

Sous-Direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires

Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention

RAPPORT
SUR
LA PREVENTION DU SUICIDE
EN MILIEU PENITENTIAIRE

Rapport réalisé par : Sandrine ZIENTARA-LOGEAY

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| INTRODUCTION | p 7 |
| PREMIERE PARTIE : les préalables à la mise en oeuvre d'une politique de prévention | p 12 |
| I - Définir le sens d'une politique de prévention | p 13 |
| II - Former les personnels | p 19 |
| DEUXIEME PARTIE les différentes phases de la prévention | p 22 |
| I - En amont de l'incarcération | p 23 |
| 1 - Faire apprécier l'état de santé d'une personne avant et non après la mise à exécution d'une mesure privative de liberté | p 23 |
| 2 - Favoriser la transmission d'informations entre l'autorité judiciaire et l'administration pénitentiaire | p 26 |
| 3 - Eviter, dans la mesure du possible, les écrous tardifs | p 28 |
| II - Au moment de l'écrou : assurer un accueil individualisé | p 30 |
| 1 - Le constat : le choc de l'incarcération | p 30 |
| A - La suspension transitoire des repères | p 30 |
| B - La dépersonnalisation | p 31 |

| | |
|--|------|
| 2 - La mise en place d'un nouveau dispositif d'accueil | p 31 |
| A - L'objectif: accueillir une personne | p 31 |
| B - Les moyens | p 32 |
| a) - Mise à disposition d'objets particuliers | p 32 |
| b) - Un accueil individualisé par un agent référent | p 33 |
| c) - Les mesures de prévention | p 34 |
| 3 - La formation des personnels | p 36 |
| A - La formation initiale | p 36 |
| B - La formation continue | p 36 |
| III - En cours de détention | p 39 |
| 1 - Les facteurs de risques suicidaires | p 39 |
| 2 - Le repérage des risques suicidaires | p 40 |
| 3 - L'outil méthodologique : le guide d'analyse des situations | p 42 |
| IV - La prévention du suicide au quartier disciplinaire | p 43 |
| 1 - Promouvoir le recours à d'autres moyens que le placement en prévention disciplinaire pour gérer un incident en détention | p 46 |
| A - Le placement en cellule d'attente | p 46 |
| B - Le confinement en cellule ordinaire à titre préventif | p 49 |
| C - Le recours à l'isolement administratif | p 50 |
| 2 - Réformer les conditions et la procédure de mise en prévention au quartier disciplinaire | p 50 |
| A - Limiter le recours à la prévention disciplinaire aux cas strictement nécessaires | p 50 |
| B - Diminuer l'effet de choc de la mise en prévention | p 52 |

| | |
|--|------|
| 3 - Modifier la vie quotidienne au quartier disciplinaire | p 53 |
| A - Conditions d'hygiène | p 53 |
| B - Les relations avec l'extérieur | p 54 |
| 4 - Définir le rôle du personnel de surveillance au quartier disciplinaire | p 55 |

TROISIEME PARTIE :

| | |
|---|------|
| L'après suicide : la prise en charge du suicide et de la tentative de suicide | p 57 |
|---|------|

| | |
|--|------|
| I - Actions vis-à-vis des détenus ayant survécu à leur geste | p 60 |
|--|------|

| | |
|---------------------------------------|------|
| II - Actions vis-à-vis des co-détenus | p 61 |
|---------------------------------------|------|

| | |
|---|------|
| III - Actions vis-à-vis des personnels pénitentiaires et sanitaires | p 62 |
|---|------|

| | |
|--------------------------------------|------|
| IV - Actions vis-à-vis de la famille | p 64 |
|--------------------------------------|------|

| | |
|-------------------|------|
| CONCLUSION | p 66 |
|-------------------|------|

| | |
|--|------|
| I - Mesures susceptibles d'application immédiate | p 66 |
|--|------|

| | |
|------------------------------------|------|
| 1 - Lors de l'accueil en détention | p 66 |
|------------------------------------|------|

| | |
|-------------------------------|------|
| 2 - Au quartier disciplinaire | p 66 |
|-------------------------------|------|

| | |
|-----------------------------|------|
| 3 - Lors de l'après suicide | p 67 |
|-----------------------------|------|

| | |
|---|------|
| II - Mesures dont les conditions de mise en oeuvre concrète ne pourront être définies qu'en lien avec les autorités ou services concernés | p 68 |
|---|------|

| | |
|--|------|
| 1 - En lien avec la direction des affaires criminelles et des grâces | p 68 |
|--|------|

| | |
|---------------------------------|------|
| A - En amont de l'incarcération | p 68 |
|---------------------------------|------|

| | |
|--|------|
| B - Lors de l'après suicide | p 68 |
| 2 - En lien avec le bureau de la réglementation et de la méthodologie | p 68 |
| 3 - En lien avec la sous-direction des ressources humaines et l'école nationale d'administration pénitentiaire | p 69 |
| 4 - En lien avec la sous-direction des affaires administratives | p 69 |
| III - Mesures expérimentales | p 69 |
| ANNEXES | p 71 |

LISTE DES ANNEXES

| | | |
|-------------------|--|------|
| - Annexe n° I : | Composition du groupe de travail | p 72 |
| - Annexe n° II : | Composition des sous-groupes de travail | p 75 |
| - Annexe n° III : | Les chiffres européens | p 77 |
| - Annexe n° IV : | Evolution du taux de suicide dans les établissements pénitentiaires français | p 81 |
| - Annexe n° V : | Données socio-démographiques : intervention de N. BOURGOIN lors de la réunion du 22 mai 1995 | P 84 |
| - Annexe n° VI : | Le suicide au quartier disciplinaire : données statistiques | P 92 |
| - Annexe n° VII : | Le debriefing | P 97 |

INTRODUCTION

Des faits et des chiffres alarmants (I) ont conduit le Directeur de l'Administration Pénitentiaire à constituer un groupe de travail chargé de concevoir une politique de prévention des suicides en milieu carcéral (II)

I - L'analyse statistique des suicides en établissement pénitentiaire conduit à faire plusieurs constats

Premièrement le taux de suicide en France est parmi les plus élevés d'Europe.

Pierre TOURNIER, dans une étude effectuée en 1993 pour le Conseil de l'Europe notait qu'entre 1983 et 1991 le taux de suicide s'élevait à 14,3 pour 10 000 détenus. La France se situait ainsi au 12ème rang des 15 nations européennes étudiées. A titre de comparaison, dans la même période, l'Angleterre avait un taux de 7,9, la Suède de 8,1 et l'Autriche de 8,9 (cf annexe n° III)

S'agissant du suicide dans la société libre, la France n'a pas à déplorer dans la même période un aussi mauvais classement. Selon le Conseil Economique et Social, avec un taux de 20 pour 100 000 habitants en 1990, la France se situe en effet dans la moyenne européenne. Selon les statistiques établies par l'O.M.S., la France se situe au septième rang pour le suicide masculin et au sixième rang pour le suicide féminin, parmi un échantillon de onze pays proches d'elle sur le plan économique et social.*

Certains des pays dont le taux de suicide est particulièrement bas en milieu carcéral, comme l'Italie et le Royaume-Uni, ont de façon générale un taux de suicide parmi les plus bas d'Europe.

Ce faible taux de suicide en prison n'est pas seulement un effet de la mise en oeuvre de politiques actives de prévention en établissement pénitentiaire telles celles qui existent notamment en Angleterre. Les caractéristiques sociales, culturelles, religieuses des populations concernées ainsi que le développement déjà ancien de politiques de prévention, menées tant par les Etats que le secteur associatif à l'égard de la société libre, jouent certainement un rôle important.

***Rapport du conseil Economique et social du 6 juillet 1993 sur le suicide, J.O. du 30 juillet 1993**

Force est pourtant de constater que plusieurs pays, notamment la Suède et l'Autriche, qui ont un taux de suicide par habitant comparable à celui de la France, voire plus élevé, enregistrent cependant (sur la période 1983-1991) des taux de suicide en établissements pénitentiaires parmi les plus bas d'Europe.

Ces comparaisons doivent être avancées avec précaution. Les statistiques sur le taux de suicide dans la société libre ne sont pas toujours disponibles et ont un caractère plus ou moins fiable, suivant les modalités d'enregistrement des suicides que connaissent les différents pays.

Seule une étude comparée beaucoup plus approfondie permettrait d'expliquer de façon rigoureuse les différences observées. Toutefois, ces quelques indications statistiques ne peuvent que nous conduire à nous interroger sur les lacunes des politiques de prévention en France et sur les éventuels dysfonctionnements de l'institution carcérale que ces taux sont de nature à révéler.

Deuxièmement, le taux de suicide augmente de façon très significative à partir de 1991.

Entre 1980 et 1995, le nombre de suicide annuel a significativement augmenté : il a été multiplié par plus de 2,5 sur la période, soit une augmentation de 174 %. On observe 3 paliers successifs :

- de 1980 à 1984, le nombre annuel moyen de suicides est de 50
- de 1985 à 1991, le nombre annuel moyen de suicide est de 64
- de 1992 à 1995, le nombre annuel moyen de suicides est de 101.

Cet accroissement particulièrement notable à partir de 1992 ne peut s'expliquer par le seul effet de l'augmentation de la population pénale.

Le taux de suicide pour 10 000 détenus, en effet, connaît aussi une augmentation brutale passant de 11,81 en 1990 et 12,97 en 1991 à respectivement 18,87 en 1992, 19,22 en 1993, 18,74 en 1994 et 19,44 en 1995 (cf annexe n° IV).

Cette stabilisation du nombre des suicides à un niveau très élevé semble pour le moins se confirmer pour l'année 1996. En effet on comptait au 1er avril 1996, 40 suicides contre 25 à la même époque en 1995. Si cette tendance se maintenait, on pourrait pour l'année 1996 dénombrer plus de 160 suicides.

Dans la même période, on enregistre aussi dans la société libre une augmentation du nombre des suicides, bien que dans une moindre proportion. Après une hausse continue du taux de suicide pour 100 000 habitants depuis les années 1970, avec une pointe en 1985-1986, on assistait à une légère inflexion, modérée mais régulière à partir de 1987 et jusqu'en 1991.

Selon les statistiques de l'INSERM, une nouvelle tendance à la hausse se dessine à partir de 1992.

On enregistre en effet, en 1992, 11 644 personnes décédées par suicide, contre 11 403 en 1990. Les résultats provisoires pour 1993 indiquent une progression de plus de 5 %, soit près de 600 suicides supplémentaires. Les statistiques des années 1994 et 1995 ne sont pas encore disponibles.

Troisièmement, force est de constater le phénomène dit de la sursuicidité carcérale :

Le taux de suicide carcéral moyen enregistré entre 1982 et 1991, soit 141,2 suicides pour 100 000 détenus, est très nettement supérieur à celui observé dans le monde libre au cours de la même période, soit 22,2 pour 100 000 habitants. La sursuicidité carcérale brute s'élève donc à 6,4.

Ce taux cependant mérite d'être corrigé, en tenant compte d'une part d'une sous estimation des suicides en milieu libre classiquement évaluée à 20 % et d'autre part en comparant les taux de suicides d'une population libre de même structure par âge et par sexe que la population carcérale. Le taux de sursuicidité se réduit alors à 4.

Pour la période 1992 - 1994, compte tenu de l'augmentation sensible du nombre des suicides en détention, et nonobstant la tendance à l'augmentation observée dans la société libre, le taux de sursuicidité pourrait, selon N. BOURGOIN, être estimé à 6, en tenant compte des corrections susmentionnées.

Cette sursuicidité ne paraît pas pouvoir s'expliquer par un simple effet de sélection. Certes la prison réunit une concentration de population à faible niveau socio-économique, souvent marginalisée et présentant des troubles psychiatriques ou psychologiques de plus en plus fréquents et de plus en plus graves. Cependant, la plupart des auteurs, cliniciens, psychiatres considèrent que seules 20 à 40 % des personnes suicidées présentent des troubles psychologiques plus ou moins graves et avérés (psychoses, notamment la mélancolie et la schizophrénie, et névroses graves). Par ailleurs, l'étude de socio-démographie, menée par Nicolas BOURGOIN (voir annexe n° V) fait apparaître que c'est précisément la population socialement, familialement et économiquement la mieux insérée qui est la plus exposée au suicide en milieu carcéral.

II - Dans ce contexte, le Directeur de l'Administration Pénitentiaire a décidé courant mars 1995 la constitution d'un groupe de travail chargé de définir une politique de prévention du suicide.

Cette décision répondait à la volonté, affichée par l'administration pénitentiaire dans les rapports annuels de 1993 et 1994 de faire "du dépistage et de la prévention des comportements suicidaires l'une des priorités pour les années à venir".

Le terrain n'était certes pas vierge.

A la fin de l'année 1991, en effet, le Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention avait diffusé une circulaire intitulée "la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires" (Cir. du 12 novembre 1991) qui, d'une part proposait une analyse détaillée des suicides et tentatives de suicides intervenus en 1990 et dans les premiers mois de l'année 1991, et, d'autre part, formulait un certain nombre de rappels et quelques injonctions, notamment sur la prise en charge d'un état dépressif grave, sur la vigilance en matière de distribution de médicaments, sur l'importance de la notice individuelle, de la visite des arrivants, sur la nécessaire circulation des informations, sur les précautions à prendre en cas de placement au quartier disciplinaire, sur l'attention particulière des surveillants la nuit et le week-end et enfin sur la nécessité d'organiser au sein de chaque établissement des réunions de réflexion pluridisciplinaire autour du thème de la prévention.

Cette circulaire à visée essentiellement pédagogique revêtait le caractère d'une opération de sensibilisation dont on pouvait espérer beaucoup : elle faisait, en effet, suite à une longue période pendant laquelle la question de la prévention du suicide n'avait pas été directement abordée par l'Administration Centrale : en effet, à l'exception d'une note ponctuelle de juillet 1989, rédigée à la suite de la décision de la Cour Administrative de Nantes du 22 janvier 1989 relative à la responsabilité de l'Etat en la matière, les précédentes notes ou circulaires sur ce thème remontaient à 1975 et 1967.

Cependant l'impact de cette circulaire a été relativement limité :

Une étude menée en 1993, à partir d'un questionnaire adressé à 22 établissements pénitentiaires, révélait une relative méconnaissance du phénomène, un certain défaitisme et une insuffisance de la collecte et de la réunion des informations. En outre, 9 % seulement des chefs d'établissements interrogés déclaraient avoir organisé sur ce thème les réunions préconisées par la circulaire de 1991*.

Surtout, on assistait, comme il a été vu, à partir de 1991, à une augmentation substantielle du nombre des suicides, déjà pressentie par la circulaire et tout à fait alarmante.

Il s'agissait dès lors de réfléchir à une nouvelle approche de la question et de trouver d'autres modalités d'interventions.

Le groupe de travail créé, piloté par un magistrat du Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention de l'Administration Pénitentiaire, associait le Ministère de la Justice et le Ministère chargé de la Santé. Il réunissait 17 personnes d'horizons très divers (voir liste des membres en annexe n° I) : des représentants des différents bureaux concernés de l'Administration Pénitentiaire, de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, des médecins praticiens légistes, psychiatres, généralistes) dont deux d'entre eux, connus pour l'intérêt qu'ils portent aux questions de prévention du suicide, n'exerçaient pas en établissement pénitentiaire, un psychologue, quatre membres de l'administration pénitentiaire oeuvrant sur le terrain (Directeur, Sous-Directeur, Conseiller d'Insertion et de Probation et chef des services pénitentiaires), un universitaire enfin, spécialiste des questions de socio-démographie du suicide.

La recherche de pluridisciplinarité, qui a dicté la composition du groupe visait à éviter toute vision monolithique du sujet, morale, sociologique ou médicale.

Le groupe s'est réuni de mai 1995 à mars 1996 à raison d'une à deux séances par mois, d'une demi-journée ou d'une journée complète.

Les premières séances ont été consacrées à la fois à l'étude du phénomène suicidaire en prison (à partir des travaux de clinique et de socio-démographie existant, des expériences professionnelles des uns et des autres et de l'analyse des cas de suicide survenus en particulier au cours de l'année 1995) et à une réflexion commune sur les principes généraux qui doivent gouverner une politique de prévention du suicide.

Le groupe est ensuite entré dans une phase de travail résolument plus pragmatique. Cinq grands thèmes ont été dégagés et confiés à des sous-groupes de travail (voir liste et composition des sous-groupes en annexe n° II). Les propositions des sous-groupes ont été régulièrement discutées et validées par l'ensemble du groupe.

*** cf mémoire de Conseiller d'Insertion et de Probation de Melle Moreau 1993**

Le présent rapport réalise la synthèse, tant des réflexions du groupe, que des propositions des sous-groupes.

Après une première partie relative aux préalables jugés indispensables à la mise en oeuvre d'une politique de prévention (la compréhension du sens d'une politique de prévention et la formation des personnels), le rapport s'attache à définir les différentes phases de la prévention (en amont de l'incarcération, au moment de l'écrou, en cours de détention) et aborde la question particulière de la prévention du suicide au quartier disciplinaire. Enfin, une dernière partie traite de "l'après suicide", c'est-à-dire de la conduite à tenir après une tentative de suicide ou un suicide.

PREMIERE PARTIE

- CHAPITRE I -

DEFINIR LE SENS D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION

La réflexion menée sur **les causes de l'augmentation récente du nombre de suicides** en détention a conduit le groupe au constat de changements majeurs de l'ensemble du contexte, constitué des personnes, institutions et événements en interaction : la population pénale a changé, le personnel de surveillance a changé, la prison elle-même a changé et il n'est pas jusqu'aux changements de la prise en charge des troubles de la personnalité à l'extérieur qui n'aient influencé la vie carcérale.

La population pénale a changé :

La relative misère socio-économique et culturelle de la population pénale par rapport à la population générale est bien connue. Il convient d'y ajouter la notion de déficit de capacité affective et de capacité relationnelle : sans considérer que la délinquance relève de la maladie mentale, on ne peut que constater que la prison accueille de plus en plus de personnalités pathologiques, inadaptées au monde du travail, souffrant d'un véritable "handicap relationnel" créé par l'immaturation, avec une tendance à s'adresser aux autres dans les formes les plus infantiles, notamment "sodomasochistes".

Ces relations "sodomasochistes", où l'on ne peut élaborer une demande dont on laisse l'autre disposer mais où l'on cherche au contraire à le contraindre à répondre, sont aggravées par le fonctionnement habituel "totalitaire", non négocié, de la prison.

Le personnel a changé :

La crise d'identité que connaît le monde des surveillants de prison a fait l'objet de nombreuses analyses. Non seulement le recrutement s'est modifié, mais l'affichage d'une double mission, à la fois de garde et de réinsertion, a introduit un certain désarroi. L'incertitude sur le sens de leur tâche ou, plus fondamentalement encore, sur le sens de la prison conduit les personnels à une situation de repli à l'égard des détenus. Le déficit de communication, la déliquescence du lien social sont patents en détention.

La prison a changé :

La loi du 22 juin 1987 a clairement inscrit la réinsertion parmi les missions de l'administration pénitentiaire.

La prison n'est pas nécessairement devenue plus tolérante. Elle est au contraire à la croisée des chemins, ayant commencé à reconnaître qu'elle ne pouvait plus fonctionner dans le silence et en ne faisant que "surveiller et punir" et n'ayant pas encore accepté les conséquences dérangeantes et difficile à gérer du droit à la parole du détenu, qui résulte de la priorité faite à la réinsertion et de la non exclusion de sa personne du champ social.

Cette reconnaissance de la parole du détenu comme inséparable du respect de sa personne suppose un nouveau savoir faire et une nouvelle gestion de la prison qui n'apparaissent pas encore pleinement maîtrisés. Il y a un risque de voir réduire maladroitement cette reconnaissance de la parole en une expression débridée et "perverse" qui reçoit une répression indirecte, moins claire que la coercition traditionnelle et dont les effets renforcent l'excitation des mécanismes pulsionnels de décharge et de passage à l'acte ou de relation pathologique et abusive d'emprise sur l'autre.

Par ailleurs, la surpopulation pénale actuelle accroît les difficultés de gestion et les rapports de force, diminue l'espace vital nécessaire à chacun, augmente le stress et limite les possibilités de mise en oeuvre de projets d'individualisation.

Le paysage institutionnel a changé

L'hôpital psychiatrique, en s'ouvrant par la politique de secteur sur l'extérieur, a réduit de manière drastique le nombre de ses lits ; en renforçant ses liens budgétaires avec l'assurance maladie, il a été amené à mettre d'abord l'accent sur ses capacités techniques de soins, au détriment parfois des deux autres fonctions qui lui étaient traditionnellement confiées, la garde et l'assistance.

L'accent mis sur la liberté individuelle eut pour effet de diminuer le nombre des traitements sous contrainte. De même, la création de dispositifs purement sociaux d'assistance, **R.M.I.** ou allocation adulte handicapé, a pu laisser des personnes sans encadrement de soins actifs et sans qu'elles aient acquis pour autant la capacité de se gérer elles-mêmes.

L'aspect moins "contenant", moins répressif de l'hôpital psychiatrique a pu avoir pour conséquence d'écarter de la prise en charge médicalisée les troubles du comportement qui, tôt ou tard, peuvent conduire à la délinquance et à la prison.

Les conditions socio-économiques ont, par ailleurs, changé. Le nombre de personnes maintenues dans des situations de précarité, au seuil de l'insertion mais sans avoir accès à l'ensemble des aides et prises en charge possibles a considérablement augmenté. Certaines de ces personnes, sans être d'authentiques malades au sens de la nosologie traditionnelle, sont dans l'imaturité relationnelle qui les amène tôt ou tard à une délinquance de survie et à la prison.

Parallèlement à cette évolution, qui rend probablement compte d'une partie de la surmorbidity suicidaire actuelle en prison, les positions de l'administration pénitentiaire face au suicide des personnes qui lui sont confiées ont été modulées au fil du temps par le contexte historique et social.

Schématiquement, trois périodes marquantes peuvent être distinguées :

1) La logique de la protection du détenu contre lui-même, sous-tendue par la nécessité qu'il ne se dérobe pas à sa peine.

Le suicide est, dans ce contexte, une défaillance de l'administration qui est comptable de la bonne exécution de la peine. La seule mort licite est celle que décide la Justice et le détenu suicidé s'est évadé. Le médecin est perçu comme un médecin militaire, technicien, collaborateur de la même mission de maintien du détenu en l'état et du maintien des effectifs.

A cette époque la peine est aussi une rédemption et il convient d'empêcher le détenu d'ajouter "le péché" du suicide à sa faute initiale. A l'inverse, dans une optique au contraire "laïque" de l'honneur restauré par le suicide dans la vie civile, il peut être fait reproche de vivre au criminel : "Vous réussissez mieux vos crimes que vos suicides!" disait un avocat général à un meurtrier qui avait tenté de mettre fin à ses jours.

2) La logique d'un premier temps de la prison "humanisée".

A la faveur des prises de conscience de l'après guerre, certains décideurs qui ont vécu la détention veulent faire évoluer la prison et, compte tenu des changements sociaux, prennent davantage en compte les facteurs d'environnement de la délinquance. Il s'agit toujours, compte tenu des changements sociaux, de protéger le détenu contre lui-même, mais "gratuitement". Le suicide est interprété comme une défaillance du médecin ou du système de prise en charge : "faute de surveillance", "erreur thérapeutique" d'un "médecin de famille pénitentiaire", paternaliste, presque "colonial", puis humaniste. Il existe une culpabilité accompagnant la montée d'un sentiment d'illégitimité de la prison à cause de sa vétusté et de la promiscuité qu'y fait régner la surpopulation.

3) La logique de la symétrie avec le milieu civil.

Elle accompagne les avancées réglementaires et la réflexion alors menée sur la prison. La redéfinition de la mission de l'administration pénitentiaire vers la réinsertion, la création des services médicaux psychologiques régionaux puis, le transfert de la charge des soins en milieu pénitentiaire aux hôpitaux, créent aujourd'hui des conditions radicalement nouvelles et des bouleversements dont l'institution pénitentiaire sera amenée progressivement à prendre l'exacte mesure.

D'une certaine façon, dans la stricte logique de la symétrie avec le milieu civil, le détenu n'a pas à être spécialement protégé contre lui-même : dès lors qu'il est vraiment considéré comme une personne, respecté comme telle, jouissant de la même considération et de la même capacité de parole que dans la société libre, on doit exiger de lui les mêmes responsabilités.

Le détenu adulte peut être d'une manière générale considéré comme responsable de lui-même au même titre qu'il le serait dehors. On lui doit les mêmes soins qu'en milieu libre et à l'inverse, il lui appartient aussi dans une certaine mesure d'en faire usage et demande.

La logique de la symétrie avec le milieu civil n'est pas sans présenter certaines limites.

Un des risques en est notamment que le médecin devienne un prestataire extérieur auquel l'administration pénitentiaire peut être tentée de sous-traiter toute la prise en charge de la santé physique et mentale du détenu comme si elle n'y avait plus de responsabilité, tout en ayant, de façon très ambivalente, la nostalgie du contrôle qui lui échappe et le fantasme que la sécurité ou la mission de la prison peut être menacée par cette indépendance.

En outre, si cette logique paraît à ce jour dominante, les deux précédentes logiques persistent à des degrés divers dans les attitudes et les réflexions actuelles.

La coexistence de ces logiques ne peut que renforcer le climat d'incertitude et d'insécurité, la perte des repères, dont on a vu qu'ils pourraient, pour partie, expliquer l'augmentation des suicides en prison.

Dès lors, il apparaissait nécessaire avant de proposer la mise en oeuvre d'une politique de prévention, de réfléchir au sens qu'elle devrait revêtir.

Le groupe s'est ainsi efforcé de définir les principes généraux qui doivent selon lui gouverner une politique de prévention.

A titre préliminaire, pour lever toute ambiguïté et éviter les contre sens, il convient de préciser que le groupe a entendu **se garantir du mythe de la prévention totale**.

L'idée en effet d'éradiquer le suicide par tous moyens, y compris les plus coercitifs, est dangereuse à plus d'un titre :

La prévention totale apparaît techniquement impossible : on sait que l'imagination humaine n'a pas de limites et peut mettre en échec les systèmes de contrainte et de surveillance les plus sophistiqués. Les expériences menées à l'étranger ont à cet égard montré leurs limites. Ainsi la mise en place de cellules capitonnées, vides de tout mobilier, sous surveillance vidéo constante et dans lesquelles les détenus demeurent nus, n'ont pas, au Canada, empêché tout passage à l'acte à l'issue fatale.

La prévention totale apparaît, en outre, pratiquement inefficace : d'une part, elle suppose la mise en place d'actions d'envergure nécessitant une concentration importante de moyens matériels et humains, incompatibles avec la mission au long cours de l'administration pénitentiaire. La vigilance renforcée ne peut avoir les effets escomptés que dans un temps donné et, au delà, risque de se transformer en routine. Or, la routine met à mal toutes procédures dans la mesure où elle incite au renforcement de celles-ci, alors même qu'il faudrait se découvrir face au risque suicidaire, non seulement attentif pour le reconnaître, mais également novateur et mobile, pour le prévenir.

D'autre part, les effets pervers de la prévention totale sont à craindre : un tel système de prévention dans sa dimension totalitaire et déshumanisatrice, par la pression aussi qu'il ferait régner, ne manquerait de générer en lui-même des comportements suicidaires. Il apparaît, non seulement paradoxal mais encore inutile dans le long terme, de tenter d'empêcher la personne de vivre pour l'empêcher de mourir.

Enfin, **la prévention totale apparaît philosophiquement inacceptable**. L'utilisation de certains procédés de surveillance ou de moyens insuffisamment respectueux de la personne humaine conduit à l'objectivation du détenu. Or, l'appropriation de l'autre est inacceptable : si on peut temporairement se substituer à lui pour une décision que nous ne le jugeons plus capable de prendre, on ne peut envisager de le contraindre, en permanence et, à long terme, à suivre des choix auxquels il n'adhère pas.

Sous peine de disqualifier les principes mêmes qui sous-tendent notre action et notre société, on ne peut faire survivre en faisant vivre à la personne détenue une violence symbolique qui a pu être jugée parfois plus grande que sa propre mort physique.

Sans avoir la prétention de trancher le débat classique sur la question du droit au suicide, ni chercher à prendre parti entre les philosophies du suicide comme acte de liberté suprême et les théories déterministes, sociales ou médicales, le groupe a entendu **aborder la question du suicide sous l'angle du respect de la personne**.

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**.

Une vraie politique de prévention ne saurait être promulguée unilatéralement et considérer le détenu comme l'objet de soins "chirurgicaux" qu'il subirait passivement. C'est le détenu qui se suicide, c'est lui qu'on doit écouter et c'est à lui qu'on parle... mais c'est lui aussi qui décidera de ne pas se suicider!

Le sens ultime d'une politique de prévention doit dès lors constituer à **faire de la prison "un lieu de vie"**, c'est à dire un lieu où la vie est possible, reconnu comme tel tant par les détenus que les personnels ou la société civile.

Vouloir faire de la prison, avant tout, un lieu de vie, c'est participer à l'idée que le temps écoulé, quel qu'en soit la durée, n'est pas un temps mort, un temps entre parenthèses, ou pire encore un terme, une fin en soi, mais un temps qui prépare au retour à la vie libre. Accepter d'être, en partie, chacun dans sa fonction, acteur de ce projet, c'est être acteur de prévention.

En ce sens, la prévention du suicide met en jeu tout le cursus carcéral, la gestion de la vie quotidienne et le rapport même entre prison et société civile.

Vouloir faire de la prison un lieu de vie, c'est aussi poser la question de la légitimité du désir et du plaisir. Bien que parfois ressentis comme tels, le désir et le plaisir ne sont ni subversifs, ni incompatibles avec la peine. La vie est aussi la parole et doit, à ce titre, être accueillie. Or, c'est précisément quand on ne la reconnaît pas comme licite et nécessaire qu'elle se dévoie. Au contraire de ce qu'on pourrait croire, c'est quand les détenus n'ont pas droit à la parole, que l'on n'ose plus les affronter pour leur refuser ce qui serait abusif ou pour leur rappeler leurs devoirs d'hommes, qu'elle prend la forme du discours immature. C'est alors que la détention est exclusivement dans un rapport de force, que la paix s'achète dans la compromission et que la dignité, faussement réduite au confort qu'on s'épuise à satisfaire, est en réalité bafouée. Les détenus consomment : "du matériel", du "médecin", "du surveillant" sans projet et sans trouver de sens à une vie qu'ils subissent passivement, sans que leurs interlocuteurs ne leur donnent pas davantage, et la demande se dégrade en exigence, en tentative d'appropriation de l'autre.

Respecter la personne suppose que l'on puisse lui laisser gérer un minimum sa vie, faute de quoi elle sera conduite à ne gérer que ce qui lui reste, sa mort.

C'est donc une politique globale de prévention active et positive, qui ne se contente pas de proposer des stratégies d'évitement de l'acte suicidaire, que le groupe entend promouvoir.

Cette définition du sens de la politique de prévention est un préalable indispensable à l'approche technique des mesures de prévention, qui seront décrites dans les chapitres suivants.

- CHAPITRE II -

FORMER LES PERSONNELS

Une politique de prévention repose à l'évidence sur les hommes, professionnels de toutes catégories qu'il convient non seulement d'assister et de former, mais aussi de conforter eux-mêmes dans le sens de leur mission.

C'est en particulier vis à vis des personnels qu'il appartient à l'administration centrale de faire passer le message sur le sens de la **politique** de prévention.

Sans la conviction forte des personnels eux-mêmes qu'on peut vivre en prison, que le scandale n'est pas tant de mourir en prison que de ne pouvoir y vivre, ceux-ci ne peuvent pas ne pas prendre de plein fouet le discours désespéré, ou pervers, du condamné à une longue peine qui leur dirait "donnez-moi une raison de ne pas mourir tout de suite".

Faute de se poser le problème en ces termes, les personnels ne voient souvent pas plus de sens à la vie en prison que les détenus et ils sont alors dans la peur de les rencontrer, incapables de percevoir la légitimité de leur propre mission. C'est alors que s'installent l'insécurité aussi bien que les passages à l'acte suicidaires. Les surveillants finissent par avoir peur de ce que leur renvoient les détenus de leur propre mort et ils se vivent eux-même comme "enfermés".

Tout enseignement sur la prévention des suicides doit donc inclure une réflexion sur la notion de respect de la personne, qui n'exclut pas l'exercice d'une certaine violence, légitime parce que répondant à la fonction même de la prison.

C'est au prix de cette réflexion que l'enseignement de la prévention du suicide ne se réduira pas à la simple présentation "d'un catalogue de mesures" sans véritable répercussion durable sur le terrain, mais assurera une formation profonde "aux attitudes de prévention".

Une fois posé ce préalable, indispensable à la bonne compréhension des politiques de formation, il convient de préciser les formes que pourrait revêtir un enseignement spécifique sur la prévention du suicide.

Actuellement, les sous-directeurs et les conseillers d'insertion et de probation n'abordent ce thème que de façon implicite sans bénéficier d'un enseignement spécifique.

Les surveillants, dans le cadre de la formation initiale, reçoivent un enseignement spécifique d'une demi-journée qui est dispensé depuis déjà plusieurs années. Cette séquence de formation, intitulée "l'utilisation de l'observation : les détenus en état de détresse", vise à rendre les élèves surveillants capables de reconnaître les situations de détresse (les personnes les plus fragiles, les principaux facteurs), d'identifier une personne dépressive et de prendre des mesures de prévention.

En formation continue, il n'existe pour les surveillants aucun enseignement spécifique.

En ce qui concerne les premiers surveillants, la formation d'adaptation, dont ils bénéficient pendant une durée de 9 semaines, ne comporte aucun enseignement particulier sur la question.

Enfin, la prévention du suicide ne fait généralement pas partie des questions spécialement abordées en formation continue organisée par le dispositif déconcentré.

Cet état des lieux révèle donc un déficit général de formation sur les questions de prévention du suicide, que le groupe ne peut que déplorer.

Il n'entre certes pas dans les missions du groupe de définir des programmes complets de formation. Il a été néanmoins jugé utile de proposer aux autorités compétentes en la matière les directives suivantes:

Premièrement, il est nécessaire, **qu'en formation initiale, les personnels, toutes catégories confondues, puissent bénéficier d'une information générale sur la question du suicide en prison.**

L'actuel programme de formation des surveillants susmentionné fournit un modèle relativement complet de ce que pourrait être le contenu de cette information générale. Cet enseignement mériterait cependant d'être réactualisé en fonction des derniers travaux de socio-démographie, et bien évidemment adapté aux différentes catégories de public concernées.

Deuxièmement, le groupe souligne l'attention qui devrait être portée en formation continue à la question de la prévention du suicide. C'est en effet une fois que les personnels ont pu être confrontés, dans le cadre de leurs pratiques professionnelles, aux réalités du comportement ou du geste suicidaire en prison, que la formation peut être certes plus pragmatique, mais surtout ouverte sur les questions de sens, dont on a vu qu'il n'était pas possible de faire l'économie.

Selon le groupe, **les principaux efforts devraient être portés sur une formation organisée pour un public multicatégoriel.** La confrontation des approches et des cultures professionnelles est en effet de nature à enrichir particulièrement une réflexion sur le suicide et les moyens de le prévenir.

Il pourrait en outre être proposé, au niveau des directions régionales, **un module sur la prévention du suicide, dans le cadre d'une formation obligatoire, pour quelques agents de chaque établissement.**

Enfin, le groupe encourage les formateurs à faire appel non seulement à des médecins exerçant en établissement pénitentiaire et à des personnels connus pour leur intérêt pour la question, mais aussi à des intervenants extérieurs au monde pénitentiaire : notamment psychiatres exerçant dans des structures spécialisées dans l'accueil des suicidants, et membres des associations qui assurent dans la société libre un relais d'accueil et d'écoute, comme SOS suicide, Phoenix, Impasse et Devenir, SOS Amitié, Recherches et Rencontres, S.E.P.I.A et le Groupement d'Etude et Prévention du Suicide.

Troisièmement, le groupe préconise **qu'un enseignement approfondi sur les questions de prévention soit dispensé aux premiers surveillants dans le cadre de la formation d'adaptation.**

Cette formation fait précisément l'objet actuellement d'une étude à l'ENAP. Elle pourrait désormais inclure une réflexion sur le rôle transversal des premiers surveillants et les contacts avec la population pénale. Dans cette optique là, il serait souhaitable que puissent être abordées avec les premiers surveillants les questions relatives à l'accueil des arrivants, à l'affectation en cellule, à la prévention au quartier disciplinaire ou aux fonctions d'agent référent, selon des modalités qui seront précisées aux chapitres suivants qui abordent ces différents points.

Enfin, le groupe suggère la désignation, au niveau de chaque direction régionale de personnes ressources dont le rôle est exposé dans le chapitre sur l'après suicide. Il conviendrait bien évidemment, de prévoir, au niveau national, une formation ad hoc de ces personnes, puis des rencontres annuelles.

DEUXIEME PARTIE

- CHAPITRE I -

EN AMONT DE L'INCARCERATION

Si l'administration pénitentiaire est entièrement responsable des personnes dont la garde lui est confiée, l'autorité judiciaire à l'origine du placement en détention n'en est pas moins nécessairement impliquée dans la mise en oeuvre d'une politique de prévention du suicide.

Partant du constat statistique selon lequel le risque suicidaire est maximal dans les 48 heures qui suivent l'écrou (cf annexe n° IV), le groupe a mené une réflexion approfondie, à partir des expériences personnelles des uns et des autres et de l'analyse de plusieurs cas de suicides de l'année 1995, sur les dispositions qui pourraient être prises pour prévenir le suicide des premières heures.

Dans cette perspective, la période qui précède immédiatement l'écrou est apparue décisive.

La réflexion a abouti à la formulation des trois types de recommandations suivantes, qui pourraient être utilement débattues avec les autorités judiciaires concernées :

- faire apprécier l'état de santé d'une personne, lorsque cet examen paraît être nécessaire à l'autorité judiciaire, avant et non après la mise à exécution d'une mesure privative de liberté (1)
- favoriser la transmission d'informations entre l'autorité judiciaire et l'administration pénitentiaire (2)
- éviter, dans la mesure du possible, les écrous tardifs (3)

1 - Faire apprécier l'état de santé d'une personne avant et non après la mise à exécution d'une mesure privative de liberté :

Fréquemment les magistrats du siège, après avoir pris une mesure privative de liberté (mandat de dépôt décerné par le juge d'instruction le plus souvent ou condamnation à une peine d'emprisonnement ferme), appellent l'attention des autorités pénitentiaires, au travers de la notice individuelle, sur l'état de santé mentale du détenu. Les juges d'instruction sollicitent un examen psychiatrique en urgence et même parfois ordonnent que la personne soit vue par un médecin dès son arrivée à l'établissement pénitentiaire. Dans plusieurs cas de suicides de l'année 1995, les magistrats instructeurs avaient mentionné, dans la notice individuelle, l'existence d'un risque suicidaire et demandé un examen psychiatrique urgent. En déjouant la surveillance de l'administration (par exemple pendant que le co-détenu dormait ou se trouvait en promenade) et avant que l'examen médical n'ait pu avoir lieu, les détenus étaient passés à l'acte.

En effet, nonobstant le fait que les consignes ainsi données à l'administration pénitentiaire révèlent de la part des autorités judiciaires un incontestable souci d'assurer la prise en charge, dès l'écrou, d'une personne justifiant de soins urgents, force est de constater que ces consignes posent un certain nombre de problèmes à l'administration pénitentiaire, notamment en cas d'écrous tardifs, opérés après fermeture du service médical de l'établissement.

Les difficultés pratiques rencontrées sont de plusieurs ordres :

D'une part, il y a lieu de rappeler que ces prescriptions des magistrats instructeurs ne s'apparentent pas à des réquisitions. En conséquence, aucune disposition juridique n'impose au corps médical d'y déférer. Les services pénitentiaires, pour répondre aux demandes des magistrats instructeurs doivent, depuis la réforme de la santé en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994, appliquer la procédure prévue dans les protocoles liant chaque établissement pénitentiaire à un établissement hospitalier.

Ces protocoles ont en général prévu que l'urgence, en dehors des heures d'ouverture des infirmeries U.C.S.A., est assumée, dans les mêmes conditions que pour la population civile, par le recours au centre 15, lequel doit effectuer une régularisation des appels.

Or, la notion d'urgence ne revêt pas la même signification suivant qu'elle est appréciée par le magistrat instructeur qui demande un examen urgent ou par le service de garde médicale, notamment le centre 15, qui doit évaluer le caractère médicalement vital de l'urgence.

D'une façon générale, le Ministère en charge de la santé à travers ses services concernés et en particulier la Direction des Hôpitaux estime qu'un recours systématique au service d'urgence pour répondre à des injonctions d'examen de la part des magistrats instructeurs, dès la mise sous écrou, serait soit injustifié, soit une charge indue de l'assurance maladie.

Dans ce contexte, lorsque le magistrat instructeur a mentionné dans la notice individuelle, la nécessité d'un examen psychiatrique urgent sans autre précision, l'administration pénitentiaire peut être amenée à attendre l'ouverture de l'UCSA pour faire visiter le détenu par un médecin. Lorsque l'écrou a lieu le vendredi soir, cet examen peut donc être différé de plus de 48 heures. L'appel au service d'urgence n'est justifié que dans le cas où le détenu présente à l'écrou un état d'agitation manifestement pathologique qui impose une réponse médicale immédiate.

D'autre part, lorsque l'examen psychiatrique peut avoir lieu à l'arrivée en détention et, dans les rares hypothèses où il révèle que l'état de santé psychique de la personne est incompatible avec le maintien en détention, l'expérience prouve que l'administration se heurte à de graves difficultés pour réaliser, le week-end ou la nuit, une hospitalisation, conformément à l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Dans le meilleur des cas, les démarches administratives n'aboutissent pas avant plusieurs heures, heures qui peuvent être d'autant plus fatidiques qu'il n'est pas toujours possible, compte tenu des effectifs, d'assurer en cas de risque suicidaire majeur une surveillance constante du détenu pendant ce laps de temps.

Par ailleurs, et au delà de ces difficultés pratiques, le groupe n'estime pas souhaitable que les UCSA soient mises en mesure d'assurer ce type d'examen en urgence. Sur le plan déontologique, en effet, l'examen initial, qui peut avoir pour fin d'apprécier la compatibilité de l'état d'une personne avec son maintien en détention, s'apparente à une expertise et, à ce titre, apparaît inconciliable avec une mission de soins (même s'il incombe, bien sûr, aux médecins pénitentiaires, psychiatres ou généralistes, de signaler par les procédures appropriées la nécessité médicale de suspendre la détention si elle apparaît au cours de la prise en charge).

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments, le groupe rappelle que **l'accueil en établissements pénitentiaires ne peut ni ne doit être médicalisé. Ne devraient dès lors être écrouées que les personnes réputées capables de supporter en détention ordinaire le délai de plusieurs heures (voire, le cas échéant, de quelques jours) qui pourra normalement s'écouler avant toute intervention médicale.**

Le groupe, en conséquence, recommande que **les autorités judiciaires soient incitées, lorsqu'elles ont un doute sur la compatibilité de l'état de santé avec la détention et/ou la nécessité de soins immédiats, à faire examiner la personne par un médecin avant et non après le prononcé de la mesure privative de liberté.**

S'agissant de procédures d'instruction, le groupe estime que l'examen psychiatrique pourrait être ordonné soit par le parquet pendant le temps de la garde à vue (à condition qu'il porte sur la compatibilité de l'état du détenu avec une éventuelle détention, et non avec le maintien en garde à vue), soit ultérieurement par le magistrat instructeur.

Selon les cas, l'examen interviendrait avant ou après le débat contradictoire.

Avant le débat contradictoire, l'examen, notamment si le médecin constate l'existence d'un risque suicidaire majeur (qui, de l'avis des praticiens, membres du groupe, peut parfaitement être diagnostiqué lors d'un examen rapide), constituerait un des éléments d'appréciation dont le magistrat disposerait pour prendre sa décision sur l'incarcération.

Après le débat contradictoire, le magistrat instructeur, s'il juge l'incarcération indispensable et que le médecin a conclu à l'incompatibilité de l'état de santé du mis en examen avec un placement en détention et a préconisé une hospitalisation, pourrait envisager de faire hospitaliser la personne dans une structure adaptée et faire organiser la garde par les services de police ou de gendarmerie, comme cela peut se passer en cas de problèmes somatiques.

Dans les cas, très exceptionnels, où la personne, outre des tendances suicidaires, relèverait d'une indication d'hospitalisation pour un trouble psychiatrique majeur entravant son consentement, une hospitalisation à la demande d'un tiers, voire une hospitalisation d'office, pourrait être envisagée.

En tout état de cause, s'agissant des détenus par hypothèse fragiles mais dont l'état de santé est cependant compatible avec la détention, cet examen aurait le mérite de permettre l'intervention d'un tiers avant la mise sous écrou, de préparer ainsi la personne au choc de l'incarcération et, le cas échéant, de lui proposer un traitement.

Cet examen pourrait avoir lieu dans un local du dépôt spécialement aménagé à cet effet. Il supposerait la mise en place d'équipes de médecins, généralistes, psychiatres, de préférence d'experts, habitués à travailler avec l'institution judiciaire, susceptibles d'intervenir en urgence, sur le modèle de certaines équipes de médecins légistes. Il est à noter qu'à Lyon, une équipe de médecins généralistes et de psychiatres intervient déjà en urgence, soit dans les locaux de garde à vue, soit au tribunal, sur réquisitions des magistrats instructeurs, le cas échéant.

2- Favoriser la transmission d'informations entre l'autorité judiciaire et l'administration pénitentiaire.

L'autorité judiciaire, en particulier le juge d'instruction, détient un certain nombre d'informations qui peuvent être capitales quant au repérage du risque suicidaire. Les données relatives notamment à la nature de l'infraction (atteintes aux personnes, contre un proche), aux antécédents psychiatriques, à la situation familiale et socio-économique, au comportement de la personne pendant la garde à vue et lors de l'interrogatoire de première comparution, peuvent constituer, comme il sera exposé dans le chapitre sur l'évaluation et le repérage des risques suicidaires, des indicateurs importants. Or le magistrat instructeur détient le plus souvent, dès le moment où il décerne le mandat de dépôt, tout ou partie de ces informations.

Actuellement, c'est par le biais de la notice individuelle, en particulier de la rubrique "renseignements sanitaires", que le magistrat peut transmettre certaines de ces données à l'établissement pénitentiaire.

Le groupe souligne l'intérêt incontestable de la notice individuelle

Or, plusieurs chefs d'établissement ont signalé à l'administration centrale que les notices étaient parfois incomplètes, voire, dans certains cas, inexistantes. En outre, le groupe a repéré au moins un cas de suicide de l'année 1995, survenu 48 heures après l'écrou, pour lequel le magistrat instructeur n'avait pas joint la notice individuelle au mandat de dépôt. L'enquête ultérieure montrait que le détenu concerné, toxicomane sévère, risquait de se trouver en état de manque et que son comportement en garde à vue avait été particulièrement inquiétant, nécessitant l'intervention d'un médecin, tous éléments d'information dont la maison d'arrêt n'a pu avoir connaissance en temps utile.

Le groupe recommande donc, a minima, **que les autorités judiciaires rappellent aux magistrats instructeurs combien la transmission systématique de la notice individuelle est nécessaire dans la perspective de la prévention du suicide.**

Par ailleurs, le groupe souhaite **qu'une réflexion puisse être engagée sur le contenu même de la notice qui paraît pouvoir être amélioré.**

D'une part, l'actuelle notice en usage comporte des inexactitudes, de nature à favoriser une certaine confusion.

La question : "y a-t-il lieu de prescrire la mise en observation de la personne mise en examen au centre médico-psychologique régional - article D. 397 du code de procédure pénale" ? fait notamment référence à un article du code de procédure abrogé et utilise une terminologie inadaptée, les C.M.P.R. étant désormais nommés S.M.P.R.

Surtout, cette question, dans sa formulation actuelle, laisse entendre que le magistrat peut prescrire une mise en observation dans ce service, alors que l'admission en S.M.P.R. relève de la seule compétence du psychiatre responsable de ce service.

D'autre part, la pratique montre que la question sur l'existence d'éléments laissant craindre que la personne porte atteinte à son intégrité physique est renseignée de façon très disparate par les magistrats. Certains ont tendance à répondre très souvent par l'affirmative ou à mettre systématiquement un point d'interrogation, ce qui ôte toute pertinence au constat ou du moins en rend l'interprétation mal aisée par l'établissement.

La question pourrait être formulée différemment, de façon à intégrer une motivation ou se subdiviser en plusieurs questions, décrivant les facteurs de risque suicidaire.

Le problème du contenu de la notice individuelle demeure cependant très délicat, dans la mesure où il n'apparaît ni souhaitable ni possible de demander à l'autorité qui doit statuer sur la détention de pousser trop loin les investigations sur le risque suicidaire.

Le groupe de travail n'a donc pas approfondi ce problème, jugeant préférable de pouvoir en débattre avec les autorités judiciaires.

Outre la notice individuelle, l'enquête de personnalité prévue aux articles 41 et 81 alinéa 6 du code de procédure pénale, facultative ou obligatoire, contient incontestablement des éléments sur la situation personnelle et matérielle, familiale et sociale d'une personne, susceptibles de révéler un risque suicidaire.

Le groupe recommande donc que l'enquête de la **"Permanence d'Orientation Pénale" soit systématiquement transmise à l'établissement pénitentiaire en même temps que le mandat de dépôt, et à destination du service social**, afin d'assurer le respect du secret professionnel.

S'agissant des mineurs la transmission de l'enquête est en générale d'ores et déjà assurée mais, semble-t-il, de façon non systématique.

En dernier lieu, les praticiens membres du groupe de travail soulignent que les informations médicales d'ordre psychique qui ont pu être recueillies lors de la garde à vue, notamment en région parisienne lorsque les gardés à vue sont examinés aux urgences psychiatriques, ne sont pratiquement jamais transmises aux établissements pénitentiaires, contrairement aux informations d'ordre somatiques.

Lorsque les personnes font l'objet d'un examen médical pendant la garde à vue, notamment sur la compatibilité de leur état avec le maintien en garde à vue, il serait souhaitable **que les médecins aient la possibilité de transmettre un certificat relatant leurs constatations au service médical de la maison d'arrêt et même qu'ils y soient incités.**

Ils pourraient remettre, sous pli fermé, le certificat aux forces de l'ordre, à charge pour le magistrat instructeur de les joindre aux documents qu'il adresse à la maison d'arrêt avec le mandat de dépôt.

Lorsque le certificat comporte une prescription particulière et urgente, il conviendrait que le praticien inscrive une mention ad hoc sur l'enveloppe, afin que l'établissement, le cas échéant, mandate un médecin immédiatement, sans attendre l'ouverture du service médical.

Grâce à la transmission systématique de la notice individuelle modifiée, de l'enquête POP et des données médicales recueillies en garde à vue, le personnel pénitentiaire, le service social et le service médical de l'établissement pourraient disposer, dès la mise sous écrou, d'informations précieuses qui leur permettraient de repérer plus rapidement un éventuel risque suicidaire et de mettre en oeuvre en conséquence des mesures de prévention adaptées en favorisant notamment un accueil individualisé de la personne.

Cette première transmission d'informations est d'autant plus précieuse que l'établissement ne pourrait lui-même reconstituer ces données qu'après plusieurs jours d'examen, d'entretiens et d'observations alors que les premières heures qui suivent l'écrou peuvent être fatidiques.

La circulation de l'information doit cependant être assurée tout au long de l'incarcération. Au cours de l'instruction notamment, le magistrat peut, par le biais des expertises psychiatriques et psychologiques, être destinataire d'informations particulièrement utiles pour déceler un risque suicidaire. Or, si certains magistrats en avisent les maisons d'arrêt, d'autres s'abstiennent.

Il serait souhaitable que les autorités judiciaires puissent **attirer l'attention des magistrats instructeurs, en les sensibilisant aux questions de prévention du suicide, sur la nécessité de transmettre certaines informations aux établissements pénitentiaires.**

Réciproquement, il conviendrait de veiller à ce que **les établissements informent les magistrats instructeurs de toute dégradation de l'état de santé physique ou mentale d'un détenu et notamment de toute hospitalisation, y compris en SMPR** (même sans changement d'établissement).

De façon générale, lorsque des réunions pluridisciplinaires sont organisées par les directeurs de maisons d'arrêt, associant service social, service médical, membres de la direction et du personnel pour mettre en place localement des mesures de prévention, le groupe ne peut que souhaiter la participation des magistrats instructeurs et des membres du parquet à ces réunions.

3 - Eviter, dans la mesure du possible, les écrous tardifs.

Les écrous réalisés à une heure tardive de la journée posent à l'administration pénitentiaire des problèmes bien connus qui, dans le souci de prévention du suicide, peuvent être particulièrement cruciaux.

L'accueil d'un détenu "fragile" est d'autant plus malaisé que les effectifs de personnel sont réduits et que les services sociaux et médicaux sont fermés.

Si la plupart des écrous tardifs sont incontournables, parce que les nécessités de l'enquête notamment imposent d'utiliser la totalité du temps légal de garde à vue, certains écrous tardifs paraissent plutôt liés à des contingences matérielles. Une meilleure organisation des services pourraient, dans ce cas, permettre d'y remédier.

Le groupe souhaite **que les autorités judiciaires soient à nouveau saisies de cette question difficile, sous l'angle de la prévention du suicide.**

En conclusion, le groupe estime nécessaire **de saisir la direction des affaires criminelles et des grâces de l'ensemble de ces questions.**

Il recommande qu'une réunion de travail sur ces thèmes, associant la direction des affaires criminelles et des grâces, l'administration pénitentiaire, le Ministère de la Santé et des magistrats instructeurs, soit organisée dans les meilleurs délais.

- CHAPITRE II -

AU MOMENT DE L'ECROU : ASSURER UN ACCUEIL INDIVIDUALISE

Les travaux de socio-démographie de Nicolas BOURGOIN, présentés en annexe n°V, permettent de constater combien les premières heures d'arrivée dans un établissement sont, en terme de risque suicidaire, déterminantes.

Le groupe, après avoir cherché à analyser en quoi ce temps pouvait se révéler sensible, propose la mise en place d'un dispositif d'accueil et des lignes directrices en termes de formation des personnels.

1 - Le constat : le choc de l'incarcération

Le choc de l'incarcération est un phénomène bien connu sur le plan théorique et qui sur le plan pratique n'échappe pas à la connaissance du personnel de surveillance en général et de manière encore plus évidente du personnel habitué à l'accueil des arrivants.

La notion de choc, de changement, de rupture pour l'individu se comprend d'autant mieux que l'incarcération est initialement "une prise de corps".

Le phénomène ne prend bien évidemment pas ses racines à l'écrou mais s'opère dès le début du processus pouvant conduire à l'incarcération (arrestation, placement en garde à vue et conduite à la maison d'arrêt). Au cours de ce processus, l'individu perd progressivement ses repères, puis subit un phénomène de dépersonnalisation, étant ainsi placé dans une situation qui présente en terme de risque suicidaire un potentiel important.

A- La suspension transitoire des repères :

La personne une fois arrêtée, et placée en garde à vue, passe 24 à 48, voire 72 heures avec les mêmes vêtements dans un climat de stress.

La garde à vue la coupe momentanément de l'extérieur, du contact avec son entourage. C'est un moment éminemment anxiogène où l'individu peut être hanté par la peur d'aller en prison, de ne plus pouvoir décider pour lui même, et être submergé par le geste délictueux.

Le passage devant le juge d'instruction qui détermine la mise en détention provisoire, peut, dans certains cas, favoriser le retour au calme car il met momentanément un terme à l'incertitude et a le pouvoir de fixer le devenir immédiat.

Toujours dans le même état physique, le détenu passe au dépôt, au milieu d'autres individus, de façon impersonnelle. Il y entend parfois les pires descriptions sur son futur lieu d'affectation.

B - La dépersonnalisation:

Sur le lieu de détention, il existe plusieurs passages obligés : réception, contrôle ou affectation par une équipe de surveillants aux missions diverses :

- Sécurité
- Fouille
- Observation
- Greffe

Au terme de cet accueil, souvent impersonnel, dans les grandes maisons d'arrêt, la personne incarcérée est devenue un numéro sur une carte d'identité pénitentiaire, une catégorie délictueuse, une liste d'objets de fouille.

Elle n'a plus ses papiers d'identité, ou ses documents personnels (carnet d'adresses, photos de famille...), pas toujours sa montre, ses bijoux. De fait, elle perd tous moyens de communication habituels.

Elle est ensuite placée dans une cellule d'arrivant, seule ou avec plusieurs co-détenus, dans l'attente des divers entretiens d'accueil.

Cette étape, de l'entrée dans l'établissement jusqu'aux entretiens d'accueil, peut être aménagée de façon à limiter les effets de la perte des repères, et de la dépersonnalisation.

A cette fin, le groupe considère que la phase d'accueil doit être l'objet d'une attention toute particulière. Plusieurs mesures peuvent être proposées.

2 - La mise en place d'un nouveau dispositif d'accueil

A - L'objectif : accueillir une personne :

L'objectif essentiel est, selon le groupe, de rechercher, lors de cette phase d'accueil, les moyens de restaurer l'individu dans sa capacité de sujet, en le différenciant du groupe et dans le respect d'un cheminement personnel.

Dans la prise de corps, il y a perte de la liberté de se déplacer mais pas prise de pouvoir sur la personne. Il convient donc de placer une limite afin de restaurer une certaine autonomie pour l'individu, ce qui permet, dès lors, un respect du corps comme une partie de sa personne.

Le corps est au centre de cet objectif puisqu'il est objet du suicide et particulièrement porteur de l'individualité dans cette phase de l'incarcération.

Il s'agit à la fois d'assurer la transmission de repères dans le temps et d'aménager une "bonne" distance vis à vis du corps, qui permette une hygiène tout en autorisant un regard sur le corps compatible avec la mission de surveillance du personnel et assure le respect des règles inhérentes aux fouilles à corps, en évitant l'intrusion de la personne.

B - Les moyens

Le groupe propose un dispositif d'accueil à deux volets, comportant la mise à disposition d'un certain nombre d'objets relatifs à la fois aux repères et au corps (a) et la mise en place d'un accueil individualisé par un agent référent (b).

Un tel dispositif est de nature à faciliter la prise de mesures de prévention en cas de risque suicidaire avéré (c).

a) Mise à disposition :

Afin de contribuer à une définition de la place du corps et de son respect, le groupe juge indispensable la mise à disposition :

- d'un nécessaire de toilette
- de vêtements propres
- d'une douche à l'arrivée

Afin d'établir une relation avec l'extérieur et de redéfinir l'individu par rapport à ses repères habituels, le groupe juge indispensable la mise à disposition :

- d'un nécessaire de correspondance
- d'une plaquette arrivants destinée à donner des repères dans le temps.

La plaquette devra notamment fournir au détenu, de façon claire et succincte, des informations concrètes sur :

- les délais des audiences arrivants
- les rôles et fonctions des divers interlocuteurs
- les délais et démarches consistant à rétablir des moyens de communication avec l'extérieur (délais moyens d'obtention d'un premier parloir...).

La conception de cette plaquette diffère quelque peu des différentes plaquettes arrivants déjà utilisées dans certains établissements, puisque il ne s'agit pas seulement de donner au détenu une information générale sur la vie et le fonctionnement de l'établissement, mais de le renseigner précisément sur tous les délais relatifs aux différents moments de l'accueil.

Le dispositif ainsi décrit est déjà en place au moins partiellement dans de nombreux établissements. Le groupe propose donc **que ces diverses mises à disposition soient généralisées de façon systématique et que les chefs d'établissements soient invités à veiller à leur stricte application.**

b) Un accueil individualisé par un agent référent

Afin de favoriser un accueil individualisé de la personne, le groupe propose **l'institution d'un agent référent.**

L'agent référent aurait **une double mission** : partie intégrante de l'équipe d'accueil, il devrait, premièrement, constituer un élément de continuité relationnel pour le détenu.

A cette fin, il conviendrait qu'il puisse mener une action transversale lors des différentes phases de l'accueil et qu'il soit clairement identifié comme référent par les détenus. Le processus d'identification peut varier d'un établissement à l'autre, suivant les tâches qui sont confiés à l'agent référent. Il est suggéré, à titre d'exemple, que l'agent remette à chaque détenu la plaquette arrivant au cours d'un bref entretien.

L'agent référent, deuxièmement, devra recueillir, dans le temps de son action, toutes informations utiles à la prévention du suicide, immédiatement perceptibles par lui-même, ou par l'intermédiaire du personnel de surveillance, voire de la personne incarcérée elle-même.

Afin de faciliter le recueil d'informations de l'agent référent, le groupe a élaboré un document joint page 36 qui précise les domaines sur lesquels peut porter l'observation lors de cette phase d'accueil : l'adaptation au lieu (connaissance de la prison et réaction à l'incarcération), l'adaptation au groupe, la relation au corps, les liens avec l'extérieur.

Le groupe n'a pas souhaité, à ce stade, définir plus précisément la mise en pratique de la procédure préconisée.

En effet, il n'est pas possible de proposer un modèle unique de l'agent référent : chaque établissement devra trouver ses propres modes d'organisation interne qui assurent le respect de l'esprit de l'institution de l'agent référent. Ainsi, suivant la taille des établissements, le nombre d'entrants journalier, l'organisation du service et l'heure de l'écrou, la désignation de l'agent référent est susceptible de revêtir des formes différentes. Le terme d'agent référent sous-entend l'idée d'une fonction et non d'un grade.

S'il existe, par exemple une équipe chargée de l'accueil, l'agent référent sera plutôt un personnel de surveillance. Suivant la taille de l'équipe, un ou plusieurs agents pourront être désignés comme agent référent, chargés chacun d'un nombre de détenus à déterminer (5 à 10). Afin de responsabiliser l'ensemble de l'équipe, on peut imaginer que tous les membres soient désignés à tour de rôle comme agent référent, par le gradé responsable.

Dans les petits établissements, au contraire, et notamment lors des écrous tardifs, le personnel de surveillance chargé seul des différentes phases de l'accueil sera, ipso facto, désigné comme agent référent.

De même, il conviendra de trouver localement l'organisation de service qui permette à l'agent référent d'assurer pleinement sa fonction et, suivant cette organisation, de préciser les contours exacts de sa mission par rapport à celle du personnel d'encadrement, chargé de prendre toutes mesures utiles en cas de risque suicidaire.

A ce stade d'élaboration, le groupe propose **que l'institution de l'agent référent soit expérimentée dans différentes catégories d'établissements.**

Il est préconisé de désigner au moins trois maisons d'arrêt, deux établissements de province de taille petite et moyenne et un établissement de la région parisienne ainsi qu'un centre de détention (à déterminer) où le projet d'exécution de peine est à ce jour mis en place.

Cette phase d'expérimentation pourrait durer 6 mois. A l'issue de celle-ci, après évaluation et étude comparée des différentes pratiques élaborées par les établissements, il serait possible d'envisager la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire, en précisant, le cas échéant, des modalités particulières de mise en oeuvre, suivant les catégories d'établissements.

c) Les mesures de prévention

A l'issue de ce recueil des informations par l'agent référent, deux situations peuvent se présenter, suivant qu'il apparaît ou non nécessaire de prendre des mesures immédiates.

S'il n'apparaît pas nécessaire de prendre des mesures urgentes, les informations recueillies sur le support écrit (document joint en annexe) devront être transmises à toutes fins utiles, aux différents acteurs de l'accueil des arrivants qui assurent les visites des entrants prévues à l'article D. 285 du code de procédure pénale dans les jours qui suivent l'écrou. Ceux des détenus pour lesquels l'agent référent aura repéré une fragilité pour les jours à venir seront particulièrement signalés et devront faire l'objet d'une attention spécifique lors des audiences arrivants. Pour les autres, aucun signalement particulier ne s'imposera. Dans les deux cas, cette première observation sera relayée par le dispositif de repérage des risques suicidaires en cours de détention, décrit au chapitre suivant.

Si la situation personnelle et l'état psychologique du détenu apparaissent particulièrement préoccupants, il pourra être nécessaire de prendre immédiatement, sans attendre les visites des entrants, des mesures de prévention.

Le groupe rappelle qu'il peut être utile de **faire appel au médecin**, nonobstant les difficultés relatées dans le chapitre précédent.

Le groupe préconise, en outre **l'appel au personnel de direction de permanence** pour information et prise de décision.

S'agissant en second lieu du **doublage en cellule**, cette mesure appelle les observations suivantes :

Cette mesure qui à l'heure actuelle semble très largement utilisée n'apparaît pas toujours comme la réponse la mieux adaptée.

Premièrement, son efficacité est douteuse.

On déplore en effet un nombre important de suicides intervenus la nuit, lorsque le ou les co-détenus se trouvent dans un état de sommeil profond, parfois sous l'emprise de somnifères ou de divers médicaments, et alors même que le choix d'une cellule double ou triple a été effectué à des fins explicites de prévention du suicide.

Deuxièmement, le doublage en cellule fait parfois peser une responsabilité morale très lourde sur le co-détenu, qui peut ultérieurement entraîner des conséquences psychologiques irréversibles et que le groupe de travail ne saurait cautionner

Troisièmement, la présence d'un co-détenu, indifférent ou avec lequel l'arrivant n'a pas eu le temps d'entrer en contact parce que l'installation dans la cellule s'effectue la nuit alors que celui-ci dort déjà, peut accroître l'anxiété de l'arrivant. En outre, la réflexion menée a souligné la place du corps dans le sentiment d'individualité. Cette place est parfois mieux préservée dans la solitude.

En conséquence, le groupe souhaite insister sur **la nécessité d'éviter le caractère systématique du recours au doublage en cellule, à titre de mesure de prévention.**

Le recours au doublage en cellule doit toujours être effectué avec circonspection et le choix de la personne d'un co-détenu exige le plus grand discernement.

En outre, à titre d'alternative au doublage en cellule, le groupe propose **l'affectation dans une cellule d'accueil bénéficiant d'un équipement spécifique permettant un contact facilité avec les agents.**

Le groupe préconise que cette cellule d'accueil soit équipée d'un interphone ou d'un système d'alerte, sonore plutôt que visuel.

Il est proposé de **saisir la sous-direction des affaires administratives d'une étude sur cette question**, notamment sur les possibilités techniques d'aménagement, les coûts et l'évaluation du nombre de cellule d'accueil spécialement équipées, qui serait nécessaire par type d'établissement;

3 - La formation des personnels

En complément de ce qui a été proposé de façon générale en matière de formation des personnels, le groupe a relevé cinq points relatifs à l'accueil qui pourraient utilement être intégrés aux programmes de formation.

- 1 - Une information sur la relation de l'individu au corps : le sien, celui de l'autre
- 2 - Une réflexion sur ce que peuvent être les besoins initiaux d'une personne vivant les premières heures de son incarcération
- 3 - Une information visant à comprendre ce que peut recouvrir l'idée de "choc de l'incarcération" au regard de la problématique du risque suicidaire
- 4 - Une information sur l'affectation en cellule, notamment sur les critères qui peuvent justifier le choix des co-détenus et sur le recours à une cellule d'accueil spécialement équipée pour permettre un contact personnalisé
- 5 - Une approche victimologique axée sur l'idée qu'il peut apparaître important pour la victime (personne physique ou corps social) de maintenir l'infacteur dans son individualité.

Ces points mériteraient d'être abordés tant en formation initiale qu'en formation continue:

A - La formation initiale

Il semble opportun d'insister en formation initiale sur les quatre premiers points proposés ci-dessus. Ces points doivent être intégrés à la formation de toutes les catégories de personnels et notamment : surveillants, premiers surveillants, chef de service pénitentiaire, personnel d'orientation et de probation et sous-directeurs. Le thème de formation sur l'affectation en cellule pourrait cependant être proposé en priorité aux premiers surveillants ainsi qu'aux chefs de service en formation initiale.

En outre, il est proposé de mettre en place une information spécifique des formateurs chargés de l'encadrement des groupes d'élèves à l'E.N.A.P. sur les divers thèmes abordés.

B - La formation continue

Pour les personnels qui n'auront pas bénéficié de la formation initiale, l'ensemble de ces thèmes pourra être abordé en formation continue.

Pour les autres, il conviendra d'insister sur les deux derniers paramètres : l'affectation en cellule, en particulier l'usage d'une cellule d'accueil spécifique permettant un contact personnalisé, et l'approche victimologique.

Dans les deux cas, la formation continue devra être multicatégorielle, et éventuellement impliquer plusieurs personnes d'une même équipe de travail.

S'agissant de la victimologie, il convient d'apporter quelques précisions.

L'étude de N. BOURGOIN a mis en valeur l'importance du risque suicidaire chez les auteurs de crimes, notamment à composante sexuelle.

Ces situations entraînent souvent de la part des interlocuteurs des réactions de rejet qui ne permettent pas dans un premier temps un respect de l'individu. Or, c'est Bien dans les premières heures de l'incarcération qu'il faut faciliter cet aspect d'une rencontre. Le suicide est parfois entendu comme une auto-punition se substituant dès lors à la fonction de la Justice. Que l'individu infracteur échappe de son fait au champ du judiciaire est assez unanimement ressenti comme un soulagement. Les interlocuteurs n'ont pas le sentiment de déroger à leur fonction. La dimension victimologique peut ici permettre de donner à chacun des moyens de retrouver une place sociale et d'en saisir la cohérence: protéger l'infracteur, c'est permettre à la victime au sens large (société civile et personne physique) une reconnaissance des faits et une restauration du tissu social, notamment grâce à la fonction de catharsis du procès.

Une formation à la victimologie peut, ainsi, donner des éléments professionnels pour se situer dans les premières heures de la mise en présence. Cette formation peut, en outre, permettre de passer au-delà du délit pour rencontrer une personne.

En conclusion, le groupe souhaite que **l'E.N.A.P. et la Sous-Direction des Ressources Humaines soient saisie de ces propositions** dans les meilleurs délais afin que des programmes de formation puissent être élaborés et entrer en application dès la mise en oeuvre des mesures de prévention préconisées.

L'OBSERVATION DU DETENU LORS DE LA PHASE D'ACCUEIL

L'adaptation : les lieux

| | |
|---------------------------------|---|
| La prison est-elle connue ? | Oui Non. |
| La réaction à l'incarcération ? | Peur Colère Injustice Abattement Hébétude Indifférence |
| Observations : | |

L'adaptation : le groupe

| | |
|-----------------------|--------------------|
| L'intéressé cherche ? | Contact Retrait |
| Observations : | |

Le corps :

| | | |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------|
| Y-a-t-il douleur exprimée ? | | Oui Non |
| Quel état à l'arrivée ? | Hygiène | Bonne/Correcte/Insuffisante |
| | Présentation | Bonne/Correcte/Insuffisante |
| La douche ? | | Acceptée/Réticent/Refusée |
| Le nécessaire de toilette ? | | Acceptée/Réticent/Refusée |
| Observations : | | |

Les liens avec l'extérieur

| | |
|---|----------------------------|
| La famille est-elle évoquée ? | Oui Non |
| La famille est-elle objet de l'infraction ? | Oui Non |
| Y-a-t-il évocation d'autres personnes ? | Avocat/Magistrat/Employeur |
| Observations : | |

- CHAPITRE III -
EN COURS DE DETENTION :
REPÉRER ET PRENDRE EN COMPTE LES RISQUES
SUICIDAIRES

1 - Les facteurs de risques suicidaires

Il n'existe pas, à ce jour, d'étude épidémiologique complète sur le suicide en milieu carcéral. Dans le laps de temps imparti, le groupe n'était pas en mesure de mener une telle étude.

Cependant le groupe, pour déterminer les facteurs de risque suicidaire, disposait de nombreux outils.

Les études épidémiologiques sur le suicide dans la société libre, menées à l'origine par des chercheurs anglo-saxons, se sont développées ces dernières années en France, notamment s'agissant du suicide des jeunes. L'étude de sociodémographie de Nicolas BOURGOIN (présentée en annexe n° V) sur le suicide en prison entre 1982 et 1991, prolongée par une étude du SCERI pour la période 1992 - 1995 (non encore diffusée), a permis de dégager, statistiquement des lieux à risque (le quartier disciplinaire), des moments à risque (la première semaine de placement en détention, la semaine suivant ou précédent la date du jugement, les premières heures du placement au quartier disciplinaire, les samedi et lundi, les veilles de fêtes) ainsi que de préciser le profil social, (personnes bien insérées sur le plan professionnel, économique, et familial), pénal (prévenu, mis en examen pour un crime ou un délit contre les proches) et pénitentiaire (à l'origine de certains types d'incidents en détention) des personnes présentant des risques majeurs.

En outre, le groupe a disposé de documents étrangers, notamment de questionnaires de dépistage des risques suicidaires, élaborés en Angleterre et au Canada.

Enfin, les expériences professionnelles des praticiens du groupe de travail ont favorisé une approche empirique de la question des facteurs de risque.

Le groupe a ainsi pu déterminer des facteurs de vulnérabilité, des signes d'alarme et des événements de nature à favoriser le passage à l'acte.

Les facteurs de vulnérabilité tiennent à la situation pénale, familiale et sociale de la personne, à ses antécédents médicaux, personnels ou familiaux, à ses habitudes de vie et à certains aspects de son caractère.

Les signes d'alarme, ou signaux de détresse sont repérables au niveau du comportement et des messages verbaux, ou non verbaux, émis par une personne.

Enfin les événements de nature à favoriser le passage à l'acte peuvent être en lien avec l'extérieur, avec la détention ou avec l'activité judiciaire.

Le cumul de plusieurs facteurs fragilise la personne dans sa capacité à gérer les conflits internes et à faire face aux difficultés auxquelles elle est confrontée.

L'association de plusieurs signaux d'alarme, leur extension ou développement, et la survenue d'événements particuliers augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire.

2 - Le repérage des risques suicidaires

Les risques suicidaires, ainsi définis, peuvent être repérés en cours de détention, tant par le service médical et le service social que par les personnels de surveillance.

C'est paradoxalement le personnel de surveillance qui paraît, par sa culture professionnelle et sa formation, le moins bien préparé à effectuer ce repérage, alors même qu'en contact continu et quotidien avec tous les détenus, il occupe une position d'observateur privilégié.

Le groupe a donc élaboré, à destination des personnels de surveillance, un guide d'analyse de situation comportant une liste d'items susceptibles de servir à l'appréciation du risque suicidaire.

La grille d'analyse des situations se présente comme un outil d'aide à l'observation susceptible de favoriser la réflexion et l'analyse des situations.

Elle se distingue, en ce sens, des questionnaires systématiques de dépistage utilisés dans certains pays anglo-saxons qui sont remplis par le personnel de surveillance après un entretien avec le détenu. De l'avis général du groupe, ce type de questionnaire s'inscrit dans un contexte culturel et pénitentiaire spécifique et difficilement transposable en France. Il présente, en outre, l'inconvénient de ne pas favoriser un véritable dialogue entre le personnel et le détenu. Enfin, par son caractère formaliste et routinier, l'utilisation de tels questionnaires risque d'empêcher une observation dynamique et continue.

La grille d'analyse des situations a, au cours des travaux du groupe, été testée au quartier des femmes de la maison d'arrêt d'Epinal.

Les surveillantes ont eu pour mission de recueillir, pour chaque détenue, les éléments d'information, correspondant à la liste d'items. Très intéressées par la démarche, elles ont été à même de consigner rapidement sur des fiches individuelles les renseignements demandés sur la base d'observations propres, de conversations avec les détenues et, dans certains cas, avec les visiteuses de prison, ainsi que de questions posées aux surveillantes.

Ces dernières, qui paraissaient par ailleurs réticentes pour lire et utiliser directement la grille d'observation ont été particulièrement attentives aux questions que leur posaient la gradé. Ces questions ont ainsi joué un rôle pédagogique et ont permis d'aiguiser le regard des surveillantes.

L'expérience a été couronnée de succès dans un contexte local idéal : surveillantes en nombre suffisant, et personnels permanents, petit effectif (10 femmes détenues) et durée moyenne de séjour relativement longue.

Le groupe juge donc nécessaire d'étendre l'expérience à plusieurs établissements de types différents.

Il propose **que la grille d'analyse des situations soit testée dans les mêmes sites que l'institution de l'agent référent** chargé de l'accueil, à savoir sur trois maisons d'arrêt (deux établissements de taille petite et moyenne de province et un établissement de la région parisienne) ainsi que sur **un centre de détention** où le projet d'exécution de peine est, à ce jour, mis en place.

Dans la mesure où cet outil ne peut faire l'économie d'une information orale préalable à son utilisation, un membre du sous-groupe de travail chargé de l'élaboration de la grille pourrait se déplacer dans les établissements concernés pour dispenser cette information.

Il appartiendrait en outre à ce membre du groupe de travail d'aider les acteurs de terrain à définir certaines modalités pratiques d'utilisation de la grille et à mettre en place des outils d'articulation entre les différents intervenants (service social, service médical et personnel de surveillance).

Le guide d'analyse des situations se contente, en effet, de préciser que la conjugaison de plusieurs facteurs de risque et/ou l'apparition d'un événement majeur dans une situation individuelle "doit constituer un signal d'alerte qui justifie que ceux qui ont repéré ces indices en parlent à des tiers (hiérarchie, service socio-éducatif, service médical, S.M.P.R.)", l'essentiel étant que "la vigilance soit partagée et que des mesures diverses soient prises en commun".

Le groupe n'a pas jugé utile de systématiser davantage la procédure parce que, étroitement dépendante du contexte particulier de chaque établissement, elle paraît devoir relever de l'initiative locale.

Dans le souci d'insuffler un esprit plutôt que d'imposer une méthode, le groupe peut, tout au plus, lister quelques points qui mériteraient d'être localement étudiés et précisés :

- désignation éventuelle d'un gradé référent, plus spécialement responsable d'un nombre de détenus à déterminer et organisation du service de nature à favoriser l'îlotage.

- centralisation des informations recueillies sur une "fiche d'observation" qui demeurerait en détention mais dont l'existence serait signalée au service social et au service médical, à charge pour ces derniers de transmettre toutes informations complémentaires qu'ils jugeraient utiles.

- organisation éventuelle de réunions pluridisciplinaires "d'études de cas", qui permettent de proposer un "programme d'aide" au détenu.

A l'issue de la phase d'expérimentation, qui ne devrait pas dépasser une durée de 6 mois, il conviendrait, comme il a été proposé pour l'institution de l'agent référent à l'accueil, de procéder à son évaluation et de comparer les pratiques des différents établissements.

Cette exploitation des résultats de l'expérience permettrait de valider le guide et la grille d'analyse des situations, puis de définir les conditions de la généralisation de l'utilisation de ces outils sur l'ensemble du territoire avec, le cas échéant, des modalités particulières suivant les catégories d'établissements.

Dans tous les cas, il apparaît d'ores et déjà nécessaire que des personnes ayant reçu une formation ad hoc puissent dispenser dans chaque établissement une information orale préalable à l'utilisation de ces outils.

3 - L'outil méthodologique :

Le guide d'analyse des situations

(voir pages suivantes)

GUIDE D'ANALYSE DE SITUATION

PREVENTION DES SUICIDES EN PRISON

GUIDE D'ANALYSE DE SITUATION

POURQUOI CE GUIDE ?

Ce guide n'est pas un questionnaire qui s'adresse directement aux personnes incarcérées.

C'est un outil d'aide à l'observation, à la réflexion, à l'analyse de situation pour une meilleure intervention.

Il a pour finalité de permettre aux personnels, qui l'utilisent, de se questionner eux-mêmes, du fait :

- de leur propre observation
- et de celle apportée par le concours d'autres agents.

Les personnels d'encadrement, sur la base de ce guide d'analyse de situation, exploitent les observations recueillies par les surveillants, aux fins de repérer les facteurs ou indices qui conduiraient à une éventuelle intervention.

Ces facteurs sont constitués par les éléments de la situation de la personne détenue, notamment ceux déjà recueillis sous des formes diverses :

- données communiquées par le greffe,
- observation directe, éléments spontanément évoqués par l'intéressé lui-même,

- entretiens entre des personnels,
- entretiens entre des détenus, etc....

L'intervention peut se situer à différents niveaux et le personnel de surveillance, comme le personnel d'encadrement, est généralement capable de trouver seul des réponses appropriées à chacune des situations observées.

Cependant, lorsqu'il y a :

- conjugaison de plusieurs éléments
- ou apparition d'un événement majeur dans une situation individuelle,

cela doit constituer un signal d'alerte qui justifie que ceux qui ont repérés ces indices en parlent à des tiers :

- la hiérarchie,
- le service socio-éducatif,
- le service médical (UCSA),
- le SMPR (s'il existe dans l'établissement).

COMMENT UTILISER CE GUIDE ET QUAND ?

Vous trouverez dans les tableaux ci-joints un certain nombre de critères ou indices pouvant être repérés comme signaux d'alerte d'une éventuelle conduite suicidaire.

Il ne s'agit pas de qualifier la personnalité du détenu, mais d'essayer de déceler, tout au long de la détention, des éléments de fragilité qui peuvent varier dans le temps.

Vous porterez particulièrement votre attention sur certains moments de la vie du détenu, en lien :

-avec l'activité judiciaire ou pénitentiaire (arrivée, décisions judiciaires, évènements pénitentiaires, transfèrements, etc)

-ou avec sa vie personnelle (qu'il s'agisse de l'évolution des liens avec ses proches ou de ses relations à l'intérieur de la prison).

L'expérience montre en effet que la fragilité est plus forte et les risques de suicide sont plus importants dans :

-les 48 premières heures suivant l'incarcération

-et en règle générale, au cours du premier mois de détention

-lors d'incidents conduisant à une mesure disciplinaire (cf groupe de travail QD)

COMMENT ET AVEC QUI EXPLOITER CES INFORMATIONS?

Une fois ces données recueillies, si vous constatez que votre observation et celle de vos agents se traduisent par le cumul de plusieurs indices, il est conseillé d'en faire part :

-systématiquement à la direction,

et suivant les indices repérés :

-au service socio-éducatif

-au service médical.

Concrètement, l'essentiel est que vous puissiez en parler à un tiers, en lui indiquant les indices qui vous semblent significatifs afin que la vigilance soit partagée et que des mesures diverses soient prises en commun.

PREVENTION DES SUICIDES EN PRISON
GRILLE D'ANALYSE DE SITUATION

RECHERCHE D'INDICES POUVANT LAISSER SUPPOSER UNE
EVENTUELLE CONDUITE SUICIDAIRE

COMMENTAIRES

9-) Appréciation d'une vulnérabilité
vous essaieriez d'apprécier ce que vous savez de
l'histoire personnelle et de la façon d'être de la
personne, indépendamment de son statut de détenu

10- Que savez-vous de l'intéressé?

a-t-il des antécédents personnels de.....

-dans sa famille, y a-t-il eu.....

11-Que savez-vous de son caractère? est-il.....

12-Lui connaissez-vous d'autres problèmes?.....

INDICES

1°) Appréciation d'une vulnérabilité
personnelle

100- tentative de suicide ou d'automutilation..... 100

101- état dépressif..... 101

102- soins psychiatriques..... 102

103- dépendance à l'alcool, aux drogues..... 103

104- tentative de suicide ou d'automutilation..... 104

105- état dépressif..... 105

106- soins psychiatriques..... 106

107- suicide..... 107

110-agressif, hostile..... 110

111-instable, impulsif..... 111

112-timide, sombre, renfermé..... 112

120 maladies, soucis de santé..... 120

121-absence de famille, de proches, d'amis,
(absence de parler, de correspondance)..... 121

122- absence d'insertion sociale ou
professionnelle, mesure d'éloignement du
territoire, etc..... 122

OBSERVATIONS SUPPLEMENTAIRES
EVENTUELLES

renvoyer le
penitencier
concerné

2°) Evénements de vie récents

Connaissiez-vous des événements récents de sa vie susceptibles de le fragiliser ?

20- en lien avec l'extérieur.....

21-en lien avec la détention.....

22-en lien avec l'activité judiciaire
(par exemple, attente du procès, des voies de recours.....)

(par ex, décision d'ajournement, de rejet de permission de sortir, d'aménagement de peine, de libération conditionnelle).....

23-en lien avec l'activité pénitentiaire

2°) Evénements de vie récents

200-deuil, maladie ou perte d'un proche.....
201-rejet par les proches, rupture affective, situation vécue comme humiliante, d'échec.....

210-attitudes particulières lors de la procédure d'écrou (lors des renseignements donnés au greffe, empreintes, fouille, etc.....)
211-appréhension de l'incarcération, de la population pénale, du régime de détention

212-absence de communication en détention, rejet des co-détenus, brimades, incidents disciplinaires.....

220-attente des échéances judiciaires.....
221-appréhension des comparutions, des confrontations, du jugement, de la sentence etc

222-attentes, incertitudes relatives à des mesures d'individualisation ou d'aménagement de peine (décision d'ajournement ou de rejet d'une permission de sortir, etc.....)

230- positionnement en cellule et changements éventuels, activités, classement au travail, formation, transferts, etc... tout ce qui est soumis à autorisation individuelle.....

200

201

210

211

212

220

221

222

230

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| <p>3°) Comportement et expression actuels</p> <p>300 - Remarquez-vous chez l'intéressé des attitudes qui vous paraissent étranges ?</p> | <p>3°) Comportement et expression actuels</p> <p>300-trop grand calme, hébété ou, au contraire agitation anxieuse (déambulation, pleurs....)</p> <p>301-insomnie, évitement des contacts, refus alimentaire, refus de soin.....</p> <p>302-détachement, froideur.....</p> <p>303-expression de désespoir, d'absence de tout avenir, expression de projet de suicide.....</p> | <p>300</p> <p>301</p> <p>302</p> |
| <p>4°) motif d'incarcération et situation pénale</p> <p>400- L'intéressé vit-il avec difficulté le motif et les incidences de l'incarcération</p> | <p>4°) motif d'incarcération et situation pénale</p> <p>400-délit ou crime amenant une forte culpabilité (infraction commise par ex contre un proche, (crime de sang).....</p> <p>401-délit ou crime risquant de provoquer à son égard une forte agressivité de la population pénale (atteinte aux moeurs, inceste).....</p> <p>402-expression de "déchéance sociale" (perte de l'honneur, du statut social, des biens..), expression de honte.....</p> | <p>400</p> <p>401</p> <p>402</p> |
| <p>TOTAL D'INDICES</p> <p>1°</p> <p>2°</p> <p>3°</p> <p>4°</p> | | |

PREVENTION DES SUICIDES EN PRISON

(à remplir par le gradé)

NOM DE LA PERSONNE INCARCEREE

N° ECROU

POSITION

NOM du gradé ayant regroupé les observations

Quelles sont ces observations ?

Lequel de ces services avez-vous contacté ?

| | |
|-------------|------|
| . direction | date |
| . SSE | date |
| . UCSEA | date |
| . SMPR | date |

Avez-vous des observations complémentaires à formuler ?

La situation de la personne dont il est à craindre une tentative de suicide a-t-elle fait l'objet d'un examen collectif ? avec quels personnels ?

Quelle décision a-t-elle-été prise ? à quelle date ?

Sous quelle forme l'information relative à cette décision a-t-elle été transmise, en retour, aux différents personnels concernés ?

- CHAPITRE IV -

PREVENTION DU SUICIDE AU QUARTIER DISCIPLINAIRE

L'analyse socio-démographique des suicides survenus alors que les détenus étaient placés en cellule de punition montre que le quartier disciplinaire est un haut lieu du risque suicidaire. L'étude statistique menée par N. Bourgoïn sur la période 1982-1991, et prolongée ensuite sur la période 1992-1995, permet en effet de faire plusieurs constats :

Premièrement, le nombre de suicides au quartier disciplinaire est élevé

- sur 621 suicides intervenus entre 1982 et 1991, 88 se sont déroulés au quartier disciplinaire, soit un taux de 14,17 %.
- sur les 95 suicides de l'année 1992, 13 ont lieu au Q.D. (13,7 %)
- sur les 101 suicides de l'année 1993, 8 ont lieu au Q.D. (7,9 %)
- sur les 101 suicides de l'année 1994, 9 ont lieu au Q.D. (8,9 %)
- sur les 107 suicides de l'année 1995, 12 ont lieu au Q.D. (11,2 %)

Deuxièmement, ces suicides interviennent dans un laps de temps très court après le placement en cellule de punition

Sur les 88 suicides au quartier disciplinaire recensés par N. Bourgoïn (entre 1982 et 1991), 48 ont eu lieu alors que les détenus étaient placés en prévention disciplinaire.

- sur les 13 suicidés de 1992, 6 étaient placés en prévention
- sur les 8 suicidés de 1993, 5 étaient placés en prévention
- sur les 9 suicidés de 1994, 2 étaient placés en prévention
- sur les 12 suicidés de 1995, 7 étaient placés en prévention

Ainsi, en moyenne, environ la moitié des suicides au quartier disciplinaire intervient pendant la période de prévention.

Nicolas Bourgoïn a fait en outre une analyse, indépendamment de la notion juridique de prévention, sur le moment où interviennent les suicides :

Sur les 88 suicides du quartier disciplinaire (entre 1982 et 1991), 46 (soit plus de 50 %) interviennent dès la première journée de placement en cellule de punition et, parmi ces 46 suicides, 12 (soit plus de 25 %) sont perpétrés avant la fin de la première heure (cf annexe n° VI).

Troisièmement, le taux de suicide au quartier disciplinaire est nettement supérieur au taux de suicide dans le reste de la détention.

La détermination du taux de suicide au quartier disciplinaire se heurte aux difficultés tenant à l'absence de statistique sur les stocks de détenus au quartier disciplinaire.

C'est donc en procédant à une estimation de ces stocks que N. Bourgoïn a pu calculer le taux de suicides. Cette estimation a pu se faire selon deux méthodes distinctes, soit à partir de la capacité des établissements, soit à partir des flux annuels d'entrées au quartier disciplinaire et de la longueur des peines de cellules prononcées.

Selon la première méthode, le taux de suicide est 1061 pour 100 000 détenus. Selon la seconde méthode, il est de 1942 pour 100 000. Par ailleurs, le taux de suicidés en milieu carcéral est de 141,2 pour 100 000.

Ainsi, quelque soit la méthode de calcul choisie, le taux de suicide au quartier disciplinaire est au moins 7 fois supérieur au taux de suicide dans le reste de la détention.

On ne peut pas expliquer cette "sur-suicidité" au quartier disciplinaire par un effet de sélection.

Les détenus qui se sont suicidés au quartier disciplinaire n'étaient pas représentatifs, en effet, selon le modèle établi par N. Bourgoïn (cf annexe n° V), des catégories de détenus présentant le plus de risques suicidaires : ils comptaient parmi eux une proportion d'étrangers de 26,1 % contre 19,6 % chez l'ensemble de suicidés, une proportion de détenus sans profession de 44,3 % contre 36,4 % chez l'ensemble des suicidés, plus de détenus en procédure correctionnelle (61,4 % contre 49,6 % chez l'ensemble des suicidés) et des détenus dont la durée de la peine était en moyenne plus courte (4,4 ans contre 6,1 ans chez l'ensemble des suicidés).

Enfin les détenus qui se sont suicidés au quartier disciplinaire étaient nettement plus jeunes que les autres détenus qui se sont suicidés. Entre 1982 et 1994, 53 % des détenus suicidés au Q.D. avaient moins de 26 ans et 27 % avaient moins de 21 ans. L'âge moyen des détenus suicidés au Q.D. pour la période 1982-1991 est de 26 ans, tandis qu'il est de 32 ans pour l'ensemble des suicidés.

Ces analyses statistiques ne sauraient bien sûr être exploitées sans précaution.

Il est cependant patent, compte tenu du taux de suicide en quartier disciplinaire et des caractéristiques pénales et socio-démographiques des détenus qui se sont suicidés, que la mise au quartier disciplinaire accroît de façon majeure le risque de suicide (ou constitue en elle-même un facteur de risque).

Selon N. Bourgoïn, dont la thèse tend à démontrer, contre les théories déterministes que le suicide est un acte rationnel, parce qu'au terme d'un calcul des gains et des pertes le choix du suicide apparaît au sujet comme le plus avantageux, la sur-suicidité au quartier disciplinaire s'explique par le fait que le coût de la détention augmente avec le placement en cellule de punition (du fait de l'inactivité, de l'isolement et du sentiment d'impuissance qu'il génère), alors même que le suicide est valorisé puisqu'il apparaît comme l'ultime moyen de réaffirmer son autonomie contre l'Institution.

Nonobstant cette interprétation, le groupe considère de façon générale que le placement au quartier disciplinaire est éminemment anxiogène en ce qu'il induit une perte des repères supplémentaire qui amplifie la déstabilisation inhérente au placement en détention.

L'effet anxiogène du séjour au quartier disciplinaire est particulièrement fort dans trois types de cas : lorsque le détenu est placé en cellule de punition dès les premières heures qui suivent son écrou, lorsqu'il se trouve dans un état de crise ou d'agitation, avec passage à l'acte violent, physique ou seulement verbal, état souvent lié à la commission de l'infraction disciplinaire et lorsqu'il se trouve en état d'ivresse alcoolique ou toxique. L'étude menée par le bureau GA 1 (note sur les suicides au Q.D. du 28/02/95) sur l'ensemble des dossiers de suicides au quartier disciplinaire en 92, 93 et 94, et poursuivie par le groupe de travail sur les douze dossiers de suicide au quartier disciplinaire de l'année 95, montre que ces situations se rencontrent fréquemment, parfois cumulativement.

En outre, dans un grand nombre de cas de mise en prévention disciplinaire, le groupe a noté que les notions d'urgence et de gravité de l'article D. 249 du code de procédure pénale étaient interprétées de façon très disparate et souvent contestable, et que la nécessité de réunir cumulativement les deux critères pour justifier le placement en prévention était souvent perdue de vue.

L'ensemble de ces considérations ont conduit le groupe à réfléchir aux moyens à la fois de limiter le recours trop systématique au quartier disciplinaire à titre de prévention ou de sanction et de limiter les effets anxiogènes du placement au quartier disciplinaire.

Dans cette perspective, la réforme de la procédure disciplinaire en cours devrait constituer un apport essentiel.*

Le décret relatif au régime disciplinaire introduit en effet un principe de légalité des fautes et des sanctions dans le code de procédure pénale. La circulaire d'application assure, en outre, une codification rigoureuse de la procédure. Dès lors, les réponses institutionnelles au comportement infractionnel des détenus seront plus normalisées, à la fois mieux connues et mieux prévisibles, tous éléments de nature à réduire la dimension anxiogène de placement au quartier disciplinaire.

Surtout, en diversifiant les sanctions encourues, l'application du texte devrait, à terme, limiter le recours au placement au quartier disciplinaire au profit de sanctions alternatives.

*** Il est à noter que, postérieurement à la rédaction de ce rapport, le décret 96287 du 2 avril 1996 relatif au régime disciplinaire des détenus ainsi que la circulaire d'application sont parus.**

A cet égard, le groupe souligne notamment que la sanction de confinement en cellule ordinaire lui paraît tout à fait adaptée, autant au cas des mineurs, des jeunes adultes qu'au cas des détenus repérés comme fragiles ou dépressifs par le service médical ou la détention.

La sanction est réelle puisqu'elle se traduit par la perte du droit de participer à des activités, au sport, de travailler et en même temps visible du reste de la détention. Cependant ces restrictions apportées au régime de vie n'impliquent pas l'exclusion, souvent très mal vécue. En outre le fait que la promenade puisse avoir lieu avec le reste de la détention, que le détenu conserve une cellule ordinaire, sans grille, sans sas, doté de mobilier et située en détention normale, permet au jeune ou au détenu fragile de maintenir les liens construits en détention, de ne pas perdre les repères qu'il a quelquefois difficilement acquis depuis son incarcération.

Au delà de la réforme de la procédure disciplinaire en cours, mais dans son prolongement, le groupe a poursuivi sa réflexion dans plusieurs autres directions. Il est ainsi apparu nécessaire pour prévenir le suicide au quartier disciplinaire de :

- promouvoir le recours à d'autres moyens que le placement en prévention disciplinaire pour gérer un incident en détention (1)
- réformer les conditions et la procédure de mise en prévention au quartier disciplinaire (2)
- modifier la vie quotidienne au quartier disciplinaire (3)
- définir le rôle du personnel de surveillance au quartier disciplinaire (4)

1 - Promouvoir le recours à d'autres moyens que le placement en prévention disciplinaire pour gérer un incident en détention

Convaincu de la nécessité d'une gestion des incidents qui permette de limiter les recours trop systématiques à la mise en prévention disciplinaire, le groupe propose trois types de mesures qui sont susceptibles de faire tomber la pression lors d'un incident en détention, apparaissent compatibles avec le maintien de l'ordre et de la sécurité dans l'établissement et ne préjugent en rien d'une éventuelle décision disciplinaire ultérieure :

- le placement en cellule d'attente (A)
- le confinement en cellule ordinaire à titre préventif (B)
- le recours à l'isolement administratif (C)

A - Le placement en cellule d'attente :

La cellule d'attente (terme jugé préférable à celui de cellule de crise qui évoque une urgence prioritairement médicale ou psychologique) serait destinée aux détenus qui, à la suite d'un incident disciplinaire, présentent des troubles du comportement incompatibles avec le maintien dans leur cellule d'affectation.

Objectif :

Le passage, pour un temps limité, dans cette cellule d'attente répondrait aux objectifs suivants:

- faire cesser une infraction
- faire cesser une crise d'adaptation (avec ou sans intervention médicale)
- séparer le détenu des autres détenus
- rétablir le contact avec l'administration une fois le moment aigu passé
- institutionnaliser un temps d'enquête sur l'incident qui permettrait d'apprécier les troubles du comportement constatés dans leur dimension réelle, une fois l'urgence passée, et d'éviter une mauvaise interprétation de l'incident.

Cette première enquête porterait tant sur les faits que sur la personnalité. Il appartiendrait notamment au gradé responsable du placement en cellule d'attente de prendre en particulier connaissance du dossier de la détention, sur lequel peuvent figurer les renseignements de nature à révéler un risque suicidaire et, dans la même perspective, de prendre attache avec le service social et le service médical.

En outre le gradé pourrait décider de faire examiner le détenu par un médecin.

A l'issue de cette phase d'enquête et, avec le recul que le traitement dans l'urgence immédiate ne permet pas, si le retour en détention normale n'apparaît pas envisageable, un choix éclairé pourrait s'opérer entre un traitement strictement disciplinaire de l'incident (placement en prévention disciplinaire) ou un traitement médical de l'incident (administration d'un traitement, admission en S.M.P.R., ou hospitalisation), avec, le cas échéant, une procédure disciplinaire ultérieure.

Définition :

Le groupe ne préconise pas l'utilisation de cellules capitonnées médicales dont l'existence ne peut se justifier que dans le cadre des S.M.P.R. et pour laquelle toute admission implique, ou devrait impliquer, une décision du médecin responsable du S.M.P.R..

La cellule d'attente se présenterait comme une cellule ordinaire, située dans la détention, mais à proximité d'un poste couvert en permanence y compris la nuit, dans laquelle pourrait donc être assurée une surveillance renforcée. Pour des raisons de sécurité évidentes, la cellule serait vide de tout mobilier hormis un lit et des couvertures. Cependant il n'est pas souhaitable que la cellule soit munie d'une grille intérieure, afin d'une part d'éviter tout risque d'assimilation au quartier disciplinaire et d'autre part, de toujours maintenir la possibilité d'un contact direct avec le personnel pénitentiaire.

Procédure :

En service de jour la décision de placement en cellule d'attente appartiendrait au gradé de secteur.

- Tout placement en cellule d'attente devrait être immédiatement signalé :
 - dans la journée, au service médical UCSA - SMPR, et au service social
 - la nuit, au médecin qui assure la garde.
- Tout placement en cellule d'attente ne pourrait excéder une durée de 3 heures.

Cette durée pourrait être renouvelée une fois par décision du directeur de l'établissement, après consultation médicale le cas échéant.

En service de nuit, l'objectif de "faire baisser la pression" lors d'un incident doit être sauvegardé. Cependant, la procédure d'enquête et d'évaluation, possible en service de jour ne peut avoir lieu. Aussi la permanence de la direction de l'établissement devrait être informée de cette initiative et donner l'autorisation de prolonger la durée horaire au delà de 6 heures si nécessaire. De même, elle jugerait de l'opportunité d'une liaison avec le service médical.

Le cadre réglementaire :

L'utilisation d'une cellule d'attente ainsi définie pourrait, au moins partiellement, s'inscrire dans le cadre réglementaire prévu aux articles 726 et D. 172 du code de procédure pénale.

L'article 726, en effet qui prévoit que : "si quelque détenu use de menaces, injures, ou violences ou commet une infraction à la discipline, il peut être enfermé seul dans une cellule aménagée à cet effet ou même être soumis à des moyens de coercition en cas de fureur ou de violence grave, sans préjudice des poursuites auxquelles il peut y avoir lieu", recouvre et même dépasse toutes les hypothèses d'utilisation de la cellule d'attente.

L'article D. 172, quant à lui, précise "que les moyens de contrainte visés à l'article 726 ne peuvent être utilisés que sur prescription médicale ou sur ordre du chef d'établissement, s'il n'est d'autre possibilité de maîtriser ce détenu, de l'empêcher de causer des dommages ou de porter atteinte à lui-même ou à autrui. Le chef d'établissement doit faire visiter d'urgence le détenu par le médecin qui décide de maintenir ou de faire cesser la contrainte. Il doit en être rendu-compte sans délai au directeur régional".

L'actuel projet de décret relatif à l'exécution des peines privatives de liberté, et modifiant diverses dispositions du code de procédure pénale n'apporte pas de modification substantielle au texte, sinon qu'il supprime la mention "sur prescription médicale". La décision d'utilisation des moyens de contrainte n'appartient qu'au chef d'établissement.

Dans son état actuel, comme dans son état futur, l'article D. 172 ne pourrait s'appliquer que partiellement au placement en cellule d'attente, dans la mesure où le groupe ne préconise pas une visite médicale obligatoire, même si des moyens de contrainte ont dû être utilisés pour placer le détenu en cellule d'attente.

Plus généralement le groupe entend souligner les limites de l'article D. 172, tenant notamment à l'absence de précisions sur la nature des moyens de contrainte et sur la durée maximum de séjour dans une telle cellule, lacune qu'aucune note ou circulaire récente ne vient combler.

Dans la pratique, il apparaît que les situations les plus disparates coexistent : certains établissements n'ont jamais recours à la procédure de l'article D. 172, d'autres utilisent dans ce cadre, une cellule spécialement aménagée du S.M.P.R., sur avis conforme du service médical, d'autres enfin placent les détenus sous contrainte dans une cellule du quartier disciplinaire, ce qui peut s'apparenter à un détournement de la procédure disciplinaire, notamment quand le placement dure plusieurs heures, voire plusieurs jours.

Par ailleurs, rares sont les établissements qui signalent l'utilisation de moyens de contrainte à la direction régionale, comme le préconise l'article D. 172.

En conséquence, une clarification des textes et une harmonisation des pratiques apparaissent nécessaires.

Une étude à cette fin pourrait être utilement commandée au bureau de la réglementation et de la méthodologie.

Dans ce cadre, il appartiendrait au bureau GA 3 de préciser si les dispositions relatives aux placements en cellule d'attente proposées par le groupe nécessitent une réforme décrétole ou si elles peuvent être réglementées par simple circulaire.

Dans l'hypothèse où une base décrétole s'imposerait, les articles 726 et D. 172 dont la réforme, selon le groupe, s'avère nécessaire, pourraient faire l'objet d'une nouvelle rédaction susceptible d'intégrer de façon satisfaisante les hypothèses de placement en cellule d'attente.

Le groupe de travail propose donc de saisir le bureau GA 3 de cette question de réglementation.

B - Le confinement en cellule ordinaire à titre préventif

L'actuel projet de décret relatif à la procédure disciplinaire ne prévoit pas le recours au confinement en cellule ordinaire à titre de mesure de prévention.

Lorsqu'une procédure disciplinaire est établie, une telle possibilité apparaît cependant nécessaire au groupe pour éviter certains placements en prévention.

Elle aurait le mérite de permettre à la commission de discipline de prononcer une sanction en tenant compte du comportement du détenu en détention une fois la crise passée. En outre, elle permettrait à la commission d'envisager plus facilement de prononcer une des peines de substitution au quartier disciplinaire prévues par le décret. Dans l'hypothèse d'un placement en prévention disciplinaire, la tendance naturelle de la commission est de couvrir a minima le temps de séjour au quartier disciplinaire au titre de la prévention.

C - Le recours à l'isolement administratif :

L'étude menée sur les motifs de mise en prévention disciplinaire des détenus qui se sont suicidés en cellule de punition a montré que, dans un certain nombre de cas, le recours à l'isolement administratif par mesure de précaution ou de sécurité, prévu à l'article D. 170 du code de procédure pénale, aurait pu présenter une alternative satisfaisante à la mise en prévention.

Il s'agit en particulier de toutes les hypothèses où les nécessités de l'enquête seules justifiaient la mise en prévention (nécessité de protéger la personne concernée ou d'empêcher une pression sur les témoins ou victimes, par exemple).

Il apparaît donc nécessaire de rappeler aux établissements cet usage possible de la procédure de mise à l'isolement.

L'intérêt de l'utilisation de la procédure prévue à l'article 170 de préférence à la mise en prévention, dans une perspective de prévention du suicide, suppose bien entendu que le régime d'isolement soit, conformément aux textes en vigueur, nettement distinct de celui du quartier disciplinaire. Il serait en particulier souhaitable que les quartiers d'isolement et disciplinaire ne soient pas situés au même endroit et que la mise à l'isolement soit assortie de contacts réguliers avec la direction de l'établissement.

2 - Réformer les conditions et la procédure de mise en prévention au quartier disciplinaire

C'est, on l'a vu, au cours de la période de mise en prévention disciplinaire que se produit le plus grand nombre de suicides. Cette période est éminemment anxiogène puisque le détenu se trouve de façon brutale coupé de ses repères habituels au sein de la détention et, dans un état de solitude et d'incertitude sur la sanction à venir. De surcroît, privé de tous moyens d'expression, il n'a pas eu l'occasion, à ce stade de la procédure, de faire valoir d'une façon quelconque ses explications.

Il apparaît donc nécessaire à la fois, de limiter le recours à la mise en prévention au cas strictement nécessaire (A) et de diminuer l'effet de choc de la mise en prévention disciplinaire (B).

A) Limiter le recours à la prévention disciplinaire au cas strictement nécessaire.

Le projet de décret sur le régime disciplinaire devrait, à terme, entraîner une diminution du nombre de placements en prévention disciplinaire.

En effet, l'article D 250-3 du projet de décret limite les possibilités de recours à la mise en prévention disciplinaire aux fautes des premier ou deuxième degrés et précise, plus strictement que l'actuel article D 249, les critères du placement : la mesure doit être l'unique moyen de mettre fin à la faute ou de préserver l'ordre à l'intérieur de l'établissement.

En outre, l'article D 250-3 ne donne compétence pour prononcer la mise en prévention qu'au chef d'établissement ou à un membre du personnel ayant reçu délégation écrite à cet effet. Enfin, ce même article limite à deux jours la durée de la prévention disciplinaire. Par ailleurs, la circulaire en cours d'élaboration insiste sur le caractère exceptionnel qui soit s'attacher à la mise en prévention.

Nonobstant ces progrès incontestables de la réglementation et l'inopportunité de modifier un texte très peu de temps après son adoption, le groupe juge nécessaire de formuler les remarques suivantes :

a) Les critères autorisant la mise en prévention pourraient être encore plus strictement limités

En effet la notion d'ordre interne à l'établissement est, comme celle d'ordre public en matière de détention provisoire, susceptible d'interprétations disparates et extensives. Dans la pratique, seule une délimitation stricte des catégories d'infractions susceptibles d'entraîner le recours à la prévention permettrait de pallier à l'inconvénient d'une trop extensive interprétation de la notion d'ordre interne. Or, le choix opéré pour le projet de décret de n'autoriser le placement en prévention que lors d'infraction des premier et deuxième degrés apparaît insuffisamment limitatif. L'étude menée par le Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention (note du 28 février 1995) sur les suicides au quartier disciplinaire montre que la quasi totalité des infractions à l'origine des placements en prévention appartenait aux actuelles catégories de fautes des 1er ou 2ème degré.

Parmi les fautes du deuxième degré énumérées par l'article D 249-2 du Projet de Décret, le groupe juge qu'un certain nombre ne revêt pas le caractère de gravité suffisant pour justifier une mise en prévention quasi systématique, au détriment du recours aux autres mesures préconisées (placement en cellule d'attente, à l'isolement administratif ou confinement à titre préventif).

Le groupe estime que ces dispositions du projet de décret pourraient être revues de façon à limiter le placement en prévention aux infractions du premier degré.

A minima, le groupe considère que cette révision s'impose pour les mineurs et les jeunes majeurs. Leur personnalité n'étant pas encore complètement structurée, ils constituent en effet une population particulièrement fragile au regard des risques suicidaires. L'étude statistique menée par le SCERI sur la période 1992-1995 (non encore diffusée) fait d'ailleurs apparaître un accroissement du risque de suicide chez les détenus de moins de 25 ans. En outre, les travaux de N. Bourgoïn, avaient déjà établi que, pour cette population particulièrement, le risque de passage à l'acte suicidaire était accru au quartier disciplinaire par rapport à la détention normale.

La mise en prévention disciplinaire, d'une durée qui peut atteindre plusieurs jours du fait des modes de calcul des délais, apparaît d'autant plus inadaptée pour les mineurs de plus de 16 ans qu'ils n'encourent, pour la commission d'infraction du deuxième degré, qu'une sanction maximum de cinq jours.

b) La durée maximum du séjour en prévention disciplinaire pourrait être réduite

Le principe d'une durée de 48 heures retenue par le décret apparaît tout à fait opportun au groupe de travail. Cependant le calcul des délais conformément à l'article 801 du code de procédure pénale sur la base des seuls jours ouvrables peut aboutir à des durées de prévention de 4 à 5 jours, lorsque des jours fériés suivent immédiatement le week-end. Ces durées maximum apparaissent au groupe excessives, d'autant que les fins de semaine constituent, selon l'étude de Nicolas BOURGOÏN, un moment particulier de risque suicidaire.

c) L'autorité compétente pour décider de la mise en prévention

L'article D 250-3 du projet de décret précise que seul le chef d'établissement, ou un membre du personnel ayant reçu délégation à cet effet, est compétent pour décider de la mise en prévention.

Le groupe souhaiterait que soit précisé le grade ou la fonction du membre du personnel habilité à recevoir cette délégation.

Cette personne doit être en mesure, en effet, de prendre une décision avec une connaissance suffisante du détenu et, de façon générale, des critères généraux qui augmentent le risque suicidaire.

S'agissant en particulier d'un mineur ou d'un jeune majeur, cette personne doit être en mesure de diligenter une enquête brève tant sur les faits que sur la personnalité (consultation du dossier de personnalité, consultation dans la mesure du possible du service médical et du service social) afin de décider s'il y a lieu de maintenir le détenu en prévention ou de suspendre la mesure.

B) Diminuer l'effet de choc de la mise en prévention

Dans les cas où la mise en prévention apparaît absolument indispensable, un certain nombre de mesures peut être facilement pris pour limiter l'effet anxiogène du placement en cellule de punition, sans passage préalable devant la commission de discipline.

Pour assurer une meilleure individualisation des situations, il apparaît nécessaire **que tout détenu placé en cellule de punition, en prévention, soit immédiatement vu par le gradé responsable du quartier disciplinaire** et, en tout état de cause, par un personnel différent de celui à l'origine du placement en prévention.

Au cours d'un entretien ou d'un échange, qui aurait notamment pour fonction de faire baisser la pression, le gradé informerait le détenu à la fois des conséquences de la décision de mise en prévention (restrictions nouvelles et maintien de certains droits) et des échéances qui peuvent être les siennes (durée maximum du placement en prévention, date et heure prévisibles de l'audience devant la commission disciplinaire).

Le groupe préconise **qu'au cours de cet entretien un imprimé type soit remis au détenu.**

Cet imprimé pourrait, outre les renseignements sur l'état civil et la situation pénale du détenu, comporter les rubriques suivantes :

- le jour et l'heure du placement
- la motivation de la décision de placement en prévention, au regard des critères de l'article D 250-3 du projet de décret
- les délais qui lui sont applicables

- les droits qui lui restent acquis (correspondance, visites autorisées, objets autorisés dans la cellule etc...)
- les restrictions nouvelles liées à la décision (parloirs, cantine, télévision...)
- un espace permettant de recueillir des observations éventuelles
- le nom et la signature du fonctionnaire qui a décidé de cette mesure.

Cette procédure aurait pour objectif à la fois de redonner des repères au détenu et un sens au nouveau cadre plus strict qui lui est imposé. En outre, en réintroduisant un minimum de dialogue avec l'administration, dialogue dans la plupart des cas rompu au moment de l'incident disciplinaire à l'origine de la mise en prévention, elle diminuerait les effets anxiogène du sentiment d'isolement et d'impuissance consécutif au placement au quartier disciplinaire.

3 - Modifier la vie quotidienne au quartier disciplinaire

Dans le souci de la prévention du suicide, comme de façon générale, il convient de rappeler qu'au quartier disciplinaire le respect de la dignité humaine doit être maintenu et recherché.

En outre, afin de favoriser le maintien des repères, il faut que le détenu puisse conserver un minimum de relations avec l'extérieur.

Afin de contribuer à la réalisation de ces objectifs, le groupe formule les remarques suivantes relatives aux conditions matérielles de vie.

A - Conditions d'hygiène

Premièrement, les cellules du quartier disciplinaire devraient répondre à des conditions d'hygiène et de salubrité satisfaisantes de la même façon que celles du reste de la détention, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage naturel direct, le chauffage, les arrivées d'eau (article D. 350 à D. 352 du CPP) ; les détenus devraient pouvoir soit ouvrir un minimum la fenêtre de leur cellule, soit avoir une arrivée d'air frais ; ils devraient en outre bénéficier d'une arrivée correcte d'eau avec lavabo pour se laver, indépendante de l'arrivée d'eau pour le WC.

En outre, la privation ne doit, en aucun cas, porter sur l'accès aux douches.

Si, dans un grand nombre d'établissements, ces dispositions réglementaires sont respectées, il conviendra dans d'autres cas de réaliser des travaux d'aménagement pour assurer cette mise en conformité.

Deuxièmement, conformément à l'article D. 355 du CPP, les vêtements et sous-vêtements laissés ou fournis aux détenus doivent être appropriés au climat et à la saison. Le projet de circulaire pris en application du projet de décret relatif au quartier disciplinaire précise que les vêtements de jour sont retirés durant la nuit ; en outre, il est mentionné qu'un change doit être assuré pour permettre au détenu de se maintenir propre. Le groupe suggère **que les détenus aient la possibilité de conserver leurs vêtements une fois la peine prononcée et de laver leur linge**, dispositions qui permettraient de les maintenir dans la réalité et de leur conserver une activité.

Par ailleurs le groupe, dans sa majorité, souhaite **que soit proscrit la pratique**, entérinée notamment par les notes du 30/12/83 et du 26/01/84, **consistant à ôter tous leurs vêtements, à l'exception de sous-vêtements en papier** fournis par l'administration, **aux détenus qui présentent un risque suicidaire**. Il apparaît, en effet, que cette pratique n'est pas compatible avec le respect de la dignité humaine dans la mesure où elle peut être vécue comme une humiliation.

En outre, elle est susceptible de renforcer l'état anxiogène du détenu qui, s'enfermant dans son projet auto agressif, peut différer le moment de son passage à l'acte ou rechercher d'autres moyens de mettre fin à ses jours (possibilité de s'étouffer en avalant les sous-vêtements en papier ou, comme dans un cas de suicide récent, pendaison à l'aide d'une bandelette que le détenu avait au pied et que le personnel de surveillance lui avait laissée compte tenu de sa fonction médicale).

Le groupe considère que si le détenu présente un risque suicidaire, à ce point manifeste qu'il apparaît souhaitable de le dénuder, son état est à priori incompatible avec un maintien au quartier disciplinaire. Si, dans de très rares hypothèses, des motifs de sécurité imposent de le laisser au quartier disciplinaire ou en cellule d'attente pour un laps de temps nécessaire-par exemple à l'arrivée du médecin, il doit faire l'objet d'une surveillance constante.

Troisièmement, le groupe se félicite des nouvelles dispositions du projet de circulaire, qui prévoit expressément que le matériel de couchage n'a pas à être retiré pendant la journée. Le groupe ne voit cependant pas d'inconvénient à ce que, conformément aux dispositions du projet de circulaire, le matelas soit retiré au détenu notoirement connu pour ses tendances incendiaires.

Par ailleurs, le groupe ne peut que se féliciter des études actuellement menées par la sous-direction des affaires administratives en vue d'équiper les cellules des quartier disciplinaire et quartier d'isolement de détecteurs de fumées et de matelas dont les composants présenteraient un seuil minimum de toxicité.

B - Les relations avec l'extérieur

Le projet de décret prévoit en son article D. 251, 3°, la privation de la faculté d'effectuer des achats en cantine sauf pour les produits d'hygiène, le nécessaire de correspondance et le tabac ; dans l'objectif de maintenir des liens avec l'extérieur et d'éviter une perte des repères, **des journaux, revues, magazines devraient pouvoir être cantinés**.

En outre, une partie des membres du groupe estime qu'il faudrait étudier la manière de mettre à disposition un poste de radio, du fait de l'évolution et du peu de goût pour la lecture de la majorité des détenus. Il s'agit là de la conservation d'un repère et d'un lien essentiel avec l'extérieur.

Enfin, les détenus placés au QD devraient pouvoir bénéficier dès que cela est possible (quand le calme est revenu, lors de la mise en prévention ou après la fouille systématique, lors du placement après l'audience disciplinaire) d'ouvrages de lecture adaptés et dans un état correct.

Ici encore, si dans certains établissements les quartiers disciplinaires sont normalement équipés, des consignes précises devraient être données afin que partout **l'accès à la lecture soit effectif et suffisant.**

4 - Définir le rôle du personnel au quartier disciplinaire

Etant donné que le quartier disciplinaire est une " zone à haut risque suicidaire ", il est nécessaire, la plus qu'ailleurs, d'organiser le service des agents de telle manière que soient assurées, même du fait du travail posté, une unité et une continuité professionnelles.

Le groupe recommande notamment **que ce soit les mêmes agents qui, malgré les aléas de l'organisation du travail, assurent leur service sur cette unité sur une période assez longue** (3 à 6 mois).

En outre le groupe, dans sa majorité, préconise **qu'un gradé de secteur** (CSP ou 1er surveillant selon l'échelle de l'établissement) **soit désigné comme responsable du quartier disciplinaire.** Cette personne aurait une maîtrise globale du fonctionnement de la zone et pourrait donc, de par son statut, assurer le contrôle et un suivi des différentes situations (cas individuels, respect des règles de vie quotidienne, suivi de l'application des différentes consignes, liaisons avec ses collègues et les autres services de l'établissement etc...).

Par ailleurs, les personnels qui sont affectés au quartier disciplinaire devraient avoir à leur disposition des " outils " leur facilitant la tâche.

Le groupe propose l'établissement d'**une fiche de liaison** par détenu, sur laquelle les autres secteurs de la détention feraient part de leurs observations, notamment en fonction des différents thèmes répertoriés dans le guide d'analyse des situations joint au chapitre III de la seconde partie (les antécédents disciplinaires, les éventuels problèmes de comportement du détenu, situation familiale, etc...).

Cette fiche, établie dès la mise en prévention du détenu lorsqu'il y en a, ou lors de la mise à exécution de la décision d'audience disciplinaire, resterait dans le secteur du quartier disciplinaire. Elle aiderait le personnel à prendre en compte le caractère individuel de chaque situation.

Le personnel pourrait en outre disposer d'**une grille d'évaluation** sur le modèle de la grille d'analyse des situations jointe au chapitre III de la seconde partie, de façon à aiguïser son regard.

Grace à l'ensemble de ces éléments (fiche de liaison et grille d'évaluation) il lui serait possible de repérer des clignotants suivant le risque potentiel lui permettant de signaler aux services concernés (SMPR, service médical, service social et éducatif) les problèmes avant qu'il ne soit trop tard.

Par ailleurs, au quartier disciplinaire même, le personnel pourrait utilement renseigner la fiche de liaison, au vu de sa propre observation du détenu, qui peut être particulièrement riche sur un site où, en général, l'effectif de détenus est moins important que dans une unité normale. La fiche de liaison ainsi remplie constituerait un élément d'appréciation pour la commission de discipline lorsque le détenu a été placé en prévention et, en tout état de cause, pourrait utilement servir, ultérieurement en détention normale, à l'appréciation des risques suicidaires.

Pour faciliter le travail dans l'unité, le groupe préconise en outre la mise en place d'**un cahier de liaison** et de transmission où chaque agent passerait les informations à son collègue, ceci pour éviter la déperdition de données, très importantes pour le détenu au quotidien.

Enfin, pour réduire aussi les risques engendrés par la succession des agents sur l'unité, l'établissement d'**une fiche de poste**, où seraient énumérées les différentes missions de l'agent, notamment lors d'un placement en prévention (information du service médical et du service social, recueil de données du secteur de détention, suivi des correspondances, distribution de livres etc...) permettrait au surveillant d'appréhender plus rapidement ce qu'il a à faire.

S'agissant de l'information du service médical ou du service social, le groupe considère qu'elle doit être systématique, dès le placement du détenu au quartier disciplinaire. Chaque service juge alors de l'opportunité ou non d'une intervention.

Là plus qu'ailleurs, la qualité de la communication entre les différents intervenants est primordiale. Elle permet un signalement plus aisé de ce qui peut apparaître préoccupant, de telle sorte que la personne la plus compétente, par rapport à une situation particulière, puisse apporter une réponse adaptée dans un délai raisonnable.

La fiche de poste devrait en outre comporter toutes indications relatives aux rondes, à leur fréquence et au rythme horaire aléatoire.

En service de nuit, sous réserve d'une étude plus approfondie, le groupe estime que ces rondes devraient être plus fréquentes au quartier disciplinaire et comporter toujours un contrôle à l'oeilleton, en particulier s'agissant de mineurs ou jeunes majeurs.

Le quartier disciplinaire est aussi un secteur où il est nécessaire pour le personnel d'avoir une capacité de recul par rapport aux événements. Il n'est pas possible d'assurer sur cette zone un travail correct si on n'a pas de la sanction une définition claire et cohérente, où les idées d'humiliation et de brimade sont totalement bannies. Là plus qu'ailleurs, l'agent doit être capable de gérer correctement des situations parfois tendues avec des personnes aux personnalités fragiles et même perturbées.

Il serait en conséquence souhaitable de **programmer pour les personnels affectés au quartier disciplinaire, une sensibilisation à toutes ces réalités**, avant leur prise de poste.

TROISIEME PARTIE

LA PRISE EN COMPTE DE L'APRES SUICIDE

En introduction, il convient de préciser que la prise en compte de l'après suicide inclut des propositions relatives à la prise en charge des détenus dits suicidants, c'est à dire, qui ont fait une tentative de suicide.

Cette conception large de l'après suicide renvoie à la question de la définition de la tentative de suicide.

La nomenclature administrative distingue diverses catégories d'incidents : les suicides, les tentatives de suicide, les automutilations, les grèves de la faim et les sinistres-incendie.

Dans la pratique, c'est dans la plupart des cas l'autorité locale qui opère la classification de l'événement dans une de ces catégories en rédigeant l'imprimé de compte rendu d'incident.

En général, dans les établissements, la classification s'opère suivant de grandes tendances interprétatives, acquises par l'expérience, qui sont les suivantes :

La pendaison ratée, les automutilations graves et l'ingestion médicamenteuse ou de certains corps étrangers, comme une pile par exemple, seraient des tentatives de suicide alors que les refus de soins, les amputations et les grèves de la faim et de la soif, de par leur caractère typiquement revendicatif, n'en seraient pas. Cette différenciation semblerait d'ailleurs être confirmée par le fait que les personnes qui font par exemple la grève de la faim ne s'automutilent pas, phénomène constaté par les personnels pénitentiaires et sanitaires.

Nonobstant ces grandes tendances interprétatives, le traitement au niveau central de ces incidents fait apparaître qu'une certaine hétérogénéité demeure, tenant à la difficulté même de décrypter l'intention du sujet derrière l'acte.

Ainsi la classification de l'incident, sous réserve d'une étude plus approfondie, semble dépendre de critères subjectifs tenant tant à la personnalité de "l'acteur de l'incident", que de l'auteur du rapport et de critères objectifs (taille des établissements et nombre d'incidents notamment). Dans les petits établissements, où les incidents sont peu fréquents, certains actes sont par exemple qualifiés de tentatives de suicide alors qu'ils sont comptabilisés comme auto-mutilations dans les grandes maisons d'arrêt parisiennes où ils sont très courants.

La classification en vigueur apparaît donc aléatoire et certainement insatisfaisante.

Or, l'ensemble de ces "incidents" peut révéler une souffrance authentique, sans évidemment de rapport direct avec la violence de l'auto-agressivité. Le conseil économique et social dans son rapport sur le suicide en France du 6 juillet 1993* soulignait les dangers de la disqualification du geste suicidaire "sous le prétexte qu'il n'était pas suffisamment agressif pour mettre réellement la vie en péril" : "disqualifier un geste suicidaire, ne pas reconnaître ce qu'il est, peut amener le sujet à se faire entendre de manière plus tragique encore".

Tout en se gardant "d'enfermer le suicidant dans l'unique statut de récidiviste potentiel", le conseil économique et social notait que la proportion de répétition du geste suicidaire était de 43 % pour les sujets de tous âges et qu'avec la répétition augmentait le risque physique.

L'étude statistique menée par Nicolas Bourgoïn (cf annexe n° V), révélait, plus précisément encore, que les détenus morts par suicide entre 1982 et 1991 avaient fait près de 25 fois plus de tentatives de suicide en prison que les autres détenus. De la même façon, le taux d'automutilation était 6 fois supérieur chez les détenus morts par suicide et le taux de grève de la faim près de 3 fois supérieur.

L'ensemble de ces considérations ont conduit le groupe de travail à recommander qu'au delà de la classification administrative actuelle des incidents, sur laquelle au demeurant une réflexion approfondie pourrait être utilement engagée, tous les actes auto-agressifs sans exception soient pris en compte, de façon individualisée, impliquant un questionnement véritable sur l'état de la personne concernée.

La prise en charge de l'après suicide doit donc s'entendre de l'ensemble des actions à mettre en place après un comportement auto-agressif, ayant ou non entraîné le décès de son auteur.

Les actions à mettre en place seront envisagées successivement de quatre points de vue :

- actions vis-à-vis des détenus ayant survécu à leur geste (I)
- actions vis-à-vis des co-détenus (II)
- actions vis-à-vis des personnels pénitentiaires et sanitaires (III)
- actions vis-à-vis de la famille du détenu concerné par ce passage à l'acte auto-agressif (IV)

Pour chacune des trois dernières parties, une distinction sera faite selon que le geste ait provoqué ou non la mort.

*** Le suicide - Etude présentée par la section des affaires sociales, sur le rapport de Monsieur Michel Debout, le 6 juillet 1993 - Journal officiel 30 juillet 1993.**

I - Actions vis-à-vis des détenus ayant survécu à leur geste :

Le groupe de travail considère qu'une **prise en charge médicale, tant somatique que psychiatrique, doit systématiquement être proposée au détenu qui commet un acte auto-agressif.**

S'agissant de la prise en charge somatique, elle apparaîtra manifestement indispensable dans les cas d'atteintes corporelles graves. Le groupe entend souligner qu'elle est nécessaire, même en cas de coupures légères en apparence, dans la mesure où seul un médecin est à même d'apprécier la dangerosité potentielle de l'automutilation.

Une prise en charge psychiatrique devra en outre être proposée au détenu, soit dans les jours suivant auprès de l'U.C.S.A., soit immédiatement après le passage à l'acte si le médecin appelé pour la prise en charge somatique l'estime nécessaire.

Le cas échéant, une hospitalisation en unité spécialisée pourra être envisagée.

De la même façon, en cas d'hospitalisation somatique, une prise en charge psychiatrique devra pouvoir être assurée, dans les mêmes conditions que pour la population libre.

A cet égard, le conseil économique et social, dans son rapport susvisé, avait indiqué la nécessité "qu'il n'y ait pas de rupture entre la prise en charge corporelle très médicalisée et la prise en compte de la crise psychologique". Il préconisait la création de lieux spécifiques où tous les suicidants, notamment accueillis aux urgences hospitalières, pourraient bénéficier au cours d'une phase de "restitution" d'une prise en charge psychologique, dans la continuité directe des soins somatiques.

Si le rapport du conseil économique et social recommandait que la création de telles structures, spécialisées ou polyvalentes, constitue un objectif de santé publique dans le cadre d'une politique hospitalière répondant aux besoins réels de la société, il soulignait que de telles structures avaient déjà vu le jour, grâce à l'initiative locale, notamment à Paris, Lyon, Toulouse, St-Etienne, Bordeaux et Aix-en-Provence.

Lorsque de telles structures existent, les détenus devraient pouvoir en bénéficier dans le respect des règles de sécurité.

Le groupe de travail est parfaitement conscient des difficultés rencontrées pour assurer l'hospitalisation des détenus, notamment en psychiatrie.

L'étude des cas de suicides de l'année 1995 par le groupe de travail a notamment révélé une situation où le détenu avait mis fin à ses jours par pendaison après avoir été admis la veille aux urgences hospitalières pour une phlébotomie nécessitant une exploration de la plaie en milieu chirurgical. Un fois l'intervention effectuée, la nécessité d'un maintien à l'hôpital pour une prise en charge psychiatrique avait été envisagée et, semble-t-il, écartée du fait des pressions des services de police qui n'étaient pas en mesure d'assurer la garde du détenu.

Au vu de ces dysfonctionnements, le groupe préconise **que la question de la prise en charge des détenus suicidants soit abordée et discutée par les acteurs locaux, lors des réunions relatives à l'évaluation de la mise en oeuvre des protocoles santé, impliquant tout à la fois services hospitaliers, administration pénitentiaire et forces de l'ordre.**

Tout en préconisant cet alignement de la prise en charge des suicidants en détention sur la société libre, le groupe n'est pas sans ignorer la spécificité que peuvent revêtir les actes auto-agressifs en prison. Dans le cadre d'un conflit avec l'Institution, pénitentiaire ou judiciaire, les détenus, dans certains cas, commettent l'acte auto-agressif à des fins de manipulation.

Cependant cette manipulation d'une part, n'est pas toujours exclusive d'une souffrance et d'un risque suicidaire sérieux et, d'autre part, ne peut être présumée à priori par l'administration, d'où la nécessité d'un examen individualisé et, dans la mesure du possible, médical, de la situation. Le geste auto-agressif, en effet, peut révéler dans certain cas une psychopathologie qui, comme l'anorexie ou la toxicomanie par injection, passe par la mise en jeu du corps. Une même psychopathologie peut conduire au suicide. En outre, l'automutilation suppose une relation à l'autorité vécue comme "sadique", par opposition à l'autorité symbolique : la seule façon de formuler une demande passe par l'agir sur l'autre, ou sur soi pour atteindre l'autre. Une même problématique peut favoriser un passage à l'acte qui aboutit au suicide.

Le groupe insiste sur la nécessité de toujours donner une possibilité d'expression et de verbalisation à la souffrance. Après un acte auto-agressif à visée de manipulation, il ne s'agit pas de donner satisfaction, mais de donner une réponse, quelle qu'elle soit, à la demande pour renouer le dialogue.

Afin d'éviter que la réponse apportée (notamment par exemple la venue d'un médecin, lorsque c'est le but poursuivi par le détenu) ne favorise un processus d'escalade dans la violence auto-agressive, le groupe préconise que les réponses données soient toujours multiples et diversifiées.

Ainsi, outre la visite médicale, qui devra toujours être proposée, le groupe recommande **que tout détenu qui commet un acte-auto agressif soit vu de façon systématique par un personnel de direction ou une personne déléguée à cette fin par le directeur, le lendemain ou le surlendemain du passage à l'acte** (tel est le cas au centre pénitentiaire de Fresnes, par exemple) et **par un membre du service social, dans les mêmes délais.**

En dernier lieu, il pourrait être utilement **proposé aux détenus qui ont commis un acte auto-agressif la possibilité de nouer un contact avec les associations qui, dans la société libre, offrent un relais d'accueil et d'écoute** qui complètent, voire se substituent aux solidarités familiales, sociales ou amicales : SOS Suicide, Phénix, Impasse et Devenir, SOS Amitié et Recherche et Rencontre, toutes associations dont le Conseil Economique et Social dans son rapport a souligné le rôle et l'efficacité en matière de prévention.

Il conviendrait que les chefs d'établissement étudient, en lien avec l'administration centrale, les modes possibles d'intervention en détention des antennes locales de ces associations dans des conditions compatibles avec les règles de sécurité.

II - Actions vis-à-vis des co-détenus

L'acte auto-agressif ou le suicide d'un détenu a forcément un retentissement sur les co-détenus qui peuvent être impressionnés, choqués, se culpabiliser.

Il s'agit donc d'être attentif à ce retentissement en essayant de détecter les éventuelles demandes de soins ou de soutien chez ces co-détenus.

Lorsque le geste auto-agressif a entraîné la mort, les co-détenus vivent alors une "double agression". En effet, après la première épreuve de la mort de leur compagnon de cellule, ils doivent encore en subir une deuxième qui est l'interrogatoire par la police. Il est évident que la suspicion dont font l'objet les co-détenus alors, de par la proximité qu'ils avaient avec le détenu décédé, ne doit pas être facile à vivre.

Par conséquent, il faudrait **informer les co-détenus de la possibilité qu'ils ont de bénéficier d'un suivi individuel, avec le médecin ou le psychiatre, ou éventuellement de participer à un groupe de parole.**

Outre le soulagement que pourront procurer ces actions auprès de ces co-détenus, elles permettront peut-être d'éviter dans le même temps le phénomène dit "de contagion".

III - Actions vis-à-vis des personnels pénitentiaires et sanitaires

En premier lieu, le groupe recommande que des **réunions périodiques soient organisées entre des membres de la direction, du personnel de surveillance, du service social et du service médical.**

Ces réunions poursuivraient un double objectif. Il s'agirait d'une part de procéder à une analyse détaillée des comportements auto-agressifs dans la détention (moment de survenance, motif, mode opératoire...) afin d'acquérir une connaissance suffisante de ce type de comportement et de trouver des solutions adaptées pour les prévenir. Il s'agirait d'autre part de faire le point sur l'évolution du comportement de chaque détenu, auteur d'actes auto-agressifs.

La périodicité de ces réunions devra être définie localement. Elle dépendra des possibilités de chaque établissement et de la fréquence des incidents. A titre indicatif, le groupe préconise des réunions trimestrielles.

L'essentiel est que ces réunions puissent assurer une "mise en réseau" des différents acteurs possibles de la prévention. Comme il a été dit dans le chapitre "En amont de l'incarcération", le groupe souhaite que le parquet et les juges d'instruction soient associés à ces réunions lorsque l'ordre du jour ne portera pas sur des études de cas individuels mais sur les questions d'ordre général.

En second lieu, diverses mesures peuvent être proposées à destination des personnels pénitentiaires et sanitaires eux-mêmes.

En effet, c'est un fait maintenant reconnu que certaines situations de violence, d'urgence, de crise peuvent entraîner, même chez des individus parfaitement "normaux", des manifestations, de stress particulières. Ces événements exceptionnels peuvent être courants dans la carrière des personnels pénitentiaires et des personnels de santé travaillant en milieu carcéral.

Si le trouble du détenu auto-agressif est considéré comme une évidence, celui des professionnels qui l'accompagnent reste encore peu connu. Ceux-ci sont sensés pouvoir affronter moralement et physiquement toutes sortes de situation. Or, aussi expérimenté soit-on, formé et aguerri après plusieurs années de métier, on ne peut éviter le choc provoqué par certains événements, parfois amplifié par les contraintes professionnelles.

Les réactions au stress peuvent varier en intensité, en durée, en nature, d'un individu à l'autre et suivant le contexte personnel dans lequel il se trouve. Il existe néanmoins des moyens pour les atténuer et permettre à chacun de mieux vivre ces moments critiques.

Chacun peut y participer à son niveau, l'individu lui-même, les collègues, les encadrants et, si nécessaire, les spécialistes (appartenant à des services de santé ou de psychologie).

Quand il y a suicide, les encadrants pourraient prendre diverses dispositions telles que :

- > **permettre au personnel pénitentiaire et/ou sanitaire de disposer d'une période de temps pour se calmer avant de relater ou d'écrire le rapport de l'événement ;**
- > **faciliter une rencontre avec des professionnels ayant vécu des incidents semblables ;**
- > **assigner éventuellement à un surveillant d'autres fonctions pour un certain temps ;**
- > **permettre aux professionnels (personnel de surveillance, service social et service médical) qui ont fait partie de la situation de trouver un lieu de parole.**

Celui-ci prendrait la forme d'un "debriefing".

La définition exacte de ce terme ainsi que la méthode sont exposées en détail en annexe n°VII. Cette séance de debriefing, proposée aux individus ayant été impliqués ou témoins d'un comportement auto-agressif aurait pour but de les aider à comprendre l'événement, à atténuer le stress qu'il a pu produire et de leur permettre de récupérer plus facilement. Il s'agirait donc d'un compte-rendu particulier du suicide permettant d'offrir un soutien collectif au moment même où chacun peut se sentir isolé ou se dévaloriser.

Le debriefing n'est efficace et positif que s'il s'effectue avec des règles strictes : confidentialité, absence de critique, présence d'un "facilitateur" extérieur à l'événement.

Il y aurait donc là nécessité de **former dans chaque direction régionale des personnes volontaires pour assurer cette animation de groupe**. Ces personnels, surveillant, conseiller d'insertion et de probation, administratif, médecin, psychiatre, psychologue deviendraient en quelque sorte des **"personnes-ressources"** en cas de situation de violence.

Il serait souhaitable de disposer de deux ou trois personnes-ressources par région pénitentiaire.

Dès la survenue d'un suicide, la direction régionale, aussitôt informée de l'événement, demanderait au référent le plus proche du lieu du suicide de se rendre à l'établissement dans les 72 heures pour organiser cette séance de debriefing.

Après cette première réunion de debriefing proprement dit, il serait possible d'envisager un suivi à plus ou moins long terme, le référent pouvant proposer, un mois plus tard par exemple, de faire le point avec les personnes concernées.

IV - Actions vis-à-vis de la famille

Le groupe entend souligner l'importance de la transparence à avoir à l'égard de la famille des détenus.

Pour réaliser cette transparence, il semble **utile de mettre au courant la famille des comportements auto-agressifs que peut avoir leur proche incarcéré**. Bien évidemment, cette information ne peut être donnée qu'avec l'accord du détenu concerné, qui pourra d'ailleurs préciser aussi à quel membre particulier de sa famille il souhaite que cela soit communiqué.

Lorsque le comportement du détenu a entraîné sa mort, il paraît important, toujours dans un souci de transparence, **qu'à l'occasion de l'information téléphonique qui est donnée à la famille par le directeur de l'établissement pénitentiaire, celui-ci propose systématiquement une rencontre, avec éventuellement la présence des personnels de santé et socio-éducatifs**.

Cette restitution aux niveaux sanitaire et pénitentiaire s'accompagne aussi d'une réponse judiciaire, une enquête étant effectuée après chaque suicide.

Le groupe ne voit que des avantages à ce que, dans ce cadre, une autopsie soit systématiquement ordonnée. Cette démarche a le mérite de permettre de lever toute ambiguïté quant à la mort du détenu.

Dans la même optique, il serait opportun de **proposer une rencontre entre la famille et le médecin légiste**. En effet, le doute légitime qu'a la famille face au suicide de leur proche peut être estompé par les explications du médecin qui a effectué l'autopsie. Ainsi, cette clarification des choses, même si elle est douloureuse, constitue dans le même temps une aide au travail de deuil que la famille a à effectuer.

Le Conseil Economique et Social, dans son rapport sus-visé avait déjà préconisé une organisation nouvelle des services de médecine légale de telle sorte qu'ils deviennent "le lieu où le suicide pourrait commencer à se dire en permettant à ceux qui restent de rencontrer un praticien compétent et sensibilisé à toutes les répercussions humaines de cette mort provoquée par le sujet".

Certains services de médecine légale, notamment les instituts médico-légaux de Lyon et de Saint-Etienne orientent déjà une partie de leur activité vers un accueil des familles.

Toujours dans le même souci de transparence, il serait utile **que, dans certains cas, l'information puisse être donnée à la presse par le Parquet**. Cette démarche permettrait d'atténuer les émotions négatives entretenues par les médias qui véhiculent souvent de fausses informations et par là même défigurent l'image de la Justice et notamment celle de l'Administration Pénitentiaire.

Enfin, s'il est évident que la transparence est bénéfique pour les familles, elle l'est tout autant pour l'Administration Pénitentiaire et pour l'équipe médicale.

Dans cette perspective, il serait souhaitable que les établissements, avec l'accord du parquet et une fois l'enquête clôturée, puissent être destinataires du rapport d'autopsie. Les éléments objectifs du rapport d'autopsie sur les causes de la mort et, le cas échéant, son heure exacte, peuvent en effet permettre à la direction, au personnel et au service médical de mieux comprendre les circonstances de l'acte, de répondre aux questions qu'ils peuvent se poser sur la qualité de leurs interventions et, en tout état de cause, de réfléchir de façon parfaitement éclairée aux moyens à mettre en oeuvre pour, à l'avenir, prévenir ce genre d'événements.

Le groupe propose que **la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces soit saisie** de l'ensemble de ces questions.

CONCLUSION

La réflexion du groupe de travail a donc abouti à la définition d'un dispositif général de prévention, dont la finalité n'est certes pas d'éradiquer complètement le suicide, mais d'en limiter sensiblement le nombre, dans des conditions compatibles avec le respect de la personne humaine.

Trois types de mesures peuvent ainsi se dégager : des mesures susceptibles, si elle sont validées dans leur principe, d'entrer en application rapidement sur l'ensemble du territoire, des mesures, dont la mise en oeuvre concrète ne sera possible qu'après un examen complémentaire, en lien avec les autorités et services concernés, qu'il conviendra de saisir, enfin des mesures dont le groupe propose l'expérimentation dans un certain nombre d'établissements pionniers, pour une durée maximale de 6 mois.

I - Mesures susceptibles d'application immédiate

1 - Lors de l'accueil en détention

- Généralisation des mises à disposition d'objets de nature à limiter l'effet de perte des repères (nécessaire de toilette, vêtements, douche, nécessaire de correspondance, plaquette arrivant comportant des indications spécifiques sur tous les délais).
- Limitation du caractère systématique du recours au doublage en cellule.
- Généralisation de l'appel au médecin et au personnel de direction de permanence, lorsque l'état psychologique du détenu apparaît particulièrement alarmant.

2 - Au quartier disciplinaire

- Promotion de l'usage de la mise à l'isolement comme alternative au placement en prévention disciplinaire.
- Mise en place d'une procédure particulière de mise en prévention (visite systématique par le gradé et remise d'un imprimé type au détenu, décrivant son nouveau régime de détention et précisant les échéances qui seront les siennes).

- Proscription de la pratique consistant à déshabiller les détenus.
- Vérification et amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité, et organisation d'un véritable accès à la lecture.
- Réorganisation du travail des agents, désignation d'un gradé de secteur, responsable du quartier disciplinaire et mise à disposition d'outils spécifiques (grille d'évaluation, fiche de liaison, fiche de poste).

3 - Lors de l'après suicide

- Proposition systématique d'une prise en charge somatique ou psychiatrique au détenu qui commet un acte auto-agressif.
- Entretien systématique avec, d'une part un personnel de direction ou une personne déléguée à cet effet et, d'autre part un membre du service social, pour tout détenu qui commet un acte auto-agressif.
- Avis à la famille, en accord avec le détenu, de tout acte auto-agressif.
- Organisation par les acteurs locaux (administration pénitentiaire, services hospitaliers et forces de l'ordre) de réunions sur la question de la prise en charge, et en particulier de l'hospitalisation, des détenus suicidants.
- Développement local de relations entre les établissements pénitentiaires et les associations qui, dans la société libre, offrent un relais d'écoute et d'accueil.
- Possibilité pour les co-détenus d'un suicidé de bénéficier d'un soutien psychologique.
- Organisation de réunions périodiques entre membres de la direction, personnel de surveillance, service social et service médical sur l'évaluation des situations personnelles des détenus suicidaires et sur la mise en oeuvre commune de mesures de prévention générale.
- Organisation locale, après la survenue d'un suicide, de debriefing, avec l'aide d'une "personne ressource" désignée dans chaque direction régionale.

II - Mesures dont les conditions de mise en oeuvre concrète ne pourront être définies qu'en lien avec les autorités ou services concernés.

1 - En lien avec la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

A) En amont de l'incarcération

- En cas de doute de l'autorité judiciaire sur la compatibilité de l'état de santé d'une personne avec son incarcération et/ou la nécessité de soins immédiats, examen médical avant et non après la mise à exécution de la mesure privative de liberté.

- Assurer une transmission d'informations régulière entre les autorités judiciaires et les établissements (refonte partielle de la notice individuelle des juges d'instruction, transmission systématique de l'enquête POP et, au service médical de l'établissement, des certificats établis en garde à vue, transmission de certains types d'informations issues des expertises psychiatriques, médico-psychologiques et enquêtes de personnalité).

- Eviter les écrous tardifs, dans la mesure du possible.

B) Lors de l'après suicide

- Favoriser, en accord avec l'autorité judiciaire, une rencontre entre la famille et le chef d'établissement d'une part, la famille et le médecin légiste d'autre part.

- Systématiser les communiqués de presse émanant du parquet, notamment lorsque de fausses informations sont colportées par les journaux locaux ou nationaux.

- Transmettre, en accord avec l'autorité judiciaire et après clôture de l'enquête, le rapport d'autopsie à l'établissement.

2 - En lien avec le bureau de la réglementation et de la méthodologie

- Elaboration d'une réglementation sur l'utilisation d'une cellule d'attente, pour répondre aux situations de crise autrement que par une mise en prévention disciplinaire.

- Elaboration d'une réglementation sur l'utilisation du confinement en cellule ordinaire à titre préventif.

- Réforme des conditions de mise en prévention au quartier disciplinaire.

- Réforme de certains aspects du régime de détention au quartier disciplinaire.

3 - En lien avec la sous-direction des Ressources Humaines et l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire

- Mise en place d'enseignements spécifiques à destination de toutes les catégories de personnels en formation initiale et en formation continue.
- Favoriser la création de module spécifique en formation déconcentrée multicatégorielle.
- Assurer une formation ad hoc "des personnes ressources".

4 - En lien avec la sous-direction des Affaires Administratives

- Création, dans chaque établissement, de cellules d'accueil, spécialement équipées pour permettre un contact facilité avec les agents (système d'alerte type interphone ou signal visuel).
- Mise en conformité de toutes les cellules des quartiers disciplinaires avec les règles d'hygiène et de salubrité du droit commun.
- Equipement des cellules des quartiers disciplinaires en détecteurs de fumées et matelas dont les composants présenteraient un seuil minimum de toxicité.

III - Mesures expérimentales

- Institution d'un agent référent, chargé d'une double mission d'accueil et de recueil d'informations.
- Mise en place d'un dispositif d'observation, par le personnel de surveillance, reposant sur l'utilisation d'une grille d'analyse des situations.

A titre indicatif, il est proposé que ces dispositifs soient expérimentés dans quatre établissements de type différent : trois maisons d'arrêt, deux établissements de province de taille petite ou moyenne et un établissement de la région parisienne ainsi qu'un centre de détention où le projet d'exécution de peine est à ce jour mis en place.

D'autres établissements volontaires pourront aisément se joindre à l'expérience. L'initiative locale en la matière ne peut être qu'encouragée. Il est à noter que certains établissements et certaines directions régionales ont déjà entamé une réflexion sur les questions de prévention de suicide.

Ainsi la direction régionale de Toulouse a annoncé, courant février 1996, la création future d'un groupe de travail composé de chefs d'établissements, de membres du service social, de psychologues, de psychiatres, de surveillants et représentants de la Direction Régionale. Par ailleurs, le Directeur de la maison d'arrêt de Loos a créé, courant novembre 1995, sur le même thème, un groupe de travail pluridisciplinaire, interne à l'établissement.

ANNEXES

ANNEXE N° I

La composition du groupe de travail

**COMPOSITION
DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LA PREVENTION DU SUICIDE**

Médecin légiste

Professeur DEBOUT, Chef du service de Médecine Légale de l'Hôpital de Bellevue à SAINT-ETIENNE

Médecins psychiatres

Docteur LAMOTHE, médecin Chef du S.M.P.R. de LYON

Madame le Docteur BARON LA FORET, médecin au SMPR de FRESNES

Madame le Docteur LEMAIRE, médecin à la Maison d'Arrêt de FLEURY-MEROGIS

Docteur CARRIERE, médecin à l'Unité de Consultation Psychiatrique de l'Hôpital Jacques MONOD au HAVRE

Médecin Généraliste

Madame le Docteur TUFFELLY, médecin au Centre Pénitentiaire de FRESNES

Psychologues

Madame PRZYGODZKI, psychologue à la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de LILLE

Démographe :

Monsieur BOURGOIN, expert démographe, Docteur en Démographie, Maître de Conférences à l'Université de BESANCON

Personnels Pénitentiaires

Madame DECROIX, Directrice à la Maison d'Arrêt d'EPINAL

Madame GUEGUAN, Sous-Directrice à la Maison d'Arrêt de FRESNES

Madame DOUSSAINT, Conseiller d'Insertion et de Probation au CPAL de LYON

Madame SCHNEIDER, Chef des Services Pénitentiaires à la Maison d'Arrêt d'ORLEANS

Direction de l'Administration Pénitentiaire

- Madame SCHAFFNER, Magistrat, Chef du Bureau de l'Action Sanitaire et de la Lutte contre la Toxicomanie
- Madame SAMPEUR, Sous-Directrice des Services Pénitentiaires - Bureau de l'Action Sanitaire et la Lutte contre la Toxicomanie
- Madame HENRY, Psychologue au Bureau de la Formation et de l'Emploi des Ressources Humaines
- Monsieur MOUNAUD, Chef du Bureau de l'Informatique et de l'Organisation
- Monsieur HOURCAU, Chargé d'Etude à la Mission d'Appui des Personnels

Direction Générale de la Santé

- Madame le Docteur DUMONT, Bureau des Ages de la Vie et des Populations
- Madame le Docteur PENCIOLELLI, Bureau de la Santé Mentale, des Toxicomanies et des Dépendances

Direction des Hôpitaux

- Madame le Docteur ROUSSEAU, Chef de la Mission Organisation des Soins en Milieu Pénitentiaire
- Madame PARPILLON, membre de la Mission Organisation des Soins en Milieu Pénitentiaire

Rapporteur

- Madame ZIENTARA-LOGEAY, Magistrat au Bureau de l'Individualisation et des Régimes de Détention

ANNEXE N°II

La composition des Sous-Groupes de Travail

COMPOSITION DES SOUS-GROUPES DE TRAVAIL

I - Evaluation et repérage des risques suicidaires

- Docteur CARRIERE
- Madame DECROIX
- Madame PARPILLON

II - Accueil en détention et formation des personnels :

- Docteur BARONLAFORET
- Madame GUEGUAN
- Madame HENRY
- Monsieur HOURCAU

III - Prévention du suicide au quartier disciplinaire :

- Docteur LEMAIRE
- Docteur PENCIOLELLI
- Madame SAMPEUR
- Madame SCHNEIDER

IV - Prise en compte de l'après suicide :

- Professeur DEBOUT
- Docteur DUMONT
- Madame PRZYGODSKI
- Docteur TUFFELLY

V - Synthèse et rédaction

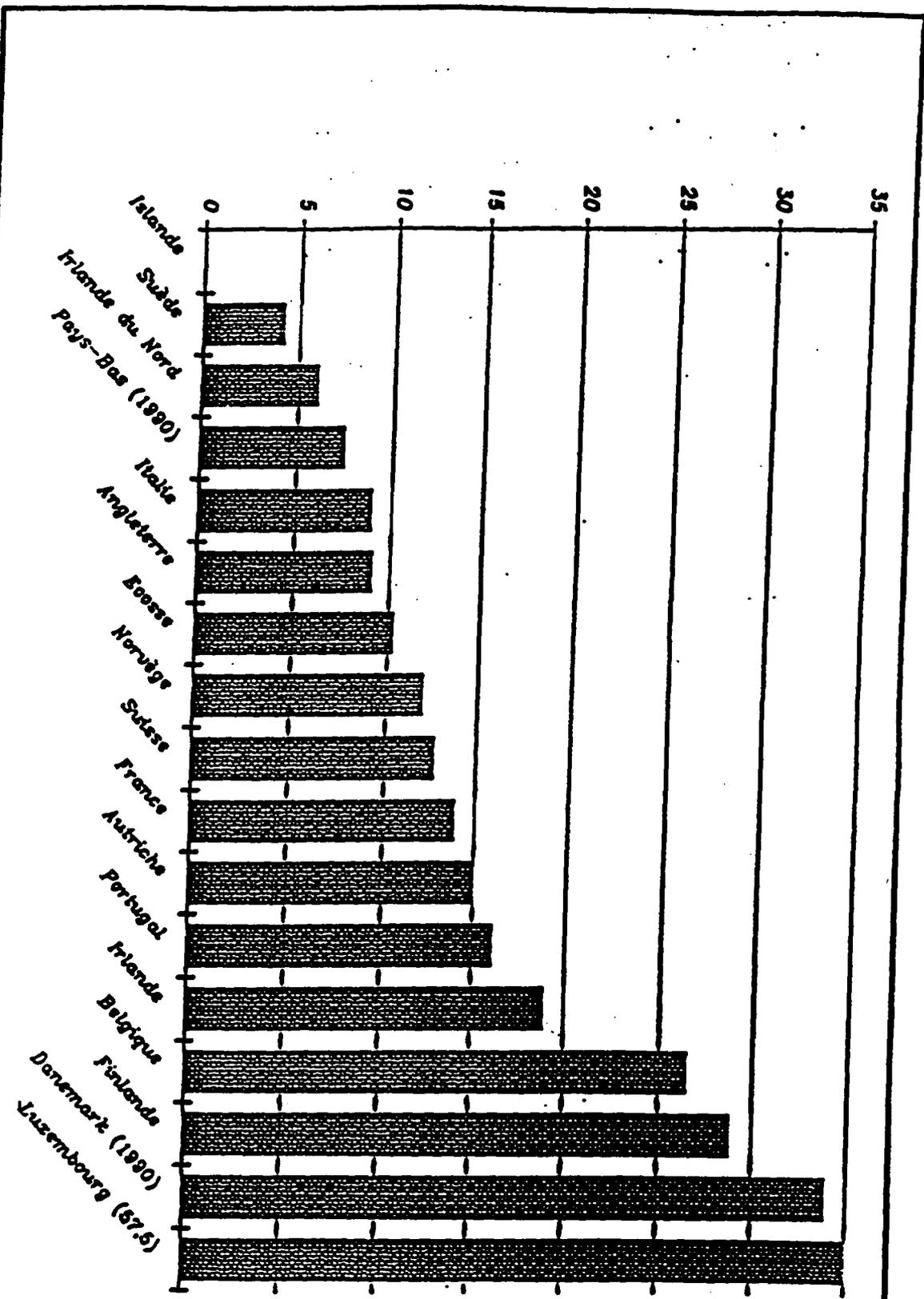
- Madame DOUSSAINT
- Docteur LAMOTHE
- Madame ZIENTARA-LOGEAY

ANNEXE N° III

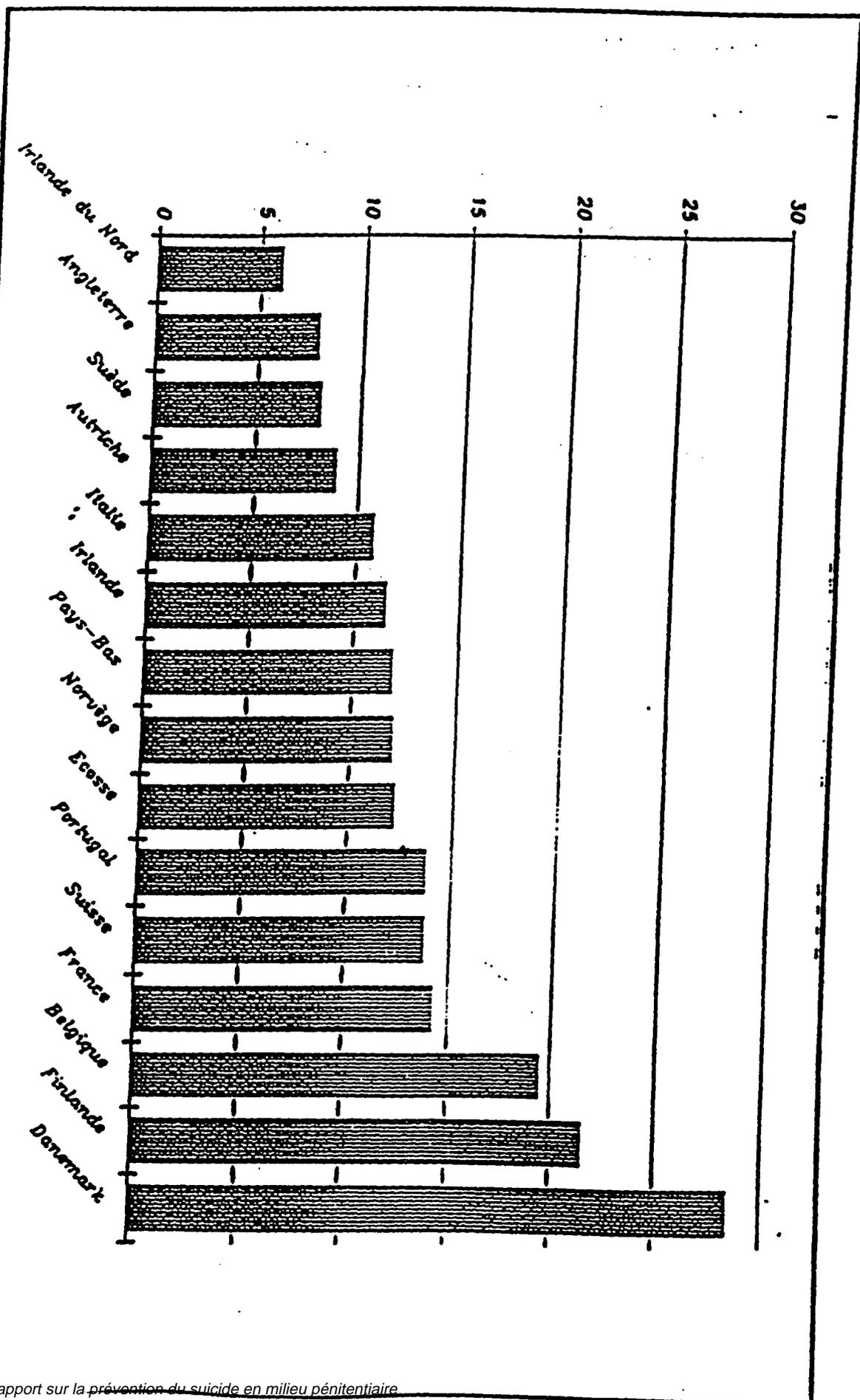
Les chiffres européens

| Pays | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | Moyenne |
|---|------|------|------|------|---------|
| Autriche | | 5,2 | 6,4 | 15,0 | 8,9 |
| Belgique | 20,2 | 22,2 | 12,3 | 26,5 | 19,5 |
| Danemark | 31,7 | 11,8 | 33,9 | | 28,5 |
| Finlande | 19,5 | 22,6 | 25,8 | 28,8 | 21,6 |
| France | 16,7 | 14,2 | 12,7 | 13,9 | 14,3 |
| Irlande | 20,5 | 25,3 | | 18,9 | 11,5 |
| Islande | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | |
| Italie | 12,7 | 12,4 | 7,1 | 9,0 | 10,8 |
| Luxembourg | 0,0 | 0,0 | 28,4 | 57,5 | |
| Norvège | 14,7 | 9,2 | 0,0 | 12,0 | 12,0 |
| Pays-Bas | 13,7 | 9,3 | 7,5 | | 11,9 |
| Portugal | 20,8 | 13,0 | 18,8 | 16,1 | 13,8 |
| Royaume-Uni Angleterre Pays de Galles | 7,6 | 9,9 | 11,0 | 9,1 | 7,9 |
| Ecosse | 17,7 | 8,4 | | 10,3 | 12,2 |
| Irlande du Nord | 11,2 | 5,6 | 5,8 | 6,0 | 6,0 |
| Suède | 17,0 | 10,4 | 12,3 | 4,2 | 8,1 |
| Suisse | 12,7 | 26,7 | 6,5 | 12,7 | 13,8 |

Source : Statistique pénale annuelle du Conseil de l'Europe
Etude de P. Tournier Septembre 1993



Source : S.P.A.C.E 92.9.3
 Statistique pénale annuelle du Conseil de l'Europe
 Etude de P. Tournier Sept. 1993



Source : S.P.A.C.E 92.9.3

Statistique pénale annuelle du Conseil de l'Europe
Etude de P. Tournier Sept. 1993

ANNEXE N°IV

**L'évolution du taux de suicide dans les
établissements pénitentiaires français**

Suicides en milieu carcéral

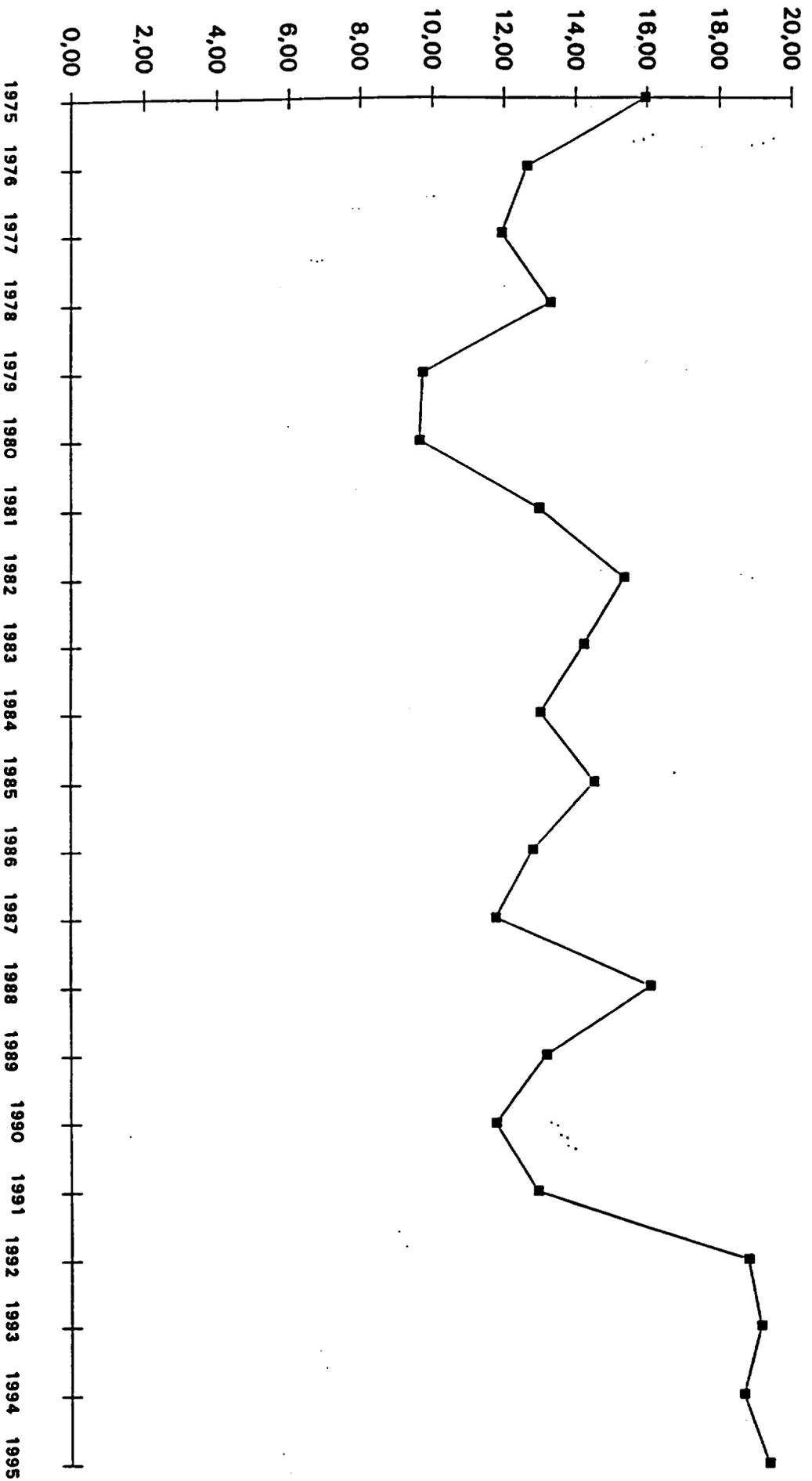
| Année | Suicides (1) | Population moyenne (2) | Taux p. 10 000 (3) |
|-------|--------------|------------------------|--------------------|
| 1975 | 47 | 29 482 | 15,94 |
| 1976 | 40 | 31 655 | 12,84 |
| 1977 | 40 | 33 484 | 11,95 |
| 1978 | 48 | 34 580 | 13,30 |
| 1979 | 36 | 36 918 | 9,76 |
| 1980 | 39 | 40 365 | 9,66 |
| 1981 | 41 | 31 547 | 13,00 |
| 1982 | 55 | 35 777 | 15,37 |
| 1983 | 57 | 40 010 | 14,25 |
| 1984 | 58 | 44 498 | 13,03 |
| 1985 | 64 | 44 029 | 14,54 |
| 1986 | 83 | 49 112 | 12,83 |
| 1987 | 60 | 50 874 | 11,79 |
| 1988 | 75 | 48 515 | 16,12 |
| 1989 | 82 | 46 927 | 13,21 |
| 1990 | 58 | 49 105 | 11,81 |
| 1991 | 65 | 50 122 | 12,97 |
| 1992 | 95 | 50 352 | 18,87 |
| 1993 | 101 | 52 555 | 19,22 |
| 1994 | 101 | 53 905 | 18,74 |
| 1995 | 107 | 55 043 | 19,44 |

(1) Source : rapports annuels de l'administration pénitentiaire

(2) Population moyenne année $n = 1/2 (P (1.1.n) + P (1.1. n + 1))$

(3) Taux de suicidité = (nb de décès de l'année/population moyenne) x 10 000

**Evolution du taux de suicide
en milieu carcéral**



ANNEXE N°V

**Les données socio-démographiques :
intervention de Nicolas Bourgoin
lors de la réunion du 22 mai 1995**

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">INTERVENTION DE MONSIEUR NICOLAS BOURGOIN LORS DE LA REUNION DU 22 MAI 1995</p> |
|---|

Nicolas BOURGOIN a présenté les principales conclusions de sa thèse de démographie et sciences sociales intitulée le Suicide en Prison et publiée aux éditions L'Harmattan en 1994 :

L'étude porte sur l'ensemble des suicides intervenus dans les établissements français entre 1982 et 1991, soit 621 cas. Elle repose sur l'analyse détaillée de chacun des dossiers individuels des détenus suicidés.

Selon l'approche transversale, un certain nombre de conclusions peuvent intéresser directement la réflexion à mener sur la prévention :

La sursuicidité carcérale

Dans la période concernée, le taux de suicide carcéral moyen enregistré, soit 141,2 suicides pour un effectif constant de 100 000 détenus est très nettement supérieur à celui observé dans le monde libre au cours de la même période, soit 22,2 pour 100 000. La sursuicidité carcérale brute s'élève donc à 6,4. Ce taux cependant mérite d'être corrigé, en tenant compte d'une part d'une sous estimation des suicides en milieu libre classiquement évaluée à 20 % et d'autre part en comparant les taux de suicides d'une population libre de même structure par âge et par sexe que la population carcérale. Le taux de sursuicidité se réduit alors à 4.

Pour la période 1992 - 1994, compte tenu de l'augmentation très sensible du nombre des suicides en détention, le taux de sursuicidité peut être estimé à 6, en tenant compte des corrections susmentionnées.

La corrélation entre les incidents en détention et le risque de suicide.

Les détenus s'étant suicidés ont commis en moyenne plus d'incidents en détention lors de leur dernière incarcération que l'ensemble des détenus.

Ainsi on observe 124 tentatives de suicides parmi les suicidés pour 648,7 détenus années, soit un taux de 191,2 pour 1000. Dans l'ensemble de la population incarcérée, le taux de tentative est seulement de 7,9. Les détenus suicidés ont donc fait près de 25 fois plus de tentatives que la moyenne des détenus au cours de la période étudiée.

De la même façon, le taux de grève de la faim est 2,8 fois supérieur chez les détenus suicidés.

Le taux d'automutilation est 6 fois supérieur chez les détenus suicidés.

Les évasions sont 13,7 fois plus fréquentes chez les suicidés.

Au contraire, le taux de participation à un mouvement collectif est à peu près identique à celui observé dans l'ensemble de la détention.

Recherche des facteurs de risque selon la procédure de régression

L'usage d'un groupe témoin et l'emploi d'un modèle de régression logistique permettent d'isoler les principaux facteurs de risques de suicide en prison.

Les facteurs qui augmentent le risque sont principalement :

* **l'incarcération en maison d'arrêt**

Ce point est confirmé par l'analyse des taux : le taux de suicide pour 100 000 détenus est en maison d'arrêt de 117,5 pour les condamnés et de 217,1 pour les prévenus tandis qu'il est de 75,1 en maison centrale et de 69,8 en centre de détention.

* **le fait que l'infraction soit un délit ou un crime contre un proche**

* **la durée de la peine**

L'accroissement du risque de suicide avec la durée de la peine ne s'explique pas par un effet de la durée d'exposition au risque, les trois quart des suicides ayant été perpétrés au cours de la première année de détention et la quasi-totalité dans un délai de deux ans suivant l'écrou.

Les taux de suicide suivant la durée de la peine figure au tableau joint. Ils sont respectivement pour les condamnés à 3 à 10 ans, 10 à 20 ans et à la Réclusion Criminelle à Perpétuité de 102, 184 et 197 pour 100 000, tandis que pour les détenus condamnés à moins de 3 mois, 3 mois à 6 mois et 6 mois à 1 ans, ils sont de 56, 41 et 87 pour 100 000.

* **l'existence d'une mesure d'expulsion**

* **la toxicomanie**

* **la possession de biens sociaux** au moment de l'écrou (domicile, activité professionnelle, conjointe et un ou plusieurs enfants, niveau d'instruction secondaire ou supérieur).

Plus le statut social est élevé, plus le risque de suicide est important. Cette variable agit au contraire dans le monde libre comme un facteur de diminution du risque suicidaire. Elle contredit les études qui tendent à expliquer la sursuicidité carcérale par un effet de sélection de la population pénale.

On observe au contraire que constituent des facteurs qui diminuent le risque suicidaire :

* la nationalité étrangère

Toutefois, les taux de suicide des étrangers, très inférieurs à ceux des français en milieu libre ont tendance à s'aligner sur ceux des français en milieu carcéral.

* l'appartenance à une religion, notamment musulmane ;

* l'absence de domicile.

Enfin, l'effet du sexe sur les conduites suicidaires, très important en milieu libre se révèle nul en détention : il n'y a pas de sursuicidité masculine.

En dernier lieu, le placement au quartier disciplinaire constitue en lui-même un facteur de risque.

Le taux de suicides au quartier disciplinaire est au moins 7 fois supérieur au taux de suicide dans le reste de la détention. On ne peut expliquer cette sursuicidité au quartier disciplinaire par un effet de sélection dans la mesure où les détenus placés au Quartier Disciplinaire ne présentaient au regard des autres variables que peu de risques de passer à l'acte. On note en effet parmi eux une proportion d'étrangers de 26,1 % contre 19,6 % chez l'ensemble des suicidés, une proportion de détenus sans profession de 44,3 % contre 36,4 % chez l'ensemble des suicidés, plus de détenus en procédure correctionnelle (61,4 % contre 49,6 % chez l'ensemble des suicidés) et des détenus dont la durée de la peine était en moyenne plus courte (4,4 an contre 6,1 an chez l'ensemble des suicidés). Ces variables sont, en effet, des facteurs diminuant le risque suicidaire.

Enfin les détenus suicidés au quartier disciplinaire étaient nettement plus jeunes que les autres détenus suicidés. L'âge moyen des détenus suicidés au Quartier Disciplinaire pour la période 1982-1991 est de 26 ans, tandis qu'il est de 32 ans pour l'ensemble des suicidés.

Plus de la moitié des suicides interviennent pendant la période de prévention disciplinaire. S'agissant des détenus qui ont comparu au prétoire, on constate une sur-représentation de condamnations à plus de 15 jours de cellule par rapport à l'ensemble de la population carcérale. Les motifs de punition les plus fréquemment observés sont les évasions et tentatives, les refus d'obéissance, les insultes au personnel, les coups et blessures volontaires contre le personnel ou les détenus.

Toutefois, par rapport à l'ensemble des détenus punis, les évasions et tentatives sont sur-représentées chez les suicidés tandis que les refus d'obéissance sont sous-représentés.

Par ailleurs, le placement à l'isolement administratif prédispose aussi au suicide, mais d'une façon beaucoup moins nette. En outre, 33 % des suicidés étaient placés à l'isolement sur leur demande.

L'approche longitudinale fait apparaître les points suivants :

* le choc de l'incarcération

14,5 % des détenus suicidés (et 21 % des prévenus suicidés) ont perpétré leur acte au cours de la première semaine de détention.

Sur les 621 cas de la période étudiée, 90 suicides sont intervenus avant le 7ème jour après l'écrou, dont 39 avant le 2ème jour après l'écrou.

L'évolution du risque de suicide au cours de la durée de détention peut se mesurer à partir du calcul des quotients journaliers sur la cohorte des 621 suicidés. La valeur du risque est maximale dans les 48 heures qui suivent l'écrou, puis baisse rapidement au cours de la détention (cf tableaux joints).

L'infraction contre un proche, en particulier s'il s'agit d'un crime de sang ou si le détenu a fait une tentative de suicide consécutive à l'acte criminel et antérieure à l'incarcération, constitue un facteur de risque de précocité du suicide (intervenue dans les 48 heures suivant l'écrou).

Le risque de précocité du suicide (dans le premier mois qui suit l'écrou) augmente avec l'importance des biens sociaux possédés.

* la prise d'information

La survenance d'un événement visible de nature à modifier la situation du détenu dans ses aspects physiques, affectifs, pénaux est concomitante d'une part importante de suicides (428 cas sur 621).

Ces événements peuvent être antérieurs au suicide, dans la plupart des cas moins d'une semaine avant le passage à l'acte, ou postérieurs, s'agissant d'un phénomène d'appréhension et d'anticipation.

Parmi les événements internes à la détention (outre l'incarcération et le placement en quartier disciplinaire) on trouve le plus fréquemment un transfert, le départ d'un co-détenu, la notification d'un autre mandat de dépôt, le rejet d'une libération conditionnelle, une mésentente grave avec un co-détenu, une évasion ou tentative et la condamnation. Parmi les événements externes à la détention, on trouve le plus fréquemment la rupture avec la conjointe, l'abandon familial, un événement grave touchant un proche et l'anniversaire du détenu.

* le choc de la condamnation

Sur la série de suicides étudiés, 24 ont eu lieu moins d'une semaine après le verdict de la condamnation et 33 ont eu lieu dans la semaine qui précédait l'audience. 63 % de ces détenus étaient soumis à une procédure criminelle.

* les variations saisonnières

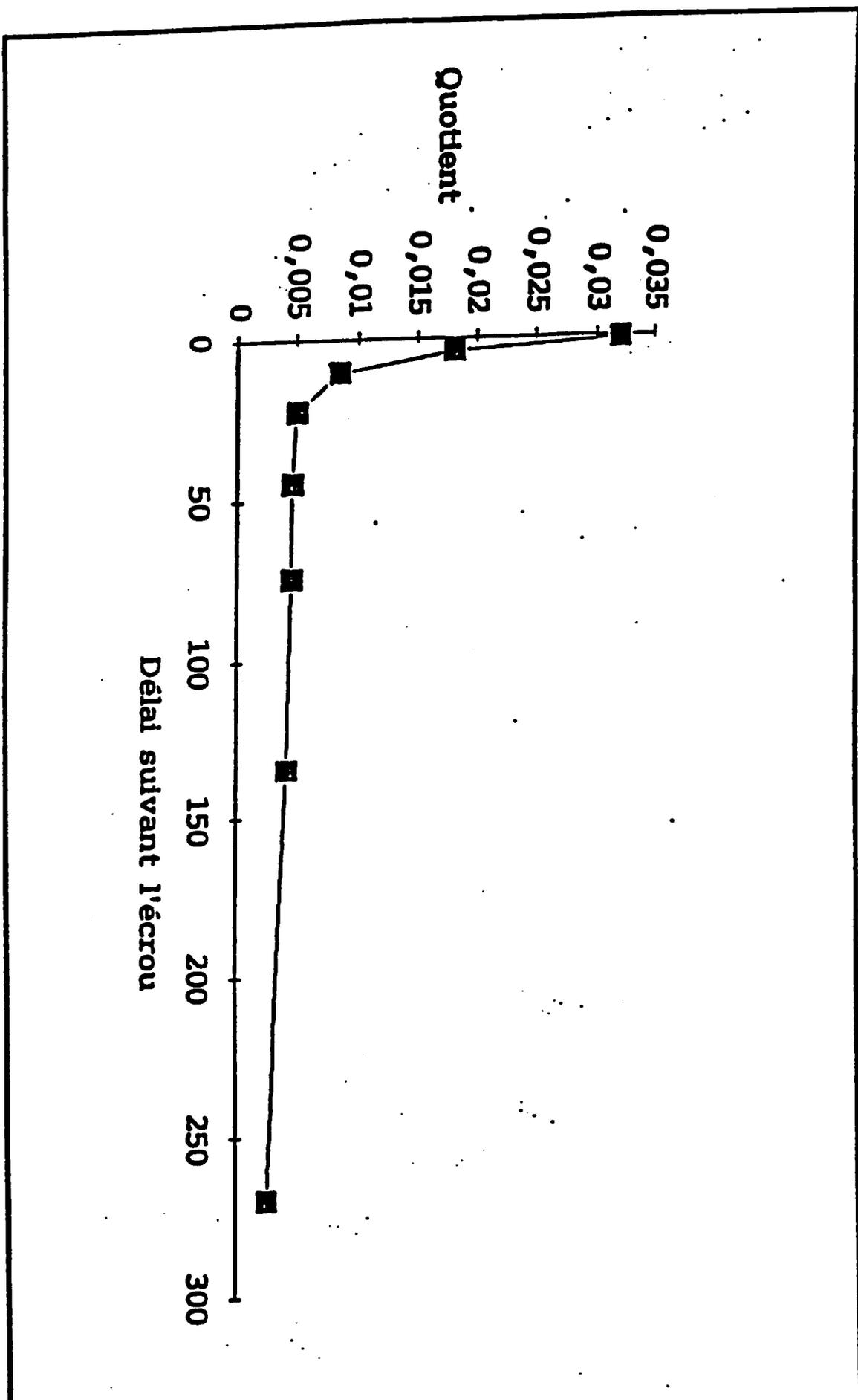
Tandis que les variations mensuelles du milieu libre semblent obéir au rythme des saisons, la courbe des suicides en milieu carcéral est marquée par de multiples irrégularités. On observe cependant un nombre de suicides important en juin et en décembre, alors que dans la société libre, on enregistre plutôt une baisse dans ces périodes là. Au mois de décembre, les suicides se concentrent les veilles de jour de fête (24 décembre et 31 décembre).

Les variations hebdomadaires font apparaître un pic le samedi et un creux le dimanche (qui est la journée où on se suicide le moins avec le mercredi). Dans le monde libre, le jour où on observe le plus grand nombre de suicides est le lundi.

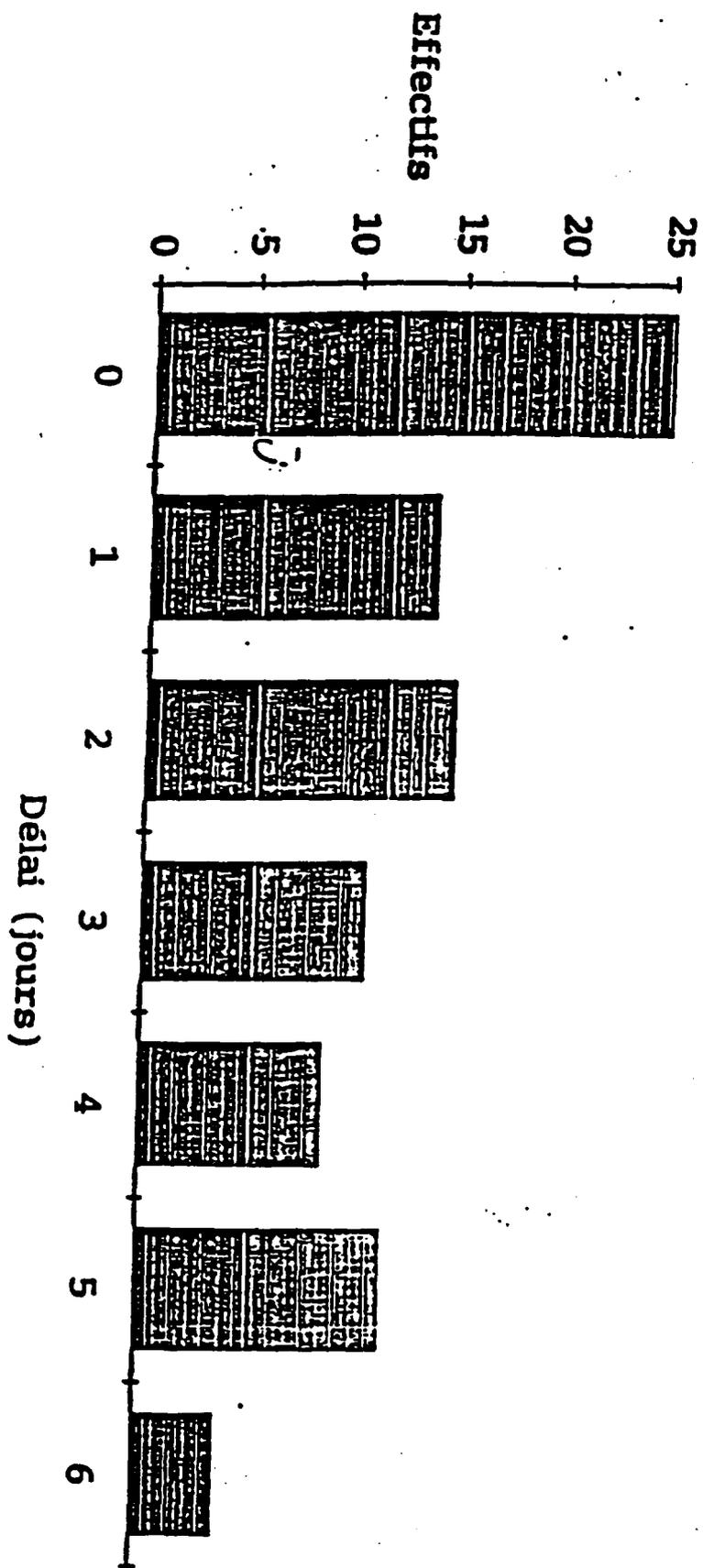
S'agissant enfin des variations journalières, on constate une recrudescence des suicides à la fin du service de nuit, en fin d'après-midi et en début de soirée, résultats qui contrastent avec le milieu libre où les suicides nocturnes sont rares.

Enfin sur 621 suicidés, 200 avaient laissé une lettre. L'interprétation de ces écrits permet de repérer trois types principaux de motifs, ceux relatifs à un conflit avec l'entourage familial, en particulier le conjoint, ceux relatifs à un conflit avec l'institution et ceux liés à une recherche de légitimation.

**EVOLUTION DU QUOTIENT JOURNALIER DE MORTALITE PAR SUICIDE
SELON LE DELAI D'INCARCERATION
(En jours)**



SELON LE DELAI D'INCARCERATION
(Suicides perpétrés au cours de la première semaine)



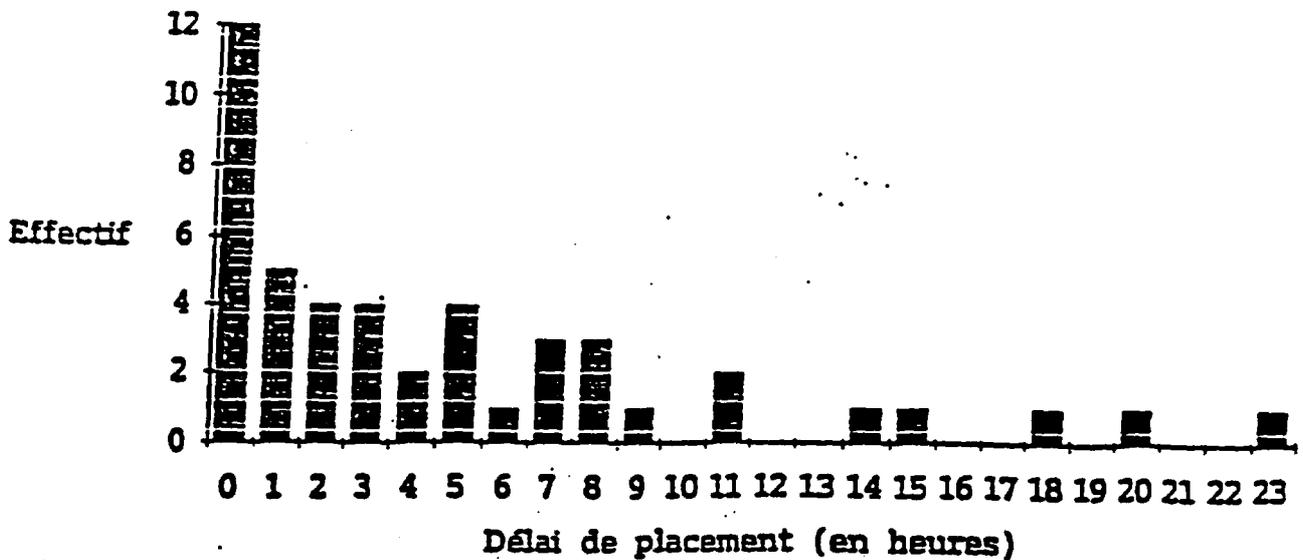
ANNEXE N° VI

**Le suicide au quartier disciplinaire :
données statistiques**

**Décès par suicide au quartier disciplinaire
selon le délai (en heures) de placement en cellule
(suicides perpétrés au cours de la première journée de punition)**

| Délai (heures) | Effectif |
|-----------------|-----------|
| 0 | 12 |
| 1 | 5 |
| 2 | 4 |
| 3 | 4 |
| 4 | 2 |
| 5 | 4 |
| 6 | 1 |
| 7 | 3 |
| 8 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 | 0 |
| 11 | 2 |
| 12 | 0 |
| 13 | 0 |
| 14 | 1 |
| 15 | 1 |
| 16 | 0 |
| 17 | 0 |
| 18 | 1 |
| 19 | 0 |
| 20 | 1 |
| 21 | 0 |
| 22 | 0 |
| 23 | 1 |
| Ensemble | 46 |

**Décès par suicide au quartier disciplinaire
selon le délai (en heures) de placement en cellule
(suicides perpétrés au cours de la première journée de punition)**



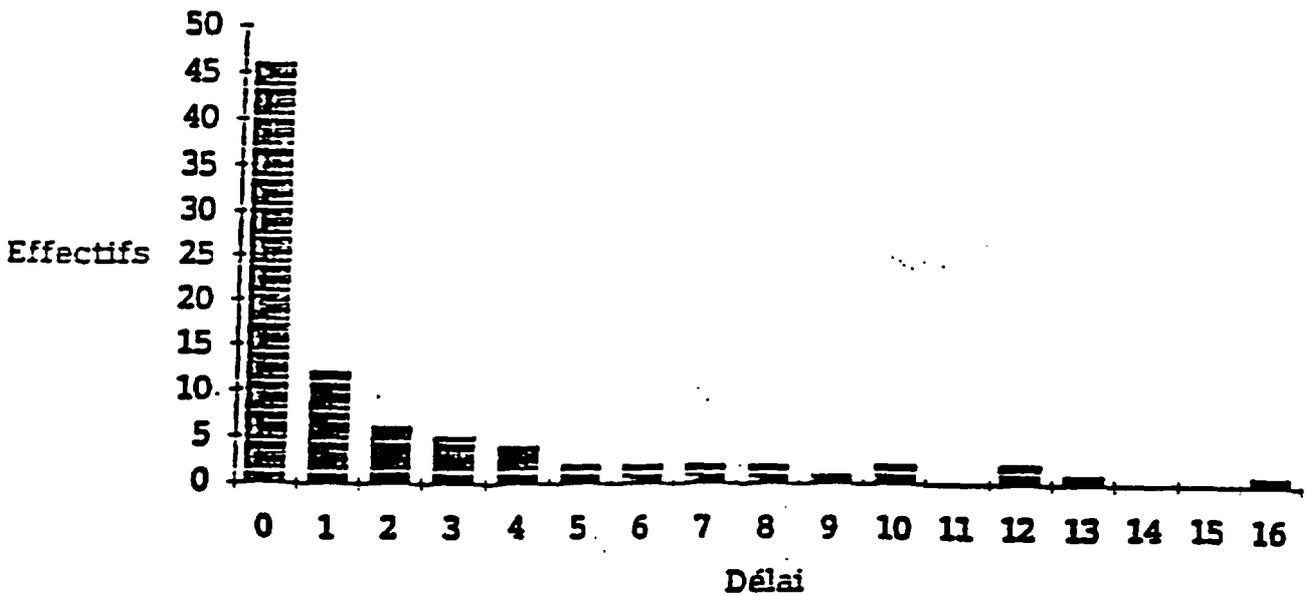
Source : Le suicide en prison

Centre des Hautes Etudes en Sciences Sociales

**Décès par suicide au quartier disciplinaire
suivant le délai de placement en cellule (en jours)**

| Délai (jours) | Effectif |
|-----------------|-----------|
| 0 | 46 |
| 1 | 12 |
| 2 | 6 |
| 3 | 5 |
| 4 | 4 |
| 5 | 2 |
| 6 | 2 |
| 7 | 2 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 | 2 |
| 11 | 0 |
| 12 | 2 |
| 13 | 1 |
| 14 | 0 |
| 15 | 0 |
| 16 | 1 |
| Ensemble | 88 |

**Décès par suicide au quartier disciplinaire
suivant le délai de placement en cellule (en jours)**

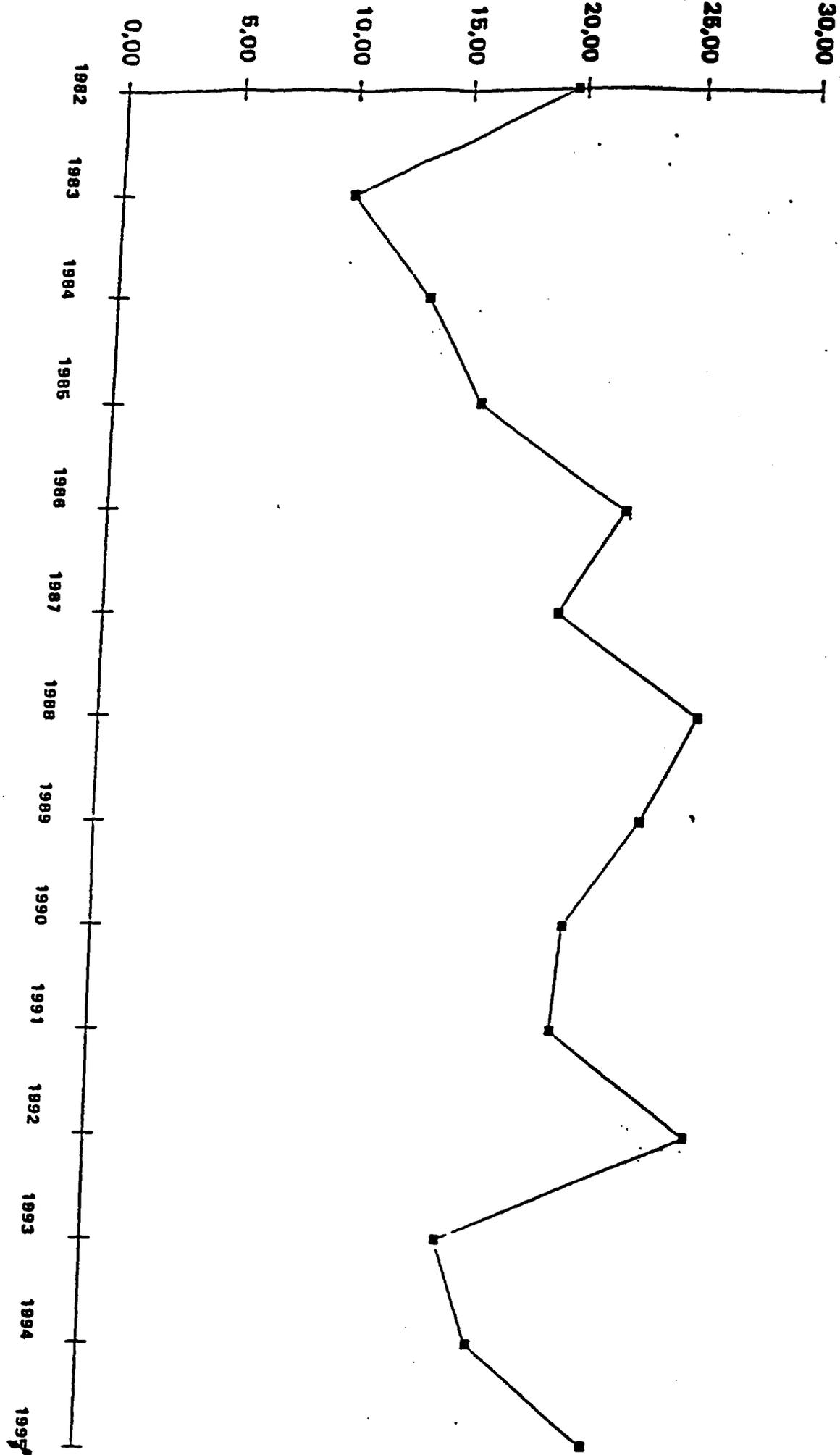


Source : Le suicide en prison
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Evolution comparative du
taux des suicides au quartier disciplinaire

| Année | Détenu- année * | Suicides au quartier disciplinaire | |
|-------|--------------------|------------------------------------|---------|
| | | Nombre | Taux ** |
| 1982 | 35777 | 7 | 19,57 |
| 1983 | 40010 | 4 | 10,00 |
| 1984 | 44498 | 6 | 13,48 |
| 1985 | 44029 | 7 | 15,90 |
| 1986 | 49112 | 11 | 22,40 |
| 1987 | 50874 | 10 | 19,66 |
| 1988 | 46515 | 12 | 25,80 |
| 1989 | 48927 | 11 | 23,44 |
| 1990 | 49105 | 10 | 20,36 |
| 1991 | 50122 | 10 | 19,95 |
| 1992 | 50352 | 13 | 25,82 |
| 1993 | 52555 | 8 | 15,22 |
| 1994 | 53905 | 9 | 16,70 |
| 1995 | 55043 | 12 | 21,80 |

** Taux pour 100 000 détenus



ANNEXE N°VII

Le "Debriefing"

LE "DEBRIEFING"

Si les effets du stress sont inévitables, il existe néanmoins des moyens pour favoriser le retour au "bien-être", et éviter que les réactions douloureuses ne persistent sur une trop longue durée.

Quelques conseils en matière de prévention sont offerts régulièrement dans les services canadiens ou américains. Ainsi Michel Oigny (policier à la sûreté du Québec) et Wayne Corneil (expert conseil national au service d'aide aux employés fédéraux) ont émis les conseils suivants, à l'attention d'un professionnel ayant vécu un événement critique :

- se donner le droit de se sentir mal
- se sensibiliser davantage aux soins de soi : repos, alimentation, soins médicaux, usage modéré d'alcool
- recueillir des renseignements pertinents concernant l'événement pour comprendre mieux l'expérience et l'intégrer à son vécu
- se protéger de l'information qui fait mal
- écrire ce qui s'est passé (par exemple pendant les périodes d'anxiété ou d'insomnie)
- passer un peu de temps seul et un peu de temps avec d'autres, de façon à obtenir un équilibre
- éviter de prendre des décisions importantes (source de stress supplémentaire), mais prendre de petites décisions qui permettent de contrôler sa vie
- organiser son temps, de façon à se tenir occupé
- renforcer et renouveler les amitiés afin de développer un réseau de soutien
- ne pas hésiter à parler de l'événement et à demander de l'aide

Ce lieu de parole peut être le debriefing.

-> Qu'est-ce qu'un debriefing ?

Il s'agit d'abord d'un terme militaire qui désigne "le compte-rendu" que donne le subordonné de sa mission et le "bilan" qu'en tire son supérieur. Par extension, il est utilisé en psychologie pour décrire le récit détaillé des faits et des émotions vécus sur le terrain et des réflexions qui en découlent.

Idéalement, une séance de debriefing doit avoir lieu de **24 à 72 heures** après l'événement critique.

Le déroulement de cette séance, qui dure de 2 à 4 heures environ, est en général le suivant:

- l'introduction qui sert à établir les règles de base, comme le respect du caractère confidentiel des échanges, l'interdiction de critiquer les opérations (le compte-rendu n'est pas un retour sur les performances) ce qui aurait pour but de culpabiliser encore plus les participants
- la description minutieuse de l'événement
- la description des émotions, sentiments et réactions provoqués
- l'information sur le stress et les réactions à un choc traumatique : l'animateur rassure alors les membres du groupe que leurs réactions, leurs symptômes physiques, cognitifs... sont tout à fait normaux et qu'ils ne sont pas en train de perdre la tête
- la stabilisation, récapitulation de la réunion, aiguillage vers des services d'aide plus poussée (entretien avec un psychologue par exemple) pour ceux qui le souhaitent.

Lorsque le groupe des participants est trop grand, il est préférable de diviser le groupe afin qu'il ne dépasse pas 15 personnes.

Il est à signaler aussi que cette technique est fréquemment utilisée aujourd'hui et dans différents milieux.

Ainsi, à l'occasion d'une rencontre en septembre 1995 entre les psychologues des directions régionales des services pénitentiaires et les psychologues travaillant au Ministère de l'Intérieur, ces derniers ont expliqué utiliser régulièrement cette méthode dans le cadre du soutien psychologique apporté aux policiers.

A D D E N D U M

Suicides en prison (1994) : les chiffres européens

Référence : Conseil de l'Europe, S.PACE 95.9

| | Nombre de suicides dans l'année | Nombre de détenus-année | Taux de suicide pour 10 000 détenus |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Allemagne | 93 | 67 446 | 13,8 |
| Autriche | 16 | 6 913 | 23,1 |
| Belgique | 13 | 7 138 | 18,2 |
| Bulgarie | ... | ... | ... |
| Chypre | 0 | 169 | n.s. |
| Danemark | 8 | 3 627 | 22,1 |
| Espagne | 23 | 41 169 | 5,6 |
| Finlande | 10 | 3 275 | 30,5 |
| France | 101 | 55 418 | 18,2 |
| Hongrie | ... | ... | ... |
| Irlande | 3 | 2 123 | 14,1 |
| Islande | 0 | 107 | n.s. |
| Italie | ... | ... | ... |
| Lituanie | 11 | 13 228 | 8,3 |
| Luxembourg | 1 | 459 | n.s. |
| Macédoine * | ... | ... | ... |
| Malte | 0 | 196 | n.s. |
| Norvège | 1 | 2 689 | 3,7 |
| Rép. slovaque | 4 | 7 412 | 5,4 |
| Rép. tchèque | 12 | 19 832 | 6,1 |
| Roumanie | 5 | 46 456 | 1,1 |
| Royaume-Uni | | | |
| Angleterre P de G | 62 | 48 795 | 12,7 |
| Ecosse | 16 | 5 585 | 28,6 |
| Irlande du Nord | 3 | 1 911 | 15,7 |
| Russie | ... | ... | ... |
| Slovénie | ... | ... | ... |
| Suède | 3 | 6 021 | 5,0 |
| Suisse | ... | ... | ... |
| Turquie | 2 | 49 895 | 0,4 |
| Ukraine | 66 | 203 988 | 3,2 |