif de soins se fonde sur une organisation sectorielle en collaboration avec la sectorisation psychiatrique et implique :
- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, articulés autour du SMPR et placés sous l'autorité d'un médecin psychiatre, praticien hospitalier
- les dispositifs de soins psychiatriques dans les UCSA (DSP) et les secteurs de psychiatrie générale dans les établissements non pourvus de SMPR ou d'antennes du SMPR
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Par analogie au dispositif de soins en milieu ouvert, on retrouve : des consultations individuelles auprès d'infirmiers, psychologues ou psychiatres avec possibilité de suivi psychothérapique de soutien et éventuellement la prescription d'un traitement

médicamenteux (consultations à la demande de la personne détenue ou secondaire à un signalement de l'UCSA ou de la détention) ; des entretiens de type « groupe de paroles », souvent orientés vers une prise en charge spécifique (addictions, auteurs de violences sexuelles) ; des activités thérapeutiques à temps partiel ; des activités au sein d'ateliers thérapeutiques ; des prises en charge en hôpital de jour (soins intensifs et individualisés) ; des entretiens familiaux ou des psychothérapies systémiques ou familiales, dont l'organisation nécessite l'autorisation des autorités judiciaires et pénitentiaires.

Sur le plan thérapeutique médicamenteux, le médecin, libre de sa prescription, doit tenir compte des risques liés au contexte carcéral (mésusage, échanges) et peut demander à ce que le traitement soit administré en présence du personnel soignant le distribuant (dans les locaux de l'UCSA, voire en détention avec l'accompagnement d'un surveillant). Au sein du SMPR, l'administration des médicaments relève du personnel infirmier de l'unité [97].

3. Présentation des Services Médico-Psychologiques Régionaux

Actuellement, il existe 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en France. Pivot des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, les SMPR constituent un lieu d'accueil pour des soins intensifs librement consentis, en ambulatoire à temps partiel, ou en hospitalisation pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires relevant de son secteur (chaque région pénitentiaire étant couverte par un ou plusieurs SMPR, à l'exception de l'Auvergne, de la Franche-Comté et du Limousin). Des locaux spécifiques sont affectés au sein de l'établissement pénitentiaire d'implantation, conformément aux dispositions de l'article D.372 du Code de procédure pénale.

a) Missions

L'activité de consultation du SMPR, dont le fonctionnement est celui d'un centre médico-psychologique dédié à la population carcérale, s'organise autour de plusieurs missions, dont le repérage précoce des troubles mentaux parmi les arrivants en détention (en particulier pour les personnes détenues incarcérées suite à des crimes sexuels ou des meurtres de gravité particulière, mentionnés par l'article R.50-33 de la loi du 1er février 1995), la proposition de suivis psychothérapiques et psychiatriques, ainsi que la

préparation à la libération (avec coordination éventuelle avec le secteur psychiatrique d'origine) [97].

Des thérapies spécifiques peuvent être proposées aux personnes détenues en quartier de détention ou hospitalisées au SMPR, à type de groupes de parole, de sport ou de toute activité à orientation thérapeutique (art-thérapie, musico-thérapie, ...). Elles s'organisent sous forme d'activités à temps partiel, de prises en charge en hôpital de jour ou d'ateliers thérapeutiques.

b) Les antennes du SMPR

L'équipe soignante de psychiatrie en milieu pénitentiaire a la possibilité d'intervenir dans un autre établissement relevant de son secteur, en constituant une antenne du SMPR qui se substitue au service de psychiatrie générale local. On compte 11 SMPR gérant des antennes de ce type dans un ou plusieurs établissements de leur secteur.

Dans le cas où l'établissement pénitentiaire ne dispose ni d'un SMPR, ni d'une antenne de SMPR, les missions de soins psychiatriques courants et de prévention sont alors assurés par les secteurs de psychiatrie générale. Ces équipes interviennent dans les locaux de l'UCSA pour les consultations et, le cas échéant, l'administration pénitentiaire peut mettre à disposition d'autres lieux pour les activités thérapeutiques.

4. La prise en charge hospitalière [97]

Pour les soins nécessitant une hospitalisation complète, les personnes détenues sont prises en charge avec leur consentement en SMPR, et sans leur consentement sous le régime de l'hospitalisation d'office, soit en secteur psychiatrique habilité de l'hôpital de rattachement, soit en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

L'hospitalisation pour trouble mental d'une personne détenue peut être réalisée selon les dispositions de l'alinéa 1 de l'article R.711-19 du Code de la santé publique dans :

- un SMPR si la personne détenue consent aux soins
- dans un établissement de santé habilité à recevoir des malades mentaux sous contrainte, en hospitalisation d'office, selon les dispositions de l'article D.398 du CPP, en l'absence de consentement aux soins.

a) Hospitalisation dans les SMPR

Devant des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécifique, l'hospitalisation est proposée par le praticien hospitalier du service, avec le consentement de la personne détenue. Si la personne détenue provient d'un autre établissement pénitentiaire, l'hospitalisation au SMPR est demandée par un médecin intervenant dans l'établissement d'origine, conformément aux dispositions de l'article 15 de l'arrêté du 14 décembre 1986. Le psychiatre du SMPR donne alors son accord. Par la suite, le transfert de la personne détenue est ordonné par l'autorité pénitentiaire compétente.

Les procédures d'admission et de sortie du SMPR sont définies par l'article 13 du même arrêté. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier rattaché au SMPR. Le directeur de l'établissement pénitentiaire de rattachement du SMPR et celui de l'établissement d'origine du détenu sont tous deux informés de cette décision.
Les modalités de sortie du service s'effectuent selon un protocole identique. La sortie du service est proposée part un médecin du service et est prononcée par le directeur de l'établissement de santé. Ce dernier informe l'administration pénitentiaire qui organise son retour en détention ordinaire ou son transfert vers l'établissement pénitentiaire d'origine. À sa sortie du SMPR, la personne détenue peut également être transférée dans un autre établissement pénitentiaire, après accord de l'autorité judiciaire.

Chaque SMPR dispose en général d'une moyenne de 16 lits, avec des extrêmes entre 0 et 43, pour répondre à la demande de l'ensemble de la région pénitentiaire desservie. La capacité globale des SMPR s'élève à 463 lits installés. Un seul SMPR (Fleury-Mérogis) comporte des places d'hospitalisation pour les femmes depuis 1992.
Le SMPR comporte en majorité des cellules individuelles et quelques cellules doubles. La durée moyenne de séjour est très variable d'un SMPR à l'autre. Dans la plupart des 26 SMPR recensés, les soignants sont présents la journée, de 8h à 19h. Seuls les SMPR de Fresnes (Val-de-Marne) et des Baumettes (Bouches-du-Rhône) disposent de lits d'hospitalisation à temps plein et bénéficient d'une présence infirmière la nuit. En cas de nécessité, les cellules des SMPR peuvent être ouvertes la nuit par un surveillant pénitentiaire gradé, contacté au préalable par un gardien.
Les praticiens hospitaliers d'astreinte assurent les interventions d'urgence, la nuit et les week-ends.

Le régime commun de détention s'applique à l'ensemble des personnes détenues hospitalisées au sein du SMPR. Néanmoins, ce régime peut être modifié par le psychiatre responsable du SMPR, avec l'accord du chef d'établissement pénitentiaire.

Les personnels pénitentiaires affectés au sein des SMPR poursuivent leur rôle d'accompagnement auprès des personnes détenues. Ils remplissent leurs missions habituelles de garde en harmonie avec le fonctionnement médical de l'unité. Par ailleurs, ils sont tenus de respecter le caractère médical des lieux. Leur collaboration avec l'équipe soignante est essentielle dans le respect des missions de chacun. Ainsi, ils peuvent tenir un rôle indispensable au niveau des relations entre le SMPR et l'administration pénitentiaire, contribuant à une articulation de qualité. Il est recommandé que ces personnels puissent bénéficier d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale afin d'être sensibilisés aux troubles psychiatriques présentés par les détenus.

b) Hospitalisation dans un établissement de santé

L'hospitalisation est décidée lorsque les troubles mentaux présentés par la personne détenue nécessitent des soins et compromettent sa sécurité ou celle d'autrui. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de soins en étroite concertation avec l'équipe psychiatrique assurant le suivi en détention.

L'hospitalisation d'office est mise en œuvre au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil, conformément aux dispositions de l'article D.398 du Code de procédure pénale (CPP) et de l'article L.3213-1 du Code de la santé publique.
Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de santé habilité à accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement, au titre de l'article L.3222-1 du Code de la santé publique. L'établissement a habituellement signé un protocole au titre des soins psychiatriques aux personnes détenues. Dans une optique de continuité des soins, la personne détenue peut être hospitalisée au sein de l'unité d'hospitalisation du secteur de sa résidence avec l'accord du médecin chef de service ou encore dans une unité intersectorielle fermée.

c) Hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles

La possibilité d'hospitalisation d'office en UMD se limite aux indications définies par l'article 1er de l'arrêté du 14 octobre 1986, relatif au règlement type des UMD. L'article D.398 du CPP prévoit la possibilité d'un transfert en UMD pour les détenus prévenus ou condamnés atteints de troubles mentaux, dont le caractère dangereux nécessite une prise en charge adaptée, dans le cadre de protocoles thérapeutiques intensifs et de mesures de sécurité particulières. La procédure exige un dossier médical et administratif exhaustif comportant, entre autres, l'engagement du préfet du département d'origine de reprendre en charge le patient à sa sortie de l'unité dans un délai de 20 jours.

Actuellement, il existe 452 lits en UMD répartis en 5 pôles. En janvier 2008, l'UMD de Plouguernével en Bretagne (Morbihan) a ouvert officiellement avec une capacité de 40 lits.

Le choix entre une hospitalisation en milieu ordinaire ou en UMD dépend de la dangerosité psychiatrique de la personne détenue. Cet état doit être incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à accueillir des personnes souffrant de troubles mentaux sans leur consentement. Une fois admis, le patient bénéficie de soins psychiatriques dans un cadre contenant et rassurant, selon un rythme préétabli ritualisant la vie quotidienne et posant des limites, afin de canaliser la dangerosité et l'agressivité.

5. Ouverture des UHSA

a) Principes

Pour pallier les difficultés du dispositif de soins aux personnes détenues souffrant de troubles psychiques, « 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. 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 UHSA sera réalisé en deux tranches. La première 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). » [4]

b) Missions [4]

Les UHSA auront pour vocation d'assurer la délivrance et la continuité des soins tout au long du séjour du patient. Il sera question de soins en milieu hospitalier, dans le cadre d'une situation aigüe ou chronique nécessitant une surveillance médicale continue.
Les UHSA pourront accueillir des personnes majeures et des mineurs.

Les indications d'hospitalisation sont les suivantes :
- les états dépressifs majeurs décompensés, avec potentiel suicidaire élevé
- les états délirants préexistants à l'incarcération mais n'ayant pas donné lieu à l'application de l'article 122-1 du Code pénal, ou révélés au décours de l'incarcération
- les états délirants aigus, les décompensations délirantes d'un trouble psychotique chronique, les états d'agitation de cause toxique
- les troubles anxieux décompensés.

La mission de prise en charge des pathologies psychiatriques chroniques incompatibles avec un maintien en détention sera la plus innovante.

Les équipes soignantes assureront également l'évaluation de la dangerosité du patient, mais ceci ne constituera pas pour autant une indication d'hospitalisation en UHSA.

C. Itinéraire d'un détenu

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

1. Le quartier arrivant [70]

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 la fouille intégrale qui est réalisée, en présence d'un personnel de surveillance de son sexe, dans un local réservé à cet effet. À la sortie du vestiaire, un paquetage (draps, couverture, couverts, nécessaire de toilette) et un extrait du règlement intérieur de la prison lui sont remis. Les indigents reçoivent du linge de corps et une tenue de sport sur demande. L'arrivant rencontre systématiquement un gradé de l'Administration Pénitentiaire, responsable du bâtiment dans lequel il est affecté.

Une visite médicale est également obligatoire. 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. Dès les premiers jours, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et la direction de l'établissement rencontrent le détenu arrivant.

En fonction de la taille des établissements et de leur ancienneté, le quartier arrivant 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 les entretiens pourront avoir lieu. Les différents services se déplacent pour les informer, organiser des informations collectives 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.

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 la suite d'une création ou d'une rénovation). 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 arrivant pluridisciplinaire, souvent émanation de la commission pluridisciplinaire unique (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 d'établissement 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 arrivant 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 semestre 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 des Règles Pénitentiaires Européennes, une démarche de labellisation a été lancée en juin 2008. Fin 2008, une quinzaine d'établissements avaient déjà été évalués 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.

2. Une journée type en prison

Une journée de détention est rythmée par un emploi du temps précis. Si les horaires sont fixes, le contenu de la journée peut être très différent d'un détenu à l'autre : aux mêmes heures, certains restent en cellule, d'autres participent aux activités de l'établissement, d'autres encore sont en promenade.
Autour des horaires réglementaires, la vie en détention se structure différemment en maison d'arrêt et en établissement pour peine. Le temps ne prend pas la même signification pour les prévenus qui attendent une décision judiciaire et les condamnés qui sont fixés sur leur sort et s'organisent en fonction de la date de leur libération. De même les détenus de courte peine ne vivent pas l'incarcération de la même manière que les détenus de longue peine.

Pour les prévenus, les convocations chez le juge d'instruction ou la comparution devant le Tribunal Correctionnel ou la Cour d'Assises constituent des temps forts de leur parcours pénitentiaire. La visite des avocats est également extrêmement importante et se déroule dans des conditions respectant les droits de la défense.
Les condamnés à une longue peine sont placés dans des établissements (maison centrale ou centre de détention) où la vie de groupe est pensée de manière plus marquée. Ils s'installent dans la durée, tout en se donnant des buts et des étapes par rapport à leur date de sortie.

Dans un établissement pénitentiaire, les activités peuvent être variées – travail en atelier ou au service général (entretien de l'établissement), formations professionnelles, enseignement, activités socioculturelles, sport, promenades – mais leur accès demeure difficile du fait de la surpopulation carcérale, d'effectifs pénitentiaires réduits, de listes d'attente et parfois d'absence totale d'activité professionnelle. Les journées sont par conséquent très longues, accentuant la solitude et pouvant générer des passages à l'acte auto-agressifs.

Par ailleurs, les personnes détenues peuvent acheter par le dispositif de la cantine des fournitures courantes (savon, dentifrice, mousses à raser, gel douche, boissons non alcoolisées, friandises, lait, conserves, papiers à lettre, stylos, etc.). Aucun argent ne circule en détention, toutes les dépenses sont réglées par débit de la part disponible du compte du détenu ouvert par le service comptable de l'établissement. Ceci a pour corollaire la pratique du troc, source de conflits, de racket et de violences. De plus, les imperfections du système de gestion des mandats et la lenteur des procédures ont tendance à accroître le sentiment d'incompréhension et de vécu de persécution vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire.

La nuit, les personnes détenues demeurent en cellule de 19h à 7h du matin en maison d'arrêt, de 20h à 7h en établissement pour peine. Les repas sont distribués dans les cellules. En maison d'arrêt, les personnes détenues peuvent être plusieurs par cellule (dans des conditions de promiscuité et de manque d'hygiène insupportables) et cet état de fait s'aggrave avec la surpopulation. En établissement pour peine, les personnes condamnées sont généralement seules.

La préparation à la sortie fait l'objet d'un travail très en amont, notamment sous forme de stages spécifiques. Des permissions de sortir peuvent être accordées aux condamnés sous certaines conditions, afin de les aider à préparer leur retour à la vie libre.

3. Incarcération des mineurs et jeunes majeurs

a) Cadre législatif

Les règles européennes relatives aux droits de l'enfant, conformes à l'article 37 de la convention internationale du 26 janvier 1990, précisent que « tout enfant privé de liberté doit être traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles ».
La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues s'applique aux mineurs détenus. Le guide méthodologique (dernière version septembre 2004) relatif à cette prise en charge est un outil de référence au service de tous

les professionnels, en particulier des personnels de santé et des personnels pénitentiaires. Il propose des modèles de protocoles qui lient les établissements de santé et les établissements pénitentiaires, nécessaires à la bonne organisation des soins et à la coordination des actions de prévention. Ces modèles doivent être appliqués aux établissements accueillant des mineurs et intégrer les spécificités de prise en charge de cette population.

Au sens pénal, le mineur est la personne poursuivie pour des faits commis avant ses 18 ans. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante pose le principe de la priorité des mesures éducatives. Le prononcé d'une peine et notamment d'une incarcération à l'encontre d'un mineur doit donc être exceptionnel.
Les mineurs âgés de 16 ans révolus ne peuvent être placés en détention provisoire que s'ils encourent une peine criminelle, une peine correctionnelle d'une durée supérieure ou égale à 3 ans ou s'ils se sont volontairement soustraits aux obligations d'un contrôle judiciaire, prononcées conformément aux dispositions de l'article 10-2 de l'ordonnance du 2 février 1945.
Les mineurs âgés de 13 ans révolus et de moins de 16 ans ne peuvent être placés en détention provisoire que s'ils encourent une peine criminelle ou s'ils se sont volontairement soustraits aux obligations d'un contrôle judiciaire, prononcées conformément aux dispositions du paragraphe III de l'article 10-2 de cette même ordonnance (en matière correctionnelle, le contrôle judiciaire ne peut être prononcé à leur encontre que si la peine encourue est supérieure ou égale à cinq ans et si le mineur a déjà fait l'objet de mesures, sanctions éducatives pénales ou peines).

La question de la durée de détention provisoire des mineurs peut se résumer ainsi [73]:
- en matière correctionnelle, « lorsque la peine encourue est inférieure à sept ans, la détention provisoire des mineurs âgés d'au moins 16 ans ne peut excéder un mois. À l'issue de ce délai, elle peut être prolongée par ordonnance motivée après débat contradictoire, pour une durée d'un mois. La prolongation ne peut être ordonnée qu'une seule fois.
Dans les autres cas, si la peine encourue est supérieure à sept ans, la détention provisoire est prononcée pour une durée de quatre mois, renouvelable. Elle ne peut toutefois excéder un an ».

- en matière criminelle, « la détention provisoire des mineurs âgés de plus de 13 ans et de moins de 16 ans ne peut excéder six mois. Toutefois, à titre exceptionnel, elle peut être prolongée une fois pour une durée n'excédant pas six mois. Pour les mineurs âgés d'au moins 16 ans, la détention provisoire ne peut excéder six mois. Elle peut à titre exceptionnel être renouvelée pour une durée de six mois. La durée totale de la détention ne devant cependant excéder deux ans.
Lorsque la détention provisoire est ordonnée à la suite d'une révocation du contrôle judiciaire à l'encontre d'un mineur antérieurement placé en détention provisoire pour les mêmes faits, la durée cumulée des détentions ne peut excéder de plus d'un mois la durée maximale de la détention initialement prévue par les textes ».

La circulaire DAP/DPJJ du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs [4] précise l'ensemble des principes et missions relatifs au régime de détention et disciplinaire des mineurs conformément aux décrets n° 2007-748, 749 et 814 des 9 et 11 mai 2007 parus au Journal Officiel des 10 et 12 mai 2007.
Il s'agit d'offrir aux mineurs une prise en charge cohérente dans le cadre légal, réglementaire et éthique s'imposant aux différents acteurs.
Le quartier mineur ou l'EPM est dirigé par un directeur des services pénitentiaires qui est le garant de son bon fonctionnement. Ce dernier est responsable de l'exécution des décisions judiciaires, du maintien de la sécurité, et en lien avec tous les services intervenant dans l'établissement de la prise en charge globale des mineurs.

Le soutien éducatif apporté aux mineurs détenus s'articulera autour du binôme formé par l'éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et le surveillant en poste au sein de chaque unité de vie.
L'ensemble des professionnels PJJ (chefs de service éducatif, éducateurs, professeurs techniques, psychologues) interviennent auprès des mineurs conformément aux missions qui leur ont été confiées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ).
L'éducation nationale prend en charge l'activité scolaire et participe aux actions éducatives.
Les visiteurs, les aumôniers interviennent selon des modalités définies par l'administration pénitentiaire.

Les associations socio-éducatives contribuent à la prise en charge des mineurs selon des modalités définies par les directions de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse conformément à l'article D.514-1 du code de procédure pénale.

Les équipes somatiques et psychiatriques de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont associées, en tant que de besoin, à l'équipe pluridisciplinaire présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire en application de l'article D.514 du code de procédure pénale modifié par le décret n° 2007-749 du 9 mai 2007.
Leur participation est nécessaire pour l'élaboration de protocoles partenariaux et des projets relatifs à la prévention et l'éducation pour la santé dont le médecin de l'UCSA est le coordonnateur.
Un ou plusieurs référents « santé » seront utilement identifiés pour être invités à participer aux différentes instances de coordination. Les différents services doivent dans l'intérêt du mineur, mutualiser les informations et coordonner leurs actions dans le respect de leur éthique professionnelle.

L'accès aux soins est une des priorités dans la prise en charge des mineurs en détention. L'examen médical d'entrée et les activités d'éducation à la santé sont programmés dans leur emploi du temps quotidien. Les demandes d'accès aux services médicaux formulées par le mineur ne peuvent être différées même en cas d'activités prévues.

b) Prise en charge à l'entrée en détention

À son arrivée en détention, le mineur est fouillé et mis sous écrou. Si cette étape survient la nuit, une surveillance spéciale est appliquée (ronde toutes les heures, en évitant de perturber davantage le détenu en allumant la lumière), le potentiel suicidaire étant considéré par défaut comme maximum. Le surveillant chargé de la mise sous écrou doit favoriser l'installation d'un cadre sécurisant lors d'un entretien d'accueil [29].
Cet entretien doit offrir au mineur la possibilité d'exprimer sa souffrance, de le rassurer en lui expliquant comment appeler les surveillants en cas de nécessité et de l'informer sur la désignation d'un référent, dont le premier contact aura lieu dans les 48 heures. Des éléments de confort doivent être données (se doucher, se restaurer) et un contact téléphonique avec la famille sera rapidement proposé.

Si le comportement du mineur est inadapté (agitation psychomotrice, prostration, propos incohérents) ou si le discours paraît inquiétant avec verbalisation d'idées suicidaires (sensibilisation liée à une formation au repérage de la crise suicidaire ou notification du juge), le surveillant alerte son supérieur de permanence, afin d'employer les mesures appropriées : orientation rapide du mineur vers le service médical de l'établissement pénitentiaire ou, en dehors des heures ouvrables, vers le service d'urgences de Centre Hospitalier de rattachement.

L'entretien « arrivant » est effectué par le chef d'établissement, son adjoint ou par le chef de détention le plus rapidement possible, dans les 48 heures suivant l'incarcération.
La grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus (voir Annexe n°2) devra être renseignée durant cet entretien. Mise en œuvre dans les EPM et les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs depuis le 1er novembre 2008, elle sera transmise (directeur du service de la PJJ, cadre pédagogique de l'Éducation Nationale, UCSA, SMPR) et servira de support de discussion lors des réunions pluridisciplinaires (à noter que cette grille est une extrapolation de la grille d'évaluation adulte).

c) Prise en charge médicale

Chaque mineur bénéficie dès son admission d'un examen médical d'entrée conformément au code de la santé publique (R. 6112-23) et au code de procédure pénale (D. 381 a). La prise en charge sanitaire pouvant résulter de celui-ci doit être mise en place dans les meilleurs délais. Cet examen médical peut être précédé par la remise par l'UCSA d'un auto-questionnaire à remplir par le mineur.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée. Elles sont effectuées exclusivement par le personnel habilité de l'UCSA. Lorsque le mineur est autorisé par le médecin de l'UCSA à conserver des médicaments dans sa cellule, le médecin lui donne un double de la prescription et les médicaments lui sont remis dans un sachet ou pilulier à son nom, mentionnant la date de la prescription, la posologie et la durée du traitement prescrit.

Les modalités de permanence des soins en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA sont garanties et organisées par le médecin responsable. Elles sont consignées dans un document remis au chef d'établissement pénitentiaire et à disposition de l'ensemble des personnels (ces dispositions doivent figurer dans le protocole liant l'établissement pénitentiaire avec l'établissement de santé).

Lorsque le mineur est transféré vers un autre établissement pénitentiaire, les équipes médicales organisent la continuité de sa prise en charge sanitaire. En 1998, l'ANAES (HAS actuellement) a publié des recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.

III. MESURES PRÉVENTIVES INTERNATIONALES

Comme le reprend le Docteur Albrand dans son rapport, la situation de la France en matière de suicide demeure préoccupante, du fait de taux de suicides supérieurs à la moyenne européenne tant en milieu carcéral qu'au sein de la population générale.

Au niveau européen, la Finlande, la Belgique, le Luxembourg et la France présentaient en 2005 les taux de décès par suicide les plus élevés (au plan international, en 2004, la France se situait au 8ème rang des pays européens ayant le ratio de sursuicidité le plus élevé après l'Islande, le Royaume Uni, le Portugal, l'Azerbaïdjan, la Norvège, la Suisse et le Luxembourg).

À l'inverse, on relevait les taux les plus faibles dans les pays méridionaux (Italie et Espagne en particulier), où le rôle de la famille et la tradition religieuse reste influant [4].

La « sursuicidalité carcérale », reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, touche tous les pays du monde. Son taux plaçait la France en position médiane par rapport aux autres pays occidentaux en 2005, d'après le rapport SPACE I (Annual Penal Statistics) du Conseil de l'Europe [1].

	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

Tableau 16. Comparaison du nombre et du taux de suicide de six pays européens (données 2005) (Source : Council of Europe SPACE 2006)

Les éléments statistiques obtenus pour l'année 2007 établissent un nombre de suicides variable selon les États : stable aux Pays-Bas (1,2 pour 1000) et en Espagne (0,47 pour 1000), en légère progression en Angleterre – Pays de Galles (0,88 pour 1000) et en légère diminution en Italie (moins de 1 pour 1000) et en Allemagne (1,05 pour 1000).

L'analyse des situations étrangères montre que la problématique du suicide en détention est appréhendée par les autorités pénitentiaires sous deux angles, à savoir le diagnostic (identification, repérage et prévention des facteurs et situations de danger suicidaire) et l'intervention (mise en œuvre et accompagnement du suivi).

A. États-Unis

Les systèmes américain et français ne sont pas comparables sur de nombreux points, mais il est intéressant d'analyser le succès des programmes de prévention du suicide, instaurés dans les années 1990 aux États-Unis [108].

1. Le suicide en milieu carcéral

Le *National Center on Institutions and Alternatives* (NCIA) a rapporté qu'en 1986 le taux de suicide global dans les prisons de tous types et de toutes tailles était de 107 pour 100 000 détenus, c'est-à-dire 9 fois plus important que celui de la population générale (Hayes, 1989). Une revue de la littérature sur les taux de suicide en prison a montré que le taux national de suicide, basé sur une population totale de 889 836 détenus, a régressé en 1993 à 17,8 pour 100 000 détenus (Hayes, 1995).
Il existe une controverse au sujet du véritable taux de suicide au sein des établissements pénitentiaires pour 100 000 détenus liée aux méthodes de calcul employées (Metzner, 2002), mais la possibilité d'empêcher de nombreux passages à l'acte auto-agressifs reste indéniable.

Des caractéristiques communes aux victimes de suicide en prison ont été mises en évidence par les travaux de Hayes (1995) et Bonner (2000), à partir des résultats d'autopsies psychologiques réalisées par le *New-York State Department of Correctional Services* : présence d'une maladie mentale grave, antécédents de tentative de suicide, âge avancé, longue peine, problèmes institutionnels (détention provisoire et statut migratoire), ségrégation et placement en quartier d'isolement.
He et coll. (2001) ont rapporté une forte association entre les décès par suicide et les précédentes tentatives de suicide lors d'une incarcération. Leur étude au sein des prisons texanes, sur une période de 12 mois, a montré que plus de 64 % des détenus suicidés

avaient tenté au moins une fois un geste auto-agressif en milieu carcéral. Parmi ces décès, 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 %).

2. Programme de prévention du suicide

Un programme pour la prévention du suicide a été recommandé au niveau national par des organisations telles que *l'American Correctional Association* (ACA), *l'American Psychiatric Association* (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. Les normes de l'APA et du NCCHC fournissent les recommandations les plus instructives, permettant d'établir un programme de prévention du suicide : identification, formation, évaluation, surveillance, orientations, rapports, bilan et débriefing d'incidents critiques...

À l'aide de ces normes nationales, huit composantes du programme de prévention complet sont déclinées : formation des équipes, examen à l'écrou, communication, détention, niveaux de surveillance, intervention, rapports, suivi et bilan de mortalité.

New York a fait l'expérience d'une baisse significative dans le nombre de suicides en milieu carcéral, après la mise en œuvre d'un tel programme de prévention (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 Etats-Unis, a été réduit à un niveau de moins de 2 suicides pour 100 000 admissions (Freeman et Alaimo, 2001). Le Texas a connu une baisse de 50 % des suicides en maison d'arrêt et une division par 6 du taux de suicide de 1986 à 1996, grâce à l'augmentation du nombre d'équipes formées et à une demande de l'état pour maintenir les politiques de prévention du suicide (Hayes, 1996).

Les taux de suicide en milieu carcéral, grave problème de Santé Publique aux Etats-Unis, sont en baisse et l'incidence des suicides de détenus tend à diminuer avec le maintien des programmes de prévention par le système correctionnel.

B. Europe

1. Généralités [5]

a) Diagnostic des situations suicidaires

L'identification du potentiel suicidaire incombe aux personnels en contact direct avec les détenus, d'où une formation des intervenants particulièrement développée en matière de prévention en Allemagne (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 instaurées en Angleterre – Pays de Galle (« *Suicide Prevention Teams* ») afin de favoriser les échanges d'expériences et la remontée des informations. L'implication des chefs d'établissements est directe, ces derniers ayant la responsabilité immédiate de la mise en œuvre des politiques de prévention, en lien avec les « *Suicide Prevention Teams* » 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' « *Unità di Monitorraggio Eventi di Suicidio* ». L'UMES a pour objectif de relever les épisodes suicidaires, d'en étudier les caractéristiques, de déterminer les facteurs de risque et de formuler des propositions d'intervention. Dans le cas particulier des mineurs, ces derniers y sont encadrés par des personnels nombreux (un éducateur pour huit mineurs), ayant reçu une formation spécifique.
L'accent est également mis sur l'identification des types de détenus fragilisés : l'accueil des détenus est particulièrement surveillé en Espagne, en Italie (information des détenus et détection des troubles mentaux par le « service d'accueil »), en Angleterre – Pays de Galles (examen à l'arrivée de détenu, information sur les services d'aides et contacts avec la famille).

Les Pays-Bas et l'Espagne concentrent leur vigilance sur certains groupes de détenus (longues peines, détention provisoire, condamnations pour agressions sexuelles) en cas de situations personnelles ou familiales difficiles ou lors de placement en isolement.

L'anticipation des passages à l'acte auto-agressifs passe également par la réduction des moyens d'accès au suicide, comme l'aménagement des locaux et des cellules.

L'Allemagne, et en particulier le Land de Hambourg, a identifié les équipements à prohiber et ceux à promouvoir dans les installations.

b) Gestion des situations suicidaires

Pour faire suite à la phase d'identification du potentiel suicidaire, la mise en place d'un certain nombre d'interventions est nécessaire. La nature de ces dernières est multiple et elles s'appliquent sur le plan individuel, l'accompagnement personnel, le suivi rigoureux et la mise à jour des dossiers individuels.

L'Angleterre – Pays de Galles a développé un plan de suivi spécifique, l' « ACCT » (« Assessment, Care in Custody and Teamwork »).
Les préconisations définies, outre l'identification des risques, s'inscrivent dans une approche globale reposant 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 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 sous 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.
Nous allons voir plus en détails ces différentes dispositions, grâce à une revue de la littérature et aux informations fournies par les rapports de différents magistrats de liaison européens. Nous pouvons considérer les pays du nord de l'Europe d'une part, et du sud de l'Europe d'autre part.

2. Revue de la littérature et rapports des magistrats de liaison

a) Suède

Les données suédoises sur le suicide en milieu carcéral entre 2003 et 2007, totalisant le nombre moyen de personnes détenues mesuré une fois par mois, montrent des chiffres inférieurs à 10 suicides aboutis depuis 2003 (à l'exception de l'année 2007 avec 12 suicides), pour une moyenne de 6 937 personnes détenues entre 2003 et 2007.

Le tableau 17, aimablement fourni par Madame le Professeur Floderus (service d'épidémiologie, NASP, Department of Public Health Science, Stockholm) avec la collaboration de Madame le Professeur Wasserman, présente la répartition de la population carcérale dans les prisons et centres de détention préventive, mais n'incluant pas les personnes en liberté conditionnelle ou bénéficiant d'une prise en charge institutionnelle (conduites addictives en particulier). À titre d'exemple, l'année 2006 totalisait 9 078 personnes détenues dont 7196 en milieu carcéral [1]. Parmi les décès par suicide qui se sont produits en détention entre 2003 et 2007, 1 seul cas a concerné une femme détenue en 2007.

SWEDEN						
						Average
	2003	2004	2005	2006	2007	03-07
Total prison population	6,535	7,020	7,008	7196	6925	6,937
of this						
remand prison	1,400	1,474	1,504	1,522	1,458	1,472
procent	*21*	*21*	*21*	*21*	*21*	21
prison	5,049	5,442	5,397	5585	5,355	5,366
procent	*77*	*78*	*77*	*78*	*77*	77
women in prison	264	314	258	271	271	276
women in remand prison*	99	119	115	113	109	111
Total prison pop women	**363**	**433**	**373**	**384**	**380**	387
Total prison pop men	**6,172**	**6,587**	**6,635**	**6,812**	**6,545**	**6,550**

Source: Nordic statistics, Statistikportalen

Number of unnatural deaths: suicides	2003	2004	2005	2006	2007
Men	8	8	7	6	11
Women	0	0	0	0	1
Total	**8**	**8**	**7**	**6**	**12**

Source: Round table/Swedish prison and probation service

Remand prison : centre de détention préventive

Tableau 17. Évolution de la population carcérale suédoise et du nombre de suicides de 2003 à 2007 selon le mode d'incarcération, l'âge et le sexe.

La Suède se caractérise notamment par son taux de suicide en milieu carcéral bas (9,9 pour 10 000 personnes détenues en 2005) comme dans la plupart des pays nordiques, en parallèle d'une importante politique nationale de prévention du suicide. Le rapport norvégien d'août 2008 « correctionnal statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden 2002-2006 » [58] (Tableau 18) confirme le faible nombre de suicides en détention, si l'on compare ces chiffres à ceux des pays plus méridionaux. Toutefois, la méthode de comptabilisation des incarcérations est variable d'un pays à l'autre et le total des personnes incarcérées demeure inférieur à celui des pays situés plus au sud.

3.6.1 Denmark	2002	2003	2004	2005	2006
Suicides	3	5	7	8	1
Other	4	7	8	6	5

3.6.2 Finland	2002	2003	2004	2005	2006
Suicides	6	3	5	4	3
Other	2	7	3	3	4

3.6.3 Iceland	2002	2003	2004	2005	2006
Suicides	-	-	1	1	-
Other	-	-	-	-	-

3.6.4 Norway	2002	2003	2004	2005	2006
Suicides	2	7	5	5	2
Other	7	2	5	2	2

3.6.5 Sweden	2002	2003	2004	2005	2006
Suicides	7	8	8	7	6
Other	12	7	6	18	14

Tableau 18. Nombre de décès (suicides inclus) en milieu carcéral dans les pays nordiques pour la période 2002-2006

(Source : Correctionnal Service of Norway Staff Academy, Oslo, août 2008)

La particularité du système carcéral suédois se fonde sur le développement des peines alternatives à l'incarcération, avec notamment la mesure de liberté conditionnelle.
Selon une étude française de législation comparée du service des études juridiques du Sénat en mai 2006 [102], une attention particulière est accordée aux conditions d'organisation des visites dans les prisons suédoises, qui ont lieu « soit dans des parloirs individuels meublés soit dans les cellules ou dans les espaces collectifs de l'établissement, selon que l'intéressé est détenu dans un établissement fermé ou non ». Ainsi, « un tiers des établissements sont pourvus d'appartements réservés aux visites familiales ».

Selon l'article de Langlet et Darmon [59], le système carcéral suédois « a su se faire plus humain que celui de l'hexagone » de plusieurs manières, c'est-à-dire « d'abord, en favorisant les peines alternatives à la prison, comme le travail d'intérêt général, le placement sous surveillance électronique ou les périodes de probation. Ensuite, à travers une philosophie constructive de la prison ».

La détention suédoise « est conçue comme un lieu de reconstruction, plus que de punition », au moyen de « cellules individuelles, activités sportives et professionnelles systématiques, programmes d'éducation, aide psychologique, traitement contre la drogue, encouragement des visites familiales dans de bonnes conditions spatiales et temporelles, participation des détenus à la gestion des établissements, à travers les comités de détenus ». « Cette même volonté de favoriser la réinsertion a conduit la Suède à décider, en 1998, d'accorder une libération conditionnelle d'office aux deux tiers de leur peine à tous les condamnés, sauf dans le cadre d'une peine d'emprisonnement de courte durée combinée avec une mesure de probation ou d'une peine à perpétuité. Si l'aménagement de peine est systématique, l'accompagnement du détenu vers sa sortie est, lui, totalement personnalisé ».

Ce système a « largement inspiré les nouvelles règles pénitentiaires européennes, qui sont l'horizon vers lequel les prisons européennes sont aujourd'hui invitées à tendre ».

b) Pays-Bas

Les données statistiques suivantes, émanant du ministère de la Justice néerlandais, correspondent au nombre de suicides dans l'ensemble des établissements pénitentiaires et lieux de privation de liberté. En 2008, la population pénale compte moins de 13 000 détenus et le nombre total de personnes privées de liberté s'élève à 19 300 [4].

On relève 16 suicides dont 2 mineurs en 2003, 24 dont 1 mineur en 2005 et 18 dont 2 mineurs en 2007.

La prévention du suicide est assurée, d'une façon générale, par le service médical et psychologique régional de l'administration pénitentiaire néerlandaise. Cinq psychologues coordonnateurs régionaux se déplacent systématiquement dans les établissements où un suicide a été perpétré, afin d'y guider le service médical, de soutenir la famille du défunt et d'organiser un entretien individuel avec chacun des détenus de l'unité (environ une douzaine de personnes par unité aux Pays-Bas). Le but de cet entretien est d'éviter un éventuel effet de « contagion » au sein de la détention.

Un programme de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires néerlandais a été lancé en 2008 dans les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. Il serait étendu à d'autres institutions (établissements pour mineurs, aux centres de rétention pour étrangers en situation irrégulière, ...) ultérieurement. La coordination de ce programme est assurée par une psychologue, conseillère du directeur des institutions pénitentiaires, et l'objectif repose sur une formation des intervenants (directeurs et membres du comité de supervision des établissements, cadres, surveillants et équipe soignante). Depuis janvier 2008, 360 cadres ont suivi cette formation et seront appelés à former à leur tour 12 000 surveillants.
Le principe repose sur le repérage systématique des tentatives de suicide et des « para-suicides » (automutilations) [4]. Ce programme vise à développer l'enregistrement des données relatives aux comportements auto-agressifs et à former les surveillants (utilisation d'une grille d'évaluation, dont les critères principaux sont le comportement général du détenu à l'égard des surveillants, l'hygiène, l'entretien de la cellule, l'attitude active ou passive au sein d'un groupe).

Des critères spéciaux, reconnus comme des facteurs de risque de passage à l'acte, sont pris en compte plus particulièrement :

- peine de 8 ans d'emprisonnement ou plus
- placement en détention provisoire, en phase d'appel ou de recours
- condamnation pour infractions violentes et/ou à caractère sexuel.

La surveillance des détenus est accrue lors des trois premiers jours d'incarcération. L'objectif à atteindre serait de « revenir à terme à un nombre de suicides d'environ une dizaine par an, soit, pour les Pays-Bas, un taux inférieur à 1 pour mille cellules occupées » [4].

c) Royaume Uni

Le principe de la prévention du suicide en prison du Ministère britannique de la Justice repose sur l'identification des sujets à risque et l'accompagnement de ceux-ci pour éviter tout passage à l'acte.

Les données statistiques montrent que sur les six dernières années, pour une population carcérale moyenne de 78 597 personnes (à titre comparatif, la population carcérale française est inférieure à 70 000 depuis les 20 dernières années), le nombre annuel de décès par suicide varie de 94 à 78 entre 2003 et 2005, puis de 67 à 92 entre 2006 et 2007 (hausse significative due à une multiplication par 3 des suicides des condamnés à perpétuité et par 4 des prisonniers étrangers en 2007) et se réduit à 55 en 2008 [4]. Cette diminution constatée en 2008 est sans doute en lien avec la mise en place de mesures particulières depuis 2007.

Il existe deux types de mesure de prévention du suicide : la prévention contre le suicide et l'auto-agression (*Suicide and self-harm prevention*) et le ACCT Plan (Assessment, Care in Custody and Teamwork).

(1) Suicide and self-harm prevention

Cette mesure est appliquée dans chaque établissement depuis avril 2008. Elle consiste en une amélioration de la circulation des informations entre les intervenants chargés de soutenir un prisonnier à risque (équipes appelées « *safer custody teams* »). Les *Governors* et les *Directors* sont responsables de la mise en œuvre de politiques de prévention dans

leurs établissements (politique locale avec protocoles élaborés de manière multidisciplinaire) et peuvent déléguer certaines fonctions au *Suicide Prevention Teams*.
Dès qu'un comportement à risque est repéré chez un détenu, une procédure particulière est déclenchée par l'ouverture d'un dossier portant le n° F2052SH. Celui-ci va rassembler l'ensemble des informations relatives au suivi du détenu, comme l'affectation en cellule collective, la mise en « *segregation unit* » (unité spéciale) ou - pour les sujets violents - en « *special accomodation* » (cellule sécurisée) mais aussi préciser le niveau de surveillance requis. Loin d'être une simple observation, cette surveillance active constitue un soutien pour le détenu.
Un coordinateur spécifique est nommé pour la gestion des détenus victimes d'intimidation (*anti-bullying coordinator*).
Dès l'accueil d'un détenu, l'établissement identifie et conserve les coordonnées d'une personne proche et met à disposition le numéro de téléphone d'un « samaritain » (membre d'une association de soutien aux prisonniers). Les prisonniers doivent également être informés de l'existence et de la disponibilité de « *listeners* » et d'autres détenus appartenant au « groupe de support des pairs ».

(2) L'ACCT

Instauré en avril 2007, il s'agit d'un guide approuvé par l'administration pénitentiaire (*Prison Service*) et le département de la Santé (*Department of Health*). Son but est d'aider les personnels pénitentiaires à identifier les personnes à risque en créant « un environnement dans lequel la détresse est réduite » et où le soutien sera apporté de façon individualisée [4].

Il décrit certains signes caractérisant le malaise du détenu (comportement inadapté, verbalisation de velléités suicidaires, perte de poids et d'appétit,...) et l'attitude à adopter en réponse à ces derniers. En cas d'identification d'un détenu à risque ou d'un acte d'automutilation, tout membre du personnel peut ouvrir un « plan ACCT » au nom de l'intéressé : un Unit Manager décidera des mesures à appliquer et organisera un entretien avec le détenu (*assessment interview*) avant de mettre en place un premier « *case review* » qu'il présidera. À l'issue de cette réunion multidisciplinaire (évaluation de la détresse, des ressources, de la santé mentale, de l'abus de substances toxiques ...), un plan

d'action et de management sera établi (CAREMAP), précisant la fréquence des conversations avec la personne en difficulté et la date du prochain *« case review »*, en fonction des besoins du détenu concerné.

L'ouverture d'un plan ACCT pour un détenu mineur doit être porté à la connaissance de la protection de l'enfance (*The Child Protection Coordinator*). Un soutien et des conseils peuvent être prodigués par des services sociaux et une équipe spécifique, la « *Youth Offending Team* », qui sont habilités à autoriser le contact avec la famille.

d) Allemagne

Le magistrat de liaison français en Allemagne communique dans son rapport [4] les statistiques émanant du service criminologique (*Kriminologischer Dienst*) de l'administration pénitentiaire du Land de Basse Saxe, qui a entrepris une étude sur l'ensemble du territoire allemand. Parmi les Länder, les actions de prévention du suicide peuvent être très différentes et seul le Land de Basse Saxe travaille cette question de façon spécifique (mise en place d'un groupe de travail commun).

Ces chiffres englobent à la fois les suicides des personnes détenues, des personnes ayant obtenu un aménagement de peine ou une permission de sortie et des personnes se trouvant en centre de rétention administrative.

Ainsi, on retrouve entre 2000 et 2005, pour une population pénale moyenne de 77 124 détenus, 572 suicides (566 hommes et 6 femmes). Un tiers des hommes étaient âgés entre 30 et 40 ans. Dans 46 % des cas, il s'agissait d'une première incarcération et pour 58 % d'une détention provisoire. Le motif d'incarcération était, dans plus de la moitié des cas, pour faits de violence. Les suicides se sont produits au terme du premier mois de détention dans la majorité des cas (voire au terme d'une semaine) et 355 personnes étaient seules en cellule.

Pour l'année 2006, on compte 75 suicides pour 78 063 détenus. En 2007, la tendance est sensiblement à la baisse (71 pour 75 153 détenus).

En matière de repérage de la crise suicidaire, tous les personnels pénitentiaires ont été sensibilisés au cours de leur formation initiale. La formation continue, par ailleurs, n'est pas systématique : on privilégie ce type d'enseignement aux personnels en contact

permanent avec les détenus arrivants et les prévenus (population statistiquement plus à risque).

De nombreux établissements pénitentiaires allemands sont dotés de quartiers arrivants (*Aufnahmeabteilung*) où les détenus, prévenus et condamnés, y demeurent systématiquement séparés entre deux et trois semaines.

Il n'existe pas de plan fédéral de prévention des suicides en détention et l'élaboration des procédures de détection des crises suicidaires est du ressort du chef de l'établissement. Les méthodes préconisées lors des sessions de formation continue reposent sur l'observation des détenus, le dialogue, l'encouragement aux contacts personnels entre détenus.

Par ailleurs, de nombreuses dispositions concernant la réduction des moyens d'accès au suicide ont été élaborées par le groupe de travail :

- aménagement de cellules d'au moins 20 m² et de 3 m de hauteur, avec sanitaires séparés et bouilloire dans chacune d'entre elles
- nécessité d'un chauffage au sol ou de radiateurs intégrés dans les murs
- privilégier les aérations naturelles par la fenêtre, malgré les risques de pendaison aux barreaux
- privilégier les éclairages intégrés au plafond (limitant les risques de pendaison)
- doter les cellules de dispositifs d'appel sans interphone, obligeant le personnel pénitentiaire à s'entretenir personnellement avec le détenu.

À ce titre, le quartier arrivant du Land de Brême sera aménagé selon ces normes.

e) Italie

Les données statistiques italiennes concernant le suicide des détenus majeurs montrent que ceux-ci représentent, entre 2003 et 2007, 0,1 % des décès (entre 45 suicides en 2007 et 57 en 2003 et 2005). [4] [111]

Concernant la formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire, la circulaire n°181045 du 6 juin 2007 privilégie la formation sur le court terme au niveau local d'une part (au travers de conférences thématiques) et la formation continue d'autre part. Cette circulaire précise également la nécessité d'atténuer les effets traumatiques de la privation de liberté et d'améliorer la sécurité physique et psychique des détenus, à leur entrée dans l'établissement pénitentiaire. Un « service d'accueil », composé d'un médecin

somaticien, d'infirmières, de psychiatres, de psychologues, d'éducateurs et d'un commandant du département de police pénitentiaire, a été mis en place dans chaque établissement afin d'assurer ces différentes missions.
Par ailleurs, une formation spécifique pour les personnels de la police pénitentiaire, appelée « *front line* », a été instaurée pour démontrer à ces derniers toute l'importance de leur rôle de référent, du fait de leur lien étroit avec les détenus.

Les établissements pénitentiaires italiens ont aussi mis au point une procédure spécifique s'adressant aux détenus dépendants aux toxiques, appelée « double diagnostic », visant à déceler les profils suicidaires de cette population particulièrement fragile au moyen de tests psychométriques.
En 2000, une unité spéciale appelée l'UMES (*Unità di Monitorraggio Eventi di Suicidio*) a été établie afin de relever les épisodes suicidaires, d'en vérifier les caractéristiques, de déterminer les facteurs de risque et de formuler les propositions d'intervention [4] [111].
En juin 2003, une rencontre entre l'UMES et les inspecteurs régionaux de l'administration pénitentiaire a rappelé l'aspect fondamental de lutter contre les facteurs de mal-être en détention, afin de prévenir les comportements suicidaires.
La lutte contre le suicide a également été envisagée au niveau de la conception des nouveaux établissements, de l'aménagement des locaux et de la répartition des détenus en détention. La circulaire n° 181045 du 6 juin 2007 prévoit une organisation spécifique de l'entrée du détenu, avec la mise à disposition de chambres à deux ou trois lits, plus confortables que les autres, pour les « primaires » (personnes arrivant pour la première fois en détention) ou les jeunes adultes provenant d'établissements pour mineurs. Une attention particulière est portée sur l'hygiène et la nourriture avec, par exemple, l'attribution de sacs contenant des denrées non périssables si l'arrivée survient en dehors des heures d'ouverture des cuisines.

Au sujet de l'incarcération des mineurs en Italie, la détention de ceux-ci est sous la responsabilité du service du département de la protection judiciaire de la jeunesse et non de celle de l'administration pénitentiaire. Cette répartition des compétences aurait pour but de « préserver la spécificité de l'incarcération des mineurs qui privilégie la réinsertion par rapport à la répression » [4] [111]. Sur 14 000 entrées annuelles dans le circuit pénal, seulement 500 mineurs connaissent l'enfermement. À ce titre, le document de travail final

des Nations Unies sur la détention arbitraire du 14 novembre 2007 présente le système judiciaire italien comme un exemple en matière de traitement des mineurs délinquants, prévu dans la convention de l'Organisation des Nations Unies sur les droits de l'enfant.
Selon les données du département de la protection judiciaire de la jeunesse figurant dans le rapport du magistrat de liaison italien de décembre 2008, « aucun suicide de mineur n'a été enregistré dans les 5 dernières années » [111].

f) Espagne

La mortalité par suicide en milieu carcéral est marquée, entre 2003 et 2007, par les chiffres suivants : 28 décès en 2003 (soit 0,60 ‰), 40 en 2004 (0,79 ‰), 33 en 2005 (0,63 ‰) ; à partir de 2005, année d'instauration d'un programme de prévention, on dénombre 25 suicides en 2006 (0,46 ‰) et 27 en 2007 (0,47 ‰).

La prévention des conduites suicidaires a fait l'objet d'une circulaire (Instruction n°14/2005 du 10 août 2005) de la Direction Générale des Institutions Pénitentiaires, suite à la hausse du nombre de suicides accomplis dans les prisons espagnoles. Ce texte 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 définit un programme préventif articulé autour de quatre axes : la détection, le diagnostic, la mise en œuvre de mesures particulières et la désignation d'un « détenu de soutien » (*interno de apoyo*) [4].

La préoccupation des établissements pénitentiaires espagnols récents se concentre sur la socialisation des détenus. L'isolement y est limité, les cellules ne sont pas verrouillées, les déplacements des détenus sont libres pour travailler ou profiter d'activités sportives et éducatives, les repas sont pris en commun, le personnel pénitentiaire n'arbore pas d'uniformes. Les liens avec l'entourage du détenu sont préservés au moyen de parloirs fréquents et largement accordés, répartis en parloirs familiaux, parloirs ordinaires et parloirs intimes avec le conjoint ou le (la) compagnon (compagne). Les contacts téléphoniques sont autorisés en présence d'un surveillant (cabines téléphoniques mises à disposition).
Cet aménagement des conditions de détention à montré une réduction des sources de conflits ou d'incidents, avec aussi un rapprochement entre les détenus et le personnel

pénitentiaire. Le bénéfice de cette démarche contribue, par extension, à prévenir les conduites suicidaires.

Dans son chapitre introductif, la circulaire n°14/2005 définit les facteurs concrets de passage à l'acte suicidaire : « l'impact psychologique de la détention et de l'emprisonnement ou du stress quotidien (...), la nature de l'infraction commise, et en particulier les infractions sexuelles, les infractions contre les personnes et plus spécifiquement les violences familiales (...), l'impact de la médiatisation de l'affaire pour laquelle la personne est incarcérée (...), l'éloignement, la séparation, la perte des liens familiaux et du milieu social habituel (...), les modifications légales (...) relatives à l'exécution des peines dans leur totalité. » [51].
Le PPS (programme de prévention du suicide) insiste donc 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 (...) » [51].
Parmi les axes de la PPS, la détection des situations à risque est réalisée par signalement écrit ou verbal, en particulier à l'arrivée du détenu (incarcération ou transfert). Un barème sert de support à l'évaluation, affectant un « coefficient de risque » aux situations de difficultés personnelles [4].
Le diagnostic sera posé après entretien avec le psychologue, le médecin et le directeur du service éducatif, afin de proposer au directeur de l'établissement la mise en œuvre du programme de prévention. Une fois ordonné, ce suivi durera au minimum un mois, avant d'être réévalué par les mêmes intervenants.

Les mesures de suivi sont réparties en « mesures préventives » (partage de cellule et accès facilité aux moyens de communication avec la famille), en « mesures urgentes » (hospitalisation en milieu psychiatrique, surveillance des prises de traitement médicamenteux pour éviter toute intoxication volontaire, affectation d'un détenu de soutien, surveillance rapprochée) et en « mesures programmées » (suivi médical et éducatif renforcé, accompagnement quotidien continu par un détenu de soutien, participation accrue

aux activités sportives et sociales, accès prioritaire à un travail rémunéré, favorisation des parloirs).

Parmi les particularités du système espagnol, le détenu de soutien (*interno de apoyo*) représente un élément original du dispositif de prévention. Choisi parmi des volontaires motivés, non dépendants aux toxiques et n'ayant pas fait l'objet de sanctions disciplinaires, il permettrait de modifier la perception de l'environnement de la personne en difficulté en entrant dans une relation plus spontanée, égalitaire et de confiance. Une formation de 30 heures sur 15 jours leur est dispensée par les personnels médicaux, infirmiers, éducatifs et par des intervenants en milieu associatif, dans l'optique d'identifier les situations à risque (les symptômes dépressifs en particulier) et d'être sensibilisé à l'écoute d'autrui. Leurs modalités d'intervention auprès d'un détenu en difficulté sont de trois types : soit par le partage de la cellule du détenu surveillé, soit par le partage de cellule et l'accompagnement dans les activités individuelles, soit par un accompagnement 24 heures sur 24.
En contrepartie, les détenus de soutien bénéficient d'avantages matériels en détention, d'un accès prioritaire au travail, de réduction de peines complémentaires ou d'une libération conditionnelle anticipée.
Leur nombre devrait représenter 2 % de la population carcérale, selon la circulaire de 2005.

C. Règles Pénitentiaires Européennes [25] [26] [106]

Les règles pénitentiaires européennes (RPE) ont été adoptées par la France et l'ensemble des membres du Conseil de l'Europe le 11 janvier 2006.
Plus nombreuses et plus exhaustives que celles adoptées en 1987, elles rappellent à la fois un ensemble de principes fondamentaux et une série de recommandations pratiques.
Elles engagent les 46 pays signataires à harmoniser leurs politiques pénitentiaires et à adopter des pratiques communes (Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Fédération de Russie, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine).

Elles s'inscrivent dans une logique de réalisme et constituent une charte pour l'administration pénitentiaire qui donne sens à l'action de l'ensemble des personnels.

1. Définition [106]

Il s'agit de 108 règles qui 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.

Adoptées pour la première fois en 1973, puis révisées en 1987, elles visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des États membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes.

Le Conseil de l'Europe, créé en 1949, est la plus ancienne organisation intergouvernementale européenne et celle qui regroupe le plus de pays d'Europe (46 pays aujourd'hui). Il est distinct et extérieur à l'Union européenne avec laquelle il coopère régulièrement dans ses domaines de compétence. Il a pour objectifs la protection des droits de l'homme, le renforcement de la démocratie pluraliste, la prééminence du droit, la mise en valeur de l'identité culturelle européenne dans sa diversité.

Les règles pénitentiaires européennes tiennent compte des règles pénitentiaires antérieures, des normes de traitement des détenus établies par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH). Elles s'appuient également sur l'évolution et le développement du droit et des pratiques pénitentiaires en Europe.

2. Présentation [106]

Les RPE se divisent en huit parties, contenant les 108 recommandations relatives aux conditions de détention des personnes détenues.

- La première partie rappelle les principes fondamentaux du système pénitentiaire moderne (exécution des peines privatives de liberté, impératifs de sécurité nécessaires à la prise de

charge des détenus, respect de la dignité humaine en détention, préparation à la réinsertion des détenus).

- La seconde partie traite plus en détail des conditions de détention : règles concernant l'admission, la répartition dans les locaux de détention, l'hygiène, les relations avec l'extérieur, le travail, les activités physiques et socio-culturelles, l'éducation. Les dernières règles traitent plus spécifiquement des catégories particulières de détenus et notamment des mineurs, des femmes et des ressortissants étrangers.

- La troisième partie concerne la santé des personnes détenues et l'accès aux soins.

- La quatrième partie traite des questions relatives à la sécurité, la sûreté, les fouilles, la discipline et les sanctions, le recours à la force et les armes, les requêtes et les plaintes que peuvent formuler les détenus.

- La cinquième partie concerne le personnel pénitentiaire et rappelle qu'il doit agir avec impartialité, humanité et justice auprès des détenus, avoir une idée claire du but poursuivi par le système pénitentiaire (l'administration pénitentiaire ayant une mission de sécurité mais aussi de préparation de la réinsertion).

- La sixième partie traite des inspections et contrôles dont doivent faire l'objet les administrations pénitentiaires en distinguant l'inspection gouvernementale et le contrôle indépendant.

- Les parties sept et huit définissent les spécificités du régime de détention des prévenus et des condamnés. Les personnes placées en détention provisoire, présumées innocentes, doivent ainsi être traitées sans autres restrictions que celles imposées par la procédure pénale et la sécurité de l'établissement (leur régime de détention doit être « le moins contraignant possible »). Concernant les personnes condamnées, l'élaboration de mesures et de programmes doit être basée sur le développement du sens des responsabilités individuelles, plutôt que sur la stricte prévention de la récidive.

IV. MESURES PRÉVENTIVES NATIONALES

A. Historique de la politique de prévention

1. Chronologie réglementaire [4]

Jusqu'à la fin des années 1960, 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 venir, conservait l'ultime liberté de décider du moment de sa mort.

La volonté exprimée par les pouvoirs publics de réduire le nombre de suicides en prison est ancienne. 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'administration pénitentiaire a ainsi mis en œuvre une politique volontariste de prévention du suicide des personnes détenues, complétée par d'autres notes ou circulaires 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 avec 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 potentiel 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.

2. Bilan de la politique récente du gouvernement

a) La circulaire du 29 mai 1998 [4]

Ce texte 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 consécutives (avec en particulier les chiffres de l'année 1996), 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.

La circulaire reprend les conclusions du groupe de travail de 1996 sur la phase d'accueil et les nombreuses 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 et trace les grandes lignes d'une politique de postvention efficace (familles, personnels et co-détenus).

Malgré ces avancées notables, cette circulaire présente l'inconvénient de n'être signée que par le ministère de la Justice : l'implication des personnels sanitaires, acteurs majeurs de la prévention du suicide, est insuffisante.

Dans le cadre de sa stratégie nationale 2000-2005, le ministère de la Santé s'est fixé l'objectif de descendre sous les 10 000 décès par suicide en 5 ans au sein de la population générale. Une conférence de consensus a été organisée en octobre 2000 sur la crise suicidaire [2], 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 du ministère de la Santé s'est également traduit en milieu carcéral par la signature conjointe d'une circulaire de prévention du suicide, en 2002.

b) La circulaire du 26 avril 2002 [109]

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

Un large historique introductif permet de montrer l'évolution des idées et des différents textes précédents. L'introduction d'un nouveau texte est justifié, après évaluation faite par la DAP (Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires – DAP/PMJ1 – janvier 2002) par une « application trop imparfaite de la circulaire précédente pour l'information des familles, l'accueil des arrivants écroué tardivement, l'échange et la circulation des informations, le peu de réunions consacrées à la prévention du suicide et un relatif cloisonnement des services ».

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

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

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

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

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

- développer des actions de formations ciblées

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

Les actions concernant la formation mobilisent l'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) pour renforcer l'enseignement sur la prévention du suicide. Les intervenants en milieu pénitentiaire peuvent bénéficier aussi des formations régionales mises en place par la DGS. Ces formations visent à diffuser les recommandations de la conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) avec le soutien méthodologique de l'ANAES : « La crise suicidaire : repérer et prendre en charge ».

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

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

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

Les recommandations qui accompagnent cette grille sont ambiguës dans la mesure où il semble pouvoir renseigner les items sans poser directement les questions au détenu. L'exploitation de la grille doit se faire « lors d'échanges entre les différents services » et il est prévu de la transmettre à l'UCSA et au SMPR, si l'établissement en est doté. Ces deux recommandations sont en faveur d'un meilleur partage de l'information.

Il est regrettable que la distinction entre risque et urgence suicidaire ne soit pas faite malgré la référence à la conférence de consensus et surtout, comme cela avait été noté à la

suite des missions à l'étranger, que l'exploration directe des idées, des intentions et du scénario suicidaire ne soit pas érigée comme référence de pratique. La poursuite de l'observation au cours de la détention est préconisée pour les périodes à risque déjà évoquées et les situations de mise en danger extrême, avec une référence explicite aux incendies de cellules et aux auto-mutilations.
Un silence total est fait sur les actions sanitaires pour prévenir le suicide et le traitement de la souffrance psychique liées aux maladies mentales. Dans ce sens, la circulaire, malgré sa double signature, montre un trop faible engagement sanitaire. Rien n'est dit sur les consultations, leur caractère systématique ou seulement sur demande expresse du détenu, les délais de ces consultations, les examens médicaux au quartier disciplinaire, les indications de soins au SMPR et les hospitalisations en secteur de psychiatrie. Rien non plus sur les urgences liées aux crises suicidaires en dehors des heures de présence médicale.

Les recommandations après un passage à l'acte suicidaire sont détaillées à nouveau dans cette circulaire pour informer et accueillir la famille endeuillée. Une information à destination des co-détenus doit aussi être effectuée par le chef d'établissement lors d'une réunion.

Le dernier point concerne un renforcement des rôles de la « commission d'étude des cas de suicide » mis en place depuis janvier 2001 au sein de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) qui devient « commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral ». Composée d'un magistrat et de membres de la DAP dont le chef du projet de prévention des suicides à la DAP, cette commission ne comprend qu'un représentant du ministère de la Santé.
La circulaire donne les étapes de la remontée d'information après un suicide ou tout décès de cause indéterminée et indique que cette commission doit se réunir chaque trimestre et qu'elle remet un rapport annuel au Garde des Sceaux.
Chaque Direction régionale doit recenser chaque année les actions de prévention du suicide faites dans chaque établissement et elles doivent réunir une fois par an l'ensemble des directeurs et chefs d'établissement.

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

B. Le Rapport Terra [109]

Ce rapport fait suite à la mission confiée le 23 janvier 2003 au Professeur Jean-Louis Terra, psychiatre et chef de service au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier, par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice et le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Portant sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires, il avait pour objectifs de faire un bilan des actions engagées et de proposer un programme complet de prévention.

Le rapport contient 17 recommandations concrètes pour améliorer la prévention du suicide, notamment pour mieux détecter les personnes en crise suicidaire afin de les protéger.

1. Constats

- La politique de prévention du suicide de l'Administration pénitentiaire est de plus en plus soutenue par le ministère de la Santé.
- Des lacunes existent pour évaluer le risque de suicide et surtout pour détecter une crise suicidaire.
- Le traitement des troubles psychiques et de la dépression est très inégal.
- La surveillance spéciale (mesure de surveillance avec fréquence accrue des rondes) ne peut à elle seule réduire le nombre de suicides.
- Le risque de placer une personne détenue en crise suicidaire au quartier disciplinaire n'est pas maîtrisé.
- L'intuition des intervenants n'est pas complétée par une évaluation systématique.

2. Recommandations

1. 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.

2. La formation à l'intervention de crise des différents professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues.

3. Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression.

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

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

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.

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

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

9. Réduire l'accès aux moyens de suicide.

10. Augmenter les possibilités de surveillance.

11. La période après suicide : les actions de postvention.

12. Des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques.

13. Améliorer le traitement des troubles psychiques.

14. Introduire une dynamique d'amélioration continue des soins psychiatriques dans les UCSA et SMPR.

15. Développer la promotion de la santé physique et mentale.

16. Les médias peuvent jouer un rôle actif dans la prévention du 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.

Comme le souligne C. Bourdeux, « ce programme d'action a le mérite de proposer des mesures concrètes qui intègrent la dignité de la personne détenue souffrant de troubles anxiodépressifs » [8].

C. Le Rapport de la Commission Albrand [4]

La commission qui a élaboré ce rapport a été réunie au mois de novembre 2008 par le docteur Louis Albrand. Madame Rachida Dati, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice de l'époque, l'a chargé 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 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 la 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 sur le soutien des services de la Direction de l'administration pénitentiaire et a procédé à de nombreuses auditions.

Ce rapport propose ainsi vingt recommandations d'actions concrètes.

1. Accentuer la formation des personnels

1. Intensifier et évaluer les formations initiale et continue de l'ensemble des personnes pénitentiaires :
- Prioriser les gradés, les Conseillers d'Insertion et de Probation (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'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP)
- Mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles.

2. Favoriser la formation continue multi-catégorielle : 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. Améliorer la détection 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...) :

- Évaluer la grille adaptée aux mineurs détenus
- Expérimenter, en lien avec le professeur Terra, sur un site en 2009, la mise en place d'un outil permettant de recenser les souffrances.

6. Favoriser les échanges d'informations avec les familles et les proches des personnes détenues (affichage, boîte à lettre au sein du local d'accueil des familles et Unité de Vie Familiale...).

7. Proposer aux intervenants (personnels de l'Éducation 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 de placement au quartier disciplinaire (QD) : 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 judicaires 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 détenues

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 (gradés, 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'Éducation 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 en 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 judicaire
- Entretenir le dispositif de secours : vérifier, former, créer des fiches réflexes dans le Plan Opérationnel Intérieur (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 QD : 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 termes 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 vidéosurveillance, 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
- Évaluer 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. Améliorer la « postvention » et les connaissances

15. Mettre en place (Santé-Pénitentiaire) des groupes de paroles avec les personnes détenus 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 proposition 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'Éducation nationale, aumôniers, bénévoles comme les visiteurs de prison, partenaires privés, 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 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
- Lancer une étude pilote sur l'autopsie psychologique pour permettre la compréhension des principaux facteurs conduisant au suicide
- Construire 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.

D. Mise en place des recommandations

La Garde des Sceaux et ministre de la Justice, Michèle Alliot-Marie, a rendu public le rapport du Docteur Albrand et a annoncé la mise en œuvre de certaines des recommandations qu'il comporte.

Associant formation des personnels, détection des détenus à risques, expérimentation de détenus « accompagnants » et gestion de « l'après-suicide », les mesures phare consistent en la généralisation des « kits de protection » (couvertures indéchirables, pyjamas et serviettes « à usage unique ») et la mise en place de « cellules de protection d'urgence ».

Ce plan d'action relatif à la prévention du suicide des personnes détenues a été initié le 1er juillet 2009, en application d'une circulaire de Madame Dati datée du 15 juin 2009 (annexe n°6) [95].

1. Mesures d'application immédiate (au 30 juin 2009)

a) Concernant la formation des personnels :

- Organisation par les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) de la formation continue pour les personnels affectés dans les zones de détention sensibles (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartier d'isolement, quartier et établissement pour mineurs, SMPR) et chargés des parloirs

- Sensibilisation de l'ensemble des personnels pénitentiaires par la diffusion du film DAP/Terra (annexe n°6, fiche 1) au sein de chacun des établissements pénitentiaires pour la fin 2009 [31]

- Formation de tous les personnels pénitentiaire avant l'ouverture d'un nouvel établissement pénitentiaire.

b) Concernant la détection du risque suicidaire

- Systématisation de l'utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire à l'arrivée en détention (annexes n°1 et 2) [31] [32]

- Mise en place d'une procédure d'accueil adapté au quartier disciplinaire (QD) et rappel des conditions réglementaires de la mise en prévention (annexe n°6, fiche 3) [33]

-Formalisation des échanges avec les autorités judiciaires (contacts locaux).

c) Concernant la protection et la postvention :

- Utilisation de trousseau de dotation de protection d'urgence, composé de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables, dans les situations extrêmes de crise suicidaire aiguë détectée : au 30 juin dans les 20 établissements pénitentiaires ayant connu le plus grand nombre de suicides de personnes détenues depuis 1996 (chapitre I.B., Tableau 14), au 31 décembre dans l'ensemble des établissements. Ce trousseau comprend un matelas présentant des garanties de résistance au feu, deux couvertures sécuritaires indéchirables et

résistantes au feu, un pyjama déchirable à usage unique, ainsi qu'une serviette et gant de toilette à usage unique (annexe n°6, fiche 4) [34].

- Systématisation des commissions locales pluridisciplinaires prévention suicide, à un rythme bimensuel

- Création de fiches réflexes dans le Plan Opérationnel Intérieur, relatives au suicide et à la tentative de suicide

- Mise en place d'une commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires dans chaque DISP, afin d'animer la politique de prévention et d'analyse des suicides et tentatives de suicides survenus au sein des établissements pénitentiaires de l'interrégion (annexe n°6, fiche 5) [35].

- Mise en œuvre de groupe de parole (Santé-Pénitentiaire) pour les personnes détenues afin de réduire le risque de contagion en cas de survenance d'au moins deux suicides dans le même établissement en moins de six semaines

- Systématisation de l'entretien avec le (ou les) co-détenu(s) de la personne suicidée par le chef d'établissement ou son représentant dans les meilleurs délais

- Organisation obligatoire d'un débriefing en deux temps pour les personnels : immédiatement avec les protagonistes directement concernés ; puis dans le mois, en lien avec le référent suicide interrégional, dans une composition plus large.

2. Mesures expérimentées

a) Début des expérimentations pour le 31 juillet 2009 :

- Dans 15 établissements pénitentiaires, mise en place de boîtes aux lettres au sein du local d'accueil des familles et à l'entrée des parloirs et désignation d'un gradé des parloirs référent, aux fins d'amélioration des échanges d'informations avec les familles et proches des personnes détenues (annexe n°6, fiche 6) [36]

- Dans 15 établissements, nomination d'une équipe « référente locale chargée de la prévention du suicide » (annexe n°6, fiche 7), afin de développer une approche pluridisciplinaire cohérente et efficace. Celle-ci sera composée d'un trinôme de référents, avec un cadre pénitentiaire, un personnel d'insertion et de probation et un cadre sanitaire. Ces référents ne seront pas chargés des entretiens avec les personnes détenues en crise suicidaire, mais assureront le rôle de coordonnateurs et d'animateurs du dispositif général de prévention [37].

b) Début de l'expérimentation pour la fin du 2nd semestre 2009 :

- Dans 10 établissements, réalisation d'une cellule de protection d'urgence (annexe n°6, fiche 9) en détention ordinaire pour les situations extrêmes de crise suicidaire aiguë, détectée dans l'attente d'une prise en charge médicale adaptée [39].

Il s'agit d'une cellule « lisse » sans point d'arrimage de liens, comprenant une fenêtre avec un vitrage anti-effraction (qui ne peut être ouverte que pour l'entretien), un mobilier scellé, une télévision dont le mode de fixation ne présente pas d'accroche et un coin sanitaire non cloisonné sur toute sa hauteur. Elle est dotée d'un trousseau de protection d'urgence et se situe à proximité de services médicaux en détention.

c) Début des expérimentations au mois de septembre 2009 :

- Dans 3 établissements, formation des détenus au soutien d'un co-détenu en souffrance (annexe n°6, fiche 8). Il s'agit de reconnaître le rôle des co-détenus assurant des fonctions de prévention, de soutien, d'alerte et même de sauvetage lors des doublements de cellule, en proposant une formation double (formation au premiers secours et à la prévention du suicide) [38].

On distinguera le « co-détenu référent arrivant » intervenant lors de la phase d'accueil et le « co-détenu accompagnant » en détention. Ils pourront intervenir en partageant la cellule du co-détenu surveillé, voire l'accompagner dans ses activités (à l'exception des parloirs).

Les détenus de soutien devront être volontaires pour assurer l'accompagnement d'un co-détenu suicidaire et bénéficier d'une formation adaptée. Ils seront choisis par le chef

d'établissement en CPU, à la suite d'un entretien avec un psychiatre. Leur reliquat de peine à purger sera d'au moins un an. Ils pourront être récompensés (priorité dans les accès au travail ou aux activités culturelles et socio-éducatives, gratuité de la télévision, augmentation de la durée et de la fréquence des parloirs,...) et auront la possibilité de mettre fin à tout moment à leur fonction.

- Dans 3 établissements (2 supplémentaires s'étant portés volontaires), utilisation au QD de la radio et accès au téléphone en cas d'impossibilité de visite familiale.

Concernant le DISP de Strasbourg, seront expérimentés :
- au Centre Pénitentiaire de Nancy : échanges avec les familles des personnes détenues, intervention de l'Association « Le Didelot », nomination d'une équipe référente locale
- au Centre de Détention de Montmédy : échanges avec les familles des personnes détenues, intervention de l'Association « Le Pont Levis », nomination d'une équipe référente locale
- au Centre Pénitentiaire de Metz : cellule de protection d'urgence.

DEUXIÈME PARTIE : APPROCHE CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES

I. DÉFINITIONS

A. Conduites suicidaires [78]

Les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours, à la préparation du geste suicidaire (recherche des moyens nécessaires pour le mettre à exécution), puis à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte (« suicide accompli »).

Le terme « suicide » lui-même évoque une référence directe à la violence et à l'agressivité. Sir Thomas Browne a été le premier à parler de « suicide » dans son *Religio medici* (1642). Médecin et philosophe, il a créé le mot à partir du latin *sui* (de soi) et *caedere* (tuer). Le nouveau terme reflétait la volonté d'établir une distinction entre le fait de se tuer et de tuer quelqu'un d'autre.

En France, le mot « suicide » aurait été pour la première fois utilisé par l'Abbé Desfontaines en 1737. Il fut repris ensuite par les encyclopédistes, mais il fallut attendre le XIXe siècle, pour que son étude soit véritablement abordée ; dès cette époque, deux écoles devaient s'opposer, chacune proposant une thèse sur la détermination de se suicider : l'une, psychiatrique, cherchait un principe d'explication dans l'individu ; l'autre, sociologique, dans le milieu social.
Chef de la doctrine psychiatrique, Esquirol considérait en 1838 que la réaction suicidaire dans l'étude de la pathologie mentale était un symptôme psychopathique : « il n'est pas d'individu qui n'ait eu des idées de suicide, et même le désir de se précipiter lorsqu'il s'est trouvé sur un lieu élevé, ou auprès d'une croisée, ou de se noyer lorsqu'il passait sur un pont. L'homme n'attente à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés ».

La définition qui a longtemps été admise est celle donnée par Durkheim en 1897 [43] :
« On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Cependant, il n'y a pas d'entente sur ce qui constitue la terminologie la plus appropriée pour décrire un comportement suicidaire. L'expression « comportement suicidaire fatal » a été proposée pour qualifier les actes suicidaires entraînant la mort, tout comme « comportement suicidaire non fatal » l'a été pour les actes suicidaires n'entraînant pas la mort. On parle, pour ces derniers, de « tentatives de suicide » (expression courante aux États-Unis), de « parasuicide » et d' « acte autodestructeur délibéré ».
Le terme de « parasuicide », utilisé dans un certain nombre d'études dont la WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour de l'Organisation Mondiale de la Santé est défini ainsi : « acte à l'issue non fatale par lequel un individu a un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, peut entraîner une auto-mutilation ; ou ingère une substance en excès par rapport à la quantité prescrite et qui a pour but de provoquer les changements que le sujet désirait » [7].

Les conduites suicidaires comprennent les suicides aboutis, mais aussi les tentatives de suicide, certaines conduites à risque s'apparentant à des « équivalents suicidaires » et les idées de suicide (pouvant survenir au cours d'une crise suicidaire).
Il convient de les reconnaître et de les identifier, pour les prendre en charge et éviter ainsi un passage à l'acte aux conséquences fatales.

1. Crise suicidaire

La crise suicidaire est définie comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide [2] : il s'agit d'un moment d'échappement dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent vulnérable, démunie et confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Le suicide apparaît alors comme le seul moyen de faire face à sa souffrance et de trouver une issue à cet état de crise.
La conférence de consensus de l'ANAES et de la Fédération Française de Psychiatrie (2000) décrit la crise suicidaire comme « un état réversible temporaire, non classé

nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles » [2].

La crise suicidaire s'apparente à un processus qui peut durer six à huit semaines et qui comporte différentes phases : une phase d'idéation, une phase où le suicide devient une intention de la personne et une phase de programmation avec l'élaboration d'un scénario [74].

L'intervention en cas de crise comprend les actions appropriées à chacune de ces étapes. Elle nécessite l'évaluation préalable du potentiel suicidaire.

2. Potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire intègre trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité.

a) Risque

Le risque suicidaire recouvre la probabilité de décès à plus ou moins long terme. Il comporte des facteurs individuels, familiaux, psychosociaux, et en l'occurrence judiciaires et pénitentiaires. Il peut être faible, moyen ou élevé [74].

- les facteurs individuels : antécédents personnels suicidaires ; présence de troubles affectifs, de troubles de la personnalité, d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou aux substances toxiques ; faible estime de soi, impulsivité ; présence de troubles somatiques.
- les facteurs familiaux : antécédents de violence subie, d'abus physique, psychologique ou sexuel ; relation conflictuelle avec les proches ; pertes et abandons précoces ; troubles addictifs, troubles psychiatriques ou conduites suicidaires chez les parents.
- les facteurs psychosociaux : isolement social et affectif, séparation récente, deuil ; difficultés économiques persistantes, difficultés scolaires ou professionnelles, difficultés judiciaires ; placement en institution, en détention, en foyer d'accueil ; effet de contagion suite au décès par suicide d'un proche.

b) Urgence

L'urgence suicidaire est la probabilité de décéder par suicide à très court terme. Son évaluation nécessite d'explorer :

- la probabilité de décès par suicide
- le niveau de souffrance de la personne concernée qui la conduit à l'idée de suicide
- la façon et le moment auxquels elle pense réaliser son acte et les moyens dont elle dispose pour mener à bien son idée [74].

Selon la conférence de consensus [2], on peut considérer trois degrés d'urgence : faible, moyenne et élevée.

(1) Urgence faible

Concerne une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication
- cherche des solutions à ses problèmes
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

(2) Urgence moyenne

Concerne un personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et son intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

(3) Urgence élevée

Concerne une personne qui :

- est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent
- est coupée de ses émotions: elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc.
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
- est très isolée.

Il faut également tenir compte de l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (supérieur à 75 ans).

c) Dangerosité

La dangerosité est l'évaluation de la situation au regard des modalités du passage à l'acte suicidaire : cette évaluation porte sur la létalité du moyen envisagé et son accessibilité par la personne concernée [74].

Lors d'une crise suicidaire, cette évaluation doit être complétée par l'identification d'un événement précipitant, passé, actuel ou à venir, qui augmente la tension et le désespoir de la personne.

3. Passages à l'acte auto-agressifs

La tentative de suicide est difficile à définir, du fait de la variabilité de l'intention suicidaire d'un sujet à l'autre. Ce terme recouvre tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort. On parle alors de sujets suicidants et de morbidité suicidaire.

Du point de vue des études épidémiologiques [50], le suicide et la tentative de suicide ont le plus souvent été décrits comme des phénomènes distincts : ils concernent majoritairement différentes tranches d'âge et ne présentent pas la même prévalence chez

les hommes et chez les femmes. Or, il apparaît de manière de plus en plus évidente que les deux phénomènes ne sont pas aussi indépendants l'un de l'autre (potentiel suicidaire accru par le nombre de tentatives de suicide antérieures, variation simultanée des taux de suicide et de tentatives de suicide). Pour certains auteurs, tentative et suicide constitueraient l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs (ANAES, Conférence de consensus, 2000 [2]).

En corollaire, la distinction entre « tentative de suicide grave » et « suicide » s'estompe en raison de l'efficacité de plus en plus grande des services de réanimation, qui parviennent à réanimer des personnes qui, sans leur intervention, seraient décédées. Ces observations confortent les tenants du « continuum » et renforcent l'intérêt des études portant sur les tentatives graves pour mieux appréhender les facteurs de risque de suicide, mais ceci ne convient pas aux théoriciens de l'intentionnalité, pour lesquels il y a amalgame entre gestes suicidaires avec ou sans intention de mourir. De plus, les études épidémiologiques ont révélé que des antécédents de tentatives de suicide sont le meilleur prédicteur d'un suicide abouti ultérieur. [52] [14] [45]

Parmi les passages à l'acte auto-agressifs, les conduites d'automutilation occupent une place particulière en milieu carcéral [99]. Elles constituent, d'après le docteur L. Michel [70], une forme symbolisée d'expression de la violence et les formes cliniques d'automutilations les plus fréquentes seraient les suivantes :

- la phlébotomie, essentiellement localisée aux avant-bras, allant de la simple excoriation à la section tendineuse ou artérielle
- les entailles dans la région abdominale, également plus ou moins profonde, mais aussi les scarifications de toute autre zone cutanée
- parfois des mutilations à type de sections de doigts ou oreilles, souvent à « destination » d'un tiers (magistrat...)
- les ingestions d'objets (lames de rasoirs, couteau, cuillère...), rares, se rencontrent habituellement sur des profils de personnalité particulièrement fragiles (états limites, psychose).

Ainsi, « l'automutilation peut intervenir dans un contexte de tension extrême et d'isolement, lorsque aucun autre échange ne paraît possible, afin d'évacuer des affects insupportables, qu'ils soient d'origine interne (trouble psychique au premier plan, sevrage en toxiques...) ou externes (frustrations, séparations...). Elle peut également survenir dans

un contexte relationnel, comme enjeu d'une demande pressante auprès de l'Administration Pénitentiaire, des magistrats ou simplement d'une prescription médicale ».

B. Prévention des conduites suicidaires

La prévention se définit comme un ensemble de moyens permettant d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents [6]. Ces moyens techniques s'appliquent aux niveaux individuels et collectifs.

1. Classification de Leavell et Clark

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté une classification de la prévention à trois niveaux, décrite par Leavell et Clark [6] [60] :

- la prévention primaire, c'est-à-dire l' « ensemble des méthodes conçues pour éviter la survenue d'un trouble ou d'une catégorie de trouble déterminé ». Elle concerne des mesures spécifiques et des mesures de promotion de la santé.
- la prévention secondaire correspond à l'ensemble des mesures tendant à réduire la durée d'évolution de la maladie, par un diagnostic et un traitement précoces.
- la prévention tertiaire est organisée pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie (réadaptation).

2. La prévention du suicide

En reprenant la classification précédemment citée, la prévention du suicide peut se définir ainsi [6]:

- la prévention primaire vise à empêcher l'apparition des conduites suicidaires. Elle s'adresse à l'ensemble de la population et inclut la promotion de la santé, destinée à améliorer le bien-être individuel et à développer un environnement favorable à la santé mentale, qu'il soit éducatif, économique ou social. Elle veillera aussi à sensibiliser la population à la problématique suicidaire grâce à une information adaptée ou au recours à une formation spécifique de différents intervenants (médecins, bénévoles, services hospitaliers, ...). Pour l'OMS, « il est permis de croire que toute intervention destinée à améliorer la santé mentale des individus contribue à la prévention du suicide » [87]. L'OMS précise que l'action de prévention primaire, dans le respect des dimensions

éthiques, humanitaires et culturelles, repose sur des méthodes efficaces, au coût acceptable, permettant de prévenir la survenue de troubles mentaux. Ceci implique le secteur de la santé, mais aussi le législateur, les médias et de nombreuses autres instances [86].

- la prévention secondaire s'adresse à une population spécifique, présentant un potentiel suicidaire particulier. Les objectifs sont de dépister les sujets à risque et leur apporter une aide, dénouer les situations de crise, empêcher le passage à l'acte et assurer une prise en charge immédiate et globale de la crise suicidaire. Elle fait appel aux centres de prévention, aux services d'aide téléphonique et aux interventions psychiatriques et psychosociales.

- la prévention tertiaire consiste à réduire le nombre de rechutes suicidaires et empêcher la chronicisation des troubles. Elle doit mettre à disposition un suivi continu et de qualité aux personnes suicidaires, prévenir et réduire le pourcentage de récidive et favoriser la recherche consacrée aux différents aspects de la problématique suicidaire.

Cette classification reste cependant artificielle, certains auteurs montrent qu'il est difficile d'appliquer directement ces distinctions en pratique. Dans le cas de l'alcoolodépendance, par exemple, Taylor, Kingdom et Jenkins [107] expliquent qu'un premier passage à l'acte suicidaire, tout comme une récidive, peuvent être induits de la même manière sous l'emprise de l'alcool. À terme, ceci peut générer des dysfonctionnements familiaux, à l'origine d'une élévation du potentiel suicidaire ultérieur chez les enfants de parents dépendants à l'alcool.
Pour d'autres, il est difficile de séparer prévention secondaire et tertiaire du fait de la préoccupation constante des acteurs de la prévention à lutter contre la récidive. Pour Delacroix, Birot et Jeammet [23], « il est en effet difficile de séparer les deux en matière de prévention, (...) la prévention essentielle étant d'éviter la répétition du symptôme et l'enfermement qu'elle risque d'entraîner dans une conduite qui a vraisemblablement son pouvoir désorganisateur propre, indépendant du risque létal ».

En suicidologie, la classification la plus employée est la suivante [6] :

- la prévention ou « antévention » concerne la personne suicidaire, c'est-à-dire chez qui il existe un risque de recours au suicide soit par un comportement qui le suggère, soit par

qu'elle en a formulé l'intention. L'antévention se destine à prévenir l'apparition des crises suicidaires et inclut la notion de promotion de la santé. Elle a aussi un rôle d'information générale, avec la formation médicale et la recherche.

- l'intervention concerne le suicidant, c'est-à-dire au sujet survivant à un geste autodestructeur. Elle englobe les initiatives axées sur une prise en charge immédiate des crises suicidaires et sur un suivi à plus long terme auprès des sujets à risque. C'est l'approche thérapeutique pendant la crise et la prévention de la récidive.

- la « postvention » concerne la personne suicidée, dont le geste a été mortel. Introduit dans les années soixante par Shneidman, Farberow et Norman [104], ce terme désigne la prévention de la récidive suicidaire, mais également de tous les événements apparus après un acte suicidaire quelle que soit son issue. La postvention a ainsi été attribuée à la prise en charge de l'entourage après le suicide de l'un de leur proche et concerne également le travail de recherche à partir des autopsies psychologiques du suicide [105].
Selon l'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), l'autopsie psychologique, initialement utilisée à des fins médico-légales devant un cas de mort suspecte où le suicide est une cause possible, se définit comme « un outil de recherche, multidisciplinaire, destiné à reconstituer le parcours psychologique, social et médical d'une personne suicidée, pour finalement accumuler des données généralisables à une population définie. Cette démarche permet d'identifier des caractéristiques mentales et psychosociales récurrentes des victimes de suicide, par comparaison à une population témoin choisie selon des critères prédéterminés en fonction des objectifs de l'étude. Pour ce faire, la technique se fonde principalement sur le recueil minutieux d'informations dans l'entourage du défunt à l'occasion d'un entretien plus ou moins structuré selon les investigateurs » [50].

C. Psychobiologie des conduites suicidaires

Selon les données de la littérature, plus de 90 % des sujets qui décèdent par suicide présentent au moment de leur geste un trouble psychiatrique, la plupart du temps un trouble de l'humeur [21]. Néanmoins, même dans ce groupe de sujets à risque, la majorité des individus ne réalisent jamais de conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide

abouti). Cela est expliqué par le facteur de stress, qu'il s'agisse de dépression ou d'événements de vie stressants, aboutissent à un geste suicidaire seulement chez les individus vulnérables [113].

Les facteurs cliniques qui sous-tendent cette vulnérabilité sont de différentes natures :

- des traits de personnalité comme l'impulsivité agressive qui s'exprime par la colère ou la violence, ainsi que le pessimisme/désespoir
- les antécédents de tentatives de suicides
- les antécédents familiaux de conduites suicidaires.

1. Apports de la neurobiologie [21]

Sur le plan neurochimique, un ensemble d'anomalies du système de la sérotonine a été associé à la vulnérabilité suicidaire. Le dysfonctionnement sérotoninergique a été initialement mis en cause dans la physiopathologie de la dépression. Toutefois, la recherche des marqueurs biologiques de la dépression a finalement abouti à l'observation que ce dysfonctionnement serait en fait lié à l'existence d'antécédents de tentatives de suicide chez les patients déprimés. En effet, des taux abaissés dans le liquide céphalorachidien du principal métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (5-HIAA), ont été mis en évidence chez les patients déprimés ayant fait une tentative de suicide par rapport aux déprimés sans antécédents de tentative de suicide.

Plusieurs indices biochimiques du système sérotoninergique révèlent qu'un dysfonctionnement de ce système est impliqué dans la physiopathologie des conduites suicidaires, et ce, indépendamment du type de trouble psychiatrique dont souffrent les sujets (dépression, schizophrénie, troubles de la personnalité) [62].

Le dysfonctionnement sérotoninergique est régulièrement associé aux tentatives de suicide violentes, ou létales. D'autre part, les traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité sont des facteurs de risque des conduites suicidaires et des comportements violents. Des données récentes de psychobiologie montrent une corrélation entre la diminution de l'activité sérotoninergique centrale et les comportements violents impulsifs, l'impulsivité, l'agressivité, l'irritabilité, l'hostilité et des conduites antisociales.

Les études post-mortem de cerveau de sujets décédés par suicide ont permis d'observer une diminution du nombre de transporteurs de sérotonine et une augmentation (peut être compensatrice) des récepteurs post-synaptiques 5-HT_{1A} et 5-HT_{2A}, tout particulièrement au niveau de la partie ventromédiane du cortex préfrontal. Cette anomalie est une fois encore indépendante de l'effet de la dépression, et pourrait donc être spécifique du suicide [62]. La convergence d'anomalies retrouvées au niveau du cortex préfrontal ventromédian indique le rôle clé de cette région du cerveau dans la vulnérabilité suicidaire.
Cette région du cerveau est impliquée dans l'inhibition comportementale et cognitive, les lésions situées à ce niveau entraînant une désinhibition.

Les systèmes noradrénergique et dopaminergique, bien que largement moins étudiés, sont également perturbés dans les conduites suicidaires. Les indices évocateurs d'un dysfonctionnement du système noradrénergique pourraient refléter l'effet du stress. Trop peu d'études ont examiné le système dopaminergique pour proposer des résultats cohérents.

2. Gènes de vulnérabilité aux conduites suicidaires

Si l'existence de formes familiales de suicide est connue de longue date, les études de génétique épidémiologique, qu'il s'agisse d'études familiales, d'adoption ou de jumeaux, suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires [12]. L'héritabilité pour les tentatives de suicide grave est estimée à environ 55 %.

Ces études ont montré que :

- la vulnérabilité familiale ou génétique est commune aux tentatives de suicide et au suicide, qui représentent un même phénotype (passage à l'acte), l'idéation suicidaire représentant un autre processus

- la vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires n'est pas le simple reflet de la vulnérabilité aux différents troubles psychiatriques qui se compliquent souvent de conduites suicidaires, comme la dépression, l'alcoolisme, etc. Au contraire, il est désormais possible de considérer que la vulnérabilité familiale ou génétique aux conduites

suicidaires est spécifique et qu'elle est indépendante ou additive de la vulnérabilité aux troubles psychiatriques. Ceci renforce l'idée selon laquelle l'existence d'un trouble psychiatrique est une condition nécessaire mais non suffisante à la survenue d'une conduite suicidaire, et que la présence d'une vulnérabilité spécifique est nécessaire pour sa survenue

- si la transmission familiale du risque suicidaire n'est pas liée à la transmission des troubles psychiatriques, elle est liée à la transmission au sein des familles des traits de personnalité impulsifs agressifs.

L'observation de l'existence de facteurs génétiques dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires a mené à la réalisation d'études de biologie moléculaire afin d'identifier précisément les gènes impliqués.
Du fait de l'importance du rôle de l'activité sérotoninergique dans la vulnérabilité suicidaire, les gènes codant pour des protéines impliquées dans le métabolisme de la sérotonine sont des « gènes candidats » de vulnérabilité pour les conduites suicidaires [20]. De nombreuses études et des méta-analyses suggèrent que les polymorphismes du gène codant pour l'enzyme de synthèse de la sérotonine, la tryptophane-hydroxylase [63], et du gène codant pour le transporteur de sérotonine, sont impliqués dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires, ou dans les sous-types des tentatives de suicide violentes et des tentatives répétées [20] [61] [98]. Plusieurs travaux ont montré la contribution de ces mêmes gènes sur les traits de personnalité impliqués dans la vulnérabilité suicidaire (colère, impulsivité).
Ainsi, la vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires serait médiée, au moins en partie, par des gènes sérotoninergiques qui modulent également l'expression de certaines dimensions de personnalité associées aux conduites suicidaires.

La composante génétique ne représente qu'une part de la vulnérabilité aux conduites suicidaires dans laquelle interviennent aussi de nombreux facteurs environnementaux. Ainsi, la maltraitance pendant l'enfance, qu'il s'agisse d'abus physiques, d'abus sexuels ou de négligences, entraîne de façon persistante une diminution de l'activité sérotoninergique et une plus grande impulsivité, contribuant au risque suicidaire accru à l'âge adulte. D'autre part, la maltraitance dans l'enfance pourrait induire une sensibilité accrue aux stress qui fait intervenir le système noradrénergique, le cortisol et l'axe hypothalamo-

hypophyso-surrénalien, en interaction avec le système sérotoninergique. Des travaux très récents montrent que les facteurs génétiques se combinent aux facteurs environnementaux pour conférer une vulnérabilité suicidaire. Ainsi, tous les sujets victimes de maltraitance dans l'enfance où soumis à des évènements de vie négatifs ne sont pas à risque de conduites suicidaires et seuls ceux qui portent un génotype particulier du gène du transporteur de la sérotonine auront un risque accru de conduites suicidaires [13]. Ces données ne résument pas à elles seules les interactions gène – environnement impliquées dans la constitution d'une vulnérabilité suicidaire, ni dans la survenue d'une conduite suicidaire, mais elles indiquent que les cliniciens doivent considérer l'ensemble de l'histoire d'un sujet pour évaluer soigneusement le risque suicidaire et pour promouvoir des actions de prévention.

Le modèle de Van Heeringen (2003) (Figure 18) repose sur la notion de seuil de comportement suicidaire lié à l'interaction des facteurs « trait » (facteurs de prédisposition au suicide, comme les troubles de la personnalité, les conduites addictives, l'impulsivité ou l'agressivité) et « état » (pathologies psychiatriques aiguës) [112].

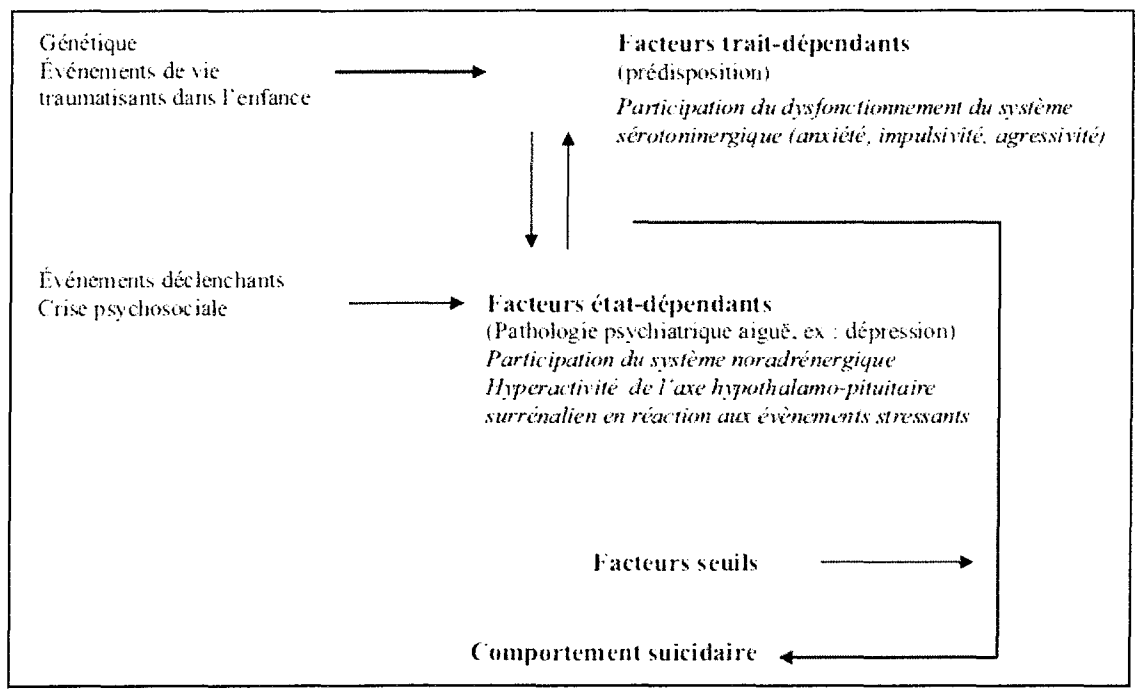
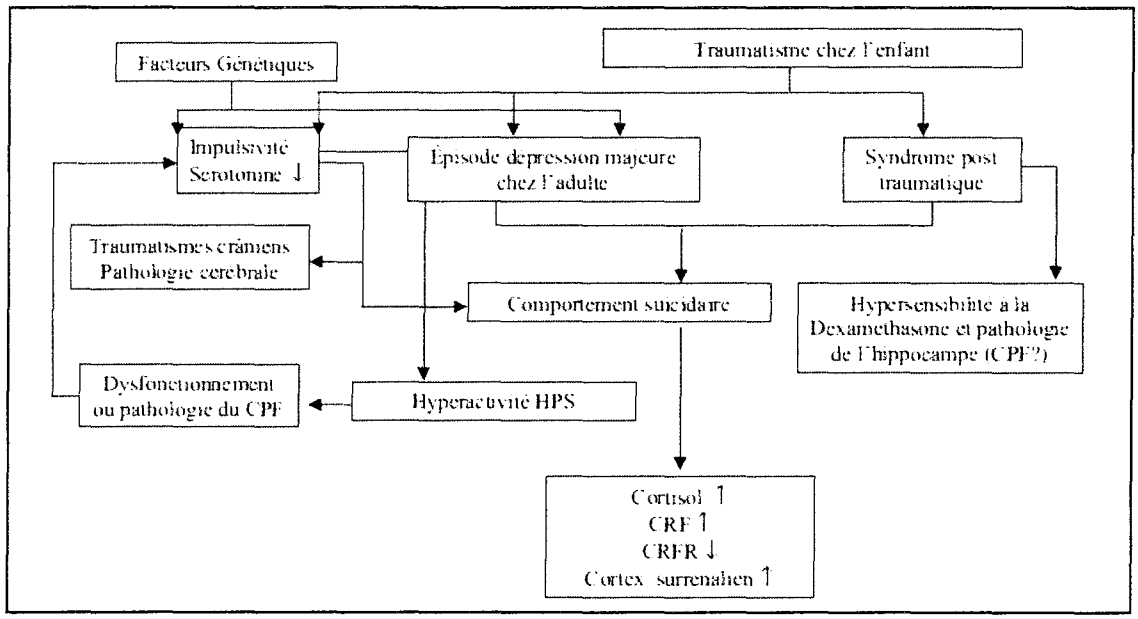


Figure 18. Modèle de Van Heeringen (2003) de l'interaction entre facteurs « trait » et facteurs « état » dans le comportement suicidaire et participation des facteurs neurobiologiques



CPF : cortex préfrontal ; HPS : axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien ; CRF : *corticotrophin releasing factor* ; CRFR : CRF récepteur

Figure 19. Modèle de Mann (2003) des effets de facteurs génétiques, de pathologies cérébrales, de traumatismes au cours du développement (exemple abus sexuel) sur les pathologies dépressives et l'impulsivité en relation avec le comportement suicidaire

Mann [62] [64] [65] propose un modèle plus élaboré de prédisposition stress-dépendante au comportement suicidaire intégrant des composantes cliniques et biologiques interdépendantes *(stress- diathesis model)* (Figure 19).

Le facteur prédictif majeur du risque suicidaire, sur le plan clinique, est la notion d'antécédents de tentative de suicide.

II. SPÉCIFICITÉS DU MILIEU PÉNITENTIAIRE

A. Troubles mentaux en détention

Les troubles mentaux sont définis par un ensemble syndromique de manifestations psychopathologiques, s'exprimant dans la sphère intellectuelle et/ou affective et/ou comportementale. Ces troubles sont regroupés par catégories dans la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10ème version - OMS) et dans le DSM IV (diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4ème version - APA).

L'activité des SMPR étudiée en juin 2001 par la DREES à l'aide des critères CIM-10 [16] donne les résultats suivants :

- arrivants : sur plus de 2 300 sujets examinés à l'entrée, 50 % présentent des troubles psychiatriques et sont suivis en détention
- symptômes les plus fréquents : états dépressifs et anxieux sous toutes les formes, idéation et projet suicidaires, troubles addictifs, troubles de la personnalité (antisociale et borderline [9])
- antécédents psychiatriques : 40 % des détenus ont présenté, hors détention et lors d'incarcération antérieures, des épisodes dépressifs graves, des états délirants aigus, des troubles addictifs et des hospitalisations psychiatriques ; dans 15 % des cas, les détenus avaient été suivis en pédopsychiatrie
- hospitalisation psychiatriques au cours de l'incarcération, dans les unités spéciales des SMPR ou en milieu hospitalier (procédure D.398 du Code de procédure pénale), dont un tiers en UMD
- conduites addictives : 60 % des détenus sont dépendants de produits licites et illicites (MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie ORS-PACA : observatoire régional de la santé – Provence Alpes Côte d'Azur) ; comme en population générale (OFDT, 2001), on observe une fréquence croissante de la consommation d'alcool, une stabilité de la consommation des opiacés, une diminution du nombre des « injecteurs », et une augmentation des consommations « polyaddictives ».

1. Aspects cliniques spécifiques

D'après C. de Beaurepaire [22], quatre catégories cliniques apparaissent surreprésentées en détention : les troubles de l'humeur, de l'adaptation, de la personnalité et les conduites addictives.

L'étude de la DGS de 2004 [44] classe, par ordre de fréquence, les conduites addictives (70 %), les troubles thymiques (66 %), les troubles anxieux (60 %), l'anxiété généralisée (32,7 %) et les troubles psychotiques (17,3 %).

a) Troubles anxieux et troubles de l'humeur

Selon l'étude menée dans les SMPR en juin 2001 [16], des troubles anxieux (anxiété exprimée, anxiété observée, phobies, pensées obsédantes) sont repérés chez 55 % des entrants présentant des troubles psychiatriques. Concernant les détenus suivis par les SMPR, les troubles névrotiques et anxieux sont rapportés chez 12 % d'entre eux et 7 % présentent des troubles de l'humeur (troubles dépressifs, épisodes maniaques).

L'enquête épidémiologique de B. Falissard et F. Rouillon montre également une forte prévalence des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, avec des associations de troubles parmi la population carcérale [44] [97] :

- troubles thymiques et anxieux (3 à 4 détenus sur 10)
- troubles anxieux de dépendance aux substances ou à l'alcool (20 %) des détenus
- troubles thymiques et dépendance (20 %)
- troubles anxieux et psychotiques (20 %)

TROUBLES THYMIQUES	ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE « POPULATION CARCÉRALE MASCULINE FRANCAISE » (%)
Syndrome dépressif	40,3
Dépression endogène-Mélancolie	7,5
État dépressif chronique	7,4
Manie/hypomanie	6,2
Troubles bipolaires	4,7
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,8

TROUBLES ANXIEUX	ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE « POPULATION CARCÉRALE MASCULINE FRANCAISE » (%)
Attaques de panique/névrose d'angoisse	7,6
Agoraphobie	16,7
Phobie sociale	16,3
Névrose obsessionnelle	9,2
Névrose traumatique	19,6
Anxiété généralisée	32,7

Tableau 19. Diagnostics consensuels du binôme d'enquêteurs pondérés sur les poids réels des incarcérations en maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales [97]

b) Troubles psychotiques

L'enquête menée en 2002 sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus psychiatriques des détenus accueillis par les SMPR retrouve une pathologie psychotique chez 8 % des détenus suivis, avec pour la moitié d'entre eux un diagnostic de schizophrénie [16] [97]. Or, le nombre de patients psychotiques reste stable dans la population générale (1 % pour la schizophrénie). Selon le rapport Pradier, « tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux » [94].

Les prévalences des troubles psychotiques projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine sont présentées ci-après selon l'étude de B. Falissard et F. Rouillon [44], sur la base des échantillons des 799 hommes détenus interrogés et après redressement intégrant le poids relatif des différents types établissements.
Une marge d'incertitude est cependant soulignée par les auteurs du fait de possibles fluctuations d'échantillonnage (tirage au sort des lieux de détention et des personnes détenues), autour de +/- 4 % pour la schizophrénie et les psychoses chroniques non schizophréniques.

TROUBLES PSYCHOTIQUES	ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE « POPULATION CARCÉRALE MASCULINE FRANCAISE » (%)
Troubles psychotiques (total)	21,4
Schizophrénie	7,3
Bouffée délirante aiguë	0,1
Schizophrénie dysthymique	2,6
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, etc.)	7,3
Type de psychose non précisé	4,1

Tableau 20. Estimation de la prévalence des troubles psychotiques en milieu carcéral, d'après les statistiques trimestrielles de la population prise en charge au 1er janvier 2004 – DAP [97] (Estimations réalisées à partir de faibles effectifs dans l'échantillon d'enquête)

Dans ce travail mené dans les établissements pénitentiaires français, la prévalence de la schizophrénie est donc comprise entre 3,8 % et 8 %, celle des psychoses chroniques non schizophréniques entre 1,6 % et 8 %. Ces chiffres sont confirmés par les prévalences rapportées par les secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire [101] :

- 11 % de psychoses chroniques à la maison d'arrêt d'Angers
- 12 % au centre pénitentiaire de Châteauroux
- 6 % au centre pénitentiaire de Clervaux
- 5,8 % à celui de Nantes
- 7 % au centre de détention de Saint-Mihiel
- 5 % à la maison d'arrêt de Troyes.

Nous pouvons également mentionner le concept de « psychose carcérale », dont les entités cliniques varient considérablement d'un auteur à l'autre. D'après L. Michel [70], les éléments caractéristiques sont les suivants :

- absence d'épisode psychotique antérieur, mais souvent existence d'une personnalité pré-morbide pathologique (diagnostic de psychopathie ou d'état limite, conduites addictives fréquentes)

- association de la thématique délirante avec le contexte judicaire/pénitentiaire : perte d'intimité psychique (caméras et micros dans les cellules, commentaires par les autres détenus et/ou la télé sur les actes et pensées du patient), accusations délirantes
- brutalité de l'apparition des troubles, dans un contexte d'isolement relationnel/sensoriel (quartier d'isolement, quartier disciplinaire) avec importance de la participation thymique, rappelant le tableau de bouffée délirante aiguë
- participation thymique importante avec alternance d'excitation psychomotrice et d'effondrement dépressif
- intensité du vécu délirant
- anxiété massive
- risque auto et hétéro-agressif
- grande sensibilité aux chimiothérapies antipsychotiques et résolution rapide.

L'évolution à moyen/ long terme est évidemment difficile à systématiser mais est à rapprocher de celle de la Psychose Réactionnelle Brève anglo-saxonne ou de la Bouffée Délirante Aiguë française [70].

c) Troubles de l'adaptation

Le contexte carcéral constitue un véritable « stresseur expérimental » [22]. Un contexte de « stress chronique » peut développer des états de stress aigus, se manifestant par un état d'alerte, des cauchemars traumatiques, des réactions de sursaut, des intrusions psychiques, voire des états confuso-délirants. Ainsi, les facteurs de vulnérabilité individuelle favoriseraient la dépression dite d'adaptation, chez les personnes les plus fragiles.

d) Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité existent comme catégorie de troubles mentaux depuis plus d'un siècle. Leur définition est extrêmement complexe et évolutive puisqu'elle dépend de la définition du concept de « personnalité » et de la vision de ce qui relève du « pathologique », c'est-à-dire susceptible d'être soigné, et de la « normalité ».

La personnalité peut être définie comme ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne.

Elle se manifeste :
- dans les domaines cognitifs (façon d'appréhender les choses, les gens, les évènements, les attitudes et représentations)
- dans le domaine affectif
- dans le contrôle des impulsions
- dans la satisfaction des besoins et la façon de se conduire avec les autres.
Il est admis que la personnalité est conçue comme présentant un état « pathologique » lorsque ses manifestations font souffrir l'individu et/ou le corps social.

Les troubles de la personnalité sont actuellement abordés selon une double approche :
- une approche catégorielle (groupe de pathologies distinctes et identifiables par le regroupement de symptômes) : les troubles de la personnalité sont présents dans la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10ème version - OMS) et dans le DSM IV (diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4ème version - APA)
- une approche dimensionnelle (distinction de traits de personnalité reliés entre eux).

On évalue leur fréquence à plus de 60 %. Les troubles tels que le trouble antisocial (psychopathie) et le trouble borderline (état limite) apparaissent comme étant les plus fréquents. Ils sont aussi les plus comorbides, avec les addictions, les troubles de l'humeur et les stress post-traumatiques. La psychopathie constitue 15 % des troubles de la personnalité chez les détenus [22] [42] [47].

Les personnalités psychopathiques, ne parvenant pas à maîtriser leurs pulsions, trouvent dans l'automutilation un moyen de soulager une pression interne trop forte. Le rôle des équipes soignantes de psychiatrie consiste ainsi à créer un lien thérapeutique, aidant ces personnes à verbaliser leurs difficultés et leurs souffrances au lieu de les exprimer en s'infligeant des blessures [70].

e) Troubles addictifs [76] [77] [97]

Dans son analyse de l'étude de la DREES (2002), C. de Beaurepaire rapporte que « soixante pour cent des détenus seraient sur la vie entière des consommateurs occasionnels, abusifs ou dépendants de produits licites ou illicites ». Concernant le milieu

carcéral, trente pour cent des entrants en prison déclarent au moins deux consommations. Les hommes sont deux fois plus concernés que les femmes par l'alcool, les femmes sont sur-représentées pour le tabac, les psychotropes et la cocaïne. Les moins de trente ans seraient plus polytoxicomanes et les plus de 40 ans plus alcoolo-tabagiques [22].

TROUBLE ADDICTIF	FREQUENCE (%)
Alcool exclusif	35
Tabac exclusif	80
Tabac + alcool	55
Cannabis	30
Cannabis + alcool + benzodiazépines	40
Opiacés exclusifs	25
Cocaïne, crack	10
Polytoxicomanie incluant l'alcool	30
Psychotropes	15
Traitement de substitution en cours	15
par la méthadone	15
par la buprénorphine	85

Tableau 21. Fréquence des troubles addictifs des entrants en prison (Source : études 2002 et 2005 de la DREES)

Sur le plan judiciaire, on note des corrélations significatives : « les passages à l'acte violents de toute nature sont corrélés avec la consommation d'alcool, et pour certains d'entre eux avec des psychostimulants, crack en particulier. Les opiacés, utilisés seul, ne semblent pas associés à la violence. Actes de tortures ou barbarie et certains homicides sont parfois commis dans des états confuso-délirants d'origine toxique, suivis d'une authentique amnésie des faits. Ces expériences de déréalisation, de dépersonnalisation et d'amnésie au cours de comportements violents seraient de bons prédicteurs de violences physiques futures » [22].

2. Cas particulier des mineurs et des jeunes majeurs

L'étude épidémiologique nationale DGS-ministère de la Justice de 2004 précise qu'avant l'âge de 18 ans, « près du tiers des détenus (28 %) a été suivi par un juge pour enfants et 22 % ont été placés. Vingt-huit pour cent ont déclaré avoir subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle » [44] [22].

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires était jadis jugée « banale » à l'adolescence. On s'accorde à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention. La crise psychique peut s'exprimer par un infléchissement des résultats scolaires, des conduites excessives et déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites ordaliques, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, une violence sur soi et sur autrui, des fugues et des prises de risque au niveau sexuel.
L'adolescence est une période de particulière vulnérabilité à laquelle peut se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires, les conflits d'autorité.

Comme le souligne le rapport de la commission Albrand, « 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 hétéro-agressifs 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 parait pas liée aux intentions qui sous tendent leurs actes. Un comportement manipulatoire 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 » [4].
Pour Marcelli et Berthaut [66], il serait question d'un « faux débat » entre l'intentionnalité et l'impulsivité de l'acte suicidaire chez les adolescents : « À l'adolescence, le geste suicidaire comporte souvent une dimension d'apparente impulsivité et d'absence de réflexion, ce qu'un bon nombre de jeune semble confirmer en déclarant qu'une heure avant

leur geste ils ne savaient pas encore qu'ils allaient « faire ça ». Pour cette raison, l'intentionnalité suicidaire a été souvent mise en cause chez les adolescents. Pourtant les enquêtes épidémiologiques montrent la fréquence avec laquelle le jeune suicidant a fait part de ses intentions suicidaires à des proches, pairs ou plus rarement adultes, dans les semaines ou les jours précédents son geste. L'impulsivité n'est donc qu'apparente même si l'acte suicidaire survient en général dans un contexte de rupture ».
Ces mêmes auteurs évoquent des défaillances psychiques en situation d'angoisse : « Le moment suicidaire survient souvent dans un contexte anxieux et semble parfois correspondre à une véritable effraction traumatique qui s'accompagne d'une sidération ou d'une destruction temporaire de la conscience. Cet envahissement anxieux traduit la vulnérabilité psychique d'un sujet qui, pour préserver la précarité de son sentiment d'identité a constamment besoin de s'appuyer sur des objets externes de réassurance. Il en résulte une incapacité à supporter les pertes ou les séparations avec une dépendance excessive aussi bien à l'égard des proches que des objets matériels investis » [67].

Dans son rapport collectif relatif à l'évaluation de l'autopsie psychologique de 2005, l'INSERM passe en revue de nombreuses études épidémiologiques concernant les conduites suicidaires chez les adolescents [50] [69]: comme chez les adultes, on note une forte prévalence de troubles mentaux. On retrouve les troubles de l'humeur (dépression [11] [89], troubles bipolaires), les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité [53] ainsi que les troubles des conduites [96] avec consommation excessive d'alcool et de substances toxiques [79] [80].

Les troubles mentaux comme facteur de risque s'inscrivent souvent dans une longue histoire perturbée par la psychopathologie familiale, avec violence parentale et abus, souvent dès l'enfance [90] [57]. À cela s'ajoute l'accessibilité à une arme à feu [11] [103].

Les comportements antisociaux (difficulté à se plier à une discipline et/ou non-respect de la loi) ainsi que les événements de vie négatifs sont très présents chez les adolescents, en lien avec des séparations familiales, des problèmes d'alcool et de violence parentale. D'autre part, les stresseurs psychosociaux sont plus souvent rencontrés chez les jeunes suicidés dépendants de l'alcool que chez les déprimés [68] [18]. L'accumulation d'événements stressants avec l'absence de support familial est plus souvent caractérisée

chez les jeunes ayant des conduites addictives, tandis que les événements de vie récents semblent avoir moins d'impact sur les jeunes présentant un trouble mental sévère.

B. Violence du milieu carcéral

Le milieu pénitentiaire est un lieu de vie caractérisé par sa violence, où les rapports de force sont omniprésents, les conditions d'hygiène déplorables et les rapports humains difficiles.

1. Conditions de détention

Le suicide peut être directement réactionnel au « choc de l'incarcération », en particulier pour les « primaires » (personnes écrouées pour la première fois) dans les premiers jours de leur mise en détention. Les effets de l'accusation (honte, regret), la séparation des proches et de l'environnement habituel et les conséquences sur l'avenir (réputation « ternie », possibilités de réinsertion compromises par le casier judiciaire) vont accentuer cette fragilité [92].

À cela s'ajoutent les facteurs de sur-suicidité liés à la vie carcérale. L'insalubrité, la promiscuité, le manque d'intimité sont bien évidemment partie intégrante du quotidien, mais également la solitude. Un sentiment d'insécurité permanente peut aussi déclencher un passage à l'acte auto-agressif, du fait de menaces et d'intimidations au quotidien, d'agressions lors des promenades, des pratiques de racket envers les personnes fragiles (souvent par le co-détenu) stigmatisées pour la plupart s'ils sont reconnus comme auteurs d'infraction à caractère sexuel (« pointeurs »). La pratique du troc (toxiques, médicaments, effets personnels, relations sexuelles) peut conduire à des règlements de compte violents et le caïdat fait partie intégrante de la vie carcérale.

La durée de la sanction, notamment lorsqu'elle est supérieure à 30 jours, a été identifiée comme un facteur précipitant le passage à l'acte. L'imminence et l'appréhension du jugement, tout comme l'incertitude de la durée de la peine constitueraient également des facteurs déclencheurs. La lenteur et la complexité des procédures en milieu carcéral contribuent aussi à un vécu de persécution, d'injustice et d'incompréhension [46],

sentiment malheureusement accentué par l'arbitraire des décisions de certains surveillants et le manque de respect de la personne (détenus tutoyés).

Parmi la population carcérale, on doit distinguer les personnalités de type « états limites », marquées par leur instabilité, leur impulsivité et leur intolérance à la frustration. L'accès aux substances toxiques contribue à majorer certaines réactions violentes ou auto-agressives. A. Poirier précise, à propos de ces derniers, qu'ils « forment un contingent important des décès par suicide durant l'incarcération, probablement par leur propension à s'effondrer quand l'objet surinvesti (souvent le conjoint ou les enfants) fait défaut ou quand leurs défenses agressives et mégalomaniaques sont contrecarrées ou neutralisées par l'institution » [92].

2. Les incidents en détention

Dans l'un de ses articles du guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, L. Michel constate que « les détenus dépensent une énergie considérable à stabiliser un semblant de vie normale en prison ». Cette recherche d'équilibre demeure fragile, et « peut à n'importe quel moment être rompue par la survenue d'incidents en détention, favorisant toutes sortes de décompensations » [70].

Ces incidents comprennent de violentes bagarres entre détenus, des agressions de personnels pénitentiaires ou de tout intervenant extérieur, de tentatives d'évasion ou d'évasions réussies, de mouvement de détenus voire d'émeutes ou de tout autre incident rompant avec la routine de la vie carcérale et la remettant en cause.

Selon L. Michel, le devoir du psychiatre dans ce contexte est « d'évaluer le statut psychologique des détenus impliqués dans des incidents inhabituels (en rupture avec un comportement antérieur ou marqués de bizarreries), pouvant être révélateurs de décompensations psychiatriques franches, et de repérer ceux fragilisés ou à risque auto-agressif au décours d'un incident » [70].

3. Le Quartier Disciplinaire

Près de la moitié des personnes qui se sont suicidées en quartier disciplinaire (QD) 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 QD 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 [109].

Si la personne détenue faisait l'objet de soins psychiatriques avant son placement en QD, le médecin de l'UCSA doit en avertir l'équipe psychiatrique afin d'assurer la continuité des soins. En aucun cas cette mesure de placement ne doit constituer un obstacle à la poursuite des soins psychiatriques.

Devant l'apparition de troubles du comportement avec majoration du potentiel suicidaire, un certificat d'inaptitude à rester en quartier disciplinaire peut être réalisé par le médecin psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Pour les personnes détenues « difficiles », faisant l'objet de placements itératifs en QD, une réunion de synthèse concernant l'ensemble des intervenants en QD doit pouvoir être organisée.

C. Influence des médias

Le rôle des médias est essentiel pour susciter l'engagement d'une politique active de prévention du suicide.

1. L'effet Werther

L'influence de la télévision sur le phénomène suicidaire, a été évoquée en 1974 par Philips [91]. Cet auteur a décrit comme « effet Werther » (le roman de Goethe « Les souffrances du jeune Werther », publié en 1774, conduisit à son époque une série de suicide dits par « imitation ») le fait que, dans le mois suivant la projection d'un suicide à l'écran, le risque de suicide chez les adolescents est multiplié par 10. Ce risque augmentait même proportionnellement avec le nombre de diffusions de l'épisode, et était plus élevé sur les lieux environnant le tournage. L'effet d'imitation le plus décrit a été celui qui a suivi le

suicide de Marilyn Monroe, avec 303 suicides enregistrés à New York au cours du mois d'août 1962 [54].

Ce phénomène, expliqué par des effets d'imitation et de suggestion, a été confirmé par d'autres études. Pour certains auteurs, l'exploitation médiatique de certains suicides pourrait induire un effet d'entraînement chez les sujets vulnérables, particulièrement chez les plus jeunes. C'est dans cette perspective qu'ont été édictées aux États-Unis et en Grande Bretagne des recommandations concernant la diffusion télévisée de scènes ou de reportages sur le suicide.

2. Couverture médiatique [4]

La couverture médiatique des suicides en France est très inégale. Bien que l'ensemble des décès par suicide dans les établissements pénitentiaires représente 1 % des suicides dans la population générale (93 pour 10 400 en 2006), ils sont constamment relatés dans la presse.

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.

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, fragilisées sur le plan psychologique.

La médiatisation ne génère pas à proprement parler de crise suicidaire, mais peut faciliter le geste ultime de personnes déjà en détresse profonde. La crise suicidaire, succession d'équilibres métastables, est marquée par la désorganisation psychique et l'extrême sensibilité aux messages de toutes sortes, d'où une influence favorable ou défavorable de ces derniers pour toute personne en difficulté.

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'Organisation Mondiale de la Santé en 2007 pour la prévention du suicide en milieu correctionnel. Les jeunes détenus seraient plus particulièrement sensibles à ces messages.

Les personnes détenues ayant recours intensivement aux médias pour briser leur isolement, le phénomène de contagion peut se diffuser par communication interne.

Une sur-médiatisation fait donc courir un risque de stigmatisation, aussi bien pour les personnes détenues que pour les professionnels.

3. Médiatisation des suicides en prison récents [4]

L'Administration Pénitentiaire a pu noter, au printemps et à l'automne 2008, une corrélation possible entre la médiatisation de certains faits et une recrudescence des suicides et tentatives de suicides.

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 en 2003 [109], d'une possible relation entre la « vague » 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 suicidaires 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. À la suite du décès 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 2008 (radio et

télévision ont ainsi diffusé, par jour, 26 sujets ou reportages relatifs au suicides en prison en 23 jours).
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 détentions ces derniers jours et qu'il avait dès lors envisagé de passer à l'acte ».

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 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… »
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 crée dans certains cas, une pression nuisible au fonctionnement serein du processus de repérage.
Il convient donc de rappeler, comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé 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 employés ; ceci peut inciter d'autres personnes détenues à attenter à leurs jours et place l'administration pénitentiaire, ses personnels et ses partenaires de santé, dans une situation difficile, voire douloureuse pour les personnels.

4. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé [85]

L'OMS, 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 envisagent 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 adoptés 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 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 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.

Selon les derniers travaux de la commission Albrand, 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 » [4].

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.

III. MESURES PRÉVENTIVES LOCALES

A. Le Centre Pénitentiaire de Metz-Queuleu

À Metz, la prévention du suicide fait évidemment partie des priorités du Centre Pénitentiaire, dans un souci de prise en compte globale des besoins des personnes détenues. La prise en charge du suicide s'effectue de manière pluridisciplinaire et les échanges entre les partenaires sont favorisés par des rencontres fréquentes.

1. Établissement pilote

L'établissement pénitentiaire a reçu le label RPE « pour la prise en charge et l'accompagnement de la personne détenue durant la phase d'accueil » (accréditation AFNOR) jusqu'à la prochaine évaluation en 2012.
Il existe un quartier arrivants conforme aux règles pénitentiaires européennes et la séparation des personnes détenues selon leur situation pénale (prévenus et condamnés) est pratiquée. Le quartier mineurs va prochainement être déplacé afin d'empêcher tout contact des mineurs avec les détenus majeurs.

2. Commissions pluridisciplinaires

À l'heure actuelle, une commission pluridisciplinaire unique (CPU) est en fonction dans chaque établissement pénitentiaire. Le rôle de celle-ci consiste à évaluer les risques (agression du personnel et/ou des co-détenus, potentiel suicidaire), les besoins (prise en charge, écoute, contacts familiaux, travail, formation, enseignement) et les potentialités (capacités de mobilisation) afin de « détecter » les détenus les plus fragiles (et même les plus dangereux) pour proposer une prise en charge institutionnelle adaptée (affectation dans les étages, doublement ou non en cellule, classement dans un poste de travail ou de formation en détention, orientation vers des soins...).

Dans la majorité des cas, une commission pluridisciplinaire prévention du suicide est constituée au sein de la CPU, voire une commission ad hoc spécifique (essentiellement dans les établissements pour peine). Les professionnels de santé exerçant dans les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les SMPR ainsi que les personnels pénitentiaires font partie des personnels concernés par les sessions de formations

pluridisciplinaires, au repérage et à la gestion de la crise suicidaire, organisées par les DRASS et menées par des binômes de formateurs. Les formations de formateurs sont ouvertes aux psychiatres et aux psychologues des SMPR ou des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire. Ceux-ci s'engagent ensuite à assurer la formation de personnes ressources [4].

Au Centre Pénitentiaire de Metz, la CPU comprend une « commission prévention du suicide » et se réunit de façon hebdomadaire et réunit les Conseillers d'Insertion et de Probation (CIP), des membres de l'équipe du SMPR, de l'UCSA et des représentants de l'Administration Pénitentiaire. À chaque séance, la CPU examine les situations des nouveaux arrivants et des détenus repérés comme suicidaires, ainsi que les comportements comprenant un risque (CCR) signalés par l'Administration Pénitentiaire ou les magistrats. La consultation de la liste des personnes détenues prochainement libérables est réalisée, et les cas les plus anciens sont passés en revue par les CIP (s'assurant de l'existence de visites, de réception de mandats, de l'avancée des dossiers de transferts,...). Une commission indigence a également lieu pendant la séance.
De la même manière, une réunion hebdomadaire spécifique à la prise en charge des mineurs se tient en présence de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de l'équipe enseignante intervenant en détention. Les situations de tous les mineurs détenus sont ainsi systématiquement évoquées et une réunion institutionnelle réexaminant les prises en charges a lieu une fois par mois.

B. Procédures de prévention du suicide

Une note de service du Centre Pénitentiaire de METZ décrit les procédures de prévention du suicide (4ème version) en vigueur :

1. Repérage d'arrivée

- Écrou par le surveillant du greffe ou le gradé de nuit, qui prennent connaissance de la notice du juge ; le surveillant du greffe informe le gradé du quartier arrivants

- S'il s'agit d'un détenu mineur, de jour comme de nuit, l'agent du greffe ou le premier surveillant de service avertira l'officier en charge du quartier mineurs ou l'officier de permanence de l'écrou d'un détenu mineur

- Passage au vestiaire : signalement au gradé et à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) si nécessaire, par le surveillant procédant à la fouille d'arrivée et transmission du livret de suivi du détenu arrivant.

2. Quartier arrivants

- Le gradé du quartier arrivants ou de nuit place le détenu arrivant en cellule, seul ou doublé s'il l'estime nécessaire

- S'il s'agit d'un détenu mineur, l'officier en charge du quartier mineurs ou l'officier de permanence recevra dès l'écrou le détenu en entretien. Cet entretien aura pour but de rassurer et de renseigner le mineur. Il permettra de rechercher d'éventuels signaux d'alerte laissant présager d'un risque de passage à l'acte (agitation importante, prostration, usage de toxiques, notice individuelle, motif de l'incarcération...). À l'issue de ce premier entretien, il jugera des mesures à prendre (signalement au SMPR, signalement au médecin généraliste de garde, doublement en cellule et mesures de surveillance...)

- Le gradé du quartier arrivants ou de nuit inscrit une éventuelle mise en surveillance spéciale (annexe n°5) s'il l'estime nécessaire ou si la notice du juge comporte des précisions

- Le jour même ou le lendemain au plus tard, l'officier du secteur ou l'officier de permanence renseigne sur le Cahier Electronique de Liaison (CEL) et imprime la grille d'évaluation du potentiel suicidaire pour personne majeure ou mineure (annexes n°1 et n°2) après un entretien ; selon le résultat, il inscrit ou non une mise en surveillance spéciale

- Les détenus arrivants sont reçus en audiences d'arrivée par la direction, l'UCSA, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse s'il s'agit d'un mineur, le SMPR

- La CPU étudie la situation de chaque arrivant au terme d'un processus d'accueil (environ 8 à 10 jours)

- S'il s'agit d'un détenu mineur, sa situation est étudiée à la première réunion pluridisciplinaire « mineurs ». La grille d'évaluation du potentiel suicidaire (annexe n°2) sera analysée et servira de support de discussion lors de cette réunion pluridisciplinaire et tout au long de l'incarcération du mineur. Elle constituera une base de travail pour l'équipe pluridisciplinaire qui devra la réévaluer et l'adapter à l'évolution de la situation du mineur.

3. Au cours de la détention

- Signalement d'un potentiel suicidaire par les différents personnels et services, à l'aide d'un imprimé électronique de signalement au SMPR et à l'UCSA (annexe n°3 et n°4)

- Demandes de mise en surveillance spéciale, avec doublement ou non du détenu en cellule, à l'aide d'un imprimé de demande validé par personnel d'encadrement

- Inscription des logos par l'agent validant la mutation de cellule, à l'arrivée du détenu sur son étage

- Examen hebdomadaire en CPU des détenus en surveillance spéciale : décision du maintien ou du retrait de la mesure ; modalités de la surveillance spéciale, gestion particulière du détenu (contact avec la famille, avec un visiteur de prison, avec un aumônier, priorité pour une activité, soutien matériel) ; information écrite du magistrat instructeur d'une décision de surveillance spéciale ou d'un retrait s'il était à l'origine de l'inscription, par l'officier référent suicide

- Les services (SPIP, parloirs, vaguemestre, greffes notamment), informés d'une nouvelle semblant affecter un détenu, placé en surveillance spéciale ou non, doivent le signaler au gradé chef de poste qui attirera l'attention de agents d'étage et/ou du service de nuit

4. En cas de crise suicidaire

En cas de crise suicidaire aiguë où le risque de passage à l'acte suicidaire semble imminent :

Si le détenu se trouve seul en cellule et ne peut ou ne doit pas être doubler, le chef d'établissement, les directeurs adjoints, l'attaché ou le chef de détention sont autorisés à mettre en œuvre le trousseau d'urgence, en attendant la venue du médecin, selon les modalités suivantes :

a) Au Quartier Disciplinaire

- Retrait de tous les effets personnels y compris les sous-vêtements
- Retrait de la literie sauf matelas ignifugé
- Retrait des allumettes
- Aucun objet dans la cellule
- Remettre au détenu le trousseau d'urgence : deux couvertures indéchirables, un pyjama, une serviette et un gant de toilette déchirables
- S'assurer que le détenu reste sous surveillance dans l'attente de la venue du médecin

b) Au Quartier d'Isolement

- Retrait de tous les objets dans la cellule (TV, câble, rallonge, matelas etc.)
- Retrait de tous les effets personnels y compris les sous-vêtements
- Retrait des allumettes et briquet
- Remettre au détenu le trousseau d'urgence y compris le matelas ignifugé
- S'assurer que le détenu reste sous surveillance dans l'attente de la venue du médecin

Les mêmes principes sont appliqués au quartier arrivant (le rideau de séparation des toilettes est enlevé) et en détention normale.

c) Stockage du trousseau d'urgence

Celui-ci sera stocké dans le local attenant au bureau des premiers surveillants. Le stock comprendra deux couvertures indéchirables ainsi que 5 pyjamas de tailles différents et 5 serviettes et gants de toilette.

Les pyjamas, serviettes et gants de toilette seront changés tous les jours. Les couvertures seront lavées au quartier femme après chaque utilisation.

Le premier surveillant qui sera amené à mettre en œuvre cette mesure établira un compte rendu sur les circonstances et les personnes averties (nom du décideur, officier informé, médecin etc.)

5. Procédure d'accueil au Quartier Disciplinaire

Lors d'un placement au quartier disciplinaire d'un majeur ou d'un mineur, l'officier de permanence est chargé de réalisé une audience qui vise en premier lieu à détecter une éventuelle fragilité du détenu. Lors de cette audience, l'officier remet au détenu (majeur ou mineur) le fascicule d'information de ses droits et ses devoirs au QD.

L'officier peut à ce moment revenir sur l'incident et apprécier l'état physique et psychologique du détenu et une éventuelle souffrance afin de le signaler au SMPR ou au médecin de garde. Il précisera au détenu qu'il peut à tout moment contacter un membre du personnel (par interphone), la fréquence de la venue du médecin (deux fois par semaine) et les liens avec la famille (un parloir par semaine, maintien de la correspondance, une communication de 15 minutes par semaine). Il lui est recommandé de consulter le dossier du détenu au préalable, notamment la grille d'évaluation du potentiel suicidaire.
Cette audience doit être réalisée rapidement après le placement au QD sauf si le détenu présente une agressivité telle que l'entretien ne peut se dérouler correctement, auquel cas il pourra être différé de quelques heures, mais le jour même. Si le placement a été effectué en service de nuit, l'entretien devra être mené dès le lendemain matin, sauf si l'officier estime nécessaire au vu de la personnalité du détenu de se déplacer en service de nuit. Suite à l'audience, l'officier établira une observation dans le CEL afin d'établir une traçabilité de l'entretien et préciser l'état d'esprit du détenu.

IV. ILLUSTRATIONS CLINIQUES

A. Cas clinique n°1 : Monsieur G.

1. Circonstances de la prise en charge

Âgé de 27 ans, Monsieur G. a été incarcéré au Centre Pénitentiaire de Metz le 7 juillet 2004 pour tentative d'homicide volontaire. Le jour même, il a été hospitalisé au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) en raison de troubles du comportement avec menaces de passage à l'acte hétéro et auto-agressif.

Sur le plan biographique, il est l'aîné d'une fratrie recomposée de deux garçons. Son père est chauffeur-routier et sa mère dirige une entreprise de nettoyage. Ils se sont séparés quand Monsieur G. était âgé de 4 ans et il a été élevé par sa grand-mère maternelle. Il est repris en charge à l'âge de 7 ans par sa mère et son beau-père. Son niveau d'instruction s'arrête avant la classe de troisième et il a une formation de carreleur.

Parmi ses antécédents, on retrouve une polytoxicomanie ayant débuté à l'âge de 15 ans (alcool, cannabis, ecstasy, benzodiazépines, héroïne et cocaïne par vois nasale). Il n'a jamais souhaité bénéficier d'un suivi psychiatrique malgré les demandes de sa mère, dans un contexte de crises clastiques et d'impulsivité extrême. Son casier judiciaire comporte plusieurs inculpations pour vandalisme et dégradations de bâtiments publics.

Il présente une personnalité pathologique, probablement de nature « état-limite » et décompensant sur un mode psychotique dans des contextes d'intoxication médicamenteuse ou de prise de stupéfiants. Son parcours carcéral et son hospitalisation au SMPR ont été émaillés de très nombreux rapports d'incidents disciplinaires, toujours liés à une extrême impulsivité et une intolérance à la frustration majeure.
Peu après son admission au SMPR, l'état clinique de Monsieur G. s'est dégradé sous la forme d'une décompensation psychotique. À un tableau dissociatif se sont associés des troubles du comportement avec des idées délirantes et une majoration de l'impulsivité. Son maintien en détention, surtout devant le risque hétéro-agressif, n'était alors plus possible et son hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles (UMD) a été décidée le 6 septembre 2005. Les soins apportés en UMD ont progressivement permis d'obtenir une amélioration

clinique satisfaisante et un retour en détention a été possible le 8 août 2006. À l'issue de cette prise en charge, il a de nouveau été hospitalisé au SMPR jusqu'au 27 décembre 2006.

2. Évolution du comportement

L'amélioration clinique obtenue grâce aux soins et à la prise en charge chimiothérapique avait permis une légère stabilisation comportementale, mais plusieurs passages à l'acte auto-agressifs et menaces hétéro-agressives étaient encore notés. Sa dangerosité criminologique justifiait le plus souvent possible son maintien seul en cellule. Il a de nouveau été hospitalisé au SMPR en avril 2008 en raison d'une décompensation anxieuse, liée aux conséquences de sa condamnation (19 ans de réclusion criminelle). Depuis cette date, sans qu'il présente de décompensation psychotique, M. G. a multiplié des passages à l'acte auto-agressifs sans conséquence organique immédiate. De même, les menaces hétéro-agressives étaient fréquentes, sans autre motivation qu'une réponse à des frustrations liées à son incarcération.

Le 21 mai 2008, un autre patient du SMPR est décédé par suicide. Cet épisode semble avoir généré chez Monsieur G. une recrudescence anxieuse sans décompensation psychotique. Le discours était adapté, mais traduisait une majoration du risque hétéro et auto-agressif sans que l'indication d'une hospitalisation d'office ne soit justifiée.

Le 1er juin 2008, Monsieur G., à l'occasion d'une probable consommation de stupéfiants, a présenté un comportement agressif et s'est entaillé superficiellement le bras. Le praticien hospitalier d'astreinte, devant le risque de récidive, a préconisé un doublement en cellule. Cette mesure n'a pu être renouvelée devant l'agressivité du sujet envers tout autre co-détenu. Sa situation a été évoquée lors de la réunion de synthèse du 2 juin 2008. Il a bénéficié d'une injection intramusculaire de 100 milligrammes de Zuclopenthixol (CLOPIXOL ASP®) et d'une majoration du traitement anxiolytique.

Après un effet qu'il qualifiait de bénéfique à type de soulagement, il a présenté cependant un discours agressif et menaçant envers les surveillants pénitentiaires pour des raisons matérielles (quantité de nourriture insuffisante au repas). Cet après-midi là, il a bénéficié de deux consultations auprès du médecin chef de service et aucune indication

d'hospitalisation d'office n'était alors posée. Des mesures de surveillance spéciale et de contre-ronde avaient été mises en place. Monsieur G. est décédé par pendaison, selon les premières estimations du médecin légiste, entre 19h30 et 20h. Il a été découvert à l'occasion d'une visite de contre-ronde, effectuée par des agents pénitentiaires. L'intervention du médecin de l'UCSA et du SAMU n'ont pas permis sa réanimation.
Au lendemain de cet événement, un certain nombre de mesures visant à prévenir l'éventualité d'un phénomène de « contamination » dans la détention ont été mises en place pour les détenus :
- Chaque patient du SMPR a été informé et a bénéficié d'un entretien individuel systématique par un membre du SMPR, en rapport avec le décès.
- Les mesures de surveillance ont été renforcées avec instauration de contre-rondes systématiques pour les jours suivants au sein du SMPR.
- La situation a été évoquée spécifiquement lors de la commission de prévention du suicide, afin de repérer les détenus particulièrement vulnérables, susceptibles de bénéficier d'une consultation spécifique suite à cet événement.

B. Cas clinique n°2 : Monsieur E.

1. Circonstances de la prise en charge

Âgé de 19 ans, Monsieur E. a été incarcéré au Centre Pénitentiaire de Metz le 15 février 2008 pour des faits de violence avec menace d'une arme, vol avec violence ayant entraîné une incapacité totale de travail de plus de huit jours et vol en réunion. Il a été condamné à deux ans d'emprisonnement en procédure correctionnelle.

Sur le plan biographique, Monsieur E. a une sœur aînée âgé de 21 ans et ses parents se sont séparés peu après sa naissance. Il a vécu avec sa mère jusqu'à 11 ans, suite à un placement en foyer pour cause de difficultés scolaires et de bagarres avec agression d'un enseignant. On relève de nombreuses fugues.

Parmi ses antécédents médico-chirurgicaux, on note une appendicectomie, une consommation de cannabis et d'alcool entre 14 ans et 18 ans (ayant nécessité une obligation de soins).

Monsieur E. a premièrement été vu en visite d'entrée par une infirmière du SMPR et présentait alors un contact de bonne qualité et un discours adapté. Une problématique de dépendance à l'alcool a pu être repérée, mais le patient n'avait formulé aucune demande de soins volontaires à l'issue de cet entretien. Le 7 avril 2008, à sa demande, Monsieur E. a été vu en consultation médicale une première fois. Il décrivait une symptomatologie anxieuse avec troubles du sommeil et une chimiothérapie anxiolytique a été instaurée. Une prise en charge régulière a été mise en place avec notamment l'introduction d'un traitement antidépresseur deux semaines plus tard. En effet, une symptomatologie dépressive avec impulsivité et velléités suicidaires, dans un contexte de trouble de la personnalité a justifié cette prescription, avec soins en activité à temps partiel dans le cadre d'un CATTP dans le service.

La persistance des troubles a nécessité l'hospitalisation avec l'accord du patient au SMPR le 16 mai 2008. L'observation du comportement de Monsieur E. a permis d'évoquer l'hypothèse de troubles de la personnalité dans le cadre d'une pathologie psychotique. Compte tenu de l'impulsivité du sujet et du risque de passage à l'acte auto-agressif, le patient est doublé en cellule avec instauration d'une surveillance spéciale.

2. Évolution du comportement

Au cours de cette hospitalisation, Monsieur E. se dit soulagé et l'anxiété semble moins marquée. Les soins psychothérapiques et chimiothérapiques se poursuivent et la prescription d'un traitement neuroleptique est envisagée. De peur d'une sédation importante, le patient refuse alors catégoriquement ce traitement.

Par ailleurs, il fait preuve d'une bonne adaptation dans le service et son comportement, observé lors des activités à temps partiel au SMPR, n'est pas inquiétant. Il ne réitère aucune velléité suicidaire et formule des projets d'avenir sur le plan professionnel. À ce titre, Monsieur E. était en attente d'un classement aux cuisines de la détention et avait obtenu un examen scolaire le 21 mai 2008. Il formule alors une demande de sortie du service, afin d'intégrer l'étage des travailleurs le plus vite possible.

Devant l'amélioration clinique du patient et de sa différence d'âge avec son co-détenu, un changement de cellule est envisagé pour se conformer aux critères imposés par le règlement pénitentiaire. Vers 13h30 ce même jour, au moment du changement de cellule, Monsieur E. est resté seul pendant environ 30 minutes. Il semble que c'est pendant cette période qu'il ait procédé à son suicide par pendaison. L'intervention de l'équipe soignante du SMPR n'a pas permis de récupération cardio-respiratoire et Monsieur E. est décédé vers 14h, en présence du médecin du SAMU.

Des entretiens avec le co-détenu et avec différents membres de l'équipe du SMPR réalisés le jour même n'ont pas mis en évidence de signes d'alerte faisant craindre l'imminence d'un tel passage à l'acte.

C. Cas clinique n°3 : Monsieur L.

1. Circonstances de la prise en charge

Âgé de 16 ans, ce jeune homme a été incarcéré pour la deuxième fois au Centre Pénitentiaire de Metz le 2 octobre 2008 suite à une condamnation à une peine ferme de 6 mois pour trafic de stupéfiants, après une détention provisoire de 30 jours en juillet 2008.

Sur le plan biographique, il est le troisième d'une fratrie de cinq enfants (deux frères et deux sœurs). Son père, âgé de 50 ans est ouvrier et sa mère, âgée de 43 ans est sans profession. Sa scolarité s'est arrêtée en classe de troisième, il a été placé en foyer en février 2008, puis en centre éducatif fermé, qu'il a refusé d'intégrer.

On ne retrouve pas d'antécédents médico-chirurgicaux ni psychiatriques particuliers, en dehors d'une consommation régulière de cannabis (cinq joints par jour depuis l'âge de 15 ans) et un tabagisme actif (dix cigarettes par jour).

À son arrivée en détention, aucune fiche de signalement ou notice individuelle émanant des autorités judiciaires ne soulignait un risque particulier de passage à l'acte auto-agressif. Il a été vu en consultation le 3 octobre 2008 par une infirmière référente de l'Unité Fonctionnelle du Quartier Mineur. Cet entretien ne retrouvait pas d'éléments évoquant un comportement suicidaire, le discours du patient faisait état de projets d'avenir, notamment

dans le domaine familial. Il est à noter que son frère était incarcéré au même moment dans le même établissement, au quartier adulte. Les conclusions de cet examen mettaient toutefois en évidence une anxiété bien maîtrisée par le sujet et directement en rapport avec son incarcération. Il avait formulé sa préférence pour être doublé en cellule afin de pouvoir plus facilement gérer cette anxiété, qui ne justifiait aucune mesure d'hospitalisation en milieu spécialisé ni de prescription d'une chimiothérapie anxiolytique. La mesure de doublement en cellule a été appliquée immédiatement par l'Administration Pénitentiaire.
Par ailleurs, Monsieur L. a été examiné à l'UCSA le même jour et ni l'examen médical, ni l'entretien infirmier n'ont été source d'un signalement pour potentiel suicidaire.
Il a également fait l'objet d'entretiens spécifiques par les agents pénitentiaires référents du quartier mineur et par un membre de la direction de l'établissement. Là aussi, aucun élément évocateur d'auto-agressivité n'a été observé.

2. Évolution du comportement

Le 6 octobre 2008, Monsieur L. a été revu en consultation par une infirmière de l'UCSA. Cette dernière s'est entretenue avec l'infirmière référente du SMPR pour évoquer sa situation et l'anxiété dont il lui avait fait part. La recommandation de doublement en cellule préconisée par le SMPR avait été maintenue, en précisant qu'il s'agissait de permettre une meilleure adaptation au milieu carcéral, en favorisant un lien avec un autre détenu.

Depuis plusieurs semaines, il existait au sein du quartier mineur des difficultés récurrentes liées à des comportements agressifs entre ces derniers. Ces violences semblaient s'inscrire dans le cadre de règlements de compte entre bandes de quartiers et départements différents. Au cours du week-end précédent, plusieurs passages à l'acte auto-agressifs par d'autres mineurs sur des modes de mise en scène de pendaison étaient organisés, afin d'obtenir auprès de l'Administration Pénitentiaire des avantages matériels et notamment des téléviseurs ou des changements de cellule. Au décours de ces passages à l'acte, des entretiens spécifiques avec ces mineurs ont été réalisés et ceux-ci ont permis d'éliminer avec certitude des comportements suicidaires et de mettre en évidence des tentatives de pression sur l'Administration Pénitentiaire.

Le 6 octobre, Monsieur L. a demandé de changer de co-détenu pour cause d'incompatibilité d'humeur, sans notion de violences entre eux. Comme l'exige le Code pénal, cette demande a immédiatement été prise en compte et les deux protagonistes ont été séparés après entretien avec un membre de la direction. Le co-détenu de Monsieur L. faisant l'objet d'une mesure stricte de doublement en cellule pour potentiel suicidaire, il a pu être placé avec un autre détenu. Il a été formulé à Monsieur L. que ce changement aurait pour conséquence un maintien seul en cellule, devant l'impossibilité matérielle de lui affecter un autre co-détenu. Il aurait exprimé alors de façon très explicite sa préférence pour cette solution. La décision de mesure de surveillance spéciale est maintenue. Aux alentours de 21h30, Monsieur L. a été découvert par les agents de ronde, pendu à un barreau de sa cellule, à l'aide d'un drap.

Dans la nuit du décès, deux entretiens psychiatriques ont été réalisés auprès de détenus fragiles, afin de prévenir tout passage à l'acte. Ces derniers ont clairement expliqué que Monsieur L., sous l'influence d'autres mineurs, avait mis en scène à son tour un simulacre de pendaison dans le but d'obtenir un nouveau changement de cellule avec un détenu de sa connaissance. Ces mêmes éléments ont été confirmés au cours d'un entretien avec le frère de la victime, qui n'avait constaté aucune velléité suicidaire dans les heures précédent le drame.
Durant cette même nuit, des scènes de « jeu d'étranglement » ont été constatées et plusieurs mineurs ont été entendus vanter les mérites de la pendaison auprès d'autres jeunes détenus, afin d'obtenir des avantages matériels.

L'ensemble de ces éléments a permis d'évoquer un passage à l'acte auto-agressif ayant entraîné la mort, sans velléités suicidaires. L'information judiciaire a été ouverte, visant à préciser les conditions exactes du décès.
L'ensemble des mineurs a été réuni au SMPR en présence des responsables pénitentiaires du quartier mineur, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, de l'école, des magistrats du parquet et de l'UCSA afin de sensibiliser ces adolescents au risque inhérent à de telles pratiques à risque.

D. Commentaires

Ces trois situations cliniques illustrent le quotidien des prises en charge psychiatriques en milieu pénitentiaire. Il s'agit de trois cas très différents, mais ayant pour point commun un comportement imprévisible, dans des contextes de personnalités pathologiques et d'antécédents d'agressivité et/ou de prises de toxiques.

Le cas de Monsieur G. illustre le passage à l'acte suicidaire d'une personne présentant des troubles mentaux marqués par une impulsivité extrême, exacerbée dans des situations d'intolérance à la frustration. La survenue de symptômes psychotiques, la prise de substances toxiques et l'impact du suicide d'un co-détenu peu de temps avant les faits ont sans doute joué un rôle déclencheur, chez ce patient aux antécédents de conduites suicidaires et d'automutilations répétées évoluant depuis plusieurs années. La consommation de substances toxiques en détention a souvent un rôle de catalyseur du passage à l'acte, du fait d'une levée d'inhibition ou d'une recrudescence anxieuse en cas de symptômes de sevrage.

La situation de Monsieur E. illustre le suicide abouti d'une personne souffrant de troubles psychotiques en milieu pénitentiaire. Le geste survient également dans un contexte imprévisible, alors qu'un traitement adapté est prescrit et bien observé dans le cadre d'une hospitalisation en SMPR. Comme en milieu libre, le suicide peut survenir chez une personne dont les troubles psychiques sont déjà reconnus et traités.

Le cas de Monsieur L. a fortement contribué à la médiatisation du problème des suicides en milieu carcéral depuis 2008. Dès l'annonce du décès de ce jeune homme, la Garde des Sceaux a ordonné une enquête administrative et s'est rendue sur place le lendemain même. Or, l'analyse de cette situation et les conclusions de l'information judiciaire montrent qu'il ne s'agissait pas d'un suicide, mais d'un décès accidentel.
La pratique d'un simulacre de pendaison, dont l'issue a malheureusement été fatale dans cette situation, peut être rapprochée des simulations de troubles psychiques chez les personnes détenues, dans le but « d'échapper » à leur condition carcérale (par transfert au SMPR, voire en hôpital psychiatrique).

De manière générale, ces tableaux cliniques démontrent que la prévention du suicide reste une difficulté majeure malgré le repérage, l'évaluation du potentiel suicidaire et une prise en charge spécialisée en SMPR.

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

La problématique suicidaire en milieu pénitentiaire ne peut être abordée comme une entité isolée. Plus globale et complexe, elle ne peut être dissociée des difficultés liées aux mauvaises conditions de détention et ce, sur plusieurs niveaux.

En ce qui concerne l'évolution du nombre des suicides en détention depuis ces treize dernières années, on constate une stabilisation globale avec une tendance à la diminution depuis 2003, alors que les effectifs continuent de progresser. Malgré les efforts réalisés par l'Administration Pénitentiaire, l'élévation notable des taux bruts de l'année 2008 (115 décès par suicide) par rapport aux deux années précédentes, à l'origine d'une forte médiatisation et d'une polémique, reste toutefois proche de la moyenne calculée entre 1996 et 2008 (soit 117 suicides par an). Les chiffres récents, à l'issue du premier semestre 2009, demeurent toutefois inquiétants si on les compare aux chiffres relevés à la même période ces dernières années (avec 73 décès en détention au 15 juillet 2009, c'est le nombre le plus élevé depuis 1996).

Les difficultés rencontrées sur un plan matériel sont notamment caractérisées par la surpopulation carcérale, l'insalubrité des locaux, le manque d'accès aux activités professionnelles et socio-éducatives et la restriction des contacts avec l'extérieur. Malgré les divers projets immobiliers pénitentiaires, les moyens restent insuffisants en termes de construction et de mise aux normes d'établissements vétustes. La promiscuité et la densité carcérale élevée contribuent de façon évidente au malaise des détenus et alimentent la violence quotidienne. Face à la question de la corrélation entre l'élévation du nombre de suicides et la surpopulation du milieu carcéral, le rapport de la commission Albrand répond de la manière suivante : « 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. Il est toutefois évident que la surpopulation carcérale constitue une difficulté supplémentaire dans la lutte contre le suicide en milieu pénitentiaire » [4].

Devant la condamnation de l'orientation sécuritaire de la politique pénitentiaire française par la Cour Européenne des Droits de l'Homme le 9 juillet 2009 [81], il est légitime de s'interroger face à la persistance du retard des prisons françaises en matière d'humanisation des conditions de détention. Le quotidien des personnes détenues est notamment marqué par des conditions de vie et d'hygiène déplorables dans des locaux dont la rénovation tarde à être réalisée, avec des quartiers d'isolement et des quartiers disciplinaires insalubres et suicidogènes. La vie dans ce milieu nécessite une forte capacité d'adaptation et les personnalités fragiles ont du mal à affronter la prison. Un refus à une demande, une annulation de parloir (appelés « parloirs fantômes »), une brimade, un propos interprété comme insultant ou n'importe quel événement vécu négativement peut à lui seul déterminer à accomplir un geste suicidaire immédiat.

Ainsi, humaniser les conditions de détention actuelles demeure indispensable pour limiter les conduites suicidaires. Prévenir ces dernières ne peut que se résumer à empêcher matériellement l'aboutissement du geste suicidaire. Il serait nécessaire d'intervenir dans plusieurs domaines :

- améliorer les conditions d'hygiène et aménager les cellules de façon à respecter la dignité des personnes détenues
- favoriser les liens avec l'entourage en incluant les familles et les partenaires (bénévoles) de l'Administration Pénitentiaire intervenant en prison dans la prévention du suicide
- poursuivre les formations à la gestion de la crise suicidaire des équipes intervenant en milieu pénitentiaire [56]
- intervenir prioritairement sur les quartiers sensibles, auprès des personnes fragiles stigmatisées en détention (personnes souffrant de troubles psychiques, personnes condamnées ou prévenues pour infractions sexuelles).

Il convient de replacer la personne détenue, réduite à un numéro d'écrou, en tant que sujet à part entière dans des conditions relationnelles dignes. Pour y parvenir, un travail pluridisciplinaire s'impose, comme le souligne M. Scotto : « la prévention des suicides mobilise à des degrés divers la quasi-totalité des services concourant à la prise en charge

de la population pénale. Cette mobilisation s'engage dès l'accueil d'un arrivant, pour se prolonger tout au long de la détention » [100].

Par ailleurs, le milieu pénitentiaire est confronté à un manque de moyens humains. Le manque d'effectifs du personnel pénitentiaire ne permet pas de répondre de manière adaptée face à l'augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux comprises dans la hausse du nombre total de détenus. Un travail de formation continue pour les personnels intervenant en détention serait ainsi nécessaire pour une meilleure compréhension des pathologies mentales, à condition de pérenniser cette initiative du fait d'un turn-over important des équipes pénitentiaires.
Comme nous l'avons vu, le milieu carcéral est marqué par une sur-représentation des troubles mentaux, notamment par les troubles psychotiques et les troubles graves de la personnalité. Les manifestations cliniques de ces pathologies, que ce soit au niveau du contact ou plus particulièrement au décours de décompensations (mauvaise observance d'un traitement lorsqu'il est prescrit, prise de toxiques, etc.), mettent en difficulté les surveillants pénitentiaires, dont la formation initiale n'a pas été consacrée à la familiarisation avec ce type de troubles. Le quotidien en détention est, de plus, très soumis à des positions arbitraires (par exemple, le règlement autorisant une douches tous les deux jours peut être modifié sur décision d'un surveillant, persistance du tutoiement des personnes détenues...), contribuant à déshumaniser le cadre carcéral malgré une prise en compte de cette question lors de la formation des personnels pénitentiaires.

Les mesures préventives demeurent indispensables mais ne doivent pas remplacer une prise en charge globale. Elles peuvent également apparaître insuffisantes en se limitant à empêcher l'aboutissement des gestes auto-agressifs : ne serait-il pas plus judicieux de focaliser en premier lieu les efforts sur l'amélioration des conditions de vie des personnes détenues ? N'est-il pas plus efficace de limiter les réactions impulsives secondaires aux mauvaises conditions de détention en améliorant ces dernières ?
On peut s'interroger également devant une certaine incohérence dans l'investissement de moyens, devant la création de cellules d'apaisement, alors même que les quartiers disciplinaires ne sont pas aux normes. La dernière conférence de consensus organisée sur le sujet avait conclu que « la réduction des espaces d'initiative du détenu comme prévention du passage à l'acte suicidaire ne semble pas une mesure de prévention efficace.

Cela semble induire une réactivité paradoxale : la lutte contre les moyens suicidaires et la violence encourage involontairement les situations de crise. Il semble utile d'encourager plutôt une réflexion sur des supports et des espaces d'expression destinés aux détenus » [2].

Le problème des conduites suicidaires en prison est également à l'origine d'un débat de société, avec des attentes pouvant être perçues à la lueur des critiques formulées par les médias comme une obligation de résultats proches de « zéro suicide » dans les prisons françaises. Au niveau local, la médiatisation du décès du mineur en octobre 2008 au Centre Pénitentiaire de Metz et de l'intervention de la Garde des Sceaux, ont fortement mobilisé l'opinion publique. Il est évidemment illusoire d'obtenir de tels résultats dans un lieu de vie. Par extension, même s'il est impossible d'empêcher la perpétration de tout acte suicidaire en détention [55], nous devons poursuivre les efforts visant à les limiter.

On peut noter également une modification des attentes de la société envers la Psychiatrie, du fait d'une demande de « caution scientifique » face à la criminalité. Le débat de société consécutif à la médiatisation des suicides en détention révèle aussi une certaine ambivalence. D'une part, on constate une indignation générale face aux mauvaises conditions de détention, dont l'écho se fait au travers d'associations comme l'Observatoire International des Prisons et Ban Public. D'autre part, le manque d'humanité des conditions de détention est considéré comme justifié pour certains, la privation de liberté étant par définition une punition où toute forme de confort devrait être exclue.
L'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral se voit confronté à de nombreuses difficultés et à des attentes exagérées, voire inadaptées. La politique sécuritaire actuelle tend à instrumentaliser la psychiatrie, lui conférant une compétence juridico-pénitentiaire qui n'a pas lieu d'être. Les exemples récents d'affaires criminelles impliquant la notion d'irresponsabilité pénale contribuent à mettre l'expert psychiatre dans une position délicate. L'avis du psychiatre est attendu par l'opinion publique comme l'élément scientifique permettant de « normaliser » les comportements, dans un contexte social de plus en plus intolérant aux troubles de ceux-ci. On attend également du psychiatre de se prononcer de manière précise sur l'évaluation de la dangerosité criminologique et en particulier du risque de récidive.
Ainsi, la psychiatrie se voit « tiraillée » entre un devoir de protection de la personne malade et le respect de la liberté individuelle. Le rôle du psychiatre en milieu pénitentiaire

devient de plus en plus délicat et se voit limité du fait de moyens insuffisants et de la faiblesse des effectifs (interventions majoritaire de psychologues et d'infirmières en détention). Certaines des difficultés rencontrées en pratique courante sont citées par le docteur Albrand dans son rapport :

« 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. » [4]

Les mesures de prévention proposées et en cours d'application, malgré certaines incohérences dans l'investissement de moyens concrets, demeurent indispensables et permettront de limiter l'aboutissement de gestes suicidaires. Pour être plus efficace, il semble nécessaire d'axer la poursuite des efforts en améliorant les conditions de détention en premier lieu, permettant de préparer l'application du projet de loi pénitentiaire.

Quelles perspectives d'avenir peuvent alors être envisagées ?

L'évolution de la politique gouvernementale concernant le milieu carcéral devrait bientôt proposer un certain nombre de remaniements, que ce soit sur le plan de l'application des normes européennes, de l'ouverture d'unités de prise en charge spécifique des personnes souffrant de troubles psychiques ou de la mise en place prochaine du projet de Loi Pénitentiaire.

L'analyse des Règles Pénitentiaires Européennes (RPE) sous l'angle juridique permet de constater que la réglementation française est très proche des exigences posées par ces dernières. Depuis 1987, date de la précédente recommandation, de nombreux progrès ont

été réalisés, et beaucoup de difficultés soulevées à l'époque ont aujourd'hui disparu. À titre d'exemple, la procédure disciplinaire des détenus est réglementée depuis 1996, l'accès aux soins et à la santé a été organisé par la loi du 18 janvier 1994, les efforts de rénovation des anciens bâtiments et la construction de nouveaux établissements pénitentiaires ont amélioré les conditions d'hygiène en détention et la réforme du placement à l'isolement (1er juin 2006) garantit mieux les droits des détenus.

Certaines règles, bien que reconnues, sont parfois difficiles à mettre en œuvre. La politique menée depuis plusieurs années avec la création des unités de visite familiale (UVF), des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), des établissements pour mineurs (EPM) et le projet des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) permet de développer des prises en charge spécifiques et de progresser en matière de respect des droits de l'Homme.

Un certain nombre de dispositions européennes ne sont pas reconnues par le Droit français. À titre d'exemple, nous pouvons citer les suivantes [106] :

- Règles 9 et 93.1 des RPE: les conditions de détention et la manière dont les détenus sont traités doivent être contrôlées par un ou des organes indépendants.

Actuellement, il n'existe pas d'instance de contrôle extérieur des établissements pénitentiaires présentant des garanties d'indépendance telles que définies par la règle 93-1 et rappelé dans le protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Cependant, la Commission nationale de déontologie de la sécurité, créée par la loi du 6 juin 2000, est compétente pour veiller au respect de la déontologie par les personnels de l'Administration Pénitentiaire. Cette commission est dotée de larges pouvoirs d'investigations. Elle contrôle l'activité de l'Administration Pénitentiaire lorsqu'elle est saisie à la suite d'un incident, émet des avis, formule des recommandations, et enfin peut proposer des modifications de textes.

Par ailleurs, le Garde des Sceaux et le médiateur de la République ont signé une convention le 16 mars 2005 permettant l'intervention de délégués du médiateur de la République dans dix établissements pénitentiaires. Cette convention facilite l'accès des détenus aux services du médiateur, dont la mission est de régler à l'amiable les différends entre un administré et une administration. L'application des mesures actuelles envisage

également d'instaurer de façon plus systématique l'inspection des établissements pénitentiaires par le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Selon les chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire, ce dernier a réalisé 16 visites en 4 mois pour l'année 2008 [30].

- Règle 17.3 des RPE : les détenus doivent être consultés concernant leur répartition initiale et concernant chaque transfèrement ultérieur d'une prison à une autre.
En droit français, les détenus peuvent formuler des demandes soit au moment de l'affectation initiale, soit pour changer d'affectation. L'administration prend en compte ces demandes, dans toute la mesure du possible.
En revanche, les condamnés qui font l'objet d'un changement d'affectation décidé d'office par l'Administration Pénitentiaire pour des motifs de sécurité ne sont jamais consultés préalablement à la décision de transfert. L'article D.296 du Code de procédure pénale (CPP) précise que le lieu de destination doit rester secret. À l'arrivée du détenu dans l'établissement, sa famille doit être informée du nouveau lieu d'affectation.

- Règle 18.9 des RPE: permettre aux détenus de participer ensemble à des activités organisées.
Le droit interne ne permet pas d'organiser des activités encadrées en commun entre les hommes et les femmes détenues (selon l'article D.248 du CPP, les hommes et les femmes sont incarcérés dans des établissements distincts).

- Règles 24.1, 24.12 et 99 des RPE: ces règles concernent les contacts que peuvent avoir les détenus avec l'extérieur.
En l'état des textes, les personnes placées en détention provisoire et les condamnés affectés en maison d'arrêt ne sont pas autorisés à téléphoner. Les possibilités de communication directe avec les médias ne sont pas prévues actuellement par les textes. La seule possibilité implicitement reconnue est celle de la correspondance.

- Règle 50 des RPE: donner la possibilité aux personnes détenues de discuter ensemble de questions relatives à leurs conditions de détention et d'en faire part aux autorités pénitentiaires.
Actuellement, en droit interne, il n'existe pas de droit d'expression collective des détenus.

- Règle 54.8 des RPE : les personnes détenues doivent pouvoir assister à la fouille de leurs effets personnels.
L'article D.269 du CPP stipule expressément que la fouille des cellules doit se faire en l'absence des détenus.

- Règle 60.4 des RPE: la sanction ne peut consister en une interdiction totale des contacts avec la famille.
Actuellement le placement en quartier disciplinaire entraîne la suppression des visites, mais le contact avec la famille reste garanti par le droit de correspondre par écrit.

Si la majorité des règles européennes sont reconnues par le droit français (partiellement ou en totalité), leur application peut parfois poser des difficultés en raison soit de problèmes logistiques, soit de la surpopulation carcérale :

- Règles 18.1 et 18.2 des RPE : les locaux de détention doivent respecter des conditions minimales d'hygiène et de santé (espace, lumière, aération...).
Ces règles relatives à l'hygiène des locaux peuvent poser dans certains cas des difficultés d'application en raison de la vétusté ou de l'ancienneté de certains établissements. L'amélioration des conditions d'hygiène relève du programme de rénovation des établissements les plus vétustes et de l'ouverture de nouvelles prisons.

- Règles 18.5 et 96 des RPE : les personnes détenues et notamment les prévenus doivent autant que possible être logés dans une cellule individuelle, au moins la nuit.
Le CPP pose le principe de l'encellulement individuel des détenus qu'ils soient condamnés (article 717-2) ou prévenus (article 716). Les RPE sont moins catégoriques sur ce point. La surpopulation pénale, qui ne concerne que certaines maisons d'arrêt, rend difficile le respect systématique des dispositions du Code. Des efforts importants ont néanmoins été menés pour limiter les effets négatifs de l'encellulement multiple, avec par exemple le cloisonnement systématique des toilettes et une grande rigueur dans le choix des co-détenus.

- Règles 18.8 et 104.1 des RPE : séparer les prévenus des condamnés.
Cette séparation n'est pas toujours effective dans les maisons d'arrêt, notamment du fait de la surpopulation. La mise en œuvre des régimes différenciés y est également difficile.

Malgré ces quelques exemples d'incompatibilité juridiques, il est important de noter que la France s'investit de plus en plus dans l'optique de se conformer à la réglementation européenne.

Par ailleurs, l'ouverture prochaine des premières Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) représente une amélioration évidente de l'offre d'accès aux soins pour les personnes détenues. Elle permettra ainsi une prise en charge plus adaptée des détenus souffrants de troubles mentaux, en particulier des personnes psychotiques dont le potentiel suicidaire est déjà élevé en milieu ouvert.
Les UHSA contribueront activement aux mesures d'intervention de crise, par la mise en observation de personnes en crise suicidaire.
En revanche, certaines limites peuvent déjà être évoquées : les UHSA ne pourront a priori qu'apporter une contribution limitée à la prévention des conduites suicidaires, du fait d'un nombre de places restreint et du décalage entre les délais d'application des projets immobiliers pénitentiaires et l'ampleur de la demande. La constitution de listes d'attente semble, par la même occasion, inévitable.
Bien qu'initialement destinées à « soulager » les établissements pénitentiaires, la mise en place de ces structures ne permettra pas de diminuer le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux en détention. On peut craindre également un risque de dérive asilaire, l'augmentation de l'accès aux soins pouvant mener à une augmentation du nombre de condamnation de personnes souffrant de troubles psychiques.

L'avancée la plus attendue repose sur l'instauration du projet de Loi pénitentiaire. Rachida Dati, ancienne Garde des Sceaux et ministre de la Justice a présenté ce projet au Sénat, le 3 mars 2009 [93]. Elle a déclaré à ce propos que « la loi pénitentiaire est faite pour mieux prendre en charge les détenus, pour mieux préparer la réinsertion et pour prévenir la récidive ».

Le projet de loi repose ainsi sur cinq objectifs distincts :

- Clarifier les missions du service public pénitentiaire :

La réinsertion des détenus se fait en liaison avec les autres services de l'État : « la mission des services de santé, de l'éducation nationale, des collectivités locales est fondamentale », a souligné la ministre, qui a également mis en avant l'action positive des délégués du Médiateur de la République en faveur des droits des personnes détenues.

- Mieux reconnaître les personnels :

Afin de définir le champ d'action des personnels pénitentiaires, le texte prévoit la création d'un Code de déontologie, une prestation de serment et la création d'une réserve pénitentiaire (personnels volontaires retraités de l'Administration Pénitentiaire).

- Garantir les droits des détenus :

Selon ce projet de loi, la domiciliation à l'établissement pénitentiaire, le maintien des liens familiaux, le droit au travail ou le droit à l'insertion (par l'enseignement et la formation) sont des droits fondamentaux qui doivent être mis en œuvre.

L'exercice des droits ne peut être restreint que dans la seule limite imposée par la sécurité ou le maintien de l'ordre au sein des établissements pénitentiaires.

- Clarifier les régimes de détention :

Le projet de loi garantit l'individualisation de la prise en charge de la personne détenue.

L'individualisation des régimes de détention se fera en fonction de la personnalité du détenu, de sa dangerosité et de ses efforts de réinsertion. Un bilan de personnalité sera réalisé lors du passage de la personne nouvellement écrouée dans le quartier arrivant.

- Prévenir la récidive avec les aménagements de peine :

Une peine d'emprisonnement doit pouvoir être exécutée en dehors de la prison. Le projet de loi propose de nouvelles perspectives, en augmentant les aménagements de peine et le placement sous surveillance électronique pour les détenus en fin de peine.

Dans la conclusion de son rapport, le docteur Albrand évoque, à propos de ce projet de loi, que « le service public pénitentiaire ne peut à lui seul tout assumer et doit recevoir le concours des autres services de l'État, 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 » [4].

L'accent porté sur le développement d'alternatives à la mise en détention pourrait ainsi favoriser les perspectives d'avenir des personnes incarcérées.

CONCLUSION

La réalité des conduites suicidaires dans les établissements pénitentiaires français représente un problème de société, dont l'actualité et la médiatisation contribuent à déchaîner de nombreuses passions. Malgré les efforts indéniables réalisés par l'Administration Pénitentiaire depuis plusieurs années, le nombre des suicides en milieu carcéral demeure élevé par rapport à celui des autres nations européennes.
Face aux difficultés à obtenir une réduction significative et constante des décès par suicide, le travail commun du Ministère de la Santé et de l'Administration Pénitentiaire a conduit à l'élaboration de mesures préventives, dont l'application est actuellement en cours.

Il faut pourtant être conscient que l'objectif d'une disparition totale des décès par suicide en détention reste illusoire. Le problème de la prévention du suicide demeure complexe et y répondre par des moyens techniques visant à empêcher l'aboutissement d'un geste désespéré peut paraître réducteur et insuffisant, bien qu'évidemment nécessaire.

Par ailleurs, les personnes placées sous main de justice ont un potentiel suicidaire élevé. Les prisons concentrent des personnes à risques de passages à l'acte auto-agressifs, fragilisées par l'inertie, la violence du milieu environnant et leurs conditions de détention. Les dysfonctionnements rencontrés au quotidien suffisent à précipiter les personnes les plus vulnérables vers une crise suicidaire.

Devant la sur-représentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral, l'amélioration de la qualité des soins les concernant représente un axe essentiel de la prévention du suicide. Comme en milieu ouvert, un meilleur dépistage et un meilleur traitement de ces troubles sont indispensables, en parallèle d'une intervention efficace en cas de crise suicidaire. Le repérage et la prise en charge des personnes fragiles est donc primordial et nécessite un travail de formation continue des personnels pénitentiaires, en collaboration avec les intervenants en psychiatrie pour une démarche structurée et systématique. L'ouverture prochaine des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) va apporter un outil supplémentaire au dispositif de soins, mais son action sera limitée.

Toutes les recommandations, passées et actuelles, insistent sur l'amélioration des conditions de détention et du dépistage de la crise suicidaire. La privation de liberté ne justifie pas de négliger le respect de la dignité et humaniser le quotidien du milieu carcéral ne peut que constituer un progrès dans la lutte contre le suicide des personnes détenues.

Une réflexion portant sur la globalité de la prise en charge de la personne détenue, de la mise en garde à vue à la réinsertion après la sortie, devrait être mise en œuvre en s'appuyant sur un travail pluridisciplinaire impliquant tous les intervenants.
Cependant, le phénomène de la surpopulation carcérale constitue la première limite à franchir pour parvenir à des résultats concrets en matière de diminution des gestes suicidaires.

L'engagement de la France dans l'application des Règles Pénitentiaires Européennes et dans un projet d'ouverture de nouveaux établissements d'ici 2012, tend vers une amélioration des conditions de détention, dans l'attente de la mise en place du projet de loi pénitentiaire.

Espérons que cette loi permette une nouvelle approche de la prise en charge de la personne détenue, aidant ainsi à la replacer en tant que sujet à part entière dans le respect de sa dignité. Centrée sur le développement d'alternatives à l'incarcération, la nouvelle loi s'attachera ainsi à réduire la surpopulation, à favoriser la préparation à la réinsertion sociale, tout en développant des moyens d'actions communs des personnels pénitentiaires et des professionnels de santé en milieu carcéral.

BIBLIOGRAPHIE

1. AEBI M.F., DELGRANDE N. Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I Survey 2006. Conseil de l'Europe, Université de Lauzanne, Suisse, décembre 2007, 79 pages.

2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, Paris, 2000 : 31pages.

3. Agence Publique pour l'Immobilier de la Justice (APIJ). Plaquette de présentation du centre pénitentiaire de Nancy [en ligne]. Publications de l'APIJ, Paris, 2009 : 21 pages. Disponible sur : http://www.apij.justice.fr/APIJ_WEB/FR/PAGE_Plaq_pen.awp

4. ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, janvier 2009, 410 pages.

5. AZIBERT G. Politique de prévention des suicides en milieu carcéral/éléments de comparaison. Note à l'attention de Monsieur Claude d'HARCOURT – Directeur de l'Administration Pénitentiaire, décembre 2008. In : ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Annexe E, janvier 2009, pp. 222-224.

6. BELBERKA O. Prévention du suicide en Europe : analyse de sept programmes nationaux de prévention du suicide. Thèse de Psychiatrie. Nancy : faculté de Médecine de Nancy, 2000, 238 pages.

7. BILLE-BRAHE U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. World Health Organization, 1998.

8. BOURDEUX C. La prévention du suicide en prison. Dossier la psychiatrie emprisonnée, Soins Psychiatrie, Masson, 2004, 232 : 33-34.

9. BOURGEOIS D. Comprendre et soigner les états-limites, préface de Dominique Barbier. Collection Psychothérapies, Dunod, 2004, 306 pages.

10. BOURGOIN N. Le suicide en prison, préface de Hervé Le Bras. Coll. Logiques Sociales, L'Harmattan, 1994, 271 pages.

11. BRENT D.A., BAUGHER M., BRIDGE J., CHEN T., CHIAPPETTA L. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38: 1497-1505.

12. BRENT D.A., MANN J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behaviour. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 2005, 133: 13-24.

13. CASPI A., SUGDEN K., MOFFITT T.E. et al. Influence of life stress on depression : moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science, 2003, 301: 386-389.

14. CAVANAGH J.T., OWENS D.G., JOHNSTONE E.C. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. Psychol Med, 1999, 29: 1141-1149.

15. Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés, 2008, pp. 1-6.

16. COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Études et résultats. DREES, juillet 2002.

17. CONSEIL DE L'EUROPE. Règles pénitentiaires européennes. Éditions du Conseil de l'Europe, juin 2006, 143 pages.

18. COOPER J., APPLEBY L., AMOS T. Life events preceding suicide by young people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, 37: 271-275.

19. CORNELIUS J.R., SALLOUM I.M., MEZZICH J., CORNELIUS M.D., FABREGA H. JR, EHLER J.G. et coll. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry, 1995, 152: 358-364.

20. COURTET P., JOLLANT F., CASTELNAU D. et al. Suicidal behaviour : relationship between phenotype and serotonergic genotype. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 2005, 133: 25-33.

21. COURTET P. Psychobiologie et génétique des conduites suicidaires. In : GUELFI J.D., ROUILLON F. Manuel de Psychiatrie. Masson, 2007, pp. 485-488.

22. DE BEAUREPAIRE C. Psychiatrie en milieu carcéral. In : GUELFI J.D., ROUILLON F. Manuel de Psychiatrie. Masson, 2007, pp. 668-673.

23. DELACROIX E., BIROT E., JEAMMET P. Histoire des recherches et des données sur les tentatives de suicide chez l'adolescent. In : Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. PUF, Paris, 1994 : 5-38.

24. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord. Rapport DAP/PMJ1, août 2000.

25. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Les règles pénitentiaires européennes, une charte d'action pour l'AP – bilan 2007, perspectives 2008 (brochure de 16 pages) [en ligne].
Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/brochureRPE2008.pdf

26. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Les règles pénitentiaires européennes, une charte d'action pour l'AP – avril 2007 (brochure de 16 pages) [en ligne].
Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/BrochureRPE-07.pdf

27. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Grille d'évaluation « prévention du risque suicidaire – évaluation du potentiel suicidaire » et notice d'utilisation. Note DAP du 14 mai 2007 relative à la mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenues.

28. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Baisse des suicides en prison depuis 2002. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, mai 2008, n°22, 6 pages.

29. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus. Note DAP-DPJJ du 23 octobre 2008 relative à l'utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus

30. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009. Services de la communication et des relations internationales, juin 2009, 16 pages [en ligne].
Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffresclesjanv2009.pdf

31. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Film « mieux prévenir le suicide des personnes détenues ». Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 2 pages.

32. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). La grille d'évaluation du potentiel suicidaire. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 1 page.

33. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). La procédure d'accueil au QD. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 5 pages.

34. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Trousseau de protection d'urgence (couvertures indéchirables et vêtements déchirables). Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 1 page.

35. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). La commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 2 pages.

36. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). L'échange d'informations avec les familles et proches de personnes détenues. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 2 pages.

37. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). L'équipe référente locale chargée de la prévention du suicide. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 1 page.

38. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). La formation des codétenus à la prévention du suicide. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 3 pages.

39. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Le placement en cellule de protection d'urgence en cas de situation extrême. Fiche d'action DAP/PMJ2/VP, 29 mai 2009, 3 pages.

40. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Bilan des suicides au 15 juillet 2009 (matin). Permanences EMS1, bases EMS1, PMJ5 et PMJ2, 2009, 10 pages.

41. Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Statistique mensuelle de la population écrouée en France – situation au 1er août 2009. Bureau des études, de la prospective et des méthodes, août 2009, 18 pages [en ligne].
Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr

42. DULIT R.A., FYER M.R., HAAS G.L., SULLIVAN T., FRANCES A.J. Substance use in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 1990, 147: 1002-1007.

43. DURKHEIM E. Le suicide, étude sociologique. Alcan, 1897.

44. FALISSARD B., ROUILLON F. Étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus - Résultats préliminaires. Colloque de la Mutualité, 10ème anniversaire de la loi de 1994 sur la santé des détenus, décembre 2004.

45. FORMAN E.M., BERK M.S., HENRIQUES G.R., BROWN G.K., BECK A.T. History of multiple suicide attempts as a behavioural marker of severe psychopathology. Am J Psychiatry, 2004, 161: 437- 443.

46. GABORAUD E., KAHN J.-P. Le temps détenu. L'Information Psychiatrique, 2005, vol. 81, n°7, pp. 621-626.

47. HARE R.D. The Hare Psychopathy Checklist (revised). Toronto, Multi Health Systems, 1991. Traduction française : Pham T. In: Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. L'Encéphale, 1998, 24 : 435-441.

48. HARDY P. La prévention du suicide, rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Références en Psychiatrie, Doin, 1997, 77 pages.

49. HAZARD A. Baisse des suicides en prison depuis 2002. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, mai 2008, n°22, 6 pages.

50. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Centre d'expertise collective. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Éditions INSERM, 2005, 199 pages.

51. Instruction n° 14/2005 relative au programme cadre de prévention des suicides – Direction générale des institutions pénitentiaires – Espagne (traduction Marina PAJONI – PMJ1). In : ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Annexe E, janvier 2009, pp. 255-266.

52. ISOMETSÄ E.T., LÖNNQVIST J.K. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998, 173: 531-535.

53. JOHNSON J.G., COHEN P., SKODOL A.E., OLDHAM J.M., KASEN S., BROOK J.S. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. Arch Gen Psychiatry, 1999, 56: 805-811.

54. KAHN J.-P. Les médias peuvent-ils contribuer utilement à la prévention du suicide ? Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Tome VII, n°78, pp. 29-35.

55. KAHN J.-P. Prévention du suicide : aspects éthiques. In : Claude de Tychey. Psychologie clinique et prévention, Éditions et applications psychologiques, 1998, pp. 331-340.

56. KAHN J.-P., MOURIC I. Gestion de la crise suicidaire: exemple du milieu pénitentiaire. Communication aux 38èmes Journées du GEPS, 21, 22 et 23 septembre 2006.

57. KOPLIN B., AGATHEN J. Suicidality in children and adolescents: a review. Curr Opin Pediatr, 2002, 14: 713-717.

58. KRISTOFFERSEN R. Correctionnal Statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden 2002-2006. Kriminalomsorgen, Correctional Service of Norway Staff Academy, Oslo, August 2008, 62 pages.

59. LANGLET M., DARMON L. Suède : une autre philosophie pénale. In : Écouter la parole des détenus, dossier prison et réinsertion, Interdépendances, janvier 2007, n°64, p. 13.

60. LEAVELL H.R., CLARK E.G. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach. 3rd edition, New York, McGraw Hill, 1965.

61. LIN P.Y., TSAI G. Association between serotonin transporter, gene promoter polymorphism and suicide : results of a meta-analysis. Biol Psychiatry, 2004, 55: 1023-30.

62. MANN J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. Neuroscience, 2003, 4: 819-826.

63. MANN J.J., ARANGO V. Neurobiology of suicide and attempted suicide. In: WASSERMAN D. Suicide – An Unnecessary Death. Martin Dunitz, 2001, pp. 29-34.

64. MANN J.J., OQUENDO M., UNDERWOOD M.D., ARANGO V. The Neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. J Clin Psychiatry, 1999, 60: 7-11.

65. MANN J.J., WATERNAUX C., HAAS G.L., MALONE K.M. Towards a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. Am J Psychiatry, 1999, 156: 181-189.

66. MARCELLI D., BERTHAUT E. L'acte suicidaire : intentionnalité versus impulsivité, un faux débat. In : Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Collection les âges de la vie, Masson, Paris, 2001, pp. 184-185.

67. MARCELLI D., BERTHAUT E. Le suicidant : vulnérabilité psychique et défaillances des processus mentaux. In : Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Collection les âges de la vie, Masson, Paris, 2001, pp. 186-189.

68. MARTTUNEN M.J., HENRIKSSON M.M., ISOMETSA E.T., HEIKKINEN M.E., ARO H.M., LONNQVIST J.K. Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. Adolescence, 1998, 33: 669-681.

69. MARZUK P.M., MANN J.J. Suicide and substance abuse. Psychiatr Ann, 1988, 18: 639-645.

70. MICHEL L., BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Guides professionnels de santé mentale, Heures de France, 2005, 476 pages.

71. MILLAUD F. Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques. Collection ouvertures psy, Masson, 1998, 196 pages.

72. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), Service de la communication et des relations internationales (SCERI). L'administration pénitentiaire en France. Paris, 2007, 18 pages.

73. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Prison et réinsertion – Les personnes prises en charge - Les mineurs détenus. Février 2007 [en ligne].
Disponible sur :
http://www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10036&ssrubrique=10038&article=12008

74. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. 2004, pp. 40-67.

75. MORON P. Suicide en prison. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2004, Tome VII, n°78, pp. 57-59.

76. MOUQUET M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DREES, Études et résultats, mars 2005, n°386.

77. MOUQUET M.-C., DUMONT M., BONNEVIE M.-C. La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. DREES, Études et résultats, janvier 1999, n°4.

78. MOURIC I. Épidémiologie, facteurs de risque et devenir des tentatives de suicide – étude d'une cohorte de 159 patients. Thèse de Psychiatrie. Nancy : faculté de Médecine de Nancy, 2005, 213 pages.

79. MURPHY G.E., WETZEL R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry, 1990, 47: 383-392.

80. MURPHY G.E., WETZEL R.D., ROBINS E., McEVOY L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry, 1992, 49 : 459-463.

81. OBSERVATOIRE INTERNATIONALE DES PRISONS (OIP). Condamnation de l'orientation sécuritaire de la politique pénitentiaire par le CEDH. Communiqué OIP, Paris, le 9 juillet 2009 [en ligne]. Disponible sur :
http://www.oip.org/sinformer/communiques-oip/communique-09/07/09-673-156.html

82. OBSERVATOIRE INTERNATIONALE DES PRISONS (OIP). Lexique des termes liés à l'univers carcéral [en ligne].
Disponible sur : http://www.oip.org/component/option,com_glossary/Itemid,125/

83. OBSERVATOIRE INTERNATIONALE DES PRISONS (OIP). Prévention du suicide en prison : en finir avec une politique absurde et mensongère. Communiqué OIP, Paris, le 18 août 2009 [en ligne].
Disponible sur : http://www.oip.org/observatoire_international_des_prisons/

84. ORGANISATION MONDIALE de la SANTÉ (OMS). La prévention du suicide - Indications pour le personnel pénitentiaire. OMS, Genève, 2002 : 22 pages.

85. ORGANISATION MONDIALE de la SANTÉ (OMS). La prévention du suicide - Indications pour les professionnels des médias. OMS, Genève, 2002 : 9 pages.

86. ORGANISATION MONDIALE de la SANTÉ (OMS). La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux. OMS, Genève, 1999 : 124 pages.

87. ORGANISATION MONDIALE de la SANTÉ (OMS). Prévention du suicide. Cahier de santé publique, 1969, 35, 90 pages.

88. PERRIER-DURAND A. Je me tue à vous le dire... Le suicide, à la croisée des regards de la psychanalyse et de la criminologie. Questions actuelles de criminologie, Érès, 1998, 127 pages.

89. PFEFFER C.R. Suicide in mood disordered children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2002, 11: 639-647.

90. PFEFFER C.R. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behaviour: unmet needs for suicide prevention. Biol Psychiatry, 2001, 49: 1055-1061.

91. PHILIPS D.D. The influence of suggestion on suicide: substantion and theorical implications of the Werther effect. Am Soc Rev, 1974, 39: 340-354.

92. POIRIER A. Le suicide en prison : statistiques, commentaires, questions. L'Information Psychiatrique, 2003, vol. 79, n°4, pp. 335-346.

93. Portail du Gouvernement. Examen du projet de loi pénitentiaire au Sénat, article du 4 mars 2009 [en ligne]. Disponible sur :
http://www.gouvernement.fr/gouvernement/examen-du-projet-de-loi-penitentiaire-au-senat

94. PRADIER P. La gestion de la santé des établissements du programme 13 000. Évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions. Rapport au ministère de la Justice, 30 septembre 1999.

95. Prévention du suicide des personnes détenues – Plan d'actions 2009 – Suites du rapport de la commission Albrand. Note de la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice du 15 juin 2009, 7 pages.

96. RENAUD J., BRENT D.A., BIRMAHER B., CHIAPPETTA L., BRIDGE J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38: 846-851.

97. ROLLIN E. Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral. Thèse de Psychiatrie. Nancy : faculté de Médecine de Nancy, 2008, 262 pages.

98. RUJESCU D., GIEGLING I., SATO T. et al. Genetic variations in tryptophan hydroxylase in suicidal behaviour: analysis and meta-analysis. Biol Psychiatry, 2003, 54: 465-473.

99. SCIORATO F., GLÉZER D., CHABANNES J.M. Le passage à l'acte auto-agressif en milieu carcéral. In : ouvrage collectif sous la direction de T. ALBERNHE. Criminologie et Psychiatrie. Ellipses, 1997, 698-703.

100. SCOTTO M. Le spectre des effets du suicide en prison. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2004, Tome VII, 79 : 19-20.

101. SENON J.-L., MANZARENAC, HUMEAU M., GOTZAMANIS L. états dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peur sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. L'Information psychiatrique, 2007, 83, 8, 655-662.

102. Service des études juridiques. Le maintien des liens familiaux en prison. Note de synthèse de l'Étude de législation comparée n°163, mai 2006 [en ligne].
Disponible sur : http://www.senat.fr/lc/lc163/lc1630.html

103. SHAFII M., SHAFII S.L. School violence, depression, and suicide. J Appl Psychoanalytic Stud, 2003, 5: 155-169.

104. SHNEIDMAN E., FARBEROW N., NORMAN L. Ten years of suicide prevention. Past and future. Bulletin of suicidology, 1961, 6: 6-11.

105. SOUBRIER J.P. Définition du suicide et signification de la prévention. Ann Med Psychol, 1999, 157, n°8 : 526-529.

106. Sous-direction des personnes placées sous main de justice et bureau de l'action juridique et du droit pénitentiaire - DAP. L'application des règles pénitentiaires européennes en France. 2006, 103 pages [en ligne].
Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10045&ssrubrique=10283

107. TAYLOR S.J., KINGDOM D., JENKINS R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. Acta. Psychiat Scand, 1997, 95, 457-463.

108. TERRA J.L. La prévention du suicide aux USA. In : ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Annexe E, janvier 2009, pp. 267-275.

109. TERRA J.L. Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice et au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Décembre 2003, 222 pages.

110. TOURNIER P.V. Les systèmes de libération sous condition dans les États membres du Conseil de l'Europe [en ligne]. Champ pénal, avril 2004.
Disponible sur : http://champpenal.revues.org/document37.html.

111. TRAVAILLOT F. Politiques conduites par l'Italie pour la prévention du suicide. Rapport des magistrats de liaison : Italie, décembre 2008. In : ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Annexe E, janvier 2009, pp. 225-228.

112. VAN HEERINGEN K. The Neurobiology of Suicide and Suicidality. Can J Psychiatry, 2003, 48: 292-300.

113. WASSERMAN D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Suicide – An Unnecessary Death. Martin Dunitz, 2001, pp. 13-27.

114. ZIENTARA-LOGEAY S. Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice. 1996, 100 pages.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Grille d'évaluation « prévention du risque suicidaire – évaluation du potentiel suicidaire » et notice d'utilisation (Note DAP du 14 mai 2007 relative à la mise en œuvre du programme de prévention du suicide des personnes détenues).

ANNEXE N°2 : « Recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus » (Note DAP-DPJJ du 23 octobre 2008 relative à l'utilisation de la nouvelle grille d'évaluation du potentiel suicidaire adaptée aux mineurs détenus).

ANNEXE N°3 : Signalement SMPR/UCSA dans le cahier électronique de liaison, Centre Pénitentiaire de METZ.

ANNEXE N°4 : Accusés de réception SMPR/UCSA lors des signalements de la détention, Centre Pénitentiaire de METZ.

ANNEXE N°5 : Demande de mise en surveillance spéciale, Centre Pénitentiaire de METZ.

ANNEXE N°6 : Prévention du suicide des personnes détenues – Plan d'actions 2009 – Suites du rapport de la commission Albrand. Note de la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice du 15 juin 2009, suivie de ses « 9 fiches actions » :

- Fiche 1 : Film « mieux prévenir le suicide des personnes détenues ».
- Fiche 2 : La grille d'évaluation du potentiel suicidaire.
- Fiche 3 : La procédure d'accueil au QD.
- Fiche 4 : Trousseau de protection d'urgence.
- Fiche 5 : La commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires.
- Fiche 6 : L'échange d'informations avec les familles et proches de personnes détenues.
- Fiche 7 : L'équipe référente locale chargée de la prévention du suicide.
- Fiche 8 : La formation des co-détenus à la prévention du suicide.
- Fiche 9 : Le placement en cellule de protection d'urgence en cas de situation extrême.

ANNEXE N°1

PREVENTION DU SUICIDE
EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Nom :_____ Sexe :_____ Etablissement :_____
Prénom :_____ Ecrou :_____
Date naissance :_____ Nationalité :_____ Date d'écrou à l'établissement :_____

① FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES	OUI	NON	NSP
Infraction : atteinte aux personnes	☐	☐	☐
Situation : primaire	☐	☐	☐
Incidents disciplinaires en détention	☐	☐	☐
Rupture d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire	☐	☐	☐
Evénement judiciaire	☐	☐	☐
Notice individuelle	☐	☐	☐
Si mention particulière : préciser			

② FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES	OUI	NON	NSP
Perte d'emploi	☐	☐	☐
Perte de logement	☐	☐	☐
Situation irrégulière ITF-IDTF-IS	☐	☐	☐
Absence de soutien	☐	☐	☐
Eloignement familial	☐	☐	☐
Rupture conjugale	☐	☐	☐
Placement récent des enfants*	☐	☐	☐
Deuil récent d'un proche*	☐	☐	☐
Perte / séparation dans l'enfance*	☐	☐	☐
Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel*	☐	☐	☐

③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES	OUI	NON	NSP
Antécédents de tentative(s) de suicide (TS)	☐	☐	☐
Antécédents familiaux de suicide ou de TS	☐	☐	☐
Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes -drogues)	☐	☐	☐
Signale des antécédents psychiatriques	☐	☐	☐
Antécédents d'automutilations	☐	☐	☐
Signale un problème de santé nécessitant des soins	☐	☐	☐
Handicap (moteur, neurologique, sensoriel, ..)	☐	☐	☐

④ OBSERVATION- COMPORTEMENT	OUI	NON	NSP
Semble manifestement délirant	☐	☐	☐
Semble en état de choc psychique	☐	☐	☐
Semble dépressif	☐	☐	☐
Apparaît anxieux – triste – agressif [barrer la mention inutile]	☐	☐	☐
Se déclare spontanément suicidaire	☐	☐	☐

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 ?	☐	☐	☐
Si oui :			
Degrés d'urgence à déterminer :			
1- Flash, idées précises, brèves ou diffuses	☐	☐	☐
2- Suicide envisagé comme possibilité	☐	☐	☐
3- Idées fréquentes et quotidiennes	☐	☐	☐
4- Solution principale	☐	☐	☐
5- Acte dans un délai :	☐	☐	☐
5.1 >48h	☐	☐	☐
5.2 < 48h	☐	☐	☐
5.3 Immédiat ou en cours	☐	☐	☐

⑥ MOYENS ENVISAGES (évaluation de la dangerosité)	OUI	NON	NSP
Avez-vous pensé comment le faire ?	☐	☐	☐
Quel est le moyen envisagé :			
Est-il immédiatement accessible ?	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
Recommandations pour le placement en cellule	☐	☐	☐
Contacts à prendre (préciser)	☐	☐	☐
RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre)	☐	☐	☐
Entretien conseillé (préciser : avec qui)	☐	☐	☐
Favoriser l'activité/travail	☐	☐	☐
Autres	☐	☐	☐

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 permets 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 N°2

Recueil d'informations pertinentes pour l'évaluation du potentiel suicidaire chez les mineurs détenus

Nom : _____ Sexe : _____ Etablissement : _____
Prénom : _____ Nationalité : _____ Ecrou : _____
Date naissance : _____ Date d'écrou initial : _____
Motif de réactualisation : _____ Date d'écrou à l'établissement : _____

① FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES	OUI	NON	NSP
Rupture de scolarité ou de formation	☐	☐	☐
Situation irrégulière	☐	☐	☐
Interdiction de séjour	☐	☐	☐
Absence de soutien	☐	☐	☐
Eloignement familial	☐	☐	☐
Rupture sentimentale	☐	☐	☐
Existence d'enfants*	☐	☐	☐
Deuil récent d'un proche*	☐	☐	☐
Perte / séparation dans l'enfance*	☐	☐	☐
Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel*	☐	☐	☐

② FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES	OUI	NON	NSP
Infraction atteinte aux personnes	☐	☐	☐
Situation première incarcération	☐	☐	☐
Mandat dépôt criminel	☐	☐	☐
Mandat de dépôt correctionnel	☐	☐	☐
Incidents disciplinaires en détention			
Auteur	☐	☐	☐
Victime	☐	☐	☐
Révocation d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire	☐	☐	☐
Mention particulière dans la notice individuelle préciser	☐	☐	☐

③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES	OUI	NON	NSP
Antécédents de tentative(s) de suicide (TS)	☐	☐	☐
Antécédents familiaux de suicide ou de TS	☐	☐	☐
Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes -drogues)	☐	☐	☐
Signale des antécédents psychiatriques	☐	☐	☐
Antécédents d'automutilations	☐	☐	☐
Signale un problème de santé nécessitant des soins	☐	☐	☐
Handicap (moteur, neurologique, sensoriel,)	☐	☐	☐

④ OBSERVATION- COMPORTEMENT	OUI	NON	NSP
Présente un état de prostration ou d'agitation inhabituelle	☐	☐	☐
Présente un état d'agressivité de colère ou d'excitation	☐	☐	☐
Ressent un sentiment de honte de culpabilité	☐	☐	☐
Est en état de forte émotion de pleurs d'abattement de tristesse	☐	☐	☐

Si une souffrance est identifiée à l'issue des précédentes informations

⑤ EVALUER L'URGENCE	OUI	NON	NSP
Se déclare spontanément suicidaire	☐	☐	☐
Souffrez-vous au point de penser à vous suicider ?	☐	☐	☐
Si oui, orienter vers UCSA ou SMPR			

⑥ MOYENS ENVISAGES ** (évaluation de la dangerosité)	OUI	NON	NSP
Avez-vous pensé comment le faire ?	☐	☐	☐
Quel est le moyen envisagé	☐	☐	☐
Est-il immédiatement accessible ?	☐	☐	☐

⑦ MESURES A PRENDRE INDIQUER POUR CHACUNE LE DELAI SOUHAITABLE DE REALISATION < 48H SEMAINE > SEMAINE	<48h	semaine	>1an
Mise sous surveillance spéciale pour risque suicidaire	☐	☐	☐
Contacts à prendre (éducateur PJJ, JE)	☐	☐	☐
RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre)	☐	☐	☐
Entretien conseillé (préciser avec qui)	☐	☐	☐
Diversifier les activités	☐	☐	
Personne ressource à informer			☐
Favoriser l'accès aux parloirs	☐	☐	☐

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
** Evaluation en fonction du degré d'urgence constaté

ANNEXE N°3

SIGNALEMENT SMPR /UCSA DANS LE CAHIER ELECTRONIQUE DE LIAISON

Pour procéder au signalement SMPR ou UCSA suivant la procédure n° 285/S du 6/07/2009 et en garder une traçabilité évitant un sur-signalement, il convient de **créer une fiche d'observation dans le CEL :**

Sélectionner

« mes observations »

« nouveau »

« objet » : **sous la rubrique thème sélectionner « signalement SMPR » ou « signalement UCSA »** puis dans observation inscrire les raisons du signalement, préciser les propos tenus, le type de comportement, la nature du risque, le degré d'urgence…

Il est recommandé au moment du signalement de vérifier la situation globale du détenu en détention, au regard de sa situation familiale (as-t-il des visites ? Faut-il lui proposer un visiteur de prison ? Faut-il le signaler au SPIP ?), A-t-il une activité ? Faut-il le signaler au responsable de formation ou d'ateliers pour prioriser sa demande ? S'il est prévenu faut-il informer le magistrat instructeur ? Quelle est la situation matérielle du détenu ?

Ces éléments peuvent être renseignés dans le CEL dans « audiences/commissions » sous la rubrique « prévention suicide », où les items sont pré-renseignés. Une impression de cette fiche ou un copier-coller de ces informations pour les intégrer sur la fiche d'observation, sont des compléments importants pour la prise en charge améliorée du détenu et pour le service SMPR ou UCSA.

Puis imprimer la fiche d'observation et la faire suivre au SMPR ou à l'UCSA avec la procédure habituelle d'accusé de réception.

La réponse éventuelle apportée par le service concerné: elle pourra être apportée par le SMPR ou l'UCSA en appelant un personnel d'encadrement du bâtiment C (au 1321 officier référent suicide ou au 1310 ses adjoints gradés), qui se chargera de créer une nouvelle fiche d'observation dans le CEL, sous la même thématique.
La personne ayant effectué le signalement est invitée également à noter son numéro de téléphone sur l'accusé de réception si elle souhaite être tenue informée ; elle se chargera alors de renseigner le CEL en créant une nouvelle fiche d'observation sous la même thématique.

L'utilisation du CEL permettra ainsi de vérifier si le détenu a déjà été signalé, d'effectuer un suivi des signalements et d'éviter les signalements répétitifs. Cela permettra au personnel de vérifier avant d'effectuer un signalement si le détenu n'a pas déjà été signalé et la réponse apportée par le service concerné (date du prochain entretien, etc.).

NB : il est recommandé au rédacteur d'informer le détenu du signalement dont il fait l'objet.

ANNEXE N°4

Accusé de réception
(partie réservée au SMPR)

Document(s) concernant le détenu : Nom : **Prénom :** **Ecrou :**

Remis par :
Nom : **qualité :** **N° de téléphone :** **signature:**

A un personnel du SMPR (Nom, qualité, signature) :

Metz, le

.....

Accusé de réception
(partie réservée à l'Administration Pénitentiaire)

Document(s) concernant le détenu : Nom : **Prénom :** **Ecrou :**

Remis par:
Nom : **qualité :** **N° de téléphone :** **signature:**

A un personnel du SMPR (Nom, qualité, signature) :

Metz, le

Original dossier pénal

Copie SMPR ou UCSA :remise contre accusé de réception
SPIP

Accusé de réception
(partie réservée à l'UCSA)

Document(s) concernant le détenu : Nom : Prénom : Ecrou :

Remis par :
Nom : qualité : N° de téléphone : signature:

A un personnel de l'UCSA (Nom, qualité, signature) :

Metz, le

.....

Accusé de réception
(partie réservée à l'Administration Pénitentiaire)

Document(s) concernant le détenu : Nom : Prénom : Ecrou :

Remis par :
Nom : qualité : N° de téléphone : signature:

A un personnel de l'UCSA (Nom, qualité, signature) :

Metz, le

Original dossier pénal

Copie SMPR ou UCSA :remise contre accusé de réception
SPIP

ANNEXE N°5

Demande de mise

en surveillance spéciale

Le ...../...../.....

Par Nom :..... Prénom :.....(UCSA-SMPR-SPIP-ULE-PJJ.....)

Pour le/la détenu(e) :

Nom : Prénom : Ecrou :

Motif :
.....
.....
.....

☐ ne doit pas rester seul en cellule ☐ la nuit ☐ jour et nuit

☐ doit rester seul en cellule

☐ peut rester seul en cellule

☐ détenue femme qui nécessite des rondes de nuit particulières (principe : rondes toutes les 2 heures jusqu'à 1h15, puis à 6h00) ; préciser la nature exceptionnelle de ces modalités :

Signature :

Remis au personnel d'encadrement :

NOM : Signature :

Qui ☐ remet une copie de la première partie de cet imprimé au demandeur
☐ procède aux inscriptions en CCR :

☐ mise en surveillance spéciale (nom et service à l'origine du signalement - motif- rythme des rondes particulier)

☐ ne pas mettre en cellule seul ou placement en cellule seul

☐ s'assure du doublement ou non en cellule selon les recommandations

☐ diffuse la note de service « mesures de sauvegarde » si nécessaire

☐ transmet la nouvelle liste des CCR au gradé de nuit et au greffe

☐ diffuse cet imprimé au gradé de nuit si rythme des rondes particulier

☐ s'assure de l'inscription du ou des logo (s) correspondant (s) sur la fiche « effectif étage »

Le ...../...../.....
Nom .
Signature :

Original : Greffe pour classement au dossier pénal et copie au magistrat instructeur si prévenu
Copie : Directrice - Directeurs adjoints x 2
Chef de détention- SPIP

cf note de service n°285 du 6/07/2009 Procédures de prévention du suicide

ANNEXE N°6

La Garde des Sceaux
Ministre de la Justice

Paris, le 15 juin 2009

Madame et Messieurs les directeurs interrégionaux
des services pénitentiaires,

Monsieur le directeur interrégional
chef de la mission des services pénitentiaires d'outre-mer,

Madame la directrice de l'ENAP

Objet : Prévention du suicide des personnes détenues - Plan d'actions 2009 - Suites du rapport de la commission Albrand

PJ : Recommandations du rapport de la commission Albrand
Tableau récapitulatif des deux phases du plan d'actions
Liste des établissements ayant connu le plus de suicides depuis 1996
Tableau des sites pour les expérimentations
9 fiches actions

Le rapport de la commission sur la prévention du suicide en milieu carcéral que j'avais installée en novembre dernier, m'a été remis le jeudi 02 avril 2009.

Il comporte vingt recommandations destinées à renforcer les mesures de prévention du suicide des personnes détenues.

Ces recommandations prolongent l'action conduite depuis plusieurs années par l'administration pénitentiaire, en partenariat avec les services de santé notamment, pour réduire le nombre de suicides au sein des établissements pénitentiaires.

L'administration pénitentiaire a en effet développé une politique volontariste et de plus en plus ambitieuse en matière de lutte contre les suicides en milieu carcéral depuis quarante ans. C'est sans doute l'institution qui, en France, s'est le plus impliquée dans cette action.
Les années 2000 marquent un tournant décisif dans la conduite de cette politique : avec en 2002, l'officialisation du caractère pluridisciplinaire Justice/Santé de l'action de prévention (à travers la circulaire interministérielle du 26 avril 2002), puis en 2004, la mise en œuvre d'un dispositif global issu du rapport commandé au Professeur Jean-Louis Terra, caractérisé par des efforts sans précédent conduits en matière de formation des personnels et de détection du risque suicidaire.

L'intensification des actions de l'administration pénitentiaire en matière de lutte contre les suicides apparaît toutefois aujourd'hui nécessaire. Elle s'impose d'une part, en raison de l'augmentation du nombre de suicides en 2008 et début 2009 qui montre que les progrès très nets enregistrés ces dernières années, résultat de l'investissement quotidien des différents professionnels, sont toujours extrêmement fragiles. Cette situation préoccupante ne doit pas décourager la mobilisation de chacun dans cette lutte sans merci contre les suicides, mais au contraire, nous inciter à redoubler nos efforts.
Cette intensification de la politique de prévention s'inscrit d'autre part dans l'amélioration plus générale des conditions de détention qui sera immanquablement produite par l'ouverture d'un nombre important de nouveaux établissements d'ici 2012 et par l'adoption d'une nouvelle loi pénitentiaire que j'ai souhaitée.

Je sais l'implication de tous à trouver des solutions et l'engagement très fort des personnels pénitentiaires pour la préservation de la vie des personnes qui nous sont confiées.

Ce nouveau plan d'actions consiste par conséquent en la généralisation de ce qui a fait ses preuves mais qui est parfois encore trop peu appliqué sur le terrain, mais aussi en l'expérimentation de dispositifs innovants qui ont démontré leur efficacité dans des pays voisins.

Aucune piste ne peut désormais être négligée pour sauver des vies.
Nous nous devons par conséquent d'adopter, compte tenu de ce contexte de réforme de grande ampleur pour l'administration pénitentiaire, une politique encore plus audacieuse.
Il convient donc d'enrichir et de renouveler le dispositif de prévention du suicide des personnes détenues.

Les recommandations du rapport de la commission Albrand retenues comme prioritaires et qui guident ce plan d'actions se distinguent ainsi entre celles immédiatement applicables (1) et celles devant faire l'objet d'une expérimentation (2).

1. Doivent ainsi être ***immédiatement mise en œuvre*** les recommandations qui consistent à intensifier des actions déjà entreprises en matière de formation continue, de détection et de prise en charge du risque suicidaire des personnes détenues, enfin de postvention.

- Concernant la formation (Recommandations n°1 à 4) :

La formation des personnels en matière de prévention du suicide constitue un axe prioritaire dans lequel l'administration pénitentiaire s'est investie comme aucune autre institution ne l'a fait. Plus de 13 000 personnels pénitentiaires ont été formés depuis 2004.

- Recommandation n°1 concernant la **formation continue** de l'ensemble des personnels pénitentiaires.
Il convient de prioriser comme le font beaucoup d'entre vous, la formation continue des gradés et des personnels de surveillance affectés dans les zones de détention sensibles (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartier d'isolement, quartier et établissement pour mineurs, SMPR) et chargés des parloirs.
L'objectif est que la totalité des personnels affectés dans ces quartiers de détention spécifiques aient bénéficié d'ici fin 2009, d'une formation.

Cet effort de formation doit également porter sur les personnels d'insertion et de probation œuvrant au sein de ces secteurs.
Je vous demande de communiquer à la DAP pour le 30 juin 2009 un calendrier précis avec un ordre de priorités et des objectifs chiffrés.

La formation continue préconisée est celle mise en place au niveau interrégional en lien avec les DRASS, délivrée par les formateurs labellisés « Terra » (ou équivalent).
Les formateurs régionaux disposeront en outre d'un nouvel outil : le film de prévention du suicide commandé au Professeur Terra.

- Recommandation n°4 : **Rappeler les bonnes pratiques** d'évaluation du potentiel suicidaire en diffusant, en 2009, le **film de prévention du suicide** dans tous les établissements pénitentiaires (*fiche 1*).
L'ensemble des personnels en relation avec les personnes détenues devra avoir participé à ces séances de sensibilisation d'ici la fin de l'année. Ces séances sont à organiser dès réception de ce document, sous la supervision du référent prévention suicide interrégional.
La diffusion rapide de ce nouvel outil pédagogique dans tous les établissements pénitentiaires, peut accroître les compétences, renforcer et harmoniser les bonnes pratiques, et ainsi induire une inflexion du nombre de décès par suicide dus à une non-détection.

Le film sera par ailleurs également intégré dans le cadre des **formations initiales** de toutes les catégories de personnels pénitentiaires à l'ENAP comme outil pédagogique supplémentaire, dès cette année.

- Recommandation n°3 : Former de manière systématique l'ensemble des personnels lors de l'ouverture des **nouveaux établissements** pénitentiaires.
Par note du 18 février 2009, le directeur de l'administration pénitentiaire vous a demandé de remonter le programme détaillé prévu (calendrier prévisionnel, nombre de personnels concernés, contenu et durée de la formation) pour toute ouverture d'établissement. L'objectif est de former la totalité des personnels se trouvant en relation avec la population pénale, préalablement à l'ouverture effective.

- Concernant la détection (Recommandations n°5, 8 et 9) :

La détection du risque suicidaire a plus que doublé en six ans et a contribué à une réduction du nombre de décès par suicide observée depuis 2006. Même si elle ne suffit pas à elle seule à prévenir le passage à l'acte suicidaire, la détection constitue un préalable indispensable à toute action efficace. Elle doit donc être encore renforcée, notamment dans les périodes les plus sensibles, à l'arrivée ou lors d'un placement en cellule disciplinaire.

- Recommandation n°5 : Systématiser l'utilisation de la **grille d'évaluation du potentiel suicidaire** lors de l'entretien d'accueil arrivant et tout au long du parcours de détention.
Je vous demande d'atteindre pour le 30 juin prochain, l'objectif de 100 % concernant l'utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire pour l'accueil de toute personne détenue.
Vous trouverez en pièce jointe une note de rappel quant aux modalités d'utilisation de la grille (*fiche 2*).

- Recommandation n°8 : Systématiser la prise en considération du risque suicidaire au moment du placement au **quartier disciplinaire** (QD), en rappelant dans chaque établissement les conditions réglementaires de la mise en prévention et en mettant en place une procédure d'accueil adapté, avec entretien systématique avec un officier pour tout placement en cellule disciplinaire.
Vous trouverez en pièce jointe un livret type d'accueil au QD à remettre à chaque personne détenue sanctionnée de cellule disciplinaire, ainsi qu'une note relative à la procédure d'accueil au QD (*fiche 3*).
Cette nouvelle procédure devra être effective au 30 juin 2009.

- Recommandation n°9 relative à la formalisation des échanges pluridisciplinaires avec les **autorités judiciaires**.
Au-delà de l'administration pénitentiaire, la prévention du suicide doit être l'affaire de tous les acteurs de la chaine pénale, avant même l'incarcération.
C'est pourquoi, un protocole type d'échanges pluridisciplinaires avec les autorités judiciaires contenant des précisions notamment quant aux informations contenues dans la notice individuelle ou quant aux écrous tardifs, sera élaboré par la DAP et la DACG avant la fin du premier semestre 2009.
Des échanges améliorés permettront une meilleure coordination des acteurs de la chaine pénale pour un meilleur repérage du risque suicidaire de la personne détenue.
Dans l'attente, vous demanderez aux chefs d'établissement de votre ressort de prendre contact avec les autorités judiciaires locales pour sensibiliser celles-ci à cette préoccupation et entamer ensemble une réflexion.

- Concernant la protection et la postvention (Recommandations n°10, 12, 15, 16 et 17) :

- Recommandation n°12 relative à la construction d'un environnement sécurisé.
La grande majorité des passages à l'acte suicidaire en détention se faisant par pendaison, il est important de tout mettre en œuvre pour prévenir le risque. Dans ce cadre, l'utilisation de **couvertures indéchirables** sera préconisée dans les cas de situations extrêmes (crise suicidaire détectée, risque de passage à l'acte suicidaire imminent) qui précédera le plus souvent la mise en œuvre d'une hospitalisation d'office (*fiche 4*).
Un stock de couvertures sera disponible au 30 juin au plus tard dans les vingt établissements pénitentiaires ayant connu le plus de suicides depuis 1996 (cf. tableau annexé).
Cette dotation de couverture sera accompagnée à la même date d'une dotation de **vêtements déchirables** (pyjamas, gant et serviette de toilette) qui pourront être remis, si les circonstances l'exigent, à la personne détenue dont les effets personnels auront été retirés pour éviter tout passage à l'acte suicidaire imminent.
L'utilisation de ces couvertures et vêtements sera limitée dans le temps et réservée aux quartiers de détention sensibles tels le quartier arrivants, le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire, puis complétera le dispositif expérimental de la cellule de protection d'urgence (voir ci-dessous).

- Recommandation n°10 : Systématiser les **commissions pluridisciplinaires prévention suicide**, à un rythme au minimum bi-mensuel, avec la présence systématique des personnels d'insertion et de probation.
L'ensemble des échelons (local, interrégional et central) de l'administration pénitentiaire doit être organisé afin de conduire une action cohérente et réfléchie de prévention.

Je vous demande en conséquence de mettre en place dans tous les établissements type MA, CD, CP, MC sans exception, une commission pluridisciplinaire prévention suicide (commission ad hoc ou partie de la CPU) et de remonter à la DAP pour le 30 juin 2009, un état des lieux précisant leur rythme de réunion et leur composition. Les commissions seront largement ouvertes à l'ensemble des partenaires et devront permettre de déterminer de véritables plans individuels de protection des personnes détenues en crise suicidaire.
Je vous demande également de veiller à ce que chaque établissement dispose de **fiches réflexes dans le P.O.I,** relatives au suicide et à la tentative de suicide.

- Recommandation n°16 relative à l'analyse des cas de suicides et à la mise en place dans chaque DISP d'une déclinaison de la commission centrale de suivi des actes suicidaires.
Je vous demande également pour le 30 juin 2009 de désigner un référent interrégional prévention suicide et de mettre en place une **commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires** qui aura un rôle d'animation de la politique de prévention et d'analyse des suicides et tentatives de suicide survenus au sein des établissements pénitentiaires de l'interrégion.
Vous trouverez annexée à la présente note, une fiche précisant les compétences de cette commission interrégionale ainsi que les relations devant s'établir entre cette dernière et la commission centrale (*fiche 5*).

- Recommandation n°15 relative aux **groupes de parole** (Santé – Pénitentiaire) avec les personnes détenues pour réduire le risque de contagion en cas de survenance d'au moins deux suicides dans le même établissement en moins de six semaines.
Encore plus qu'en milieu libre, la survenance d'un suicide en détention peut avoir un effet de contagion. En effet, dans une population fragilisée comme la population pénale où la densité de personnes en détresse est élevée, le mécanisme de « contamination psychique » peut jouer.
Il vous est demandé de veiller à la mise en place en lien avec l'équipe médicale concernée, d'un groupe ou espace de paroles pour les personnes détenues, en cas de survenance de deux suicides au sein du même établissement dans un court délai (limite de six semaines).
La DAP vous apportera conseil et assistance dans cette mise en œuvre au plan local avec l'aide du Professeur Jean-Louis Terra.

- Recommandation n°17 relative au soutien à la « communauté carcérale » après un suicide.
Il s'agit non seulement de prévenir le suicide mais aussi de limiter la souffrance de la communauté carcérale après un suicide.
Je vous demande de veiller à ce qu'à la suite d'un suicide, d'une part, **l'entretien avec le (ou les) codétenu(s) de la personne suicidée** par le chef d'établissement ou son représentant, ait lieu dans les meilleurs délais, d'autre part, soit organisé un **débriefing en deux temps pour les personnels** : immédiatement avec les protagonistes directement concernés ; puis dans le mois, en lien avec le référent suicide interrégional, dans une composition plus large (avec notamment le psychologue régional, le médecin de prévention, etc.).

2. Des ***expérimentations*** seront lancées pour des mesures très ciblées et innovantes. Leur généralisation supposera une étude d'impact complète.
Je compte sur vous pour les conduire avec volontarisme et discernement.
Ces expérimentations doivent notamment être explicitées aux personnels et à nos partenaires afin que l'ensemble des acteurs intervenant en milieu pénitentiaire en perçoivent tout l'intérêt.

- Recommandation n°6 relative aux **échanges d'informations avec les familles** et proches des personnes détenues.
Les familles et proches des personnes détenues constituent des acteurs clés de la prévention du suicide et de la lutte contre les violences. Il convient de leur donner toute leur place.
Je vous demande de mettre en place à la fin du mois de juin 2009 dans les établissements que vous avez désignés, l'expérimentation d'une boîte aux lettres au sein du local d'accueil des familles et d'un gradé des parloirs référent *(fiche 6)*.

- Recommandation n°10 : Mettre en place une **équipe « référente locale »** chargée de la prévention du suicide.
Composée notamment d'un binôme pour l'administration pénitentiaire, cette équipe devra comporter un gradé et un personnel d'insertion et de probation au sein de chaque établissement pénitentiaire (*fiche 7*).
L'expérimentation débutera à la fin du mois de juin 2009 dans les établissements pilotes mettant en œuvre l'amélioration des échanges avec les familles.

- Recommandation n°11 relative à l'atténuation du sentiment d'isolement de la personne détenue.
Deux actions sensibles seront expérimentées : la première relative à la **formation des détenus au soutien** d'un codétenu en souffrance, à l'instar des pratiques développées dans plusieurs pays européens, le sera dans trois établissements pénitentiaires *(fiche 8)*. Les deux pays ayant connu les évolutions les plus nettes en terme de baisse du nombre de suicides en détention (la Grande-Bretagne et l'Espagne), ont eu recours à ce dispositif de « soutien par les pairs ». La France doit à son tour au moins tenter l'expérience car elle ne peut écarter une solution qui permettrait de compléter son action en matière de prévention et qui fait ses preuves dans deux pays aux cultures très différentes. D'autres pays européens (l'Autriche et l'Allemagne) s'engagent par ailleurs sur cette voie de l'expérimentation de ce dispositif.
La seconde action pour atténuer le sentiment d'isolement de la personne détenue sera expérimentée dans un premier temps dans un seul établissement : il s'agit de l'**introduction au QD de la radio et l'accès au téléphone** en cas d'impossibilité de visite familiale.

- Recommandation n°12 relative à la construction d'un environnement sécurisé.
Je vous demande de commencer les travaux pour l'expérimentation dans l'établissement que vous avez désigné au sein de votre circonscription, d'une **cellule de protection d'urgence** (ou sécurisée) avec utilisation de vêtements déchirables et de couvertures indéchirables ne pouvant être transformés en liens, selon les normes définies par la sous-direction SD *(fiche 9)*.

La lutte contre les suicides en milieu carcéral est, je le rappelle, l'affaire de tous. Elle ne peut souffrir aucun répit et doit inclure davantage tous les acteurs du milieu carcéral et de la chaine pénale.

Nous avons progressé depuis 2002, mais les progrès sont toujours fragiles. Il faut faire plus vite et plus fort, avec de nouvelles pistes et de nouveaux acteurs.

C'est pourquoi je souhaite confier au Directeur de l'administration pénitentiaire et au Professeur Jean-Louis Terra, la coprésidence d'un groupe de pilotage qui réunira mensuellement dès le mois de juin, l'ensemble des acteurs concernés (services centraux de la DAP, ministère de la Santé, représentants des DISP, médecins travaillant en établissements pénitentiaires, psychologue), afin d'accompagner et d'évaluer la mise en œuvre de ce plan d'actions sans commune mesure.

L'ensemble de ces dispositifs ci-dessus décrits (recommandations immédiatement applicables et expérimentations) doit également faire l'objet d'un pilotage, d'un suivi et d'une évaluation régulière au niveau de chacune de vos directions interrégionales, notamment dans le cadre de la commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires.
Je vous demande de bien vouloir rendre compte à la DAP de la mise en place de ce plan d'actions pour le 30 juin 2009.
Le bureau PMJ2 de la DAP vous apportera l'appui nécessaire et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

J'ai conscience du travail remarquable accompli quotidiennement par le personnel pénitentiaire pour lutter contre les suicides en détention ces dernières années et je vous en remercie.
Je vous sais mobilisés et impliqués pour améliorer encore notre dispositif de prévention et de secours et obtenir ainsi une baisse significative des suicides en détention.

Rachida DATI

FICHE 1

FILM « MIEUX PREVENIR LE SUICIDE DES PERSONNES DETENUES » (PROFESSEUR TERRA / DAP)[1]

Le nouvel outil destiné à améliorer la prise en charge du risque suicidaire se présente sous la forme d'un film de 32 minutes, financé par la DAP et réalisé par le Professeur Jean-Louis Terra.

Le Professeur Terra a fait appel à une agence de conseil en communication Santé, la société BOZ. L'équipe de réalisation et les comédiens ont effectué, préalablement au travail d'écriture, un stage dans deux établissements pénitentiaires de la région parisienne. Le scenario a été soumis à l'expertise d'un groupe projet (composé de représentants des différentes sous-directions de la DAP, de professionnels du terrain et de représentants de l'ENAP). Le tournage du film s'est déroulé au centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin. Le guide méthodologique l'accompagnant a été élaboré par le Professeur Terra et la DAP, en concertation avec l'ENAP. Enfin, 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 du film.

Il s'agit d'une illustration pratique des attitudes, paroles et des actions à utiliser par les personnels pénitentiaires pour détecter une crise suicidaire, en évaluer l'urgence et mettre en place une protection adaptée à la personne détenue.

Ce document professionnel montre comment l'évaluation du potentiel suicidaire peut être idéalement conduite au fil de la chaine 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 et présente dans ses grandes lignes le plan de prévention personnalisé.

Le film donne ainsi un aperçu des premières mesures de protection, du rôle des différents personnels pénitentiaires et leur articulation avec les personnels sanitaires.

Il sera important de souligner que cette démarche d'évaluation et de travail ou d'échanges pluridisciplinaires ainsi illustrée, doit 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.

La diffusion du film doit nécessairement être accompagnée d'une préparation en lien avec le référent prévention suicide de la DISP et suivre les principes et avertissements rappelés dans le guide pour les animateurs. En effet, traduisant le choix de développer une pédagogie par l'exemplarité, les objectifs et les modalités de réalisation du film doivent être préalablement expliqués au public qui le visionnera, afin d'éviter une réaction de rejet d'une mise en situation qui pourrait être qualifiée « d'idéale ».

Le film est d'abord un outil pédagogique supplémentaire à utiliser dans le cadre des formations initiales à l'ENAP ou des formations continues délivrées par les formateurs. Il

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.57

permet aussi de rappeler localement les bonnes pratiques pour les agents déjà formés et constitue une initiation (voire une incitation pour des formations plus complètes) pour les agents plus anciens qui n'avaient pas été formés initialement à l'Ecole.

Destinée à tous les personnels pénitentiaires, mais aussi plus largement aux personnes exerçant en milieu pénitentiaire, incluant les membres des commissions de prévention du suicide, sa diffusion rapide en 2009 dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, vise à accroître les compétences, renforcer les bonnes pratiques, les harmoniser et induire une inflexion du nombre de décès par suicide dus à une non-détection.

FICHE 2
LA GRILLE D'EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Un nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire plus simple et plus lisible a été mis au point par l'administration pénitentiaire en 2007 afin de remplacer la précédente grille[1].

Cette nouvelle grille 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 détention »* de la personne incarcérée et au vu des renseignements tirés du dossier individuel.

Tout arrivant sans exception (de l'état de liberté ou d'un autre établissement) doit ainsi faire l'objet d'une évaluation.

L'entretien mené doit être un véritable moment d'évaluation du potentiel suicidaire par le chef d'établissement ou son représentant (dans la plupart des cas : le gradé).

Il est par ailleurs toujours possible et recommandé de compléter les items lorsqu'une information est recueillie au cours d'autres entretiens, notamment par les personnels d'insertion et de probation, voire les personnels de l'UCSA si ceux-ci le souhaitent.

La grille est dans tous les cas transmise à la commission de prévention du suicide et sert de base de discussion lors des réunions de la commission pluridisciplinaire.

Elle doit être actualisée *« en tant que de besoin »*.

La grille doit ainsi être également utilisée à d'autres moments que l'arrivée de la personne détenue.

En effet, afin de développer la détection du potentiel suicidaire tout au long du temps de détention, la question du risque suicidaire doit être explicitement posée à d'autres moments dits « sensibles », 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, notamment.

FICHE 3
LA PROCEDURE D'ACCUEIL AU QD

Il convient de systématiser la prise en considération du risque suicidaire au moment du placement au quartier disciplinaire, en particulier par la mise en place d'une procédure d'accueil adaptée[1].

Deux brochures ont été élaborées, l'une à destination des personnes détenues majeures, l'autre à destination des mineurs, afin de rappeler à toute personne détenue placée au quartier disciplinaire ses droits et obligations. Ce document, conçu comme un support de l'entretien réalisé par un personnel d'encadrement, se veut synthétique et facilement reproductible par chaque établissement.

La mise en place d'une audience systématique avec un personnel d'encadrement pour toute personne placée au quartier disciplinaire à la suite d'une mise en prévention ou en exécution d'une décision de commission de discipline, vise essentiellement à détecter une éventuelle fragilité du détenu.

Les conditions d'un placement au quartier disciplinaire peuvent se révéler dans certains cas inadaptées à la conduite d'une audience sur le moment. Dans ce cas, il ne s'agit pas de réaliser immédiatement un entretien, dans un contexte de vives tensions ou de signes manifestes d'agressivité. Il revient au personnel d'encadrement d'évaluer le moment le plus opportun pour mener cet entretien, en tout état de cause, le jour même du placement en cellule disciplinaire.

Cet entretien peut être l'occasion de revenir sur l'incident qui a motivé le placement au quartier disciplinaire et plus généralement d'apprécier l'état physique et psychologique du détenu. Cette audience offre au personnel la possibilité de constater le cas échéant un état de souffrance, voire un risque de passage à l'acte et d'être ainsi en mesure de signaler le détenu repéré au service médical et au personnel d'insertion et de probation.

Il est recommandé que le personnel d'encadrement prenne préalablement connaissance du dossier de la personne détenue concernée (notamment de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire établie à l'arrivée et de ses éventuelles actualisations).

Les droits et obligations rappelés dans la brochure peuvent s'accompagner d'explications orales, en particulier sur la procédure disciplinaire, les liens avec la famille ainsi que sur la présence de l'équipe médicale au quartier disciplinaire. Il revient également au personnel de préciser les dispositions propres à l'établissement en matière par exemple de gestion du paquetage, de remboursement éventuel des appareils loués (réfrigérateur, télévision), de retour en détention ordinaire, etc.

La personne détenue doit pouvoir bénéficier à cette occasion d'une information essentielle : la possibilité de solliciter le personnel à tout moment en cas de difficultés, ce dernier assurant une liaison régulière avec les différents services, en particulier avec le service médical.

---

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.180

Vos activités

Vous avez le droit à au moins une heure de promenade par jour dans une cour individuelle.

En revanche, vous n'avez accès ni aux activités socioculturelles ni aux séances collectives de sport en salle ou à l'extérieur.

Votre activité de travail, de formation professionnelle ou d'enseignement est suspendue le temps de votre placement en cellule disciplinaire. La formation ou l'enseignement à distance continue, en revanche, à être dispensé. Pour autant, une sanction de cellule disciplinaire n'entraîne pas automatiquement votre déclassement des activités de travail, de formation professionnelle ou d'enseignement, sauf si la commission de discipline a expressément prononcé une sanction de déclassement temporaire ou définitive.

Par ailleurs, votre placement en cellule disciplinaire peut être interrompue pour des activités de formation professionnelle ou d'examen. Cette décision appartient au chef d'établissement.

Vos cantines

Pendant votre séjour au QD, vous ne pouvez pas cantiner, sauf produits d'hygiène, nécessaire de correspondance et de tabac. Les denrées périssables que vous avez commandées et qui vous ont été livrées avant votre placement au QD peuvent vous être remises.

Vous ne pouvez pas disposer d'appareil loué ou acheté (télévision, radio, console de jeux, ordinateur).

Si vous êtes sans ressources, vous continuez de percevoir les différentes aides qui vous sont fournies.

A TOUT MOMENT, VOUS POUVEZ SOLLICITER UN ENTRETIEN OU DES RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE SEJOUR OU VOTRE SORTIE DU QD AUPRES DES SURVEILLANTS OU DES PERSONNELS D'ENCADREMENT

DROITS ET OBLIGATIONS DE LA PERSONNE DETENUE MAJEURE PLACEE AU QUARTIER DISCIPLINAIRE

Votre placement au Quartier disciplinaire (QD)

Votre arrivée au QD

Dès votre arrivée au QD, vous êtes reçu par un personnel d'encadrement en mesure de répondre à toute question relative à votre séjour au QD.

Vous pouvez être placé au QD à l'issue de votre comparution devant la commission de discipline ayant prononcé à votre encontre une sanction de cellule disciplinaire ferme.

Vous pouvez également être placé au QD de manière préventive, pour mettre fin à une faute ou préserver la sécurité intérieure de l'établissement. Ce placement préventif n'est possible que pour les fautes les plus graves. Sa durée ne peut excéder deux jours (si le deuxième jour est un jour de week-end ou férié, le placement peut être prolongé jusqu'au jour ouvrable suivant). La durée de ce placement préventif sera décompté des jours restant éventuellement à effectuer après la décision de la commission de discipline.

Si vous êtes placé de manière préventive au QD, vous serez informé de la date de la commission de discipline, de votre droit de désigner un avocat ou un mandataire agréé pour vous représenter et du droit de disposer de votre dossier disciplinaire au moins trois heures avant le passage en commission de discipline.

Vous faites l'objet d'une fouille intégrale (déshabillage complet, contrôle visuel de votre corps et fouille de vos vêtements) avant chaque placement en cellule disciplinaire.

Votre placement au QD implique le rassemblement de vos affaires personnelles qui sont conservées en cellule ou dans un local réservé à cet effet.

Le service médical est informé le jour même de votre placement au QD.

Les différentes autorités administratives et judiciaires (JI, JAP, Parquet, DISP) sont également avisées du prononcé de toute sanction disciplinaire à votre encontre. Toute comparution devant l'autorité judiciaire (ex : audience devant le tribunal correctionnel, le juge de l'application des peines, le juge d'instruction, etc.) est par ailleurs maintenue.

Vous avez la possibilité d'exercer un recours écrit auprès du directeur interrégional compétent pour contester la sanction dans les 15 jours de son prononcé.

Votre séjour au QD
Vous pouvez solliciter une audience avec un membre de la direction, du personnel d'encadrement ou du personnel d'insertion et de probation.

Le QD est un secteur particulier de la détention au sein duquel vous êtes placé seul dans une cellule spécialement aménagée.

Vous n'avez aucun contact avec le reste de la population pénale

Votre départ du QD
Votre placement au QD se termine en principe à l'issue de l'exécution de la sanction prononcée, qui peut être de 45 jours maximum.

En cas de mise en prévention, la commission de discipline doit se réunir dans un délai maximum de deux jours ; à défaut, votre placement préventif en cellule disciplinaire prend automatiquement fin.

Votre sortie du QD n'implique pas nécessairement votre retour dans votre cellule d'origine, votre nouvelle affectation relèvera de l'appréciation du chef d'établissement

Le chef d'établissement peut décider de vous dispenser de tout ou partie de la sanction prononcée. Il peut aussi la suspendre (l'interrompre quelques jours) ou la fractionner (vous exécutez ainsi la sanction en plusieurs fois). Ces décisions peuvent être prises en raison d'une fête légale, de votre bonne conduite, pour vous permettre de suivre un traitement médical ou de suivre une formation.

Votre santé

Votre situation est quotidiennement signalée aux équipes médicales compétentes. Le médecin se rend au QD pour vous examiner au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire

Vous pouvez également demander à voir un membre de l'équipe médicale. En cas d'urgence, vous pouvez transmettre cette demande au surveillant qui la communiquera dans les plus brefs délais.

Si vous recevez un traitement médical, celui-ci continue de vous être remis le temps de votre placement en cellule disciplinaire.

La sanction disciplinaire est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre votre santé.

Vous recevez trois repas par jour, votre régime alimentaire étant le même qu'en détention ordinaire. A cet égard, si vous bénéficiez d'un régime alimentaire spécifique, vous continuez à recevoir les repas adaptés.

Votre hygiène

Vous devez veiller au respect des règles d'hygiène personnelle. Des produits d'hygiène corporelle vous sont remis à cet effet. Vous avez droit à une douche trois fois par semaine.

Vous devez par ailleurs assurer la propreté de la cellule que vous occupez. Vous devez la nettoyer lors de votre sortie du QD. Du matériel de nettoyage vous est fourni.

Vous conservez les vêtements que vous portez après une fouille minutieuse. Les effets personnels laissés en votre possession sont limités aux besoins quotidiens du séjour au QD. Le change de vos vêtements est assuré régulièrement

Certains objets ou vêtements habituellement laissés aux personnes placées au QD peuvent vous être retirés pour des motifs de sécurité.

Vous devez vous présenter en tenue correcte lors de la distribution des repas.

Vos liens avec l'extérieur

La correspondance
Vous pouvez toujours correspondre par écrit avec votre entourage, dans les conditions ordinaires.

Les visites de votre famille
Vous pouvez recevoir une visite une fois par semaine.

Les autres visites
Vous pouvez recevoir la visite de votre avocat, des autorités judiciaires et consulaires, du délégué du Médiateur de la République ou du contrôleur général des lieux de privation de liberté et des contrôleurs placés sous son autorité dans les mêmes conditions que les autres détenus. A titre exceptionnel, et avec autorisation du chef d'établissement, vous pouvez également recevoir la visite d'autres intervenants (enseignants, bénévoles du GENEPI, etc.)

Le culte
Vous pouvez recevoir la visite de l'aumônier de l'établissement et correspondre librement et sous pli fermé avec lui.

L'accès à l'information
Vous conservez l'accès aux livres et aux journaux. Néanmoins, vous ne pouvez plus avoir accès directement à la bibliothèque durant le temps de votre sanction. Vous pouvez vous faire prêter des ouvrages, vous faire remettre des livres personnels et recevoir les revues et publication auxquelles vous êtes abonnés.

Vos activités

Vous avez le droit à au moins une heure de promenade par jour dans une cour individuelle.

En revanche, vous n'avez accès ni aux activités socioculturelles ni aux séances collectives de sport en salle ou à l'extérieur.

Vous continuez cependant de suivre les activités d'enseignement et de formation.

Par ailleurs, votre mise en cellule disciplinaire peut être interrompue pour des activités de formation professionnelle ou d'examen. Cette décision appartient au chef d'établissement.

Vos cantines

Pendant votre séjour au QD, vous ne pouvez pas cantiner, sauf produits d'hygiène et nécessaire de correspondance. Les denrées périssables que vous avez commandées et qui vous ont été livrées avant votre placement au QD peuvent vous être remises.

Vous ne pouvez pas disposer d'appareil loué ou acheté (télévision, radio, console de jeux, ordinateur)

Si vous êtes sans ressources, vous continuez de percevoir les différentes aides qui vous sont fournies

A TOUT MOMENT, VOUS POUVEZ SOLLICITER UN ENTRETIEN OU DES RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE SEJOUR OU VOTRE SORTIE DU QD AUPRES DES SURVEILLANTS OU DES PERSONNELS D'ENCADREMENT

DROITS ET OBLIGATIONS DU MINEUR DETENU PLACE AU QUARTIER DISCIPLINAIRE

Votre placement au Quartier disciplinaire (QD)
Le placement au QD n'est possible que pour les mineurs âgés de plus de 16 ans.

Votre arrivée au QD
Dès votre arrivée au QD, vous êtes reçu par un personnel d'encadrement en mesure de répondre à toute question relative à votre séjour au QD.

Vous pouvez être placé au QD à l'issue de votre comparution devant la commission de discipline ayant prononcé à votre encontre une sanction de cellule disciplinaire ferme.

Vous pouvez également être placé au QD de manière préventive, pour mettre fin à une faute ou préserver la sécurité intérieure de l'établissement. Ce placement préventif n'est possible que pour les fautes les plus graves. Sa durée ne peut excéder deux jours (si le deuxième jour est un jour de week-end ou férié, le placement peut être prolongé jusqu'au jour ouvrable suivant). La durée de ce placement préventif sera décomptée des jours restant éventuellement à effectuer après la décision de la commission de discipline.

Si vous êtes placé de manière préventive au QD, vous serez informé de la date de la commission de discipline, du droit pour vos parents de désigner un avocat ou un mandataire agréé pour vous représenter et du droit de disposer de votre dossier disciplinaire au moins trois heures avant le passage en commission de discipline.

Vous faites l'objet d'une fouille intégrale (déshabillage complet, contrôle visuel de votre corps et fouille de vos vêtements) avant chaque placement en cellule disciplinaire.

Votre placement au QD implique le rassemblement de vos affaires personnelles qui sont conservées en cellule dans un local réservé à cet effet.

Vos parents sont également informés de toute sanction disciplinaire prononcée contre vous. Le service médical également est informé le jour même de votre placement au QD. Les différentes autorités administratives et judiciaires (Juge des enfants, Parquet, Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires) sont également avisées du prononcé de toute sanction disciplinaire à votre encontre. Toute comparution devant l'autorité judiciaire (ex : audience devant le juge pour enfants, etc.) est par ailleurs maintenue

Vous avez la possibilité d'exercer un recours écrit auprès du directeur interrégional compétent pour contester la sanction dans les 15 jours de son prononcé.

Votre séjour au QD
Vous pouvez solliciter une audience avec un membre de la direction, du personnel d'encadrement ou du personnel de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Vous recevez la visite d'un membre de la PJJ au moins une fois par jour.

Le QD est un secteur particulier de la détention au sein duquel vous êtes placé seul dans une cellule spécialement aménagée.

Vous n'avez aucun contact avec le reste de la population pénale.

Votre départ du QD
Votre placement au QD se termine en principe à l'issue de l'exécution de la sanction prononcée, qui peut être de 7 jours maximum.

En cas de mise en prévention, la commission de discipline doit se réunir dans un délai maximum de deux jours ; à défaut, votre placement préventif en cellule disciplinaire prend automatiquement fin.

Votre sortie du QD n'implique pas nécessairement votre retour dans votre cellule d'origine, votre nouvelle affectation relèvera de l'appréciation du chef d'établissement.

Le chef d'établissement peut décider de vous dispenser de tout ou partie de la sanction prononcée. Il peut aussi la suspendre (l'interrompre quelques jours) ou la fractionner (vous exécutez ainsi la sanction en plusieurs fois). Ces décisions peuvent être prises en raison d'une fête légale, de votre bonne conduite, pour vous permettre de suivre un traitement médical ou de suivre une formation.

Votre santé

Votre situation est signalée quotidiennement aux équipes médicales compétentes. Le médecin se rend au QD pour vous examiner au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Vous pouvez également demander à voir un membre de l'équipe médicale. En cas d'urgence, vous pouvez transmettre cette demande au surveillant qui la communiquera dans les plus brefs délais.

Si vous recevez un traitement médical, celui-ci continue de vous être remis le temps de votre placement en cellule disciplinaire.

La sanction disciplinaire est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre votre santé.

Vous recevez trois repas par jour, votre régime alimentaire étant le même qu'en détention ordinaire. A cet égard, si vous bénéficiez d'un régime alimentaire spécifique, vous continuez de recevoir les repas adaptés.

Votre hygiène

Vous devez veiller au respect des règles d'hygiène personnelle. Des produits d'hygiène corporelle vous sont remis à cet effet. Vous avez droit à une douche trois fois par semaine.

Vous devez par ailleurs assurer la propreté de la cellule que vous occupez. Vous devez la nettoyer lors de votre sortie du QD. Du matériel de nettoyage vous est fourni.

Vous conservez les vêtements que vous portez après une fouille minutieuse. Les effets personnels laissés en votre possession sont limités aux besoins quotidiens du séjour au QD. Le change de vos vêtements est assuré régulièrement. Certains objets ou vêtements habituellement laissés aux personnes placées au QD peuvent vous être retirés pour des motifs de sécurité.

Vous devez vous présenter en tenue correcte lors de la distribution des repas.

Vos liens avec l'extérieur

La correspondance
Vous pouvez toujours correspondre par écrit avec votre entourage, dans les conditions ordinaires.

Les visites de votre famille
Vous continuez de recevoir les visites de votre famille ou de toute autre personne concourant à votre éducation ou à votre insertion sociale au parloir dans les conditions habituelles.

Les autres visites
Vous pouvez recevoir la visite de votre avocat, des autorités judiciaires ou consulaires, du délégué du Médiateur de la République ou du contrôleur général des lieux de privation de liberté et des contrôleurs placés sous son autorité dans les mêmes conditions que les autres détenus. A titre exceptionnel, et avec autorisation du chef d'établissement, vous pouvez également recevoir la visite d'autres intervenants.

Le culte
Vous pouvez recevoir la visite de l'aumônier de l'établissement et correspondre librement et sous pli fermé avec lui.

L'accès à l'information
Vous conservez l'accès aux livres et aux journaux. Néanmoins, vous ne pouvez plus avoir accès directement à la bibliothèque durant le temps de votre sanction. Vous pouvez vous faire prêter des ouvrages, vous faire remettre des livres personnels et recevoir les revues et publication auxquelles vous êtes abonnés.

FICHE 4

TROUSSEAU DE PROTECTION D'URGENCE (COUVERTURES INDECHIRABLES ET VETEMENTS DECHIRABLES) [1]

L'ensemble des établissements pénitentiaires seront dotés de trousseaux de protection d'urgence en deux temps :

- **fin juin 2009** : dans les **20 établissements pénitentiaires** qui ont connu le plus grand nombre de suicides de personnes détenues depuis 1996 (représentant près d'un tiers de la population carcérale) ;
- **4ème trimestre 2009** : **généralisation** dans le reste des établissements pénitentiaires.

Descriptif du trousseau :

- **un matelas** présentant des garanties de résistance au feu qui peut intégrer un oreiller dans la housse inamovible de façon à présenter une pièce monobloc ;
- **deux couvertures sécuritaires indéchirables**, non feu et lavables ne pouvant être roulées pour en faire une corde (deux par lit) ;
- **un pyjama à usage unique** (renouvelé tous les jours) de couleur verte ;
- **une serviette et gant de toilette à usage unique** (renouvelés tous les jours).

Modalités d'utilisation :

- en cellule de protection d'urgence (ou sécurisée) ;
- en cellule des quartiers arrivants (quand la personne détenue est seule), quartiers d'isolement et quartiers disciplinaires.
- La **décision revient au chef d'établissement** en cas de risque imminent de passage à l'acte suicidaire et/ou de crise suicidaire aigue, qui en **informera immédiatement le service médical ou le centre 15** en dehors des heures ouvrées, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaires nécessaires (notamment hospitalisation d'office) soient prises.

Ainsi, l'utilisation de ce trousseau est limitée aux situations « extrêmes » et non systématisée pour toute personne détenue présentant un risque suicidaire.

FICHE 5

LA COMMISSION INTERREGIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE ET DE SUIVI DES ACTES SUICIDAIRES

La création de la commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires permet de donner une cohérence au dispositif des commissions d'analyse et de prévention des suicides[1].

Trois niveaux seront désormais distingués :

- le niveau local avec les *commissions pluridisciplinaires prévention suicide* (commission ad hoc ou partie de la commission pluridisciplinaire unique), en charge de mesurer le risque suicidaire, mettre en place un plan de protection adaptée à la personne détenue et analyser les cas de suicide ;
- le niveau interrégional avec la *commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires* (CIPSSAS), déclinaison de la commission centrale prévue par les textes, ayant un rôle d'animation de la politique de prévention dans chaque DISP, mais aussi d'analyse des suicides et tentatives de suicide survenus au sein des établissements pénitentiaires de la région ;
- le niveau central avec la *commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires* retrouvant sa mission initiale d'évaluation des politiques conduites et de définition d'axes de progrès, grâce au filtre et aux propositions du niveau interrégional.

Les DISP pourront ainsi mieux soutenir les directions d'établissements dans leurs actions quotidiennes en matière de prévention du suicide et seront en mesure de proposer au niveau national des actions novatrices pouvant éventuellement faire l'objet d'un déploiement général.

La CIPSSAS devra s'assurer en se rendant régulièrement sur place, du bon fonctionnement des commissions locales et les conseiller utilement.

Elle devra aussi étudier de manière approfondie 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'intervenir en complémentarité de l'échelon local et non pas de se substituer à ce dernier.

La commission devra également mettre en place un véritable plan régional de formation pluriannuel avec comme support les organismes définis et habilités (notamment les 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 Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) des actions ciblées sur différents publics spécifiques).

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.

Elle réunira les acteurs suivants, dans le cadre de réunions mensuelles : le référent de la DISP, le directeur interrégional (ou son adjoint), le chef du département Insertion, le chef du département Sécurité et Détention, le chef du département Ressources Humaines, le

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.117

psychologue coordinateur régional, le responsable de l'action sanitaire, voire le représentant régional de santé publique (DRASS).

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, un psychiatre de SMPR, un magistrat..., ce qui permettrait d'ouvrir les débats avec les partenaires institutionnels (de santé, judiciaires) et les personnels du terrain.

La commission remontera trimestriellement l'état de ses travaux à la commission centrale.

Nouvelle mission de la commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires[2] :

L'analyse approfondie des cas de suicides étant confiée aux directions interrégionales, la commission centrale de suivi des actes suicidaires pourra ainsi 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 regroupera des représentants de l'administration pénitentiaire et du ministère de la Santé, ainsi qu'un médecin psychiatre, praticien hospitalier extérieur dont l'expertise dans le domaine de la prévention du suicide est reconnue.

FICHE 6

L'ECHANGE D'INFORMATIONS AVEC LES FAMILLES ET PROCHES DE PERSONNES DETENUES

Faciliter davantage la communication entre les familles et l'administration pénitentiaire peut contribuer à prévenir le suicide des personnes détenues[1].

Cette communication suppose une circulation des informations relatives aux inquiétudes des familles concernant leurs proches détenus. En effet, les familles sont peu au fait du fonctionnement de l'administration pénitentiaire et peuvent éprouver des réticences à s'adresser au personnel. Par ailleurs, il est important que l'administration pénitentiaire fasse comprendre aux familles et aux proches des personnes incarcérées qu'elle est engagée dans une lutte contre le suicide et qu'elle entend mobiliser tous les acteurs.

La communication peut être facilitée par les professionnels qui assurent l'accueil des familles avant et après le parloir, à savoir les personnels de surveillance affectés au parloir et les bénévoles des structures d'accueil, ainsi que par les personnels d'insertion et de probation.

Le dispositif suivant sera expérimenté dans quinze établissements pénitentiaires à compter de la fin du mois de juin 2009.

- **Un interlocuteur pénitentiaire identifié :**

L'amélioration des signalements par les familles et par les personnes en contact avec celles-ci, passe en effet par la désignation d'un interlocuteur identifié. L'interlocuteur privilégié du fait de sa position hiérarchique est le gradé chargé des parloirs (ou un autre gradé lorsqu'un établissement n'a pas désigné de gradé chargé des parloirs). Représentant l'autorité, il peut assurer l'interface avec les familles, les surveillants chargés des parloirs et les bénévoles de l'accueil.

- **Une boîte aux lettres dédiée :**

Des boîtes aux lettres de couleur verte seront disposées dans les locaux d'accueil des familles et les locaux d'attente en amont et en aval du parloir. La dénomination «boîte verte» pourrait ainsi devenir un dispositif reconnu et identifiable sur tout le territoire.

Il est nécessaire pour que le dispositif acquiert une crédibilité auprès des familles que le courrier soit relevé tous les jours par les surveillants des parloirs (même les jours sans parloirs) et que du matériel d'écriture (papier, enveloppe, crayon) soit disponible auprès des boîtes. Un suivi du courrier doit être également organisé et une information aux familles envisagée.

- **Une information aux familles et proches des personnes détenues :**

Un message général sera adressé par voie d'affiche et apposé dans tous les lieux accessibles aux familles (les locaux d'attente des familles en amont des parloirs, salles d'attente en aval des parloirs, les parloirs eux-mêmes).

Le texte ci-dessous est proposé à titre d'exemple :

« Si vous êtes inquiets pour votre proche incarcéré, vous pouvez :

- *demander au surveillant des parloirs de vous mettre en relation avec le gradé chargé des parloirs ;*
- *laisser un message dans les boîtes aux lettres vertes que vous trouverez dans le local d'accueil des familles, dans les parloirs, dans la salle d'attente « sortie » des parloirs. Les boîtes aux lettres sont relevées tous les jours.*

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.79

- *Vous pouvez également vous adresser au Service pénitentiaire d'insertion et de probation qui est en contact avec votre proche incarcéré et/ou aux bénévoles de l'accueil des familles qui pourront être à votre écoute et entrer en contact, si vous le souhaitez, avec les responsables de l'établissement. »*

NB : il n'est pas nécessaire de limiter les communications strictement à la prévention suicide, certains signalements ne relevant par forcément de la prévention stricte du suicide mais concourant à sa prévention (exemple : détenus maltraités par les autres).

- **Une information et une sensibilisation des surveillants parloir et des bénévoles d'accueil des familles**

Tous les surveillants exerçant la fonction de surveillant des parloirs doivent recevoir une information sur le nouveau dispositif.

Les bénévoles de l'accueil des familles doivent être davantage pris en compte dans les dispositifs mis en place par les établissements et associés aux démarches que l'établissement mènera pour favoriser la lutte contre le suicide. En effet, à l'écoute des familles dans une position non institutionnelle, les bénévoles sont des médiateurs essentiels dans l'amélioration du rapport entre l'administration pénitentiaire et les proches des personnes incarcérées.

FICHE 7

L'EQUIPE REFERENTE LOCALE CHARGEE DE LA PREVENTION DU SUICIDE

Au sein des établissements, une équipe de référents prévention du suicide doit être garante de la mise en œuvre cohérente 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[1].

Il est donc préconisé la désignation d'un trinôme de référents, composé d'un cadre pénitentiaire (idéalement un officier), d'un personnel d'insertion et de probation et d'un cadre sanitaire, afin de développer une approche pluridisciplinaire cohérente et efficace, embrassant l'ensemble des procédures et des acteurs.

Cette expérimentation sera conduite dans quinze établissements pénitentiaires à compter de la fin du mois de juin 2009.

Il convient d'insister sur la place essentielle, dans cette équipe de référents locaux, 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. Ils disposent en outre d'une quantité d'informations essentielles et d'une vision pouvant utilement contribuer à la mise en œuvre d'un plan de protection réussi. L'expérimentation du binôme CIP/surveillant, conduite dans le cadre des « programmes courtes peines », a démontré combien cette approche conjointe et complémentaire, facilitait une meilleure connaissance de la personne détenue et de sa problématique. Il convient donc de s'inspirer de cette expérience réussie pour améliorer le dispositif de prévention des suicides.

Pour l'administration pénitentiaire, le binôme de référents ainsi constitué d'un CIP et d'un officier, aura pour mission de dynamiser en permanence la procédure de prise en charge globale du risque suicidaire :

- membre et coordonnateur de la commission pluridisciplinaire prévention suicide, il sera vecteur d'échanges et d'informations entre les différents participants et acteurs concernés ;
- il veillera à la bonne utilisation des outils de détection (fiche de liaison, grille d'évaluation) ;
- il s'assurera que les protocoles d'action envisagés dans la procédure globale puissent être mis en place au sein de la structure ;
- il évaluera régulièrement les différents segments de la procédure globale ;
- il 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 suicidaire. 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 du dispositif général et des procédures s'y attachant. Il ne faudrait pas qu'une responsabilisation des référents entraîne un désinvestissement des autres acteurs ou en cas de suicide, une culpabilisation excessive[2].

---

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.70

[2] « *Avoir un référent ne dégage pas la responsabilité des autres, mais constitue une garantie d'un professionnalisme existant au sein de la structure* » (Y.Lemeur, DSPIP 91).

FICHE 8

LA FORMATION DES CODETENUS A LA PREVENTION DU SUICIDE

Il s'agit 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 été préparés et formés dans le cadre des « doublements » en cellule. C'est mettre fin à une certaine hypocrisie tout en renforçant l'efficacité du dispositif, que de former les détenus acceptant de gérer une situation difficile de risque de passage à l'acte suicidaire d'un cocellulaire. De plus, clarifier la situation actuelle constitue une forme de reconnaissance et de respect de la dignité de ces codétenus.

De la même manière qu'ils sont formés aux gestes de premiers secours sur un plan physique, les détenus seront formés, à l'instar des exemples étrangers nombreux (Espagne, Grande-Bretagne, Autriche), aux « premiers secours psychologiques » face à une situation de détresse morale importante[1].

L'expérimentation sera menée à petite échelle (trois établissements) et devra faire l'objet d'un suivi par un groupe de pilotage local composé notamment du chef d'établissement, du DSPIP, voire d'un médecin psychiatre. Cette expérimentation permettra d'évaluer la pertinence de ce dispositif et d'en déterminer les modalités précises.

Le détenu « de soutien » :
- peut avoir plusieurs fonctions ;
- doit être volontaire pour assurer l'accompagnement d'un codétenu suicidaire et être en capacité de le faire ;
- doit bénéficier d'une formation adaptée ;
- peut être récompensé.

1) Les fonctions :

On distinguera deux types de soutien :

- *En quartier arrivant* : il s'agit de configurer autrement le poste d'« auxiliaire » pour le QA. Ce détenu, outre les tâches d'entretien qui lui sont ordinairement confiées, se voit reconnaître une plus grande latitude de mouvement et de contact avec les arrivants et est clairement positionné comme « **codétenu référent arrivant** » pour les autres. Il donne des informations, peut participer aux phases collectives de l'accueil. A l'instar du système anglais (Insiders / Connections workers), les détenus accompagnants sont choisis et formés pour apporter aux arrivants souvent confrontés au « choc carcéral » des informations de base.
  Il a aussi pour fonction de reconnaître les signes de détresse qui peuvent conduire au suicide et d'informer les personnels du QA. Il doit ainsi être particulièrement attentif aux personnes en souffrance.

- *En détention* :
  - Les **codétenus accompagnants** ont une posture « contenante » : ils proposent à la personne détenue à risque suicidaire, une écoute et la mise en lien avec les différents personnels et bénévoles.

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.88

- **Deux niveaux d'intervention** en fonction de la pathologie et du risque présenté par le détenu placé sous surveillance qui leur est affecté :
  - partager simplement la cellule du codétenu surveillé ;
  - partager sa cellule et l'accompagner dans les activités (excepté le parloir).

Dans tous les cas, la mission est clairement indiquée, doit porter sur une période définie (qui peut être renouvelée) et faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire.

2) La sélection :

Les détenus de soutien sont choisis :

- par le chef d'établissement en commission pluridisciplinaire unique prévention du suicide (ou commission prévention du suicide ad hoc), après avis de ses membres,
- **à la suite d'un entretien avec un médecin psychiatre,** complété par d'autres types d'entretiens (officier, PIP, psychologue PEP…).
- parmi des **volontaires** motivés, présentant une solidité psychique et un souhait de protéger, qui ne souffrent pas d'addiction, « installés durablement » dans l'établissement (ou bien avec une certaine expérience de la prison) sans avoir eu de problèmes de comportement ou fait l'objet de sanctions disciplinaires,
- avec 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.**

La désignation d'un codétenu de soutien est **formalisée dans un document** indiquant clairement les objectifs de la mission, la période visée (par tranche de 15 jours), son (ou ses) référent(s) parmi le personnel, les modalités de qualification, de soutien et de supervision, ainsi que l'obligation de confidentialité et de discrétion.

Le détenu de soutien peut à tout moment demander à mettre fin à cette fonction : il est reçu lorsqu'il exprime ce souhait par son référent, puis le chef d'établissement.

3) La formation et le suivi :

Pour les codétenus accompagnants, le formation est :

- **double** : formation aux premiers secours et à la prévention du suicide.
- Avant le début de leur mission, leur formation à la prévention du suicide, d'une durée minimale de 30 heures, spécialement conçue par le Professeur Terra, sera dispensée par des professionnels. 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[2].
- L'objectif de former dans chaque établissement pénitentiaire 2% de la population carcérale est fixé.
- Ces codétenus sont suivis par des référents désignés parmi des membres du personnel ayant été formés (les modalités de suivi feront l'objet d'un document formalisé) ;
- un **soutien régulier** sera organisé selon des modalités déterminées localement (psychologue PEP et/ou membres d'associations).

Pour les codétenus référents QA :
La formation doit être organisée par l'établissement (notamment l'équipe en charge du QA) et faire l'objet de rappels réguliers. Il s'agit d'une formation mixte, santé-pénitentiaire, qui peut se faire avec l'aide des associations : l'objectif est pouvoir donner les informations de base à tout arrivant et d'aider à repérer une personne en souffrance, sans avoir à apporter un soutien psychologique.

[2] Un cahier des charges type de cette formation sera conçue par l'administration centrale pour le mois de septembre 2009.

4) La reconnaissance :

S'agissant d'un engagement important qui bénéficie à la collectivité et qui n'est pas exempt de sentiment de responsabilité morale, ces détenus accompagnants bénéficient en contrepartie d'avantages matériels dans le régime de détention.

L'éventail de **gratifications** possibles **par le chef d'établissement** :

- gratuité de la télévision ;
- priorité dans les accès au travail, aux activités culturelles, socio-éducatives et accès facilité à la bibliothèque ;
- augmentation de la durée et de la fréquence des parloirs ;
- accès facilité au téléphone (lorsqu'il y a autorisation) ;
- remise d'une attestation écrite de leur exercice pour une valorisation dans les bilans de compétence ou toute autre action de préparation à la sortie.

Prise en compte de leurs missions de soutien **par l'autorité judiciaire et l'administration centrale** (à faire valoir par l'établissement) :

- dans le parcours d'exécution de peine et le traitement des aménagements de peine ;
- avec des remises de peine supplémentaires, une libération conditionnelle anticipée voire des grâces.

5) Perspectives : créer un réseau d'appui :

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 (aussi à l'extérieur), disponibles tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

S'il n'est pas possible d'emblée de se calquer tout à fait sur ce dispositif anglais qui fait preuve d'efficacité, il est envisageable d'utiliser les ressources associatives françaises en évoluant progressivement vers ce système.

4) La reconnaissance :

S'agissant d'un engagement important qui bénéficie à la collectivité et qui n'est pas exempt de sentiment de responsabilité morale, ces détenus accompagnants bénéficient en contrepartie d'avantages matériels dans le régime de détention.

L'éventail de **gratifications** possibles **par le chef d'établissement** :

- gratuité de la télévision ;
- priorité dans les accès au travail, aux activités culturelles, socio-éducatives et accès facilité à la bibliothèque ;
- augmentation de la durée et de la fréquence des parloirs ;
- accès facilité au téléphone (lorsqu'il y a autorisation) ;
- remise d'une attestation écrite de leur exercice pour une valorisation dans les bilans de compétence ou toute autre action de préparation à la sortie.

Prise en compte de leurs missions de soutien **par l'autorité judiciaire et l'administration centrale** (à faire valoir par l'établissement) :

- dans le parcours d'exécution de peine et le traitement des aménagements de peine ;
- avec des remises de peine supplémentaires, une libération conditionnelle anticipée voire des grâces.

5) Perspectives : créer un réseau d'appui :

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 (aussi à l'extérieur), disponibles tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

S'il n'est pas possible d'emblée de se calquer tout à fait sur ce dispositif anglais qui fait preuve d'efficacité, il est envisageable d'utiliser les ressources associatives françaises en évoluant progressivement vers ce système.

FICHE 9

LE PLACEMENT EN CELLULE DE PROTECTION D'URGENCE EN CAS DE SITUATION EXTREME

Une cellule de protection d'urgence est une cellule « lisse », dans laquelle aucun point d'accroche n'existe[1]. Il ne s'agit ni d'une cellule disciplinaire, ni d'une chambre d'isolement.

Le placement dans cette cellule entraîne automatiquement le retrait des habits personnels du détenu et une dotation en vêtements et literie anti-pendaison.

Le dispositif des cellules de protection d'urgence est expérimenté dès la fin de travaux nécessaires, avant la fin du 2nd semestre 2009.

- Descriptif sommaire :
  - **cellule « lisse », sans point d'arrimage de liens** : peinte d'une couleur agréable, avec fenêtre, qui ne peut être ouverte que pour l'entretien, composée d'un vitrage anti-effraction, un mobilier de la cellule (lit, table, chaise, petite étagère basse) scellé, une télévision dont le mode de fixation ne présente pas d'accroche (prohibition des potences), un coin sanitaire qui n'est pas cloisonné sur toute sa hauteur;
  - **dotée du trousseau de protection d'urgence**[2] ;
  - cellule **située à proximité de services médicaux** en détention.

- Lieux d'expérimentation : **10 établissements pénitentiaires** (un par DISP).

- Modalités d'utilisation : **décision du chef d'établissement.** Cette cellule est destinée à accueillir les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'un risque suicidaire important ou lors d'une crise suicidaire aigüe, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire. Le chef d'établissement **informera immédiatement le service médical ou le centre 15** en dehors des heures ouvrées, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaires nécessaires (notamment hospitalisation d'office) soient prises. Le **placement est limité à 24h.**

Descriptif plus détaillé :

L'attention du concepteur est appelée sur le fait que l'équipement et la conception même de la cellule ne doivent pas pouvoir offrir à la personne détenue des points d'accrochage pour une tentative de pendaison, ni comporter d'équipements aisément démontables ou dégradables susceptible de constituer un objet tranchant.

Généralités techniques

Les gaines regroupant toutes les alimentations (courants forts, courants faibles, alimentation en eau), protections électriques et évacuation des eaux vannes et eaux usées, devront être accessibles depuis les circulations. Les gaines seront inaccessibles aux personnes détenues que ce soit depuis leurs cellules ou depuis la circulation.

D'une manière générale, tout dispositif susceptible de servir de point d'accrochage à une cordelette est à proscrire en cellule.

Aucune canalisation ne sera apparente dans la cellule.

---

[1] Cf. rapport de la commission Albrand p.133

[2] cf. fiche 4

Sûreté passive

Type de cellule	Fenêtre	Vitrage	Caillebotis
De protection d'urgence	FNO	SP 22	non

Fenêtre non ouvrante (FNO) : La fenêtre est équipée d'une menuiserie dont l'ouverture ne sera pas possible pour la personne détenue.

(*) Pour les cellules spécialement aménagées : Vitrage de type LEXAN ou de caractéristiques équivalentes.

Plomberie-Sanitaire

Type de cellule	WC	Lavabo	Miroir	Encloisonnement sanitaire
De protection d'urgence	mono bloc		non	oui

Electricité courant fort et faible

Type de cellule	DAI	Désenfumage	B M A H	Eclairage (plafonnier)	Distribution télévision	Prises de courant	Ventilation
De protection d'urgence	oui	oui	oui	dans le sas	oui	non	oui

Définition des éléments types de la cellule de protection d'urgence

Eclairage plafonnier	Cette commande sera subordonnée à une commande générale, située dans le poste protégé en charge de la zone et actionnée par le surveillant (coupure générale). En outre, lors des rondes de nuit, le surveillant devra pouvoir actionner côté circulation le bouton-poussoir commandant l'éclairage atténué. Dans ce but, le luminaire sera équipé d'une deuxième ampoule de faible puissance (niveau d'éclairement de 50 lux.). Cette veilleuse ne pourra pas être interrompue par la commande générale de l'unité.
Vitrage anti-effraction	Verre feuilleté type LEXAN ou de caractéristiques équivalentes. La fenêtre de la cellule spécialement aménagée ne doit pas pouvoir être ouverte, excepté pour l'entretien. Elle est en vitrage de type LEXAN ou de caractéristiques équivalentes.
Sanitaire monobloc	Il s'agit d'un bloc sanitaire de type "Combi-inox" intégrant lavabo et WC dans un ensemble monobloc en acier inoxydable. Le bloc sanitaire s'il n'est pas encloisonné sur toute la hauteur, devra préserver l'intimité et aucun miroir n'est installé (ni verre, ni inox).
Interphonie	La cellule est dotée d'un système d'interphonie relié à un poste tenu H 24 par un personnel de surveillance. Ce dispositif devra permettre de converser avec la personne détenue.
Plomberie	Chaque cellule pourra être isolée rapidement et individuellement. Les locaux surveillants, les gaines techniques et chaque quartier pourront être isolés de l'extérieur. Les cellules de protection d'urgence seront équipées de : - Robinets poussoirs des timbres-offices : ces robinets seront obligatoirement à dépression et à fixation indémontable en dehors de la gaine technique dans les zones accessibles aux personnes détenues. Ils seront équipés d'un bec fixe aussi court que possible en cellule uniquement ; - Pomme de douche. Les pommes de douches pouvant être arrachées. Elles seront donc fixées très solidement, de type anti-vandalisme et indémontables en dehors de la gaine technique ; - Robinet poussoir à dépression pour la douche. Les appareils de robinetterie ne devront pas comporter de composants plastiques apparents (diffuseur, ...). Tous les siphons (lavabos, douches) seront implantés en gaine technique. Les siphons de sol des douches (indémontables) seront implantés de manière à être raccordés directement sur les descentes verticales en gaine technique. Il n'y aura pas de cheminements horizontaux de cette canalisation d'évacuation dans le sanitaire de la cellule inférieure, afin de prévenir toute communication. Aucun réseau sous dallage ou noyé dans le béton ne sera admis s'il n'est pas visitable.
Détection et extraction des fumées	Un détecteur de fumées (et non un détecteur d'incendie) sera installé dans la cellule spécialement aménagée.
Ventilation	La ventilation sera réalisée par un système de VMC double flux Il devra permettre le renouvellement d'air nécessaire tout en assurant une température ambiante et constante comprise entre 19° et 25° C.

VU

NANCY, le **2 septembre 2009**
Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le **3 septembre 2009**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, **7 septembre 2009**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les conduites suicidaires en milieu carcéral suscitent actuellement un vif débat dans l'opinion publique et représentent un problème de société majeur.

Dans une première partie, l'auteur aborde de manière descriptive la situation actuelle des conduites suicidaires en milieu carcéral, au travers de données épidémiologiques récentes de l'administration pénitentiaire. L'organisation des établissements pénitentiaires en France et de leurs différentes structures sanitaires est ensuite définie, avant d'aborder une étude descriptive des mesures de prévention du suicide en prison aux États-Unis, dans six pays européens puis à l'échelon national.

Dans la deuxième partie, ce travail aborde l'aspect clinique des conduites suicidaires en pratique courante, en précisant les spécificités du milieu carcéral relatives aux troubles mentaux en détention, à la violence des détenus, aux conditions de détention difficiles et à l'influence des médias sur les comportements auto-agressifs. L'auteur énonce les applications locales des recommandations décrites initialement avec l'exemple du Centre Pénitentiaire de Metz, illustrées de trois vignettes cliniques décrivant les derniers cas de suicide d'un adulte, d'un jeune majeur et du décès d'un mineur dans cet établissement en 2008.

La dernière partie, consacrée à la discussion, traite de l'évolution des taux de suicide en prison et souligne la nécessité d'un travail pluridisciplinaire entre les soignants et le personnel pénitentiaire. L'ouverture des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées représente un outil supplémentaire et cette collaboration, indispensable en vue de l'application des Règles Pénitentiaires Européennes et du projet de Loi Pénitentiaire, reste un élément clé avec la poursuite des efforts d'humanisation des conditions de détention.

TITRE EN ANGLAIS : Suicidal behaviour in jails: clinical and preventive aspects

---

THÈSE DE PSYCHIATRIE – ANNÉE 2009

MOTS-CLÉS : suicide – prison – détenu – prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY Cedex