

La prévention du suicide en milieu carcéral

Commission présidée par le docteur Louis ALBRAND

Janvier 2009

La prévention du suicide en milieu carcéral

Paris, le

03 NOV. 2008

Docteur,

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

Cette évolution est préoccupante.

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

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

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

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

Vos travaux devront débuter dès le mois de novembre 2008.

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

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

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

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

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

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



Rachida DATI

Liste des membres de la commission

Président

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

Vice-président

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

Secrétaire générale

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

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

Membres

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

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

M. Philippe PEYRON, directeur interrégional, DISP Dijon

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

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

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

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

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

Docteur Michel BOTBOL, DPJJ

Mme Julie BARROIS, DGS

Mme Chantal VULDY, DHOS

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

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

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

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

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

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

Docteur David GOURION, psychiatre libéral, Paris

Professeur Philippe COURTET, psychiatre, CHU Montpellier

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

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

M. Philippe ZOUMMEROFF, écrivain

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

M. Jacques DEVAULT, prêtre orthodoxe

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

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

Personnalités auditionnées ou consultées

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

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

Organisations Syndicales :

UFAP : M. Jean François FORGET

M. David BESSON

M. Stéphane BARRAUT

FO-PS : M. René SANCHEZ

FO-PD : M. Patrick WIART

CGT : Mme Céline VERZELETTI

Mme Véronique MAO

M. Jérôme MARTHOURET

SNEPAP : Mme Sophie DESBRUYERES

Mme Charlotte CLOAREC

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

Remerciements

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

Il tient tout particulièrement à remercier :

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

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

Sommaire

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

Abréviations

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

Introduction

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

(Bruno Samson, extrait de L'amer noir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ La multiplicité des causes de la « sursuicidalité carcérale »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ Une action volontaire de prévention du suicide encore insuffisante

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

Ces programmes complets de prévention doivent comprendre :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ Une augmentation préoccupante des suicides en 2008

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

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

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

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

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

* * * * *

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

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

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

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

I. Aborder le suicide en prison de manière dépassionnée

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

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

A] LE BILAN DE LA POLITIQUE RECENTE DU GOUVERNEMENT

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

1. UNE COLLABORATION INTERMINISTERIELLE CONSTRUCTIVE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Annexe C.

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

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

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

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

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

Différents constats ont ainsi pu être établis :

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

⁹ Cf. B] de cette partie

¹⁰ note PMJ2 du 06 août 2007

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

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

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

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

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

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

¹² Formations par les formateurs appelés « binômes Terra ».

¹³ Annexe D.

¹⁴ Annexe E.

¹⁵ Annexe B.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trois insuffisances apparaissent nettement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

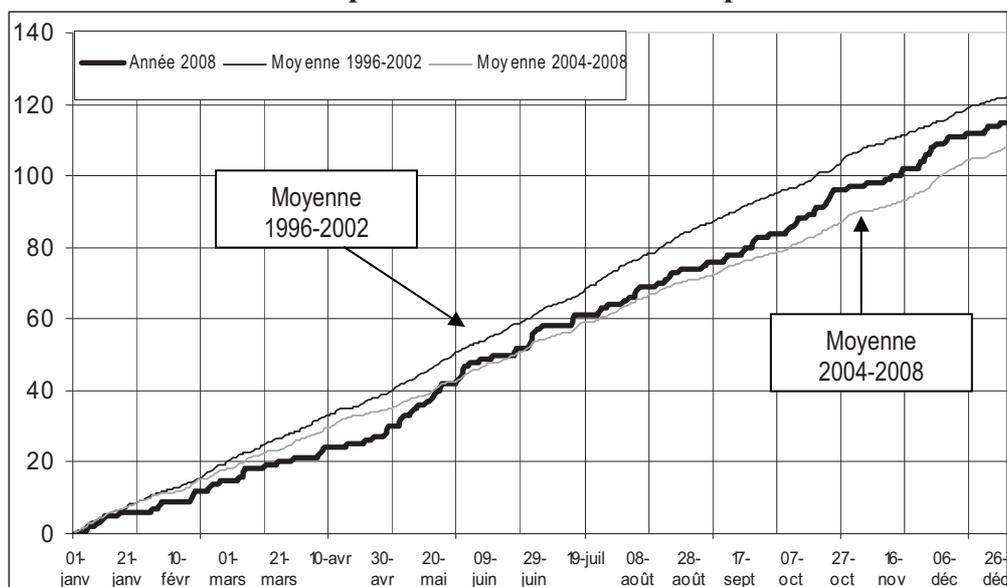
¹⁸ Avec 93 suicides en 2006, soit un taux de 15,5 pour 10 000 personnes écrouées et 96 en 2007, soit un taux de 15,2.

Evolution des suicides de 1997 à 2008

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

Source : EMS / DAP. Champ : France entière

Evolution comparée des suicides : avant-après Terra



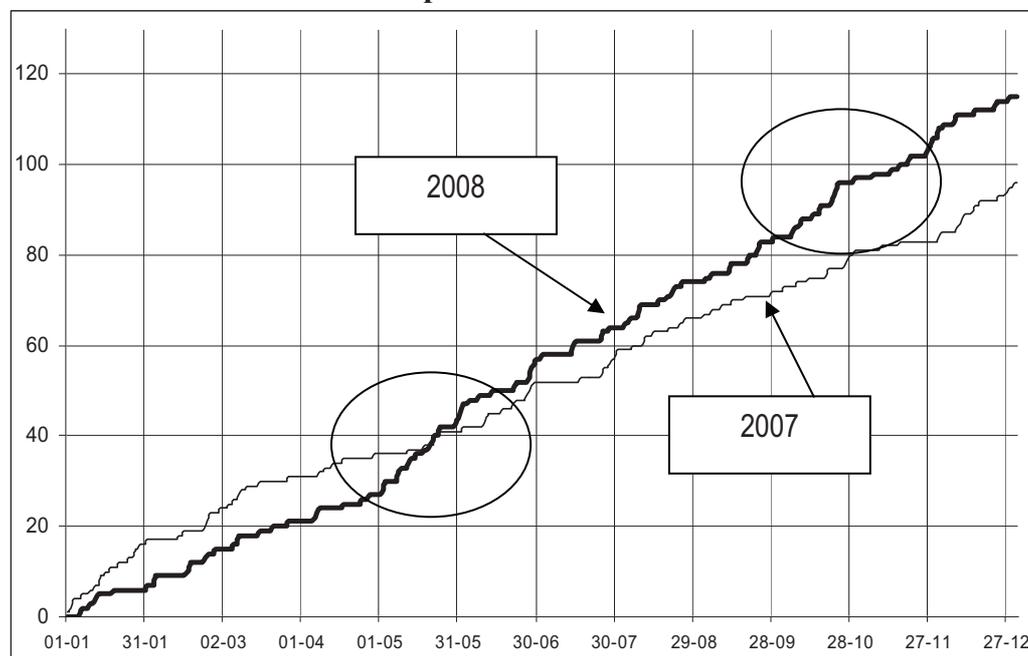
Source : PMJ-EMS / DAP. Champ : France entière

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

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

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

Evolution comparée des suicides : 2007-2008



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

