

Suite à une lettre de mission  
du garde des Sceaux, ministre de la Justice  
et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

## **Synthèse du rapport et liste des recommandations**

### **1. Méthode de travail**

La mission qui m'a été confiée, le 23 janvier dernier, par le garde des Sceaux, ministre de la Justice et le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées porte sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires. Ses objectifs sont de faire un bilan des actions engagées et de proposer un programme complet de prévention.

Grâce à la collaboration des services concernés, j'ai examiné en détail l'organisation actuelle de la prévention du suicide au travers d'auditions, de l'examen d'un vaste ensemble de documents, comprenant les textes réglementaires, et par la visite de 17 établissements pénitentiaires. Ces visites organisées selon le parcours du détenu ont permis de nombreuses rencontres avec les personnels pénitentiaires, sanitaires, les bénévoles et les personnes détenues. Je me suis également documenté sur les expériences des pays qui conduisent une politique de prévention du suicide pour les personnes détenues.

Le rapport contient 17 recommandations concrètes pour améliorer la prévention du suicide, notamment pour mieux détecter les personnes en crise suicidaire et pour mieux les protéger. Six facteurs généraux de réussite d'un programme de prévention sont identifiés. L'application de certaines recommandations pourrait être effective dès janvier 2004. La synthèse regroupe les recommandations sous forme de 7 priorités.

### **2. Les constats**

#### **La politique de prévention du suicide de l'Administration pénitentiaire est de plus en plus soutenue par le ministère de la Santé**

La mission a permis de constater l'engagement continu et de longue date l'Administration pénitentiaire pour prévenir le suicide. Cette dernière est dotée d'un système de recueil précis des suicides complété par une Commission centrale de suivi des conduites suicidaires qui a pour mission de les analyser et d'améliorer la prévention. Groupes de travail, missions et inspections se sont succédés ces dernières années avec pour résultat un ensemble de textes réglementaires.

Cette volonté se retrouve dans les établissements sous forme d'actions, plus ou moins systématiques, et d'expériences pilote. Des bilans réguliers de ces actions sont entrepris. Cependant l'absence d'infléchissement du nombre des suicides a

conduit, ces dernières années, à une accélération du rythme de production des recommandations.

Le ministère de la Santé s'est vu associé de plus en plus à cette politique de prévention du suicide pour les personnes détenues. Les Programmes régionaux de prévention du suicide puis la Stratégie nationale d'action face au suicide depuis 2000 ont permis la construction d'un partenariat dont l'équilibre n'est pas encore trouvé. La Direction générale de la santé a permis l'élaboration de recommandations pour l'intervention de crise suicidaire par la Fédération française de psychiatrie en octobre 2000. Une formation de formateurs est organisée à grande échelle qui inclut progressivement les professionnels exerçant en établissement pénitentiaire.

Les institutions et les acteurs pouvant agir pour prévenir le suicide sont très nombreux à tous les niveaux : national, régional et local. La cohérence et la synchronisation de leurs contributions respectives sont à rechercher.

### **Des lacunes existent pour évaluer le risque de suicide et surtout pour détecter une crise suicidaire**

La prévention du suicide dans les établissements visités montre des lacunes qui sont en accord avec les documents examinés. Ces lacunes expliquent en grande partie l'absence de diminution du suicide.

La grille proposée de la circulaire « santé/justice » du 26 avril 2002, renseignée par les personnels pénitentiaires, est peu utilisée et est rarement un outil de prévention partagé avec les personnels sanitaires. L'identification des facteurs de risque de suicide est insuffisante, en particulier, pour la recherche des antécédents personnels de tentative de suicide et les troubles psychiques dont la dépression.

Le repérage des personnes en détresse est très insuffisant pour prévenir le suicide car il ne présente aucun caractère systématique. L'exploration attentive de l'idéation, de l'intentionnalité et de la programmation suicidaires n'est faite que lorsque la personne en parle spontanément. Ainsi, seulement un quart des personnes décédées par suicide avaient été repérées comme suicidaires. Le degré de l'urgence suicidaire n'est pas évalué selon un langage commun.

La « chaîne des arrivants » est une organisation favorable à la prévention du suicide. La mise en place de quartiers arrivant est un réel progrès sauf lorsque le flux des incarcérations empêche leur fonctionnement normal. Les visites ont montré à côté de modes de coopération exemplaires des dysfonctionnements qui font que les intervenants n'arrivent pas être ensemble, simultanément et successivement, pour gérer et prévenir ce risque. Les informations pertinentes peuvent être disséminées alors que leur synthèse conduirait à une appréciation toute autre de la situation que vit la personne détenue. Les commissions de prévention du suicide constituent un moyen essentiel pour construire la prévention mais elles ne sont pas généralisées.

### **Le traitement des troubles psychiques et de la dépression est très inégal**

L'engagement de toutes les équipes de psychiatrie pour traiter les troubles psychiques qui prédisposent au suicide et pour intervenir en cas de crise suicidaire

n'est pas totalement acquis. Des écarts dans la conception de leur rôle et dans leurs pratiques ont été mis en évidence au cours des visites. Un entretien systématique avec un psychiatre est le fait de rares établissements. La fréquence d'utilisation des antidépresseurs s'étend dans une fourchette de 1 à 10 selon les établissements. Les variations des besoins de soins ne peuvent pas expliquer en totalité ces écarts.

### **La surveillance spéciale ne peut à elle seule réduire le nombre de suicides**

Les actions de protection, de soins et de surveillance ne sont pas assez diversifiées et coordonnées entre les personnels travaillant en détention, les travailleurs sociaux et les personnels sanitaires. Le placement en surveillance spéciale est une mesure de protection utile qui ne peut pas à elle seule modifier le processus de la crise suicidaire. Le taux de personnes en surveillance spéciale pour risque de suicide et bénéficiant d'un traitement antidépresseur est faible. Cet indicateur est à rapprocher du fait que la dépression non traitée est la première cause de suicide.

### **Le risque de placer une personne détenue en crise suicidaire au quartier disciplinaire n'est pas maîtrisé**

Le placement de personnes détenues au quartier disciplinaire ne fait pas l'objet d'une réflexion suffisante sur l'existence ou non d'une crise suicidaire sous-jacente. La mise en prévention au quartier disciplinaire constitue une menace supplémentaire qui peut accélérer l'évolution suicidaire.

### **L'intuition des intervenants n'est pas complétée par une évaluation systématique**

Globalement le suicide est une préoccupation importante des établissements pénitentiaires et sa survenue est toujours un drame pour les familles, les professionnels et les bénévoles. Sa prévention n'intègre pas encore tous les aspects essentiels qui caractérisent la gestion d'un risque. En particulier, la détection des facteurs de risque et le dépistage d'une crise suicidaire ne sont pas systématiques. Les mesures de protection de surveillance et les actions de soins ne sont pas assez articulées autour de concepts et de pratiques partagés.

## **3. Les priorités**

### **Première priorité**

Définir un objectif national de réduction du suicide et intégrer celui-ci dans les projets et les actions de l'ensemble des intervenants en milieu pénitentiaire. La prévention du suicide étant classée au deuxième rang des priorités de la loi de santé publique, un soutien important doit être apporté à ceux qui ont en charge la surveillance, l'insertion et les soins aux personnes détenues.

L'objectif national que je propose est une réduction de 20% en 5 ans du nombre de suicide des personnes détenues (**Recommandation 1**)

### **Deuxième priorité**

Chaque personne détenue doit avoir la chance d'être au contact, chaque jour au moins, d'un professionnel ou d'un bénévole capable de détecter sa détresse, de l'évaluer et de susciter une réponse appropriée. Je recommande aussi de sécuriser en amont la trajectoire de la personne qui est successivement gardée à vue, déferée au Parquet puis écrouée.

A terme, il est nécessaire de former l'ensemble des intervenants pour disposer d'un langage et de critères d'évaluation partagés. La formation doit permettre d'acquérir les compétences pour l'intervention de crise suicidaire. Elle n'est, ni un soin, ni une psychothérapie, mais simplement un ensemble d'attitudes face à une détresse psychologique pour laquelle le suicide devient progressivement une solution puis la seule solution (idées, voire menaces, puis intention et enfin programmation...).

La formation nationale mise en place par la Direction générale de la santé (DGS) et les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) doit permettre de former, d'ici fin 2005, 2000 professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues (**Recommandation 2**)

Parmi les 120 formateurs nationaux disponibles en janvier 2004, il y aura trois enseignants de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) et au moins trois médecins, chefs des Services médico psychologiques régionaux (SMPR).

L'inclusion de ce contenu dans les formations initiales dont l'ENAP, les facultés de médecine et de psychologie, ainsi que les instituts de formation de soins infirmiers est un processus en cours qui est à généraliser.

Je propose un projet de document pour évaluer le potentiel suicidaire de la personne de la garde à vue à la détention afin d'éviter au mieux la perte d'informations essentielles. Ce document viendrait se substituer à celui annexé à la circulaire du 26 avril 2002 serait la base du système documentaire pour la prévention du suicide (**Recommandation 5**).

La formation qui insiste sur les facteurs de risque du suicide devrait permettre un meilleur dépistage et un meilleur traitement de la dépression (**Recommandation 3**) et des autres troubles psychiques grâce à l'action des médecins généralistes et des psychiatres travaillant dans les Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et les SMPR (**Recommandation 13**). Je recommande aussi qu'une politique d'amélioration continue des soins, déjà engagée dans quelques établissements, soit généralisée à l'ensemble des UCSA et SMPR (**Recommandation 14**).

### Troisième priorité

Je recommande que le placement d'un détenu au quartier disciplinaire soit précédé d'une vérification par un psychiatre qu'il ne s'agit pas d'une crise suicidaire à manifestation agressive. Si c'est le cas, ou en cas de doute, la personne est mise en observation pendant 72 heures dans une cellule sécurisée. Ce temps d'observation, d'évaluation et de surveillance est mis à profit pour rechercher les déterminants de cette crise (**Recommandation 4**)

Si une sanction est prononcée, celle-ci doit être exécutée lorsqu'un équilibre émotionnel est retrouvé.

#### **Quatrième priorité**

La prévention du suicide consiste à agir sur les facteurs de risque de suicide pour lesquels une intervention est possible. Un plan de prévention est à établir pour chaque personne à risque (**Recommandation 6**).

La surveillance spéciale est à compléter de plans d'intervention gradués selon l'urgence suicidaire. La participation de la personne à sa propre protection est à privilégier par rapport aux mesures passives. Un référent pénitentiaire et un référent sanitaire sont à désigner comme garants du processus de protection.

La limitation de l'accès aux moyens du suicide est à poursuivre avec la suppression des potences de télévision et la réduction des points permettant l'arrimage d'un lien (**Recommandation 9**). Je propose également l'aménagement de cellules sécuritaires et l'étude de leur disposition afin qu'il soit possible d'exercer une surveillance dans certains cas (**Recommandation 10**).

#### **Cinquième priorité**

Cette priorité regroupe toutes les actions qui portent sur les conditions de vie des personnes détenues et la promotion de la santé. D'un côté, ce sont les actions positives pour préserver leur dignité, favoriser leur réinsertion par le maintien des liens familiaux, par la formation, le travail et par la construction d'un projet (**Recommandation 15**).

D'autre part, ce sont toutes les actions pour prévenir les dysfonctionnements qui peuvent susciter des souffrances inutiles, de la méfiance, de la dévalorisation, de la colère et à terme du désespoir (**Recommandation 8**).

Les possibilités de détection des personnes suicidaires sont dépendantes du climat qui règne en détention et des relations instaurées avec les professionnels et les bénévoles.

#### **Sixième priorité**

Je recommande d'améliorer les attitudes et les actions après la survenance d'un suicide. Celles-ci entrent dans le cadre de la postvention qui comprend une série d'actions spécifiques auprès de l'entourage de la personne décédée, des personnes qui ont découvert la scène et porté secours, des professionnels, des bénévoles et des détenus qui avaient un lien avec elle. Il s'agit aussi de limiter au mieux le phénomène du suicide par imitation (**Recommandation 11**).

Cette postvention inclut la façon dont on annonce le décès, dont on en parle et dont les médias le relatent. Je rappelle les recommandations que les médias suivent dans d'autres pays et les rôles qu'ils peuvent jouer pour prévenir le suicide (**Recommandation 16**).

### **Septième priorité**

Elle porte sur l'amélioration de l'analyse des décès par suicide aussi bien au niveau local (**Recommandation 12**) que national (**Recommandation 17**). Une double perspective sanitaire et pénitentiaire est essentielle pour que cette analyse porte sur l'ensemble des déterminants et permette d'évaluer précisément le potentiel de prévention qui a effectivement été mis en œuvre.

Je propose d'étendre cette possibilité d'analyse à l'ensemble des décès par suicide qui surviennent en France, notamment en milieu hospitalier et médico-social. Un système d'analyse, analogue de celui des coroners dans d'autres pays, favoriserait le « retour d'expérience » nécessaire à l'amélioration continue de la prévention

### **EN CONCLUSION**

Le rapport contient 17 recommandations dont certaines peuvent avoir une application très immédiate. Les annexes contiennent des documents qui viennent enrichir les propositions. Je souligne l'intérêt d'inscrire cette politique dans le plan national de prévention du suicide et l'importance du potentiel de prévention qui n'est pas encore utilisé malgré des efforts continus.

## **4. Les 17 recommandations**

### **1. Un objectif national**

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

### **2. La formation à l'intervention de crise**

Le programme national de formation conduit par la Direction générale de la santé est adapté pour former les différents professionnels et bénévoles intervenant auprès des personnes détenues. Elles doivent être capables :

- de contribuer à identifier les personnes à risque de suicide élevé ;
- de repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, notamment lorsque la souffrance psychique qui prend le masque de l'agressivité et de l'automutilation ;
- de conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- d'évaluer l'urgence, c'est dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
- d'intervenir, d'alerter et d'orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

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

Le périmètre des personnes à former inclut les intervenants de la téléphonie sociale qui devrait bénéficier à plus de personnes détenues. La formation de codétenus doit être expérimentée dans des sites pilote selon l'exemple d'autres pays (détenus confidents) pour évaluer l'opportunité d'une extension plus large.

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

L'objectif est que le taux de personnes détenues traitées pour dépression soit en accord avec l'importance de cette maladie. Un plan national est en cours d'élaboration au ministère de la santé. La dépression est plus fréquente pour les personnes détenues que pour la population générale. La dépression non traitée est la première cause de suicide.

Le repérage des symptômes, le diagnostic et le traitement de la dépression doivent être des objectifs prioritaires des UCSA et des SMPR. Les médecins généralistes ont, comme les psychiatres, un rôle déterminant à jouer. Le taux de personnes en surveillance spéciale, pour risque de suicide et recevant un traitement antidépresseur, est un indicateur à suivre.

Dès maintenant, la formation à l'intervention de crise, évoquée plus haut, met l'accent sur la dépression comme facteur de risque de suicide et sur le repérage et le traitement de ce trouble. Elle devrait contribuer à atteindre cet objectif rapidement.

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

Un examen psychiatrique doit vérifier que les troubles qui motivent le placement au quartier disciplinaire ne sont pas dus à une crise suicidaire. Le cas échéant, ou en cas de doute, la personne détenue doit être placée 72 heures dans une cellule sécurisée, facilement accessible à l'équipe sanitaire. Cette période permet une observation, un dialogue, une évaluation et la mise en place de soins, si nécessaire.

La mise en prévention au quartier disciplinaire représente une menace qui peut précipiter le geste. Elle doit être évitée, sauf quand aucune autre mesure ne peut mettre fin au trouble, tel que le prévoit le Code de procédure pénale. La recherche d'alternatives au quartier disciplinaire est à développer selon les recommandations des précédents rapports.



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

Parce que :

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

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

Ce document devrait être ouvert lors de la garde à vue, et suivre la personne déférée puis écrouée. L'objectif est de diminuer le risque de perdre une information importante et de suivre de façon continue l'état d'esprit de la personne. Une proposition de document est faite.

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

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

La participation active de la personne est essentielle pour trouver les causes de sa souffrance, trouver les solutions qui peuvent diminuer sa détresse et lui donner le goût de se protéger.

Chaque personne considérée comme à risque élevé de suicide et/ou en crise suicidaire doit bénéficier d'un plan spécifique.

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

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

**La personne en crise suicidaire** doit bénéficier d'une intervention dont la nature et le délai sont adaptés au degré de l'urgence (idées, intention, programmation du scénario). L'évaluation de l'urgence selon une progression en 9 points permet à l'intervenant de première ligne de faire son évaluation et la transmettre. Cet intervenant peut arriver à désamorcer la crise en instaurant une relation de confiance et, le cas échéant, il oriente la personne vers un autre intervenant.

**Les mesures passives de protection, c'est-à-dire sans la participation de la personne, ou les mesures imposées, sont des solutions de dernier recours. Elles peuvent être perçues comme un manque de confiance et comme blessantes et inutiles. De ce fait, elles sont à réserver lorsque les différentes interventions ont été un échec et que rien ne semble dissuader la personne.**

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

**On peut distinguer les intervenants :**

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

- **de troisième ligne**, ceux dont la compétence permet de mettre en œuvre des actions après l'intervention d'urgence (évaluation complémentaire, orientation, soins spécialisés, suivi,).

**Plus le degré d'urgence est élevé, plus les actions sont préétablies et accomplies par les personnes présentes.**

**En cas de crise suicidaire, il est important qu'une personne soit désignée comme référent de l'ensemble du processus d'évaluation et de protection. Ce professionnel doit s'assurer de la coordination des différentes actions et de la fiabilité collective. L'objectif est de prévenir les ruptures (matin/après-midi, jour/nuit, semaine/week-end, sanitaire/pénitentiaire) dans la continuité et la cohérence des actions. Il doit avoir une entrevue chaque jour avec la personne en crise.**

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

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

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

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

**Un aspect essentiel de tout plan de prévention réside donc dans l'établissement d'un climat propice aux confidences des détenus sur leur souffrance.**

**Une telle atmosphère impose de réduire au maximum le stress et l'anxiété des personnes détenues, notamment grâce à de bonnes relations entre les détenus et le**

personnel pénitentiaire, à des conditions de vies décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien de liens familiaux ainsi qu'à des activités constructives et valorisantes. Le rôle des visiteurs des prisons et de l'ensemble des bénévoles est essentiel pour rappeler la valeur des personnes incarcérées.

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

## **9. Réduire l'accès aux moyens de suicide**

Les politiques de réduction de l'accès aux moyens de suicide ayant un impact réel, quelques mesures s'imposent. Les points permettant un arrimage facile d'un lien (drap, vêtement, rallonge électrique...) doivent être progressivement éliminés, notamment les potences des téléviseurs

L'aménagement de cellules sécurisées est à étudier dans les établissements pénitentiaires et en particulier dans la perspective des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

## **10 Augmenter les possibilités de surveillance**

Les programmes étrangers incluent un niveau de surveillance constante quand la crise suicidaire ne peut être désamorcée. La surveillance directe est celle qui apporte le plus de protection et d'humanité. Il est important que la personne détenue puisse être vue et puisse voir le surveillant et qu'ils puissent se parler facilement.

La vidéosurveillance qui ne peut lui être substituée est un moyen complémentaire à étudier.

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

Après un suicide, un ensemble d'actions est à réaliser pour gérer une cascade de conséquences.

**Les points sur lesquels une attention particulière est à porter sont :**

- proposer des rencontres avec la famille endeuillée, aussi bien avec les responsables pénitentiaires que sanitaires et sociaux ;
- identifier l'impact du réseau des conséquences liées à cette perte pour la famille ;
- identifier si cette famille a besoin d'un soutien immédiat et/ou pour l'accompagnement dans son travail de deuil ;
- annoncer la nouvelle aux personnes présentes dans l'établissement (personnels, détenus) simplement même si l'information a déjà diffusé, en évitant de rassembler un grand nombre de personnes au risque d'augmenter les réactions de stress ;
- la personne qui annonce doit adopter une attitude calme, compréhensive, rassurante et respectueuse ; elle doit éviter de juger le geste et annoncer clairement le décès ;
- distinguer le stress temporaire du stress aigu et du trouble de stress post-traumatique pour apporter les réponses adaptées ;
- intervenir auprès des personnes suicidaires qui peuvent être déstabilisées encore plus par l'événement ;
- identifier les personnes qui avaient une relation d'attachement avec cette personne et qui seront endeuillées en tant que professionnel, bénévole ou ami ;
- disposer d'un programme préétabli avec une équipe de postvention ;
- aller au devant des professionnels qui ont vu la scène, porté secours ou qui avaient un lien avec la personne décédée pour leur proposer une aide ;
- identifier les détenus dans une situation analogue à la personne décédée pour prévenir un phénomène d'imitation.

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

Les auto-lacérations, les tentatives de suicide et les décès par suicide survenant en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier doivent bénéficier d'une analyse causale par les personnels sanitaires pour apprécier si le dispositif de détection/soins/protection a fonctionné normalement. L'objectif est d'en tirer expérience pour améliorer la prévention.

## **13. Améliorer le traitement des troubles psychiques**

L'amélioration du traitement des troubles psychiques est un axe essentiel de tout programme de prévention du suicide.

**Les personnes détenues doivent pouvoir accéder aux mêmes formes de soins que la population générale.**

**Les personnes, manifestement en détresse et qui ne formulent pas de demande de soins expresse correspondant à leur état de santé, doivent bénéficier de visites des professionnels de santé dans les lieux de détention.**

**Les personnes détenues comme la population générale doivent pouvoir bénéficier de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation à la demande d'un tiers.**

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

**L'amélioration de la prise en charge des troubles psychiques et des conduites addictives, le bon usage des psychotropes et des traitements de substitution, la tenue du dossier du patient sont des thèmes à inclure dans une démarche de progrès. Un effort doit être conduit pour aller vers le dossier unique ; les dossiers multiples, dans le cadre de la prévention d'un risque, représentent par essence un danger.**

**Les cellules qualité des hôpitaux de rattachement représentent un support naturel pour cet accompagnement qui peut être encouragé par les DRASS, les ARH et l'ANAES. Cet effort est déjà conduit avec détermination dans plusieurs régions.**

**La deuxième version du manuel d'accréditation devrait intégrer la prévention du suicide dans les risques à prévenir pour les établissements de psychiatrie.**

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

**Toutes les actions dont le principe est :**

- **d'accorder de la valeur à la personne détenue ;**
- **de lui donner du contrôle sur sa santé en investissant l'avenir ;**
- **de donner le goût et la compétence de se protéger ;**

**peuvent diminuer la vulnérabilité et faciliter le développement de capacités pour faire face aux difficultés.**

**La formation des détenus aux premiers gestes de secours en cas de détresse vitale est une action qui valorise les détenus. La formation de détenus à l'intervention de**

crise suicidaire procède de ce même principe et accroît le potentiel de prévention au sein de l'établissement. Ce recours est important pour les détenus qui ont développé une méfiance à l'égard des professionnels.

## **16. Le rôle des médias**

Les médias peuvent jouer un rôle actif dans la prévention du suicide. La crise suicidaire est une succession d'équilibres métastables marquée par la désorganisation psychique. A un moment donné, le nombre de personnes en difficulté est élevé et chacune peut être influencée favorablement ou défavorablement par les messages qu'elle reçoit.

Il a été démontré que la façon de rapporter un suicide pouvait influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicides. L'influence négative est décrite comme « l'effet Werther » en fonction des facteurs suivants :

- suicide d'une personne célèbre ;
- suicide d'une personne jeune ;
- présenter le suicide comme une solution ;
- dire que le suicide est normal ;
- dire que cela peut arriver à tout le monde ;
- dire que la personne avait tout pour être heureuse ;
- dire que la personne a été courageuse ;
- parler du moyen de suicide ;
- dire qu'elle n'a pas souffert ;
- utiliser la première page des journaux ;
- glorifier la personne ou en faire un martyr, pouvant faire croire que la société rend honneur au comportement suicidaire :

Les médias peuvent jouer un rôle en positif en :

- ne donnant pas détails précis sur la méthode utilisée ;
- en publiant dans les pages intérieures ;
- en informant sur les services d'aide et d'assistance en cas de détresse psychologique ;
- en mettant l'accent sur les facteurs de risque et les signes d'alerte ;
- en faisant savoir que la dépression non traitée est la première cause de suicide ;
- en prenant en considération l'impact du suicide sur la famille et leur deuil

- en communiquant les coordonnées des groupes de soutien pour les endeuillés par suicide.

## **17. Améliorer l'analyse des décès par suicides au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral**

Actuellement l'Administration pénitentiaires tente de porter un regard courageux sur l'ensemble des décès par suicide avec la Commission centrale de suivi des actes suicidaires. Le ministère de la Santé doit se joindre activement à cette analyse pour apporter un éclairage sur l'adéquation des soins avec les troubles psychiques de la personne. Cette action est essentielle pour comprendre ce qui a pu se passer et entrevoir les pistes d'amélioration.

Un classement des décès par suicide selon leur caractère plus ou moins évitable est à utiliser :

1. Suicide totalement imprévisible.
2. Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu pour contrer les facteurs de risque.
3. Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises
4. Suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque.
5. Le suicide aurait facilement été prévenu.

Cette analyse est la seule capable de démontrer que les variations du suicide sont attribuables aux efforts conduits.

Si la France se dotait d'une institution analogue à celle des coroners, la question se poserait différemment pour les administrations sanitaire et pénitentiaire. Elles disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur (officier public au Québec) extérieur, rôlé à l'exploration de la causalité dans tous les milieux. Ce système qui est utilisé pour l'ensemble des décès accidentels, intentionnels et inattendus qui surviennent dans un pays est essentiel pour améliorer la prévention.