

# UNIVERSITE LUMIERE-LYON 2

**Ecole Doctorale EPIC (Education, Psychologie, Information et Communication)**

**Institut de Psychologie**

*EA 4129 Santé Individu Société*

Doctorat de Psychologie

## **Prévention du suicide en détention :**

**Approche évaluative d'un programme de prévention en maison d'arrêt à partir des vécus et représentations des personnes incarcérées.**

### **Tome 1**

Thèse de doctorat présentée par : Alice Deschenau

Directeur de thèse : Monsieur le Pr Jean-Louis Terra, Université Claude Bernard Lyon 1

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Bernard Garre, Université d'Angers
- Monsieur le Professeur Jean-Louis Nandrino, Université Lille 3
- Monsieur le Professeur Jacques Gaucher, Université Lumière Lyon 2
- Monsieur le Professeur Jean-Hugues Chauchat, Université Lumière Lyon 2
- Monsieur le Professeur Sid Abdellaoui, Université de Lorraine

Thèse soutenue le 18 décembre 2015

# Remerciements

Au Pr Jean-Louis Terra pour m'avoir offert de travailler sur ce sujet, avec tout son soutien et sa disponibilité,

Au Pr Jacques Gaucher qui m'a ouvert les portes de l'université et de la recherche,

Au Pr Jean-Hugues Chauchat pour son assistance précieuse en méthodologie et statistique et nos partages mêlés d'excel et de skype,

Aux Pr Jean-Bernard Garre, Jean-louis Nandrino et Sid Abdellaoui pour leur promptitude à accepter de faire partie de ce jury.

Aux personnes incarcérées, ayant ou non participé à ce travail, qui ont pris le temps de m'écouter, d'exprimer leur avis et parfois, de partager un peu de leur intimité psychique avec moi.

Aux équipes de détention de la maison d'arrêt de Lyon Corbas, en particulier des quartiers spécifiques du SMPR et du QA, pour leur patience et leur contribution au déroulement des audiences collectives et des entretiens.

A l'équipe de direction, tout particulière à Mme Franca Annani qui a suivi la mise en place et la mise en œuvre de cette étude avec beaucoup de disponibilité et de compréhension.

A la direction de l'administration pénitentiaire, en particulier Mme Véronique Pajanacci, qui a permis la réalisation de l'étude, y compris en la finançant.

A l'équipe du SMPR, pour ce qu'elle m'a appris interne et pour son soutien et sa sympathie à me voir revenir pour cette étude.

Au Dr Guillaume Giret, médecin responsable pour avoir contribué à sa réalisation.

Au Dr Didier Touzeau et aux équipes du pôle Addiction de Paul Guiraud qui ont laissé place à la réalisation de ce travail avec bienveillance.

A mes amis lyonnais qui m'ont accueillie chez eux chaque semaine lors du recueil de données, puisque j'avais dû partir vivre à Paris, et qui m'ont permis de poursuivre ce travail dans les meilleures conditions possibles : Laurent, Navid, Laure, Seb et Céline, Guillaume et Mika, Julien et Max.

A mes proches qui m'ont soutenue et m'ont offert toute leur patience et leurs encouragements, en particulier dans les moments difficiles et face aux obstacles,

A Jérôme,

A Emma,

Et à Irène, arrivée cette année, qui a dû partager sa mère avec ce travail universitaire.



Groupe à médiation artistique avec des femmes incarcérées à Réau par  
Mishell Evouna professeur de danse et Florence Nilsson sophrologue

(crédit photos : Sandrine Jonvel)

## Résumé

La prévention du suicide en prison a fait l'objet d'études et expertises nationales et internationales permettant d'obtenir des informations épidémiologiques, de rechercher des profils à risque et de proposer des mesures pour les programmes de prévention. Elle manque notamment de travaux sur la clinique du suicide en prison, sur l'évaluation des mesures de prévention.

Notre étude s'appuie sur une approche évaluative des mesures de prévention du suicide dans une maison d'arrêt. Nous avons proposé un entretien à des personnes incarcérées depuis 1 mois. Elles ont évalué l'utilité des 12 mesures de prévention avec une échelle de Likert en 5 points, émis des commentaires libres et indiqués au préalable si elles connaissaient le dispositif de prévention et y avaient eu recours. De plus, ont été complétés : le degré d'urgence suicidaire à J0, J7 et J28 et les facteurs l'ayant influencé, l'inventaire des raisons de vivre de Linehan (IRVL), le Mini International Neuropsychiatric Interview.

Vingt des 53 participants ont été suicidaires au cours du 1<sup>er</sup> mois ; seuls 15 ont déclaré connaître l'existence d'un dispositif de prévention. Huit mesures étaient perçues comme significativement utiles. Quatre ont obtenu un résultat ambivalent : limitation des points d'attache, doublement en cellule, surveillance spéciale et cellule de protection d'urgence. La recherche de corrélations a retrouvé différents liens selon les mesures avec l'état suicidaire, le recours au dispositif, l'IRVL, les troubles psychiatriques dépistés.

Nous discutons comment les outils psychologiques peuvent être utiles pour l'évolution de chacune des mesures de prévention, pour l'adaptation du programme de prévention dans son ensemble, notamment en intégrant une participation des personnes incarcérées. De plus, préserver des espaces de parole dans l'application des mesures est apparu de manière interstitielle comme une attente essentielle des participants. Des propositions de mesures ont été formulées par ces derniers et offrent des perspectives pour l'avenir.

Mots-clés : Prisonniers – Suicide ; Prisonniers – Tentatives de suicide ; Prisonniers - Idées suicidaires ; Suicide – Prévention.

## **Abstract**

National and international studies and reports about preventing suicide in jail have been published, giving information about epidemiology, suicide risk profiles. They also provide prevention measures. More researches are required to improve knowledge of clinical aspects of suicidal behaviors in prison and to evaluate prevention programs.

The study consisted in an assessment of 12 measures of a local preventing suicide program. We asked prisoners who had been jailed since one month for an interview. First they had to tell if they knew about the existence of a prevention program. Second, they evaluated the usefulness of each measure in (5 points - Likert scale). They freely explained their choices. We asked them about suicidal ideation's presence since they had arrived in jail, their urgency degree at D0, D8 and D28, and the factors that contributed to these states. They filled the Reasons for Living Inventory of Linehan (RLIL) and the Mini International Neuropsychiatric Interview.

Twenty of the 53 participants have had suicidal thoughts during the first month; only 15 told they knew there was a suicide prevention program. Eight measures were noted as significantly useful. Four of them obtained a middle score: limitation of hanging points, cell doubling, special monitoring, special protection cell. The search for correlations have found different combinations of links between some measures, the suicidal states, use of the program, the RLIL and psychiatric disorders.

We discuss about how psychological tools can be helpful to the evolution of each measure, to the adaptation of the global prevention program. Notably, the prisoners' participation is in particular proposed. Moreover, preserving speaking time with freedom of expression in the application of the program was expected by the participants. At last, they proposed innovative methods that could serve as a lead for followup works.

Key words: Prisoners – Suicide; Prisoners – Attempted Suicide; Prisoners - Suicidal Ideations; Suicide – Prevention.

# Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire .....	5
Introduction.....	9
La crise suicidaire .....	23
Définition, épidémiologie du suicide.....	23
Concepts théoriques .....	25
Prévention du suicide en France .....	35
Principes de la prise en charge.....	38
Conclusion .....	42
Le suicide en prison .....	43
Epidémiologie.....	43
Approche sociologique du suicide en prison .....	51
Psychopathologie du suicide en prison.....	58
Les formes cliniques de crises suicidaires .....	72
Principes de la prise en charge des suicidaires et suicidants dans le milieu carcéral .....	82
Conclusion .....	89
La prévention du suicide en prison .....	90
Recommandations internationales pour la prévention du suicide en prison.....	90
Prévention du suicide en prison en France au travers de 3 expertises .....	95
Place de la recherche.....	103
Conclusion .....	108
L'élaboration de l'étude EPSuDe .....	109
L'émergence du projet .....	109
La constitution du protocole EPSuDe.....	119
Le promoteur et le financement .....	131
Les autorisations des institutions compétentes .....	132
Conclusion .....	135
Réalisation du recueil des données .....	136
La Maison d'Arrêt de Lyon Corbas .....	136
Déroulement du recueil de données.....	150
Conclusion .....	155
Résultats de l'étude EPSuDe .....	156
Les caractéristiques de l'échantillon.....	156
La perception de l'utilité des mesures de prévention.....	158
Les regards sur le dispositif de prévention .....	173
Caractéristiques des crises suicidaires chez les participants.....	176
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	185
Le cas des 3 suicidants.....	187
Analyse des corrélations .....	188
Conclusion .....	197
Synthèse des résultats .....	198
La perception de l'utilité des mesures de prévention.....	198
Les regards sur le dispositif de prévention .....	199
Caractéristiques des crises suicidaires chez les participants.....	200
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	202
Analyse des corrélations .....	204

Discussion des résultats .....	206
Limites et biais de l'étude EPSuDe .....	206
Interprétation des scores attribués aux mesures de prévention à la lumière des commentaires des participants .....	210
Eléments sur la crise suicidaire et caractéristiques psychiatriques dans notre population .....	225
Réflexions sur le dispositif de prévention.....	236
Conclusion .....	248
Conclusion .....	251

# Introduction

Le suicide demeure un sujet tabou<sup>1</sup>. En prison, il a la particularité de prendre une dimension médiatique forte. Il est vrai qu'il existe une surmortalité reconnue par suicide en prison en France<sup>2</sup>, ce qui est un premier aspect participant à sa médiatisation. D'autres facteurs entrent en jeu probablement, notamment les fantasmes autour de la vie carcérale et l'ambivalence de la population entre volonté d'exclusion, de punition des délinquants et celle que cela ne soit pas trop douloureux, en tout cas pas au point d'en mourir.

A l'intérieur de la prison aussi le sujet est très présent, et pas seulement pour les professionnels. Nous sommes persuadée, et cette étude nous l'a appris dans sa réalisation, que le suicide en prison est un sujet important pour les personnes détenues. Nous avons ainsi choisi d'illustrer notre début et fin de travail par des photos issues d'un travail artistique réalisé avec des femmes incarcérées à Réau par Mishell Evouna professeur de danse et Florence Nilsson sophrologue (crédit photos : Sandrine Jonvel). Au fil des séances, le thème du suicide a été évoqué et a conduit à la réalisation d'un scénario abordant ce sujet. Un projet de film est maintenant en cours.

Travailler sur le suicide en détention commence par la rencontre entre un phénomène complexe issu d'un processus psychique dynamique et réversible et un milieu bien particulier, une unité de lieu, celle d'une institution totale, laissant la plupart de ses hébergés à la fois très isolés mais sans intimité. Telle a été notre approche intellectuelle puisque peu de travaux ont été menés en France sur le suicide en prison ainsi que le rappelait la dernière expertise dans ce domaine, la commission Albrand<sup>3</sup>. Nous avons donc eu besoin, d'en passer par des réflexions et théorisations sur le suicide avant d'en venir au suicide dans la prison. C'est pourquoi nous proposons une première partie sur le suicide dans la population générale. Le suicide et la pensée suicidaire posent la question de leur émergence et développement dans la vie psychique, de leur dimension pathologique, mais aussi interrogent à un niveau plus philosophique - religieux pour certains - sur la vie, sur son « sens », à un niveau éthique de savoir si on peut en disposer, à un

---

<sup>1</sup> Debout M., Clavairoly G. *Le suicide, un tabou français*. Editions Pascal, 2012.

<sup>2</sup> Tournier P.V. « Les décès sous écrou », in *Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP)*, Chapitre « Réponses pénales », Editions du CNRS, 2011, 473-488.

<sup>3</sup> Albrand L. (jan 2009). *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice.

niveau sociologique à l'échelle des populations, des cultures, etc. Ces questionnements sont tout aussi présents lorsqu'il est question de suicide en prison, d'où l'intérêt de partir de cette description générale avant d'en venir à l'objet de nos travaux. Ce sera l'occasion de rappeler quelques données d'épidémiologie, de décrire le suicide à travers diverses approches théoriques, ainsi que dans sa dimension psychiatrique, pour en venir au concept de crise suicidaire. A la suite de ces descriptions, il nous a aussi paru essentiel d'exposer les principes de la prévention et des prises en charge en suicidologie.

Ces éléments nous permettront d'aborder ensuite le sujet du suicide en prison avec de premiers éclairages théoriques. Il existe un certain nombre de données sur l'épidémiologie du suicide en prison en France et à l'étranger, même si les comparaisons ne sont pas toujours simples du fait de différences dans l'établissement des causes de décès, dans leur enregistrement, etc.

Passé de 4,7 pour 10000 personnes détenues en 1960 à 19,3 en 2009<sup>4</sup>, le taux de suicide en prison en France a connu un plafond entre 20 et 25 pour 10000 de 1994 à 2004<sup>5</sup>. Si les efforts de prévention au début des années 2000 ont permis une réduction du nombre de suicides en dessous de 20 pour 10000, avec 14,4 suicides pour 10000 détenus en 2013<sup>6</sup>, ils peinent à obtenir une poursuite de cette diminution. L'épidémiologie permet de décrire des profils de personnes détenues plus à risque que d'autres, avec quelques variantes selon les pays. Au-delà des variations culturelles, institutionnelles (pénitentiaires et judiciaires), sociodémographiques, rappelons que ces profils évoluent nécessairement si des programmes de prévention se mettent en place et ciblent ces profils à risque. Si les programmes sont bien menés et qu'ils sont efficaces, ils réduisent le taux de suicide dans les sous-populations ciblées et ainsi d'autres sous-groupes deviennent relativement plus touchés par le suicide.<sup>7</sup> Il faut donc un renouvellement des études épidémiologiques afin de suivre ces évolutions et de permettre des adaptations dans les dispositifs de prévention et de soins. Force est d'ailleurs de constater que l'on retrouve essentiellement dans la littérature des données sur les taux de suicide, les profils à risque et les points clés des programmes de prévention.

---

<sup>4</sup> Duthé, G., Pan Ké Shon, J.L., Hazard, A. et Kensey, A. (2010) "Suicide en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque." Dans *Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évolution*. Journée d'étude interministérielle, 22 janvier 2010, 41-64. Collection Travaux et Documents. Ministère de la justice.

<sup>5</sup> Terra, Jean-Louis. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

<sup>6</sup> Données de l'administration pénitentiaire disponible en ligne : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html>

<sup>7</sup> Hansen A. Correctional suicide: has progress ended? *J Am Acad Psychiatry Law* 38:6-10, 2010.

Aussi pour entrer dans une réflexion sur la clinique du suicide en prison, nous avons cherché des éléments théoriques issus des sciences humaines et médicales. Amenée à lire Durkheim<sup>8</sup>, nous commencerons par la sociologie, qu'elle soit ancienne ou contemporaine, qui décrit le suicide depuis la scène collective et interroge le milieu. Il y est aussi question de profils avec N. Bourgoïn<sup>9</sup>. Cependant plusieurs sociologues ayant travaillé sur le milieu carcéral déplacent leur questionnement sur le suicide en prison, de l'étude de la population détenue comme groupe social (ou groupes sociaux) à celle du milieu, la détention, et des interactions entre les deux. Nous en viendrons ensuite à la dimension psychologique de l'expérience de l'enfermement carcéral. Les vécus des personnes détenues peuvent être décrits, interrogés en regard de leur environnement, de leur situation tant pénitentiaire que judiciaire, et en fonction de leurs caractéristiques psychologiques. Nous décrivons alors les facteurs, internes et externes, favorisant la souffrance psychique en prison, y compris celle liées aux pathologies mentales. Pour ces dernières, l'enquête de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral réalisée entre 2003 et 2004<sup>10</sup> est précieuse. Elle montre que ces troubles sont très présents en détention, notamment ceux, hormis les troubles du comportement alimentaire, qui sont à fort risque suicidaire<sup>11</sup>.

N'ayant pas trouvé de travaux s'attachant à décrire les caractéristiques psychopathologiques de la crise suicidaire en détention, nous avons confronté les précédentes données et réflexions à notre expérience clinique mais aussi de recherche, nous proposerons alors une description théorique de la crise suicidaire en prison, ou plutôt des crises suicidaires en prison. Les deux principales étant, à notre avis, les crises suicidaires consécutives à un état dépressif et celles s'inscrivant dans les mécanismes de défense immatures de personnes souffrant de troubles de la personnalité, les formes mixtes étant envisageables. La première, la forme dépressive, est plus facilement compréhensible et repérable par les professionnels de la détention notamment, mais elle peut les tromper si elle évolue à bas bruit ou si l'agitation anxieuse prédomine. Autre difficulté, elle génère des processus identificatoires ambivalents qui peuvent gêner la prise en charge, entre empathie et rejet, avec une difficulté à inscrire la personne dans une perspective d'avenir, ce qui a pour risque de participer au vécu d'impasse de cette dernière, et donc à la

---

<sup>8</sup> Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris : Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection : Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi.

<sup>9</sup> Bourgoïn, Nicolas. *Le suicide en prison*. L'Harmattan. Paris, 1994.

<sup>10</sup> Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. *Enquête épidémiologique*. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004.

<sup>11</sup> Simon R.I. Suicide Risk, Assessing the unpredictable. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

pensée suicidaire. La deuxième, que nous qualifions d'immature et de relationnelle, se manifeste souvent bruyamment, avec impulsivité, donc moins de signes avant-coureurs, en tout cas moins aisément repérables comme tels, et se positionne souvent dans la relation à l'autre. Elle est une tentative de reprise de contrôle en même temps qu'un exutoire pour le débordement d'affects négatifs et d'angoisses chez des personnes fragiles sur le plan narcissique. Ce sont des crises suicidaires plus complexes à appréhender pour des non professionnels de la psychopathologie et elles sont souvent qualifiées et perçues comme des manipulations, les professionnels sentant bien qu'ils sont interpellés dans ces mises en acte suicidaires dans une relation d'emprise.

Ainsi présentées, les descriptions que nous proposerons sont cliniques mais nous les installons dans ce que cette clinique met en jeu au sein de l'institution, dans les relations avec ses représentants, et de fait comment elle impacte le dispositif de prévention. Notre démarche s'est ancrée dès ces premiers travaux dans une recherche de psychologie appliquée.

Nous arriverons après cela à la prise en charge de ces crises suicidaires dans les prisons. Cela requiert de décrire les outils spécifiques qui existent (commission pluridisciplinaire unique, surveillance, doublement en cellule, dispositifs pénitentiaires d'urgences) et l'organisation des soins psychiatriques en détention via les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), leurs antennes et les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA). Une coordination des différentes équipes pour prendre en charge la personne suicidaire est alors requise, puisque d'un côté des mesures peuvent être appliquées par les équipes de détention sous la responsabilité administrative de la prison et de l'autre, des mesures peuvent être mises en place par les services médicaux, l'équipe de psychiatrie le plus souvent. Ces prises en charge des personnes suicidaires ont été décrites comme devant être personnalisées, c'est à dire adaptées à la personne ainsi qu'aux résultats de l'évaluation du risque suicidaire et surtout de son degré d'urgence<sup>12 13</sup>.

La prise en charge des personnes suicidaires, des « suicidants » (personnes ayant réalisé une tentative de suicide) et la lutte contre l'émergence de pensées suicidaires sont les trois niveaux de la prévention du suicide en prison. Nous le verrons en détails, cette prévention a fait l'objet

---

<sup>12</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p165

<sup>13</sup> Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice. Jan 2009, p67

de plusieurs expertises au niveau international. En particulier, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié un rapport en 2002<sup>14</sup>. Un groupe de travail, créé en janvier 2006 par l'Association internationale pour la prévention du suicide<sup>15</sup>, a réalisé une étude des données épidémiologiques (taux de suicide, profils) et la description des points-clé de réalisation d'un programme de prévention<sup>16</sup>, complétée d'une analyse de programmes existant en prévention du suicide en détention dans différents pays<sup>17</sup>.

En France, trois expertises se sont succédées depuis 1996, les dernières étant le rapport Terra en 2003<sup>18</sup> et la commission Albrand en 2008<sup>19</sup>. Elles ont permis d'apporter une analyse détaillée de la situation en France et ont participé au développement d'un ensemble de nouvelles mesures et procédures de prises en charge. Pour commencer, une base institutionnelle pénitentiaire à même de porter une politique nationale est maintenant bien en place avec un comité de pilotage à la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et des commissions au sein des directions interrégionales. Cette politique nationale sous le haut patronage du Ministère de la Justice est une politique forte dont la dynamique semble pouvoir se maintenir grâce à des acteurs investis et la réactualisation régulière des programmes de prévention écrits et partagés avec l'ensemble des établissements. Peu d'institutions ont pu réaliser un tel travail en termes de prévention du suicide.

Très réglementé, centralisé, corporatiste avec une formation initiale spécifique et une hiérarchie très établie, l'univers pénitentiaire permet de mobiliser les énergies et de mettre en place des dispositifs de prises en charge identifiés, applicables aux différents établissements. Cela ne signifie pas que des résistances n'existent pas à chaque niveau hiérarchique et à l'application concrète des programmes. A chaque site de créer son dispositif à partir des outils mis à disposition et des actions proposées. Si les résistances existent, de mêmes que des obstacles d'autres natures, le maintien de la dynamique de la politique de prévention a permis déjà de bouger les lignes. Il a été possible de le constater entre chaque expertise réalisée et en observant une diminution des taux de suicide comme nous l'avons vu.

---

<sup>14</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire*. Genève, 2002.

<sup>15</sup> International Association for Suicide Prevention (IASP) : [www.iasp.info/fr/](http://www.iasp.info/fr/)

<sup>16</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121.

<sup>17</sup> Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Konrad N., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part II. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 122-130.

<sup>18</sup> Terra, Jean-Louis. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

<sup>19</sup> Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice, Janvier 2009.

Cependant les travaux de recherche manquent. Nous verrons que chaque expertise l'a rappelé, et a appelé même à la réalisation d'études, en France comme à l'international. Il est nécessaire de renouveler les études épidémiologiques mais d'autres travaux sont nécessaires. L'autopsie psychologique a été plébiscitée comme outil de recherche dans la prévention du suicide en prévention dans le cadre d'une expertise de l'INSERM<sup>20</sup>. Nos travaux sur 18 cas de suicide en prison<sup>21</sup> ont montré la difficulté d'accès aux données utiles à un travail de ce type en France, ce qui tend à faire envisager d'autres types de recherches. Deux grands champs de recherche semblent alors à privilégier : la recherche clinique, prospective ou rétrospective, et la recherche évaluative des programmes de prévention. Les problématiques éthiques soulevées par l'étude première du suicide avant la mise en place de programmes de prévention, ou par les études d'efficacité des actions de prévention avec des groupes contrôle, expliquent que, le plus souvent, les programmes sont instaurés sans étude préalable<sup>22</sup>.

Partant de ces éléments théoriques et de ces observations, nous avons poursuivi nos réflexions avec les données recueillies et analysées sur 18 cas de suicide en détention. Il s'agit d'une étude que nous avons réalisée dans 7 établissements différents des régions Ile-de-France et Rhône-Alpes entre 2009 et 2010, et que nous présenterons de manière résumée dans notre thèse. Ce travail a été réalisé dans la continuité de notre master 2 recherche, au début de notre doctorat, sous la direction là aussi du Pr Jean-Louis Terra qui nous a offert l'opportunité de travailler sur ce sujet et du Pr Jacques Gaucher.

Hormis la difficulté à réunir des informations pertinentes pour une analyse psychologique, nous avons retenu différents éléments clés de cette analyse des données et observations. Tout d'abord, dans les facteurs de risque de suicide retrouvés à posteriori, les plus fréquents étaient des caractéristiques des situations affectives, sociales et pénales, qu'il n'était pas possible de modifier. Deux facteurs cependant étaient modifiables, c'est à dire qu'ils pouvaient faire l'objet d'intervention, de prises en charge : les conduites addictives et l'isolement. Les facteurs de protection, quant à eux, n'avaient pu être analysés.

---

<sup>20</sup> *Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008.

<sup>21</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

<sup>22</sup> Mishara B, Chagnon F. Les défis en évaluation des actions de prévention du suicide. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p4

Ensuite nous avons distingués trois profils en termes de caractéristiques pénales et psychiatriques, et pour chaque profil, nous avons observé une différence au niveau des évaluations du potentiel suicidaire et de la prise en charge proposée. Cela nous amenait à conclure qu'une amélioration de la prévention à chaque niveau était envisageable : évaluation systématique et traçable, repérage des personnes suicidaires, caractérisation du degré d'urgences de la crise suicidaire.

Enfin nous avons également sollicité des professionnels de la détention, des SPIP (Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation), des services médicaux pour qu'ils nous indiquent leur niveau possible d'intervention pour eux-mêmes et pour les autres professionnels, à l'aide d'une échelle visuelle analogique dont les scores moyens étaient autour de 6/10. Nous leur avons demandé d'expliquer ce score, ce qui le favorisait, ce qui le limitait, ce qui a été ensuite analysé à l'aide de diagrammes d'Ishikawa. Nous avons pu constater que les énoncés étaient aussi nombreux pour ce qui était de favoriser ou limiter les interventions. Par contre les facteurs favorisant étaient moins variés et aucun ne concernait le milieu et les personnes incarcérées, contrairement aux facteurs limitants. Ces derniers étaient multiples, comprenant notamment le vécu de cloisonnement (impact limité de leur prise en charge), les difficultés de repérage, des énoncés défensifs, s'appuyant sur l'idée préconçue : « On ne peut pas aider quelqu'un de vraiment décidé » par exemple et le fait qu'on « ne peut pas tout maîtriser ». Nous avons aussi perçu des résistances de la part des professionnels sur la prévention du suicide et des études sur le sujet en réalisant le recueil.

Ainsi que nous le verrons, ce premier travail nous a conduit à réfléchir à d'autres méthodes que l'autopsie psychologique pour appréhender le suicide en prison, toujours dans la perspective préventive. Nous avons donc proposé la réalisation d'un travail avec les personnes incarcérées pour les solliciter à propos du dispositif de prévention et poursuivre les réflexions sur le suicide en prison. Les objectifs ont été rédigés ainsi :

L'objectif principal :

***Evaluer le dispositif de prévention du suicide à la maison d'arrêt de Lyon Corbas par les personnes détenues incarcérées depuis un mois.***

Les deux objectifs secondaires :

**-N°1 Estimer la connaissance et le recours au dispositif de prévention du suicide en prison à la maison d'arrêt de Lyon Corbas après un mois d'incarcération.**

**-N°2 Identifier l'évolution des crises suicidaires sur le premier mois de manière rétrospective chez les personnes qui ont eu des idées suicidaires et/ou fait une tentative de suicide, et les facteurs les influençant.**

Nous expliquerons les choix méthodologiques qui ont été opérés pour chacun de ces objectifs. Les critères d'inclusion ont été : des hommes majeurs, incarcérés (prévenu ou condamné) à la maison d'arrêt de Lyon Corbas et encore présents dans l'établissement à un mois d'incarcération. Les critères d'exclusion ont été : non maîtrise de la langue française écrite et parlée ; personne arrivée sur l'établissement après transfèrement d'un autre établissement. Nous avons opté pour un entretien unique semi-dirigé à un mois d'incarcération.

En premier lieu, pour l'objectif principal, nous avons décidé d'évaluer les mesures de prévention suivantes :

1-Limitation dans toute cellule des points d'attache auxquels quelqu'un pourrait essayer de se pendre.

2-Rechercher chez toute personne détenue arrivant l'existence de facteurs de risque de suicide, la présence d'idées de suicide.

3-Tenues régulières de commissions pluridisciplinaires.

4-Formation spéciale des professionnels de la prison à mieux repérer et prendre en charge les personnes détenues suicidaires.

5-Avoir plus de discussions avec les surveillants, les chefs.

6-Que mes proches à l'extérieur puissent communiquer avec l'administration pénitentiaire.

7-Etre doublé en cellule.

8-Avoir une prise en charge psychiatriques et/ou psychologique.

9-Avoir un accès facilité, accéléré à des activités (loisirs, travail, culte, recevoir des visiteurs de prison,...).

10-Pouvoir bien communiquer avec l'extérieur : famille, compagne, amis, avocat.

11-Augmentation du nombre de ronde de surveillance à ma cellule.

12-En cas d'idées suicidaires majeures, être installé dans une cellule spéciale pendant un ou quelques jours pour m'empêcher de faire une tentative de suicide.

Une échelle de Likert en 5 points pour caractériser l'utilité perçue de la mesure a été choisie, associée à l'ajout de commentaires libres.

Pour le premier objectif secondaire, a été choisi de demander aux participants s'ils connaissaient l'existence d'un dispositif de prévention ; s'ils pouvaient citer au moins 3 mesures existantes ; pour ceux qui ont eu des idées suicidaires et/ou réalisé une tentative de suicide, savoir s'ils ont eu recours au dispositif de prévention, et s'ils pensent avoir bénéficié d'une aide via le dispositif de prévention.

Pour le deuxième objectif secondaire, concernant l'évolution des idées suicidaires, a été utilisée une échelle issue de l'évaluation de l'urgence suicidaire<sup>23</sup> qui permet de situer l'urgence de la pensée suicidaire en 7 niveaux, appliquée pour 3 temps du premier mois d'incarcération : J0, J7 et J28. En complément, a été demandé aux participants ce qui pour eux avaient influencé l'évolution de ces niveaux d'urgences.

L'inventaire des raisons de vivre de Linehan<sup>24</sup> a aussi été choisi pour compléter les observations sur la crise suicidaire.

Des variables ont été prises en compte : l'âge, la situation pénale et pénitentiaire. Pour la présence des troubles psychiatriques, nous avons choisi d'utiliser le Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)<sup>25</sup>.

Le protocole a prévu une audience collective organisée de manière hebdomadaire avec des arrivants dans le quartier arrivant de la maison d'arrêt afin de présenter l'étude et de proposer aux personnes présentes de participer si jamais elles étaient encore là un mois plus tard. Le cas échéant les personnes ont été reçues en entretien individuel dans les locaux du SMPR après avoir reçu une information détaillée et signer un consentement. Le recueil de données permettait de respecter l'anonymat des participants et la confidentialité des données.

---

<sup>23</sup> Morissette P. and Corbeil SC. Le suicide : démystification, intervention, prévention. Centre de prévention du suicide de Québec, 1984.

<sup>24</sup> Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54: 276-86.

<sup>25</sup> Sheehan D., Lecrubier Y., Shenan KH. et al. (1989). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiat*, 59(20): 22-33.

Nous exposerons comment ce protocole a finalement obtenu toutes les autorisations requises, du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL), du Comité de Protection des Personnes Sud-Est 6, de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), de la maison d'arrêt Lyon Corbas et du centre hospitalier le Vinatier dont dépend le SMPR. Le promoteur de l'étude sera finalement le GFEP (Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique) avec un financement de la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Avant de décrire les résultats des éléments recueillis en entretien, nous décrirons la maison d'arrêt et le parcours arrivant des personnes écrouées, du quartier arrivant à l'installation en bâtiment. La présentation du cadre institutionnel et du contexte de vie des personnes incarcérées est impérative pour comprendre les propos des participants et ce qu'implique les mesures de prévention.

Nous pourrons ensuite exposer la façon dont le recueil des données et la réalisation des entretiens ont été organisés. Nous avons fixé un effectif cible de 65 participants que nous avons dû revoir à la baisse du fait d'un nombre plus réduit de participants par semaine que les projections initiales. Nous rendrons compte des participants aux audiences collectives, des personnes volontaires et des participants, ainsi que du contenu des audiences collectives, de la réalisation des entretiens, des obstacles parfois rencontrés.

Cela nous conduira à l'analyse des données, réalisée avec l'assistance conséquente du Pr Jean-Hugues Chauchat, du laboratoire ERIC (Entrepôts, Représentation et Ingénierie des Connaissances) de l'université Lyon 2. Les données obtenues pour chaque partie du carnet d'entretien seront étudiées. Des recherches de corrélations ont été recherchées entre les résultats de l'échelle de Likert mesurant l'utilité perçue des mesures de prévention et les variables recueillies, puis entre les données sur la crise suicidaire et les autres variables (matrice de corrélation de Pearson et test de Student).

Nous présenterons les caractéristiques de notre population de 53 participants qui s'est avérée représentative de la population carcérale en plusieurs points : âge, nombre de prévenus, nombre de personnes ne pouvant lire et écrire,...

Les participants ont tous coté l'utilité des 12 mesures de prévention. Pour 8 d'entre elles le score moyen est significativement positif (échelle de Likert en 5 points, de -2 à 2). Pour les 4 autres, toutes portées par les équipes de détention, les scores moyens ne permettront pas de conclure à une utilité perçue, mais pas non plus à son absence. Pour chacune, 12 à 37 participants ont apporté leurs commentaires, dont nous rendrons compte en les regroupant par thème. Ces commentaires apporteront bien sûr un éclairage sur les scores retrouvés, ce qui sera abordé dans la partie discussion.

Nous verrons que moins d'un tiers des participants a déclaré connaître l'existence d'un dispositif de prévention. Seuls 3 personnes ont pu citer au moins 3 mesures de prévention.

Vingt-neuf participants ont émis des idées de mesures de prévention. Ces propositions étaient de différentes natures : des commentaires sur le quotidien en détention, sur le régime judiciaire ou pénitentiaire, des critiques de mesures existantes et enfin des propositions innovantes.

Notre population comprenait 20 personnes ayant eu des idées suicidaires dont 3 avait réalisé une tentative de suicide au cours du mois d'incarcération. Parmi eux, seuls 8 ont déclaré avoir eu recours au dispositif de prévention, dont 7 estimaient avoir ainsi été aidés.

Le niveau moyen d'urgence suicidaire (niveau allant de 0 à 7) était de 1.34 à J0, 1.21 à J7 et 1.47 à J28, sans différence statistique, avec une tendance à l'augmentation à J28 que nous exposerons, pour une partie des participants. L'évolution de ces états par sous-groupe selon le degré d'urgence suicidaire à J0 était très variable.

Quatre types de facteurs influençant ces niveaux d'urgences au fil des semaines ont été plus fréquemment cités. L'enfermement qu'il soit nouveau ou répété, était le premier facteur aggravant. Les 3 autres catégories de facteurs pouvaient influencer dans les 2 sens selon le contexte : les ressources personnelles psychologiques, la situation familiale, la situation judiciaire. Leur fréquence pouvait varier entre les deux périodes.

L'IRVL nous a montré que seule l'échelle « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » a obtenu une moyenne significativement positive.

Nous montrerons aussi les résultats au M.I.N.I. Plusieurs troubles de l'humeur, troubles anxieux, et troubles d'abus et dépendance, ainsi que le risque suicidaire élevé étaient diagnostiqués chez plus de 20% des participants et bien au-delà pour certains.

L'analyse détaillée des résultats sera suivie de la recherche des corrélations. Certains scores attribués aux mesures de prévention ont pu être corrélés dans un sens ou un autre principalement à l'état clinique psychiatrique, à l'expérience du dispositif de prévention, ainsi qu'à certaines échelles de l'IRVL.

Une synthèse des résultats sera proposée essentiellement sur les données quantitatives, avant d'entamer la discussion.

Nous commencerons la discussion par une description des biais et des limites de notre travail, au niveau du recrutement tout d'abord puis au niveau du recueil de données, comprenant notamment le biais de remémoration.

La discussion permettra de revenir sur les scores attribués aux 12 mesures de prévention au regard des commentaires des participants et des corrélations retrouvées. Nous commencerons par chacune des 4 mesures dont les scores n'étaient pas significatifs. Nous discuterons l'hypothèse, à l'aide de l'analyse des commentaires, que ces résultats ambivalents n'étaient pas dus à un vécu d'inutilité de ces mesures mais à d'autres vécus ou croyances, différents selon les mesures.

Nous continuerons avec deux mesures particulièrement plébiscitées, ayant la particularité de ne pas être des actions spécifiques : La communication avec l'extérieur et l'accès facilité à des activités. Les commentaires et les corrélations très différents dans les deux cas montreront effectivement des intérêts différents, avec notamment l'hypothèse que les activités en détention seraient plus utiles à des personnes fragiles psychiquement qu'à des personnes suicidaires.

Nous poursuivrons avec toutes les mesures restantes, une par une, avec ce souci de comprendre le positionnement des participants mais aussi, en regard de ces réflexions et des mécanismes en jeu sur le plan psychologique chez les participants, d'interroger les modalités d'application, d'usage de chaque mesure. Nécessairement intéressée par les résultats sur la prise en charge psychiatrique et psychologique : la mesure était cotée plus négativement par les personnes

souffrant de problèmes d'addiction et celles ayant cotée plus négativement (pas importante donc) l'échelle de l'IRVL « Crainte de la désapprobation sociale », ces deux variables étant par ailleurs corrélées. Nous en discuterons les possibles explications et implications.

Avant de poursuivre nos réflexions sur le dispositif de prévention, nous reviendrons sur les données plus cliniques autour de la crise suicidaire et des troubles psychiatriques. Les facteurs influençant le niveau d'urgence suicidaire seront concentrés sur 4 types : ceux caractérisant l'enfermement pour une influence négative, et ceux caractérisant les relations aux proches, la situation pénale et les ressources psychologiques, pour une influence pouvant être positive ou négative selon la situation. Ces facteurs appellent à des interventions très variées de petites attentions dans le quotidien au travail de psychothérapie pour mobiliser et renforcer les ressources internes des personnes fragiles.

Les corrélations entre pensées et conduites suicidaires et troubles psychiatriques se porteront essentiellement sur la dépression rappelant ainsi l'importance du repérage et de la prise en charge des troubles de l'humeur.

Nous reviendrons aussi sur toutes les corrélations des échelles de l'IRVL. La prédominance de l'échelle « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » fera écho aux facteurs influençant l'urgence suicidaire puisque les ressources psychologiques étaient bien citées par les participants.

Enfin nous pourrons comparer les fréquences des troubles psychiatriques retrouvés dans notre population à celle de Duburcq et al.

Au vu de l'ensemble de ces données, nous proposerons nos réflexions sur le dispositif de prévention, dans son ensemble, en tant que dispositif tout d'abord. Une réappropriation puis une plus grande communication sur ce dispositif nous paraît nécessaire, en impliquant le plus d'acteurs possibles et, ainsi que ce travail nous en aura convaincu, en prévoyant une place pour les personnes incarcérées.

Nous proposerons alors un résumé d'éléments dégagés dans la discussion pour chaque mesure de prévention et qui pourrait être utile à leurs évolutions. Nous insisterons sur aspect qui n'est pas défini comme une action dans un programme de prévention mais qui est requis pour son bon fonctionnement et qui a été rappelé à plusieurs reprises par les participants : la nécessité d'espaces de parole.

Enfin, avant de conclure ce travail, nous rappellerons les propositions de mesures des participants comprenant des projets déjà en cours comme les codétenus de soutien, et d'autres à penser : autoquestionnaire, quartier spécifique, présence d'éducateurs, groupes de parole, etc.

« Celui qui se tue court après une image qu'il s'est formée de lui-même : on ne se tue jamais que pour exister. »

André Malraux, *La Voie royale*, Grasset.

## La crise suicidaire

Avant d'aborder le sujet du suicide en prison, nous nous proposons de parcourir les concepts et notions fondamentales de la clinique du suicide.

### Définition, épidémiologie du suicide

Apparu tardivement en France au XVIIIème siècle, le terme de suicide, issu du latin *sui*, de soi, et *caedere*, tuer, est défini comme suit dans le Larousse : « *acte de se donner volontairement la mort* ». E. Durkheim, sociologue, dans son célèbre ouvrage *Le Suicide* (1897) le définit ainsi : « *On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* »<sup>26</sup>.

Le verbe se suicider de par sa forme pronominale insiste sur l'auteur de l'acte : soi-même. Cette double désignation reflète peut-être une nécessité multipliée d'affirmer l'origine du geste tant celle-ci serait inattendue ? incompréhensible ? inconcevable ?... « *Immoral* » nous dit E. Durkheim « *car il nie, dans son principe essentiel, cette religion de l'humanité* »<sup>27</sup>. Pour autant, le suicide serait « *normal* » puisqu' « *il existe donc pour chaque peuple une force collective, d'une énergie déterminée, qui pousse les hommes à se tuer.* »<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, Introduction p. 5

<sup>27</sup> DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, livre III p.40

<sup>28</sup> DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, livre III p.14

En France actuellement, le suicide, lorsqu'il ne porte atteinte qu'à la personne elle-même, ne constitue plus une infraction depuis la Révolution. Si la plupart des religions le proscrivent, le condamnent, les personnes décédées par suicide ont tout de même accès à des offices religieux depuis le siècle dernier (M. Jarosz, 2005).<sup>29</sup>

Mais durant des siècles, le suicide portait le plus souvent à conséquence sur les biens, les dépouilles, la place des suicidés dans la mémoire collective, mais aussi sur la réputation de sa famille, sur son honneur. Honte, culpabilité et disgrâce ont longtemps accompagné ces décès (M. Jarosz, 2005).<sup>30</sup>

Plus rares sont les situations qui imposent ou tolèrent le suicide : accompagnement du mari décédé pour les satis en Inde notamment, violation des valeurs traditionnelles aux Iles Trobriand, liberté de l'homme pour les stoïciens,... (M. Jarosz, 2005)<sup>31</sup>

Le suicide est resté longtemps un sujet peu évoqué publiquement. Dans l'intimité des maisons et des histoires familiales, il reste traumatique et privé. Seuls certains suicides défraient la chronique : suicides après homicides (conjugaux, familiaux ou de masse), suicides de star, suicides au travail ou associés au travail, suicides en prison qui nous intéressent spécifiquement. La position politique a évolué quant à elle. Après des années de mobilisation médicale, associative, avec par exemple, la création d'SOS Amitiés en 1961, du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide en 1969, nos politiques ont finalement fait du suicide une problématique de santé publique : rapport du Pr M. Debout pour le conseil économique et social en 1993, priorité nationale par le Haut Conseil de Santé Publique en 1994. (A. Batt-Moillo, A. Jourdain, 2005)<sup>32</sup>

Le Pr M. Debout, rapporte que le suicide n'est plus un sujet tabou pour les Français puisque seulement 8 % d'entre eux placent la tentative de suicide parmi les questions les plus taboues (sondage SOFRES janvier 2000). Par contre dans cette même étude, les Français avaient peu conscience de l'ampleur des suicides et tentatives de suicide dans notre pays. (M. Debout, 2002, p. 270-273)<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> Jarosz, Maria. *Suicides*. L'Harmattan. Paris, 2005. p. 22

<sup>30</sup> Jarosz, Maria. *Suicides*. L'Harmattan. Paris, 2005. p. 19-26

<sup>31</sup> Jarosz, Maria. *Suicides*. L'Harmattan. Paris, 2005. p. 13-18

<sup>32</sup> Batt-Moillo A., Jourdain, A., « Introduction » Dans *Le suicide et sa prévention, Emergence du concept, actualité des programmes*, 13-26. Edition Ecole Nationale de la Santé Publique. Dijon-Quetigny, France, 2005, p18.

<sup>33</sup> Debout, M., *La France du suicide*. Stock. Paris, 2002.

Chaque année depuis 1998, 10000 à 11000 personnes décèdent officiellement de suicide en France<sup>34</sup>, un taux de 14,7 pour 100000 en 2007 parmi les plus hauts taux dans l'Europe des 27<sup>35</sup>. On considère toujours que cette mortalité doit être majorée de 20% pour prendre en compte les suicides non reconnus<sup>36</sup>, soit entre 12000 et 13200 donc.

Les tentatives de suicide sont bien plus nombreuses : en 2010, 5% des 15-85 ans en France déclaraient avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, 0,5% au cours de l'année écoulée et 3,9% ont pensé à se suicider au cours de cette même année<sup>37</sup>.

## Concepts théoriques

### Freud et l'énigme du suicide

S. Freud aborde le suicide dès le début de son œuvre. Dans *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901), il en traite comme d'un acte manqué, acte à travers lequel s'exprime le discours inconscient.<sup>38</sup>

En avril 1910, dans *les Minutes de la société psychanalytique de Vienne*, S. Freud aborde le suicide comme une victoire de la pulsion sexuelle sur la pulsion de vie. La pulsion de vie constitue une résistance contre l'acte de suicide. Le suicide, qui est un aboutissement de conflits psychiques, est possible, uniquement s'il existe une régression et une lutte contre cette résistance.<sup>39</sup>

Ses travaux dans *Deuil et Mélancolie* (1915)<sup>40</sup> le font s'interroger sur le suicide des mélancoliques. L'investissement d'amour que le mélancolique portait à l'objet perdu (un choix d'objet narcissique) vit un double destin entre une régression sur l'identification (« *L'ombre de*

---

<sup>34</sup> Jouglu E., Péquignot F., Le Toullec A., Bouvet M., Mellah M. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Actualités et dossiers en santé publique, n°45 dec 2003 p31-34.

<sup>35</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=98&ref\\_id=Suicide](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=Suicide)

<sup>36</sup> *Autopsie psychologique, Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008. p.2-3.

<sup>37</sup> Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. *Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010* BEH 47-48 13 décembre 2011 p488-492

<sup>38</sup> FREUD S. (1901). « Méprises et maladroites » In : Freud S. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001. pp. 228-231.

<sup>39</sup> FREUD S. (1910). « Pour introduire la discussion sur le suicide » Dans *Résultats, Idées, Problèmes*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984. pp.131-132

<sup>40</sup> FREUD S. (1915). « Deuil et Mélancolie » dans *Métapsychologie*. La Flèche : Impression Brodard et Taupin, 2006.

*l'objet tomba ainsi sur le moi* »<sup>41</sup>) et un report au stade de sadisme. Le moi peut se tuer car le retour de l'investissement d'objet l'amène à se traiter comme un objet. Ainsi l'hostilité à l'égard de l'objet peut maintenant se diriger contre le moi lui-même.<sup>42</sup>

S. Freud revient sur ce qu'il nomme alors l'énigme du suicide dans *Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine* (1920) : « *L'analyse nous a fourni pour l'énigme du suicide cette explication, que peut-être personne ne trouve pour se tuer l'énergie psychique si premièrement il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne pas par-là contre lui-même un désir de mort qui était déjà dirigé contre une autre personne... L'inconscient de tous les vivants est rempli de ces désirs de mort, même contre les personnes au demeurant aimées.* »<sup>43</sup>

Outre les mécanismes déjà évoqués dans *Deuil et Mélancolie*, S. Freud exprime un lien entre homicide et suicide en passant de l'hostilité au désir de mort de l'objet investi au niveau pulsionnel.

Dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), S. Freud élabore le nouveau concept de pulsions de mort après avoir analysé des situations où se manifeste une compulsion de répétition. Les pulsions de mort s'oppose dans un dualisme renouvelé aux pulsions de vie ; elles poussent au retour à l'état antérieur, état initial indemne de fait de toute excitation.<sup>44</sup>

Ce concept restera très discuté dans les courants psychanalytiques. Freud n'en vient pas alors aux implications de ces éléments théoriques pour le suicide.

## Autres travaux psychanalytiques

Lacan ayant entre temps laissé son empreinte dans les réflexions psychanalytiques, les constructions théoriques évoluent. L'énigme du suicide appelle à une mise en sens de l'acte. Les auteurs soulignent comment la mise en sens n'est pas l'expression consciente et spontanée

---

<sup>41</sup> FREUD S. (1915). « Deuil et Mélancolie » dans *Métapsychologie*. La Flèche : Impression Brodard et Taupin, 2006 p.156

<sup>42</sup> FREUD S. (1915). « Deuil et Mélancolie » dans *Métapsychologie*. La Flèche : Impression Brodard et Taupin, 2006 p.161

<sup>43</sup> FREUD S. (1920). « Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine ». In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1981, p.261

<sup>44</sup> FREUD S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir » Dans : *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2005. pp.47-128

des raisons données parfois par la personne ayant réalisé une tentative de suicide, mais que ce sens concerne le conflit psychique inconscient dont résulte l'acte. La mise en sens requiert alors un travail d'interprétation psychanalytique

G. Morel introduit un ouvrage consacré au sujet, *Clinique du Suicide* (1998), en revenant sur des concepts freudiens et lacaniens au sujet de l'interprétation de l'acte, précisant alors la différence à ce niveau entre suicide et tentative de suicide : « *La réussite du suicide n'est pas ici la mort, mais bien l'accomplissement d'un rejet du savoir dont on doit supposer qu'il était une décision prise par le sujet, si tant est qu'on ne puisse rien savoir d'un acte avant de l'interpréter, après coup, par la parole. Lacan a, en effet, retenu de Freud que l'acte « est ce qu'il veut dire », et qu'il s'interprète toujours par le biais de son ratage, d'où provient un gain de savoir. Le suicide, donc, ne s'interprète pas, au contraire de la tentative à laquelle survit le sujet.* »<sup>45</sup>

« *[L'acte est] la conséquence ultime du désir, lequel n'est pas orienté par l'objet qu'il semble consciemment viser mais par sa cause, elle complètement ignorée du sujet. Et c'est cette cause – que Lacan nomme « objet a » - qui est le véritable agent de l'acte, au moment où le sujet s'en absente dans un « je ne pense pas » radical. On comprend dès lors la difficulté du sujet à parler après coup de « son » acte : celui-ci l'a changé, il n'est plus le même qu'avant, et d'ailleurs, au moment de l'acte, il n'y était pas !* »<sup>46</sup>

P. Sorel, J. Vedrinne et D. Weber insistent dans l'ouvrage *Le geste ultime, essai sur l'énigme du suicide* (2003), sur cette nécessité de ne pas s'en tenir à une explication, une cause rapidement accessible : « *C'est bien pourquoi il est, la plupart du temps, tout à fait injuste, et surtout bien léger, de réduire le suicide à sa dimension d'appel, voire de chantage : ce qui fait le passage à l'acte est inconnu de celui-là même qui va le commettre, et il le reste après qu'il l'a commis. Le suicide n'est pas le fait du « moi » (malgré la tentation des soignants), le moi étant cette instance dans laquelle la personne peut à peu près se reconnaître, mais d'un sujet, effet de la chaîne signifiante.* »<sup>47</sup> Ils définissent ensuite le passage à l'acte, qu'il survienne après

<sup>45</sup> MOREL G., (1998). « Introduction – Actes réussis, actes ratés : lectures psychanalytiques du suicide » Dans : *Clinique du suicide*. Toulouse : Editions Erès, 2010. p. 15

<sup>46</sup> MOREL G., (1998). « Introduction – Actes réussis, actes ratés : lectures psychanalytiques du suicide » Dans : *Clinique du suicide*. Toulouse : Editions Erès, 2010. p. 15-16

<sup>47</sup> SOREL, P., VEDRINNE, J., et WEBER, D. (2003). *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon. p.98

une longue rumination ou de façon soudaine, comme « *la soudaine irruption d'un désir jusque-là muet, soit que rien ne soit venu lui donner l'impulsion nécessaire, soit qu'aucune situation n'ait encore constitué pour lui une bonne occasion de s'exprimer, une forme structurante.* »<sup>48</sup>

Pour résumer l'approche psychanalytique de l'acte suicidaire, le Pr Moron distingue dans cet acte le désir de mort (mêlant pulsion de mort soit l'annulation de toute tension et désir de passivité investi sur le plan libidinal), le désir de tuer (agressivité envers l'objet qui, tel l'objet mélancolique est incorporé, impliquant un retournement sur soi de cette agressivité) et le désir d'être tué (dimensions punitive et castratrice mettant en jeu le masochisme du moi et le sadisme du surmoi). Ces trois dimensions peuvent exister isolément, ce qui est plus rare, ou plutôt s'associer.<sup>49</sup>

Au-delà de l'acte, c'est la notion de crise suicidaire qui se développe pour caractériser l'émergence de l'idéation suicidaire jusqu'à sa disparition, qu'il y ait eu acte ou non, ou jusqu'au décès lorsque le geste suicidaire est réalisé et abouti. R. Kaës écrit au sujet de la crise (*Crise, rupture et dépassement*, 1979) : « *Que la mise en crise soit vécue comme une mise à mort marque la connotation toujours menaçante des dérèglements qui surviennent dans un système vivant. La mise en crise des systèmes édifés pour assurer la sécurité, la continuité, la contenance, la conservation et la ressource est toujours vécue comme une exposition à la mort.* »<sup>50</sup> R. Kaës ne parle alors pas du suicide en évoquant cette expérience de confrontation à la mort. Mais lorsqu'il développe le concept de crise et de rupture, ses propos sur les solutions de résolution de la crise nous donnent à penser que l'acte suicidaire peut se lover dans cette description : « *des solutions s'imposent quelquefois qui, tout en ayant une efficacité locale relative, sont surtout destinées à éliminer les aspects psychologiques douloureux de la crise, sans pour autant ouvrir la voie à un changement agissant sur la défaillance principale, qu'elle vienne du sujet ou de l'environnement* »<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> SOREL, P., VEDRINNE, J., et WEBER, D. (2003). *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon. p.100

<sup>49</sup> MORON, P. (1975). *Le suicide*. Paris : Que sais-je?, 2006. p. 80-90

<sup>50</sup> Kaes, R. (1979). Introduction à l'analyse transactionnelle. In R. Kaes, A. Missenard, R. Kaspi, D. Anzieu, J. Guillemin, J. Bleger & E. Jaques (Ed) *Crises, rupture et dépassement* (pp 1-83) (2004). Paris : Dunod. p.6

<sup>51</sup> Kaes, R. (1979). Introduction à l'analyse transactionnelle. In R. Kaes, A. Missenard, R. Kaspi, D. Anzieu, J. Guillemin, J. Bleger & E. Jaques (Ed) *Crises, rupture et dépassement* (pp 1-83) (2004). Paris : Dunod. p. 16

Le concept de crise est développé notamment par O. Quenard et J.C. Rolland (*Aspect clinique et état de crise suicidaire*, 1982<sup>52</sup>) pour aborder le suicide. Il permet de ne pas se situer dans la question du normal ou du pathologique mais en premier lieu d'inscrire la survenue de l'idéation suicidaire dans un processus dynamique dans lequel les mécanismes de défense habituels de la personne sont débordés. Il existe une angoisse non contenue. Le geste suicidaire est alors « *la tentative de de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie* »<sup>53</sup> (P. Sorel, J. Vedrinne et D. Weber, 2003).

Partant du concept de résilience développée par B. Cyrulnik, J-L. Pedinielli (*Mort et résilience*, 2006) situe le geste suicidaire comme réponse au traumatisme lorsque les mécanismes auxquels peut recourir habituellement la personne pour permettre son intégration et son dépassement s'avèrent là inefficaces. Il précise tout de même que la tentative de suicide peut amener ensuite ce dépassement.

« *La confrontation au traumatisme n'entraîne pas la déconstruction de la réalité intolérable et la mise en place de mécanismes de défense (en fait, les « mécanismes de dégagement » de Bibring). Il n'y a pas non plus d'intégration du choc et de réparation passant par le rétablissement des liens rompus par le trauma et la reconstruction à partir de l'adversité. Bien au contraire, le geste suicidaire marque généralement l'incapacité à tolérer l'absence de l'autre ou son désir, le retournement de l'agressivité contre la partie de soi-même confondue avec l'objet signant la défaillance identificatoire et l'impossibilité d'élaboration psychique. Ce n'est qu'après cet échec que, pour quelques sujets, une reconstruction apparaît dans une sorte de dépassement (Aufhebung) et de perlaboration (Durcharbeiten).* »<sup>54</sup>

## Éléments des approches théoriques phénoménologiques et cognitives

Le Pr Moron résume aussi la réflexion phénoménologique concernant le suicide. L'issue fatale de ce geste signifiant est posée comme un devenir par le suicidant. Ce dernier est isolé dans une

---

<sup>52</sup> Quenard, O., et Rolland, J.-C. (1982). "Aspects cliniques et état de crise suicidaire." In *Suicides et conduites suicidaires, tome II : aspects cliniques et institutionnels*, II:13-47. Paris: Masson.

<sup>53</sup> SOREL, P., VEDRINNE, J., et WEBER, D. (2003). *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon. p. 72

<sup>54</sup> PEDINIELLI J-L., (2006) « Mort et Résilience » (p.289-304) Dans *Psychanalyse et Résilience* CYRULNIK B., DUVAL P. (2006). Paris : Odile Jacob. pp.291-292.

situation qu'il vit comme éclatée, à laquelle il veut redonner un sens et une totalité, même au prix de l'anéantissement. Le suicide est un mouvement de passage qui peut être une porte de secours, une porte de sortie ou une porte d'entrée. Dans ce mouvement, la conscience suicidante est empreinte d'ambivalence entre les sentiments d'échec et de triomphe. L'échec comme l'incapacité à trouver une autre solution satisfaisante ; le triomphe comme l'ultime reprise de contrôle dans une situation qui échappe.<sup>55</sup>

Dans une approche plus cognitive, le Dr Shea (*Évaluation du potentiel suicidaire*, 2008) distingue trois catégories de facteurs à l'origine de l'idéation suicidaire : les facteurs de stress externes (décès, rupture, perte d'emploi, maladie,...), les conflits internes (conflits inconscients, distorsions cognitives,...) et les dysfonctionnements neurobiologiques (toxiques exogènes et physiopathologie endogène). Ces différents facteurs sont entremêlés le plus souvent.<sup>56</sup>

Il retient la présence chez les personnes suicidaires de distorsions cognitives particulières : la surgénéralisation, le catastrophisme, l'autodénigrement, une vision manichéenne du monde, et un vécu de perte de contrôle, contrôle que l'acte suicidaire donne le sentiment de retrouver.

Il distingue dans l'idéation suicidaire, les styles cognitifs avec ou sans troubles graves de la personnalité. Dans le premier cas, les personnes ont tendance à trouver peu de solutions alternatives face aux problèmes, à les rejeter prématurément, à dépendre des autres et à faire preuve de peu de ténacité. Les bénéfices secondaires après un geste suicidaire sont particulièrement séduisants pour ces personnes. Pour des profils plus matures, l'impulsivité est moindre. La dépression et ses cognitions trouvent une place importante dans la genèse du suicide et pour l'auteur, deux questions vont particulièrement se développer dans leur idéation suicidaire : est-ce que cela va marcher ? Est-ce la bonne chose à faire ? L'idéation suicidaire prendra plus de temps, rencontrant nombre de résistances malgré les souffrances ressenties.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> MORON, P. (1975). *Le suicide*. Paris : Que sais-je?, 2006. p. 75-80

<sup>56</sup> Shea, S. C. (2008). *Évaluation du potentiel suicidaire*. Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson. p. 23

<sup>57</sup> Shea, S. C. (2008). *Évaluation du potentiel suicidaire*. Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson. p. 42-53

## Le suicide et la psychiatrie

Après avoir évoqué l'approche freudienne dans laquelle le suicide est inscrit en premier lieu dans la vie quotidienne et non la pathologie, nous retrouvons dans les courants psychiatriques un classement difficile de ce phénomène. Le suicide, les tentatives de suicide n'avaient pas de place spécifique dans les grandes classifications DSM IV, CIM 10. De même la classification PMSI utilisée pour la cotation des hospitalisations ne considère que l'acte (lésion auto-infligée), ses conséquences somatiques. Rien pour l'existence des idées suicidaires. Ainsi la prise en charge d'une personne suicidaire hospitalisée pour être protégée du risque de passage à l'acte sera cotée par un autre biais.

Ces différentes observations montrent comment le suicide pose à la psychiatrie la question de sa dimension pathologique. Cependant le DSM 5 introduit pour la première fois un trouble « Conduites suicidaires » leur accordant une place propre et pas uniquement en conséquence d'autres troubles mentaux.

### Lien(s) entre suicide et troubles psychiatriques

Il est scientifiquement démontré que les troubles psychiatriques sont des facteurs de risque de suicide. En 2000, une conférence de consensus française : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » le réaffirme et les situe parmi les facteurs de risque primaires. Le texte insiste sur la fréquence des troubles subliminaires, la majoration du risque avec le nombre de troubles présents, le rôle important de l'impulsivité surtout associée à de l'anxiété ou de la dépression.<sup>58</sup>

Concernant les idées et tentatives de suicide, MK. Nock et al. ont publié en 2010 une étude rétrospective sur la comorbidité entre troubles mentaux et comportements suicidaires chez l'adulte<sup>59</sup>. Les troubles mentaux considérés concernaient uniquement les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles avec impulsivité et les usages de substances psychoactives. Ils ont trouvé un trouble mental premier chez 66% des personnes qui avaient sérieusement pensé à se tuer, 77,5% chez celles qui avaient construit des scénarios suicidaires, 79,6% chez celles

---

<sup>58</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000.

<sup>59</sup> Nock MK, Hwang I, Sampson NA, & Kessler RC. Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 August; 15(8): 868–876. doi:10.1038/mp.2009.29.

qui avaient réalisé une tentative de suicide. Les odds ratio pour les tentatives de suicide allaient de 2,7 dans l'agoraphobie à 6,7 pour les troubles bipolaires et étaient de 4,6 pour tous les troubles anxieux, 4,8 pour tous les troubles avec impulsivité, 4,8 pour tous les troubles liés à l'usage de substance et 5,2 pour tous les troubles de l'humeur. Les analyses multivariées maintenaient un risque relatif supérieur à 1, mais plus bas que les premiers résultats. Plus il existait de troubles mentaux, plus le risque de tentative de suicide était majoré. Concernant les comportements suicidaires, l'épisode dépressif majeur était le plus prédictif de survenue d'idées suicidaires (OR = 2,3) ; l'anxiété, l'impulsivité et l'usage de substances étaient plus prédictifs de l'élaboration du scénario suicidaire et de la tentative de suicide (de 1,6 à 2,9). Enfin, les auteurs établissaient que la dimension prédictive de survenue d'un comportement suicidaire attribuable aux troubles mentaux s'avère principalement liée à la survenue des idées suicidaires, dans une bien moindre mesure aux planifications et aux tentatives de suicide.

Concernant le suicide, le travail d'EC Harris et B. Barraclough (1997)<sup>60</sup> est fréquemment cité. Leur méta-analyse visait le calcul, comparativement à la population générale, des ratios standardisés de mortalité par suicide en fonction de différents troubles mentaux et physiques dont souffraient les personnes décédées. Parmi leurs résultats, citons un risque de 23,14 pour les troubles du comportement alimentaire, 20,35 pour les dépressions majeures, 15,05 pour les troubles bipolaires, 12,12 pour les dysthymies, de 14 à 20,34 pour les addictions selon la substance (sauf 5,86 pour la dépendance à l'alcool et 3,85 celle au cannabis), 11,54 pour les troubles obsessionnels compulsifs, 10 pour les attaques de panique, 8,45 pour la schizophrénie, 7,08 pour les troubles de la personnalité.

Ainsi, de manière résumée et globale, les troubles psychiatriques favorisent la crise suicidaire, en sont des facteurs de risque majeurs. Et de manière plus fine, ces deux exemples de travaux épidémiologiques nous montrent que le rôle des troubles psychiatriques dans la survenue de la crise suicidaire a une intensité variable selon le trouble mais aussi selon qu'on considère les idées, les scénarios, les tentatives suicidaires ou les suicides.

---

<sup>60</sup> Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis.* British Journal of Psychiatry. 1997; 170:205–28.

## Les tentatives de suicide à répétition

Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie est un des premiers facteurs de risque de tentative de suicide.<sup>61</sup> Plus le nombre de tentatives de suicide est important plus le risque suicidaire augmente.

Le Baromètre Santé 2000 retrouve qu'un tiers des personnes déclarant avoir déjà fait une tentative de suicide en ont fait au moins deux.<sup>62</sup>

Parmi ces personnes, certaines répètent de multiples fois les gestes suicidaires au cours de leur vie, parfois dans une période de temps brève de plusieurs mois. Ces situations ont amené certains auteurs à s'interroger sur le(s) phénomène(s) qui se manifeste(nt) dans cette répétition de l'acte.

Pour P. Sorel, J. Vedrinne et D. Weber, le geste suicidaire étant une formation de l'inconscient, il sera amené à se répéter tant que ce qu'il exprime n'aura été entendu. Ils distinguent dans ses répétitions l'expression de différentes structurations psychiques. Dans les névroses, il s'agit de « *mettre et remettre en scène le désir sans que le sujet l'articule réellement en son nom propre, ce qui est une façon de se faire connaître sans se faire reconnaître* ». Dans la mélancolie, « *le sujet est télescopé avec l'autre* », reprenant là la théorie freudienne. Pour des personnes « *décrites comme narcissiquement fragiles* », tout évènement peut revêtir des enjeux de vie ou de mort. « *L'autre ne peut avoir de valeur en tant que sujet et il n'existe qu'en tant qu'il assure une fonction d'étayage, renvoyant à la notion d'addiction suicidante* ». <sup>63</sup> Ainsi la personne teste et reteste cette fonction d'étayage en répétant sa mise en danger, possible mise à mort, par lui-même.

P-C. Racamier quant à lui, décrit une « *configuration psychopathologique* » caractérisée par le recours répété à l'acte suicidaire : la suicidose. « *Sous la dénomination de suicidose, qui désigne de prime abord un symptôme mis en acte, je me propose de décrire une organisation défensive rigide et redoutable où le recours répétitif à la tentative de suicide a pour fonction d'échapper dramatiquement par l'agir à un vécu intérieur douloureux. L'acte suicidaire à répétition résulte*

---

<sup>61</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000.

<sup>62</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes ex CFES), 2001, Baromètre santé 2000, volume II, les résultats. p. 178.

<sup>63</sup> SOREL, P., VEDRINNE, J., et WEBER, D. (2003). *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon. p107-108

*de l'intolérance au deuil et à la sidération de l'activité fantasmatique.* »<sup>64</sup> Le patient laisse son entourage tant les proches que les professionnels dans l'impuissance, instaurant une modalité relationnelle d'emprise, avec une vacuité des représentations, des affects, autour du conflit psychique qui pourtant se joue là. Pour Racamier, cette configuration peut apparaître en situation de crise, de manière uniquement aiguë, ou constituée une organisation psychique qui se pérennise.

## Du normal au pathologique

Ainsi que nous le disions les idées et comportements suicidaires ne figuraient pas en tant que tels dans les classifications psychiatriques avant le DSM 5. Sur le plan pathologique, ils apparaissaient comme symptômes de pathologies comme pour la dépression, comme manifestations fréquentes de troubles de la personnalité (états limites, psychopathie,...). Ils sont considérés comme une problématique de santé mentale appelant à la prévention du fait de la morbi-mortalité qu'ils causent. Mais ils appellent aussi à des considérations éthiques autour de l'autonomie de la personne ou philosophiques à travers le concept du libre arbitre, lorsqu'il est question d'échapper à la souffrance d'une maladie de toute façon fatale. La question de l'euthanasie ramène le débat du suicide « assisté », et de fait du suicide légitime, acceptable, voire *normal*. Faut-il alors parler du suicide ou des suicides ? Certains seraient-ils alors *normaux*, d'autres *pathologiques* ? Selon quels critères distinguer ces diverses formes et à quel niveau les considérer : psychologique, à titre individuel ou sociologique comme phénomène groupal, sociétal ?

D'une certaine manière, ces questions qui s'associent les unes aux autres, montrent la difficulté pour la psychiatrie de classer le suicide dans sa nosographie.

Au-delà de la question nosographique ou de pouvoir situer le suicide sur le continuum reliant le normal au pathologique, le point qui permet aux disciplines médicales de se positionner par rapport au suicide est son impact en terme de santé publique. Etant donné le nombre de décès, le nombre de tentatives de suicide et leurs lots de séquelles psychologiques et physiques, étant données les conséquences donc de la crise suicidaire, la médecine peut légitimer son intervention de prévention. Les débats philosophiques, éthiques, judiciaires, moraux pour

---

<sup>64</sup> RACAMIER P.-C., (1992) *Le Génie des origines. Psychanalyse et psychoses*. Malesherbes : Payot & Rivages, 2005. p. 85

certain, peuvent se poursuivre pendant que, depuis de nombreuses années maintenant, la prévention du suicide se développe.

## Prévention du suicide en France

### Concepts employés dans la prévention du suicide

Définition de la crise suicidaire <sup>65</sup> <sup>66</sup>

Le concept de crise suicidaire a émergé pour décrire les cheminements psychodynamiques qui conduisent à la réalisation du suicide. Quel que soit l'état psychiatrique de la personne, le suicide est l'issue fatale mais non irrémédiable de la crise suicidaire qu'elle traverse. Cet état de crise est au centre des actions de prévention.

La crise suicidaire débute lorsque le suicide devient une solution possible au vécu de souffrance ; dès que l'idée, même passagère, de ne plus être de ce monde apparaît.

Elle se développe par étapes, de la présence d'idées suicidaires fugaces à la planification d'un projet suicidaire, jusqu'au passage à l'acte. La personne en crise s'évertue le plus souvent à trouver d'autres solutions et espère plus ou moins consciemment y parvenir, d'où la réversibilité du processus suicidaire.

M. Séguin décrit ainsi la crise suicidaire comme manifestation possible d'une crise psychique : *« Cette période se caractérise par trois grandes étapes : (1) une période de désorganisation qui culmine jusqu'à (2) une phase aiguë avant de se conclure par (3) une période de récupération. La phase aiguë peut se distinguer par un éventail de réactions qui varient en intensité, allant jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Remarquons qu'il est possible de vivre un état de crise sans vivre de passage à l'acte. De plus, le passage à l'acte ne se manifeste pas obligatoirement par une tentative de suicide, mais peut se traduire par une fugue, une crise d'agressivité ou toute autre façon permettant d'éliminer momentanément le stress causé par une situation difficile. C'est au cours de cette période de phase aiguë que pourra survenir la tentative de suicide chez un individu vulnérable. »*<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre I.

<sup>66</sup> Terra, *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*, p20.

<sup>67</sup> Séguin M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? In « *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », 2000.

## Niveaux de prévention <sup>68 69</sup>

On distingue 3 niveaux de prévention :

La prévention primaire ou antevention consiste à lutter contre l'apparition de la crise suicidaire. Il s'agit de modifier les facteurs de risque comme de traiter les troubles mentaux.

La prévention secondaire ou intervention vise à empêcher le passage à l'acte lorsque la crise suicidaire est installée. Elle requiert de reconnaître la crise suicidaire, de l'évaluer en terme de sévérité, d'urgences et de dangerosité, et enfin, de mettre en place une prise en charge adaptée à cette évaluation et à la personne.

La prévention tertiaire ou postvention lutte contre l'émergence d'une nouvelle crise suicidaire chez des personnes qui en ont déjà l'antécédent.

A ces différents niveaux, s'ajoute l'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide d'un proche.

## Reconnaître et évaluer la crise suicidaire <sup>70</sup>

Les recommandations de la conférence de consensus de 2000 s'articulent suivant les différents aspects de la crise suicidaire. Elles précisent ses particularités selon différentes populations (adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de troubles psychiatriques, personnes toxicomanes, personnes détenues, militaires) et selon le type d'intervenants (proches, professionnels du milieu scolaire/universitaire, du secteur social, du milieu médical psychiatrique ou autre, du milieu carcéral, de l'armée, bénévoles du secteur associatif).

Cette conférence de consensus souligne l'importance de pouvoir aborder directement et ouvertement l'existence d'idées suicidaires avec des personnes en difficultés, une démarche qui continue à rencontrer des résistances. Ces résistances sont dues à une fausse croyance, l'idée que de parler d'idées suicidaires à quelqu'un pourrait lui en donner si elle n'en avait pas. Il est maintenant reconnu, au contraire, qu'en parler procure un soulagement, permet une ouverture vers les autres plutôt que d'entretenir par le tabou l'isolement de la personne en crise.

---

<sup>68</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre II.

<sup>69</sup> MORON, P. (1975). *Le suicide*. Paris : Que sais-je ?, 2006. p. 94-96

<sup>70</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre II-III.

Ainsi savoir interroger une personne sur la présence d'idées suicidaires est l'outil le plus simple pour dépister la crise suicidaire.

Une fois repérée, il faut évaluer la crise suicidaire, c'est-à-dire déterminer le potentiel suicidaire d'une personne, puis l'urgence et la dangerosité de cette crise.

Évaluer le potentiel suicidaire implique une recherche des facteurs de risque suicidaires, ce qui requiert d'explorer la situation sociodémographique de la personne, sa biographie, sa situation familiale et socio-professionnelle, ses antécédents psychiatriques personnels et familiaux, son état psychique et somatique actuel, et la présence d'événements précipitant ayant pu enclencher la crise en se renseignant sur les événements de vie des derniers mois et leur retentissement psychologique pour la personne.

L'évaluation doit aussi préciser le degré d'urgence de la crise en cours, soit l'imminence du passage à l'acte. Il faut alors rechercher le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité suicidaire (scénario ? planification ? mise en œuvre ?), le degré d'impulsivité de la personne, un éventuel élément précipitant, la qualité du soutien par l'entourage.

La dangerosité, elle, dépend de la létalité du moyen envisagé pour l'acte suicidaire, ainsi que la disponibilité de ce moyen.

Chacun de ces trois éléments est qualifié de faible, moyen et élevé au vu des données disponibles au moment de l'évaluation.

Une urgence élevée se caractérise par les critères suivants :

- La personne a planifié le passage à l'acte dans les 48 heures.
- Elle est coupée de ses émotions, rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée.
- Elle se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation.
- Sa douleur et l'expression de sa souffrance sont complètement tuées ou omniprésentes.
- Elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, cordes, etc.
- Elle a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé.
- Elle est très isolée.

# Principes de la prise en charge

## Lieu de la prise en charge : entre hôpital et domicile

Une des principales questions en situation de risque suicidaire est de savoir s'il va falloir hospitaliser la personne ou si une prise en charge ambulatoire demeure possible.

Les éléments de l'évaluation précédemment décrite vont être déterminants. Le diagnostic d'une urgence élevée de la crise suicidaire indique une hospitalisation.

M. Weishaar et A.T. Beck résume l'indication d'hospitalisation ainsi :

*« Si, lors de l'évaluation du risque suicidaire, il est apparent que l'individu a peu de contrôle sur son désir de mourir, n'a pas de soutien de la part d'une personne significative ou d'un membre de la famille et nécessite d'être protégé contre lui-même dans un milieu sécuritaire, l'hospitalisation est recommandée. »<sup>71</sup>*

L'admission en hospitalisation peut être contrainte si la personne s'oppose à cette prise en charge, le plus souvent en « admission en soins psychiatriques sur demande de tiers » (décision médicale avec l'appui des proches), rarement en « admission en soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat » (ancienne hospitalisation d'office), en cas de mise en danger d'autrui (projet de suicide par explosion au gaz dans un immeuble, par saut d'un pont sur l'autoroute, projet de suicide avec les enfants,...).

Néanmoins il demeure essentiel d'organiser la prise en charge autant que possible en alliance avec la personne. Cela implique de l'informer et de le faire participer aux décisions.

En dehors de ce diagnostic d'urgences, l'hospitalisation reste une option à présenter aux personnes, soit comme une option immédiate, soit comme une possibilité à venir si la crise se majore. Car l'évaluation du potentiel suicidaire, de l'urgence et de sa dangerosité devra se répéter dans le temps afin de ne pas manquer une aggravation de l'intensité des idées suicidaires ou la planification d'un geste suicidaire.

---

<sup>71</sup> Weishaar, M., & Beck, A. T. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir ? *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 109-123

Certains éléments peuvent favoriser une décision d'hospitalisation précoce car ils majorent grandement le risque suicidaire <sup>72</sup>:

-l'abus et/ou la dépendance de drogues, au premier rang desquelles, les sédatifs, les opiacés et l'alcool, qui favorisent par l'effet désinhibiteur le passage à l'acte.

-la présence de troubles psychiatriques décompensés, non stabilisés.

-Les pathologies somatiques sévères.

-l'isolement social, si la personne n'a plus de personne sur qui s'appuyée en dehors des professionnels.

## Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation permet de mettre la personne à l'abri d'elle-même. Encore faut-il que le risque suicidaire soit bien évalué, que la surveillance médicale et soignante puisse être suffisante et qu'une bonne relation thérapeutique puisse être instaurée. Ce n'est pas le fait en soi d'être à l'hôpital qui permet d'éviter le passage à l'acte. Malheureusement le suicide en milieu hospitalier demeure possible.

Il s'agit de parvenir à créer un climat sécurisant, rassurant dans la relation avec la personne en crise, de réduire le niveau d'anxiété très souvent présent par chimiothérapie au besoin et de manière générale de traiter toutes les comorbidités.

Ainsi il ne s'agit pas de s'en tenir à une surveillance passive mais plutôt à une bienveillance active.

Dans ce climat, il sera possible d'accompagner un travail d'introspection chez cette personne autour de ses idées de suicide et des pensées qui les sous-tendent, en parallèle de la réouverture de perspective pour l'avenir.

La place des proches est primordiale. Ils doivent être sollicités dès le début. L'équipe médicale a besoin de comprendre comment la crise suicidaire impacte l'entourage et dans quelles dynamiques elle s'inscrit. Elle doit rechercher quels appuis ils peuvent représenter pour la

---

<sup>72</sup> Simon R.I. Suicide Risk, Assessing the unpredictable. In: Simon R.I., Hales R.E. Suicide assessment et management. *American psychiatric publishing, Inc.* Washington, DC, 2006.

personne et les faire participer à la prise en charge, ce qui permet une meilleure qualité de suivi et une meilleure évolution après le séjour hospitalier.<sup>73</sup>

Il n'est pas rare que l'hospitalisation soit brève de 48h à quelques jours et puisse suffire à passer un cap, sans résoudre pleinement la crise mais permettant de poursuivre en ambulatoire. Quelle que soit la durée du séjour, il est alors impératif que le relais soit bien établi entre la prise en charge hospitalière et le retour au domicile, ce qui est parfois une difficulté en l'absence de suivi ultérieur si les délais de consultations ambulatoires sont trop longs.<sup>74</sup>

## Prise en charge ambulatoire

Une prise en charge ambulatoire peut demander beaucoup d'énergie de la part des professionnels. Le plus souvent, elle ne peut être portée que par une personne.

Une fois la crise suicidaire repérée et évaluée, il est important que la personne soit en confiance, se sente comprise. Les modalités de suivis comprenant les entretiens et/ou visites, les recours en cas d'urgences, les perspectives évolutives et les options thérapeutiques doivent être discutées et décidées avec la personne. Il est important d'être plusieurs pour diffracter l'investissement de la personne et se relayer dans cet éprouvant suivi, d'autant que personne n'est à l'abri d'un arrêt maladie... Une personne référente garante du suivi doit cependant être bien identifiée.<sup>75</sup>

Certains thérapeutes proposent un « contrat » où la personne s'engage à ne pas attenter à sa vie en regard de l'engagement de l'équipe. Ces « deals » peuvent être utiles s'ils sont utilisés dans de bonnes conditions et non pour rassurer l'équipe...<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre IV.

<sup>74</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière: ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre IV.

<sup>75</sup> Maltzberger J.T. Outpatient treatment. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

<sup>76</sup> Shea, SC. Evaluation du potentiel suicidaire. Elsevier Masson. Issy les Moulineaux, France, 2008

Le travail consiste comme en milieu hospitalier à défaire les idées sous-tendant les velléités suicidaires, à ouvrir des perspectives. Les différentes approches en psychothérapie peuvent être utilisées : interpersonnelle, cognitive, psychodynamique, etc. Des travaux ont montré leur capacité à réduire la suicidalité.<sup>77</sup>

Il faut aussi traiter toute comorbidité. Les prescriptions médicamenteuses doivent être encadrées au mieux à la fois pour éviter les mises en danger mais aussi s'assurer de la prise du traitement. Parfois le désespoir laisse penser que rien ne peut faire taire la souffrance perçue ou améliorer la situation et les personnes ne prennent en fait pas leurs anxiolytiques ou antidépresseurs. Ainsi on peut avoir recours à l'aide de l'entourage, à des visites infirmières, à une dispensation au centre/cabinet, à une coordination avec la pharmacie, etc.

Au-delà de cette question médicamenteuse, il est nécessaire d'en appeler au soutien de l'entourage. Il est impératif de travailler, avec la personne, à la participation de ses proches au suivi<sup>78</sup>. Bien sûr, ils peuvent avoir un rôle de surveillance. Mais cela ne saurait suffire, voire cela pourrait infantiliser la personne et lui donner le sentiment de ne pas être compris. Il faut donc donner des outils aux proches, ouvrir la communication autour de cette crise suicidaire, informer de ce qu'ils peuvent faire, discuter des limites de ce qu'ils se sentent de faire et du moment où ils doivent solliciter les professionnels. Il faut les intégrer à la prise en charge et les garder impliqués au fil de l'évolution de la crise, sans les épuiser. Il faut aussi rester vigilant quant à une possible ambivalence voire toxicité des proches envers cet état de crise et les idées suicidaires.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Maltzberger J.T. Outpatient treatment. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

<sup>78</sup> Weishaar, M., & Beck, A. T. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir ? *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 109-123

<sup>79</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre IV

## Chimiothérapie de la crise suicidaire

Aucun traitement médicamenteux n'a montré une efficacité à prévenir le suicide, à apaiser les idées suicidaires directement. Leur rôle reste essentiel dans le traitement des comorbidités psychiatriques mais aussi somatiques (la douleur par exemple).<sup>80</sup>

## Conclusion

Cette première partie sur le suicide, son épidémiologie, mais surtout les concepts théoriques psychologiques développés à son sujet jusqu'à la vision dynamique de crise suicidaire, nous permet maintenant d'aborder le suicide dans le contexte particulier du milieu carcéral.

---

<sup>80</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000. Chapitre IV.

# Le suicide en prison

Après ces quelques pages sur le suicide dans la population générale, nous en venons maintenant au sujet du suicide en milieu carcéral de manière plus détaillée, de l'épidémiologie à la prise en charge en passant par l'approche sociologique du sujet, ainsi que les aspects psychopathologiques et clinique de la crise suicidaire en prison.

## Epidémiologie

### Le taux de suicide en prison en France et à l'étranger

Le taux de suicide des personnes détenues est compris depuis 2006 entre 15 et 20 pour 10000 : 15,2 pour 10000 en 2007, 17 en 2008, 19,3 pour 10000 en 2009<sup>81</sup> puis il baisse à nouveau jusque 14,4 pour 10000 en 2013<sup>82</sup>. Avec une méthode de calcul un peu différente pour obtenir la moyenne de personnes détenues incarcérées dans l'année, P-V. Tournier<sup>83</sup> retrouve des taux de suicide proches chez les personnes écrouées : 17,5 pour 10000 en 2011, 18,2 en 2010, 18,4 en 2009.

Entre 1994 et 2005, ce chiffre a connu un plafond compris entre 20 et 25 pour 10000, alors qu'entre 1980 et 1992, le taux de suicide en prison était situé entre 10 et 15 pour 10000.<sup>84</sup>

Dans une mise en perspective plus lointaine encore, Duthé et al.<sup>85</sup> relèvent qu'entre 1960 et 2009 la population carcérale a doublé (62712 personnes incarcérées en 2009) quand le taux de

---

81 Duthé, G., Pan Ké Shon, J.L., Hazard, A. et Kensey, A. (2010) "Suicide en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque." Dans *Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évolution*. Journée d'étude interministérielle, 22 janvier 2010, 41-64. Collection Travaux et Documents. Ministère de la justice.

82 <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html>

83 Tournier P.V. « Les décès sous écrou », in *Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP)*, Chapitre « Réponses pénales », Editions du CNRS, 2011, 473-488.

84 Terra, Jean-Louis. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

85 Duthé, G., Pan Ké Shon, J.L., Hazard, A. et Kensey, A. (2010) "Suicide en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque." Dans *Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évolution*. Journée d'étude interministérielle, 22 janvier 2010, 41-64. Collection Travaux et Documents. Ministère de la justice.

suicide a presque quintuplé entre 4,7 pour 10000 en 1960 et 19,3 en 2009. Les auteurs soulignent que cette augmentation n'est pas retrouvée dans la population générale, notamment dans le sous-groupe des hommes âgés entre 15 et 59 ans. Elle n'est pas expliquée non plus par les variations de fréquence des tranches d'âge dans la population carcérale sur ces 50 ans.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le taux le plus bas a été de 1,4 en 1946 et le plus élevé de 26 en 1996.<sup>86</sup>

Le suicide demeure la première cause de décès en prison. En 2011, sur 249 décès de personnes sous écrous (en et hors détention, par exemple sous bracelets électroniques), 123 étaient dus à un suicide.<sup>87</sup>

En 2009, la commission Albrand fait état d'un taux de suicide 6,5 à 7 fois plus important en prison qu'en population générale en France.<sup>88</sup>

Cette comparaison à la population générale est toujours discutée. Certains biais sont effectivement à prendre en considération. En premier lieu, les modalités de détermination du caractère suicidaire du décès ne font pas appel aux mêmes procédures. Les décès en prison font systématiquement l'objet d'une enquête et d'une autopsie, ce qui n'est pas le cas en population générale (d'où l'estimation faite d'un sous-diagnostic de 20% des décès par suicides). Ainsi il est admis que le taux de suicide observé en population générale est sous-estimé, contrairement à celui en prison.

Ensuite les caractéristiques socio-démographiques diffèrent entre les deux groupes, la population carcérale regroupant notamment plus d'hommes, plus de jeunes adultes, plus de personnes avec des difficultés sociales que la population générale.

Enfin les prévalences des troubles psychiatriques ne sont pas similaires entre les deux. Dans leur rapport d'étude, Falissard et al. proposent d'extrapoler les résultats de cette enquête de prévalence auprès d'hommes incarcérés en métropole, en DOM et de femmes incarcérées, à l'ensemble de la population carcérale française. Pour l'ensemble des troubles étudiés, ils sont plus importants qu'en population générale. Par exemple, ils estiment la prévalence du syndrome

---

86 Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A. et Pan Ké Shon, J.L. (2011) L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (InVS) n°47-48 (13 dec 2011), pp 504-508

87 Tournier P.V. « Les décès sous écrou », in *Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP)*, Chapitre « Réponses pénales », Editions du CNRS, 2011, 473-488.

88 Albrand L. (jan 2009). *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice. pp 11-12.

dépressif à 38%, l'anxiété généralisée à 30,2%, l'agoraphobie et phobie sociale à 16,7 et 15,6%, l'abus/dépendance à l'alcool et à d'autres substances à 29,4 et 40% chez les personnes incarcérées depuis moins de 6 mois et les troubles psychotiques (aigus ou chroniques) à 23,1% !<sup>89</sup>

Malgré ces biais, l'évolution du taux de suicide en prison au fil des décennies et sa proportion actuelle suffisent à appuyer la nécessité d'une politique de prévention active et durable.

La nécessité d'une politique forte de prévention du suicide en milieu carcéral en France est de plus appuyée par les comparaisons de nos taux de suicides en prison avec ceux d'autres pays. Le rapport SPACE I 2011<sup>90</sup> du Conseil de l'Europe établi par l'institut de criminologie et de droit pénal de Lausanne compare les taux de suicide par pays européens. Il est retenu un taux de 15,5 pour 10000 personnes incarcérées dans les institutions pénales en 2010 en France (la modalité de calcul diffère de celle retenue habituellement en France, dans un souci de comparabilité entre pays). Nous nous retrouvons ainsi en 5<sup>ème</sup> position des taux les plus élevés sur 50 pays. La médiane est à 5,4 pour 10000.

D'autres études, plus anciennes avec d'autres approches comparatives vont dans le même sens. En 1996, en Italie, le taux de suicide en prison était de 9,35 pour 10000<sup>91</sup>. En 2010, le rapport SPACE I le situe à 8,0. En Angleterre et au Pays de Galle, le taux était de 13,3 en moyenne en 1999 et 2000<sup>92</sup> ; 6,8 en 2010 dans le rapport SPACE I. En Pologne, entre 1998 et 2000, ce taux était de 7 pour 10000<sup>93</sup>. En 2010, le rapport du Conseil de l'Europe l'estime à 4,2. En Allemagne, ce taux chez les hommes était de 15,4 pour 10000 en 2000 avec une diminution progressive à 7,43 en 2014<sup>94</sup>.

Aux États-Unis, selon les sources (années, types d'établissements pénitentiaires), dans les années 90, les taux retrouvés variaient entre 1 et 6 pour 10000<sup>95</sup>.

---

89 Falissard B., Loze J.-Y., Gasquet I., et al., 2006, Prevalence of mental disorders in French prisons for men, *BMC Psychiatry*, 6:33

90 Aebi M.F. et Delgrande N. *Rapport SPACE I 2011 du Conseil de l'Europe* par l'institut de criminologie et de droit pénal, université de Lausanne, 3 mars 2013p136

91 Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., et Polidori G. "Prison suicides in Italy in 1996-1997." *European Psychiatry*, n°. 14 (1999): 109-110.

92 Shaw J., Baker D., Hunt I., Moloney A., et Appleby L. "Suicide by prisoners." *British Journal of Psychiatry*, n°. 184 (2004): 263-267.

93 Jarosz, Maria. *Suicides*. L'Harmattan. Paris, 2005.p179

94 Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Sep-Dec;36(5-6):386-9.

95 Metzner J.L., Hayes L.M., Suicide Prevention in jails and prisons. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006. p139

Néanmoins la comparaison entre pays demeure relative de par les difficultés pour trouver des méthodes de calcul homogènes. B. Aubusson de Cabarlay résume ces débats<sup>96</sup>. Il y a tout d'abord l'existence de petits pays avec un nombre de détenus beaucoup plus faible que d'autres pays européens et un nombre de suicide trop bas pour être significatif.

Il est ensuite question de connaître le nombre exact de suicides (variations possibles dans l'enregistrement des décès, notamment pour les décès après transfert de l'établissement pénitentiaire à l'hôpital).

Mais la difficulté majeure demeure celle du choix du dénominateur. Selon les pays, varient le nombre de places en détention par rapport à la population, la durée moyenne des incarcérations. Il est difficile d'utiliser le nombre de détenus moyen incarcérés sur l'année, soit le « stock » de détenus car cette donnée n'est pas aisée à déterminer. On considère alors parfois un instant *t* de l'année comme représentatif. C'est une modalité de calcul utilisée facilement en France et pour le rapport SPACE mais plutôt critiquée car ne permettant pas d'affiner en fonction des particularités de chaque pays.

Une autre option qu'est la considération du nombre total d'entrées en détention dans l'année pose la question de la non prise en compte de la durée de leur incarcération alors que le lien entre cette durée et la survenue de suicide sont liés. De plus, comment compter une personne qui entre plusieurs fois la même année en prison ? Ce choix a été rejeté en France.

Pour l'heure, l'option permettant un calcul plus homogène avec un accès aux données requises plus simples est celle de la « file active ». Il s'agit de considérer le total de personnes ayant effectué au moins un séjour en prison dans l'année, soit les personnes présentes au début de l'année considérée + les entrées dans l'année.

Certains auteurs prônent le développement d'une méthode permettant de pondérer le dénominateur selon les durées et périodes d'incarcération et les variations du risque suicidaire qui y seraient associées.

---

96 Aubusson de Cavarlay B. (2010) « Le suicide en prison : choisir le bon indicateur ? » In *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation*. Journée d'étude internationale, 22/01/2010, Ecole nationale de la magistrature. Edité par la Direction de l'Administration Pénitentiaire. pp 27-40

## Caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide en France

Le Pr JL. Terra expose dans son rapport ministériel de 2003 les données de l'administration pénitentiaire de 2001 et 2002 sur 226 personnes détenues qui se sont suicidées sur cette période<sup>97</sup>. Ces données montraient une augmentation du taux de suicide avec l'âge hormis les moins de 18 ans qui avaient un taux plus élevé que les 18-25 ans. Les femmes avaient un taux un peu plus élevé (26,2 pour 10000) que les hommes (23,1) et les français avaient un taux plus élevé (24,0 pour 10000) que les étrangers (20,5).

Parmi les personnes décédées par suicide, les prévenus étaient surreprésentés. Chez les personnes condamnées, celles qui exécutaient une peine inférieure à 6 mois ou supérieure à 20 ans ou en réclusion criminelle à perpétuité, étaient surreprésentés aussi. Sur l'ensemble, qu'elles soient prévenues ou condamnées, les personnes incarcérées pour une infraction comprenant une atteinte à des personnes (blessures, abus sexuels, viols, meurtres,...), avaient des taux de suicide plus élevés que les autres. Le début de l'incarcération était beaucoup plus à risque avec 9 % de suicides la première semaine, 17 % le premier mois et 34 % les trois premiers mois. Une étude des suicides dans les prisons américaines<sup>98</sup> retrouvait que 23% survenaient dans les premières 24 heures, 27% entre le 2<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour et 20% entre le 1<sup>er</sup> et le 4<sup>ème</sup> mois. La comparaison reste difficile car les modalités d'accueil et d'incarcération sont très différentes mais elle permet de montrer l'importance des premières semaines voire premiers mois d'incarcération en termes de risque suicidaire.

Le Pr Terra repère certains facteurs plus présents chez les personnes décédées. Concernant leur situation affective et familiale, on retrouve plus de rupture du couple, d'isolement de la famille (éloignement géographique notamment), de perte du statut social.

Au niveau judiciaire et pénitentiaire, il relève les facteurs suivants : choc de l'incarcération, approche du jugement, condamnation, approche de la sortie, transfèrement, refus d'aménagement de peine, renouvellement de mandat de dépôt, etc.

Concernant le moment de réalisation du suicide, il y avait plus de suicides en début de semaine et moins le dimanche. Les mois les plus touchés étaient août et septembre.

---

97 Terra, Jean-Louis. Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003. pp 32-39

98 Hayes LM. *National study of jail suicide: 20 years later*. US Department of Justice, National Institute of Corrections, 2010.

Dans 80% des cas, les personnes s'étaient suicidées dans leur cellule. Parmi eux, 91 se sont suicidés alors qu'ils étaient seuls en cellule, 43 alors que leur(s) codétenu(s) étai(en)t absent(s), 32 en présence de ce(s) dernier(s). 11% des personnes décédées étaient en quartier disciplinaire.

Quatre-vingt-douze % des suicidés ont eu recours à la pendaison qui demeure dans toute étude le moyen de se tuer le plus utilisé. L'intoxication médicamenteuse volontaire concernait elle 3,5%.

Duthé et al. ont réalisé un partenariat avec l'Administration pénitentiaire et Institut national d'études démographiques pour analyser les données de 2006 à 2009 du logiciel GIDE utilisé par les établissements pénitentiaires pour renseigner sur chaque personne sous écrou, dans l'objectif de préciser les caractéristiques de la population détenue décédée par suicide. Le rendu complet des données n'est pas encore publié. Dans un article publié en 2010<sup>99</sup>, ils relevaient déjà certains résultats.

Au niveau sociodémographique, ils retrouvaient une différence à la limite du significatif entre hommes et femmes, les premiers ayant cette fois un risque de suicide plus important. Les personnes âgées entre 30 et 50 ans étaient plus à risque de se suicider. Concernant les nationalités, là aussi les étrangers seraient moins à risque.

Les personnes écrouées en maison d'arrêt et les personnes en début d'incarcération (moins de 4 mois) étaient plus à risque. Etre affecté avec au moins une autre personne en cellule semblait plus protecteur. Concernant la catégorie pénale, là aussi les prévenus étaient surreprésentés, de même que les condamnés à des peines supérieures à 5 ans. Les infractions principales à l'encontre de personne augmentaient le risque de suicide, d'autant plus que l'atteinte de la personne était grave (en cas de crime le risque de suicide serait 7 fois supérieur qu'en cas de violence volontaire).

Avoir été sanctionné pour perturbations portant atteinte à la sécurité de l'établissement ou mettant en danger autrui constituait un sur-risque de suicide, mais pas lorsqu'il y avait agression de codétenu ou violence physique envers les professionnels. Avoir séjourné au moins deux fois en quartier disciplinaire doublait le risque de suicide par rapport aux personnes n'y ayant pas du tout séjourné. Avoir tenté de ou s'être évadé représentait aussi un risque, de même que d'avoir été hospitalisé.

---

99 Duthé, G., Pan Ké Shon, J.L., Hazard, A. et Kensey, A. (2010) "Suicide en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque." Dans *Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évolution*. Journée d'étude interministérielle, 22 janvier 2010, 41-64. Collection Travaux et Documents. Ministère de la justice.

Le maintien de relations avec l'extérieur semblait protecteur puisque la visite d'au moins une personne de l'entourage réduisait les risques. Chez les condamnés, les personnes incarcérées dans une région autre que celle de leur résidence étaient plus à risque. Concernant la vie carcérale également, les personnes qui n'ont pu faire aucune dépense pour leur vie en prison, pour cantiner sont plus à risque de suicide.

## Des facteurs purement pénitentiaires ?

En complément des facteurs de risque individuels, comprenant la situation judiciaire et pénitentiaire de la personne, peut-il exister un risque issu de variables purement liées à l'institution qui accueille les personnes détenues ?

Par exemple, une étude allemande s'interroge sur le lien entre la densité de la population carcérale et le taux de suicide car les auteurs retrouvaient un rapport linéaire entre la diminution du taux de suicide et la diminution de la population carcérale<sup>100</sup>. Cependant cette période correspond aussi à la mise en place d'une politique de prévention.

A l'inverse une étude autrichienne antérieure<sup>101</sup> montrait une croissance franche du taux de suicide sur trois décennies alors que la population carcérale a été réduite de manière conséquente. Les auteurs interrogeaient finalement l'effet de l'hébergement en cellule individuelle comme possible facteur favorisant le suicide.

La surpopulation carcérale comme facteur protecteur du suicide était une des hypothèses énoncées par Forgeard et al. dans leur étude de moindre puissance de cas de suicides à la maison d'arrêt de Lyon<sup>102</sup>, qui ne permettait pas de conclure sur ce point.

Une étude sur 12 pays occidentaux<sup>103</sup> ne trouvaient pas de lien entre taux de suicide et taux d'incarcération.

---

<sup>100</sup> Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Sep-Dec;36(5-6):386-9.

<sup>101</sup> Fruehwald S, Frottier P, Ritter K, Eher R, Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody Experiences in Austria, 1967–1996. *Int J Law Psychiatry* 25 (2002) 119–128.

<sup>102</sup> Forgeard, L., Meunier F., et Lamothe P. "Suicides à la Maison d'arrêt de Lyon." *Perspectives Psy* 45, n°. 4 (2006): 389-398.

<sup>103</sup> Fazel S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 46.3 (2011): 191-195.

Il n'existe pas d'analyse du taux de suicide selon ces variations de population carcérale qui tiendrait compte d'autres variables judiciaires, les types d'infractions ou le profil des personnes incarcérées. On peut s'interroger, comme le faisaient Fruehwald et al.<sup>104</sup> : est-ce que les suicides sont plus élevés s'il y a plus de personnes avec des caractéristiques à risque (troubles psychiatriques, en particulier les conduites addictives, ou encore les auteurs de violences envers autrui) ?

## Épidémiologie des tentatives de suicide en prison

Il est encore plus complexe d'établir l'épidémiologie des tentatives de suicide car toutes ne sont pas repérées ou médicalisées. L'administration pénitentiaire enregistre toute tentative de suicide diagnostiquée, de même que les automutilations, avec une frontière entre les deux qui peut ne pas être aisée.

En 2007, on comptait 1417 tentatives de suicide et 1977 automutilations en détention et en 2008, 1699 et 2187 respectivement. Parallèlement il y avait 96 suicides en 2007 et 115 en 2008. On retrouvait une tendance à une plus forte proportion de condamnés parmi les suicidants que chez les suicidés. A cette période, ces tentatives de suicide avaient lieu pour : 73% en cellule ; 19% en quartier disciplinaire ; 1% en quartier d'isolement ; 2% au SMPR.<sup>105</sup>

Bien plus importants que les chiffres français, K. Hawton et al.<sup>106</sup> ont observé les blessures auto-infligées, comprenant tentatives de suicide et automutilations, entre janvier 2004 et décembre 2009, 6 ans, en Angleterre et au Pays de Galles. Ils ont compté un nombre croissant de 19688 gestes en 2004 à 24113 en 2009, pour la moitié chez des femmes détenues. Ils ont estimé que 5 à 6% des hommes détenus étaient concernés pour 20 à 24% des femmes. Néanmoins, surtout chez les femmes un plus petit groupe est en fait à l'origine d'une part conséquente des gestes dénombrés.

---

<sup>104</sup> Fruehwald S., Frottier P., Ritter K., Eher R., Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody Experiences in Austria, 1967–1996. *Int J Law Psychiatry* 25 (2002) 119–128.

<sup>105</sup> Albrand L. (jan 2009). *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du Ministère de la Justice. pp 27-34.

<sup>106</sup> Hawton K., Linsell L., Adeniji T., Sariaslan A., Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet* 2014; 383: 1147–54.

Ils ont relevé 109 suicides sur les 26510 personnes concernées par ces gestes sur la période. Plus de la moitié de ces suicides (53%) étaient survenus dans le mois suivant des blessures auto-infligées.

Dans le cadre de l'enquête sur la santé mentale des détenus de Duburcq et al.<sup>107</sup>, d'autres chercheurs se sont penchés sur la suicidalité des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête.<sup>108</sup> Ils retrouvent 43 personnes ayant réalisé une tentative de suicide dans le mois précédant l'interview sur les 900 personnes détenues ayant participé, soit 4,9%. L'exposé des résultats ne permet pas de savoir si les personnes étaient incarcérées au moment de cette tentative de suicide. Plus d'un quart des participants avait un antécédent de tentative de suicide. Environ 15% d'entre eux avaient un score d'idées suicidaire élevé fortement corrélé au passage à l'acte récent.

## **Approche sociologique du suicide en prison**

S'il existe nombre de travaux et d'écrits sur le milieu carcéral, le suicide n'est souvent qu'une question satellite, rarement au centre des réflexions. Il apparaît toutefois dans les travaux de certains chercheurs en sciences sociales et humaines.

### **Le suicide fataliste d'E. Durkheim**

Comme souvent lorsqu'il est question de suicide et de sociologie, il est tentant de commencer par Durkheim. Son remarquable travail d'approche du suicide comme phénomène social reste une référence dans les travaux contemporains, bien que les méthodes d'étude ne soient plus du même ordre. Le suicide en prison n'est que peu présent dans son ouvrage en tant que tel. Cependant, il est cité directement à travers deux thématiques. Tout d'abord en parlant des phénomènes d'imitation (succession de suicides dans des contextes proches) : « *ces faits [de contagion] sont facilement explicables une fois qu'on a reconnu que le penchant au suicide*

---

107 Duburcq, A, et al. *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues Rapport final – Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, janvier 2006.

108 Godet-Mardirossian H, Jehel L, Falissard B. Suicidality in male prisoners: influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *J Forensic Sci.* 2011 Jul;56(4):942-9.

*pouvait être créé par le milieu social. [...] Dans les prisons et dans les régiments, il existe un état collectif qui incline au suicide les soldats et les détenus aussi directement que peut le faire la plus violente des névroses.* »<sup>109</sup>. Ensuite il y revient à la faveur des débats sur les liens suicide-homicide. Par ce biais, il expose, via les études de l'école italienne, que les détenus seraient peu enclins au suicide et que c'est « *la détention [qui] développe une très forte inclination au suicide* » ; « *il reste un nombre considérable de suicides qui ne peuvent être attribués qu'à l'influence exercée par la vie de la prison* ». Il n'en dira pas plus si ce n'est de réaffirmer ainsi qu'il s'agit de l'influence du milieu et non d'une forme de tare individuelle. On apprend au passage que les taux de suicide en prison de l'époque étaient très faibles par rapport à nos références actuelles, si tant est que la manière de les établir alors permette une comparaison.<sup>110</sup>

Enfin, s'il n'en parle pas directement dans son travail de classification des suicides par typologie, les 3 principales étant le suicide altruiste, le suicide égoïste et le suicide anémique, il décrit aussi une forme de suicide dit fataliste : « *C'est celui qui résulte d'un excès de réglementation ; celui que commettent les sujets dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive.* » Mais il ne parle alors pas directement des détenus, considère ce type de suicide comme peu fréquent à son époque et donne plutôt en exemple des situations maritales et familiales et l'esclavage.<sup>111</sup>

## L'approche économique de N. Bourgoïn

Nicolas Bourgoïn a consacré un ouvrage à son travail d'analyse des dossiers des personnes détenues décédées par suicide et des écrits qu'elles avaient laissés dans 32,2% des cas, sur une période de 10 ans entre 1982 et 1991.<sup>112</sup>

Son approche consistait à analyser la prise de décision de se suicider à titre individuel dans une dynamique économique : la personne détenue décide de se suicider quand le suicide devient

---

109 Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, Livre 1, Chapitre IV l'Imitation, p101.

110 Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, Livre 3, Chapitre II Rapports du suicide avec les autres phénomènes sociaux, pp46-47.

111 Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection : Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, Livre 2, Chapitre V Le suicide anémique, p123.

112 Bourgoïn, Nicolas. *Le suicide en prison*. L'Harmattan. Paris, 1994.

pour elle la solution permettant une « *maximisation des bénéfiques* ». Pour l’auteur, la personne vit une situation comprenant des contraintes matérielles et abstraites. Elle est en interaction avec différents acteurs (proches, institutions, etc). Elle étudie les différentes projections possibles de son avenir, projection comprenant le suicide. Elle choisit celle qui lui permet d'obtenir le plus de satisfaction quant à ses attentes, même si cela doit être dans la mort. Néanmoins, l'auteur souligne à quel point la perception qu’a celle-ci de sa propre situation et de celles des autres est limitée. Sa réflexion est alimentée par les informations, parfois très restreintes, dont elle dispose, voire par des croyances ou convictions toutes personnelles.

A partir de ces observations des processus logiques individuels, il retrouve des formes statistiques majoritaires, c'est à dire des ensembles définis par les similitudes dans les raisonnements des personnes détenues décédées par suicide. En considérant trois variables, les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de l'incarcération et les caractéristiques du suicide, il décrit 13 classes de suicides en prison. Nous reprenons ici en tableau les résumés des descriptions de chacune de ces classes, tels que les a rédigés l’auteur.<sup>113</sup>

Tableau n°1 – Les 13 classes de suicides en prison de N. Bourgoïn

<i>Classe 1 (12,3%)</i>	<i>Population anomique, souvent récidiviste, ayant peu d'attaches sociales, marquée par une toxicomanie importante, dont le passage à l'acte était difficilement prévisible.</i>
<i>Classe 2 (5,8%)</i>	<i>Population ayant peu d'attaches à l'extérieur de la prison, incarcérée pour des délits peu graves, fragile sur le plan psychologique, pour laquelle la prison pouvait néanmoins constituer un point d'ancrage.</i>
<i>Classe 3 (8,2%)</i>	<i>Groupe présentant une pathologie mentale très lourde, parfois aggravée par une désocialisation liée à une incarcération prolongée.</i>
<i>Classe 4 (9,4%)</i>	<i>Population revendicative, généralement de couleur, pour laquelle le suicide est un défi à la justice française ou un moyen de pression vis-à-vis des autorités pénales.</i>
<i>Classe 5 (7,4%)</i>	<i>Population fragile sur le plan psychologique, incarcérées pour des délits relativement graves, ayant très peu d'attaches sociales et affectives.</i>

113 Bourgoïn, Nicolas. *Le suicide en prison*. L'Harmattan. Paris, 1994. pp218-226.

<i>Classe 6 (11,3%)</i>	<i>Détenus très jeunes, relativement bien insérés socialement, pour lesquels l'incarcération entraîne une rupture brutale et dramatique de leurs attaches professionnelles et familiales.</i>
<i>Classe 7 (6,5%)</i>	<i>Population plutôt âgée, bien insérée socialement, rarement récidiviste, mais incarcérée pour des motifs graves (atteintes contre des personnes qui sont souvent des proches). La logique du suicide est autopunitive.</i>
<i>Classe 8 (7,3%)</i>	<i>Détenus jeunes, plutôt bien insérés professionnellement mais de condition modeste, pour une bonne part immigrés de seconde génération. Le suicide semble être réactif à un échec social rendu manifeste par l'échec des stratégies de compromis avec la justice (appel, libération conditionnelle,...).</i>
<i>Classe 9 (7,1%)</i>	<i>Détenus d'âge moyen (mais plus âgé que la moyenne des détenus) qui avaient, au moment de l'écrou, de solides attaches familiales. La rupture décidée par leur conjointe consécutivement à l'infraction ou à l'incarcération entraîne un sentiment d'échec ou de jalousie impuissante à l'origine de leur acte désespéré.</i>
<i>Classe 10 (6,8%)</i>	<i>Détenus isolés, ayant très peu d'échanges avec l'extérieur, mal acceptés par la population pénale en raison notamment de leur motif d'inculpation. Le suicide peut alors constituer le seul moyen de fuite (se tuer pour ne pas être tué).</i>
<i>Classe 11 (6,4%)</i>	<i>Détenus ayant de bonnes attaches professionnelles mais incarcérés pour des motifs graves. La gravité du délit d'incarcération rend d'autant plus angoissante la situation d'attente et d'incertitude qui caractérise la période de prévention et le suicide apparaît alors comme le moyen ultime de s'en échapper. La nature anxiogène de l'attente est renforcée par la plus forte prégnance de l'inactivité forcée et de la vacuité du temps durant le week-end.</i>
<i>Classe 12 (5,8%)</i>	<i>Population relativement bien intégrée socialement. Dans ce cas, c'est l'incarcération en elle-même qui, par ses effets de déracinement et de stigmatisation sociale (honte), semble être à l'origine du choix du suicide.</i>
<i>Classe 13 (5,7%)</i>	<i>Population marquée par une pathologie mentale importante, généralement incarcérée pour des crimes contre des personnes, coutumière des conduites suicidaires et pour lesquelles ce type de passage à l'acte constitue souvent un moyen de pression sur son entourage.</i>

Avec ces 13 classes, on est loin des deux ou trois profils prédominants décrits par d'autres auteurs. N. Bourgoin soulignait d'ailleurs que la démonstration de cette hétérogénéité est un point clé de son travail.

## Pour une reconsidération de l'influence du milieu

Déterminer des profils à risque suicidaire en prison est un des points-clé de la prévention comme nous le verrons. Il s'agit à la fois de travailler sur des facteurs identifiés comme à risque, surtout ceux qui peuvent être modifiables (soins des troubles mentaux, amélioration des interactions avec l'environnement, de l'accueil en prison, etc.), mais aussi d'améliorer les capacités de repérage des personnes plus vulnérables au risque suicidaire parmi la masse des personnes incarcérées.

Des auteurs interrogent plus récemment la pertinence de cette approche comme manière d'appréhender le suicide en milieu carcéral. Il s'agit pour F. Fernandez de ne pas négliger la question du milieu carcéral lui-même, au-delà des risques individuels aux composants multifactoriels : *« S'il est incontestable que les détenus sont des acteurs, il n'est pas possible d'écarter le caractère surplombant des mécanismes de domination qui s'inscrivent dans leurs expériences quotidiennes. »*<sup>114</sup> Il sollicite ainsi une politique de prévention qui serait capable de ne pas être que centrée sur l'individu mais aussi sur l'institution et son fonctionnement. *« Il faut sans doute élargir l'analyse des conduites auto-agressives à tout un environnement à « risque suicidaire », un espace social dans lequel une variété de facteurs exogènes aux détenus agissent et interagissent pour augmenter leur vulnérabilité. Cet environnement est le produit de différents facteurs sociaux et structurels au sein desquels les facteurs politico-économiques jouent un rôle prédominant. En ce sens, la prévention du suicide en prison est inévitablement politique parce qu'elle nécessite des actions communautaires et des changements structurels, c'est-à-dire un large travail d'armature et de restructuration de l'espace social pour pallier les inégalités de santé, favoriser le bien-être, le lien social et l'accès au droit. »*<sup>115</sup>

---

114 Fernandez F., « Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison », Bulletin Amades [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2010, Consulté le 07 mai 2013.

115 Fernandez F., « Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison », Bulletin Amades [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2010, Consulté le 07 mai 2013.

Il sollicite ici ainsi un travail plus institutionnel que centré voire concentré sur l'individu, un travail qui dépasserait même la vie dans un établissement pour prendre en compte la politique de gestion et d'organisation des établissements pénitentiaires.

Pour leur travail sur la manifestation de la violence dans le milieu carcéral, les sociologues A. Chauvenet, C. Rostaing et F. Orlic, ont pu mener leurs investigations en prison auprès de détenus et de professionnels des différents services (surveillance, services médicaux, etc.). Elles intègrent à leur travail le phénomène du suicide dans le cadre général des actes auto-agressifs. De manière introductive, elles relèvent qu'en prison, « *les lieux de conflictualisation ne trouvent guère de place compte tenu du statut d'assujetti des détenus. Et c'est bien parce que la conflictualisation est impossible, sinon à la surface des relations, que la violence fait irruption.* »<sup>116</sup> Plus loin dans leur ouvrage, dans les différents mécanismes en œuvre dans l'émergence de la violence, elles mettent en avant l'obligation permanente pour les détenus de « *prendre sur soi* ». Et parfois « *le moyen le plus violent de prendre sur soi, au sens propre, consiste à retourner contre soi la violence de l'enfermement et de la condamnation qui ne peuvent plus être un objet d'échange, en s'automutilant, en tentant de se suicider ou en accomplissant effectivement le sacrifice de soi* ». <sup>117</sup>

Elles considèrent ainsi le suicide comme un retournement contre soi d'une violence en mal d'exutoire, née elle-même de l'absence d'espaces de conflictualisation dans la relation à l'institution totale qu'est la prison.

Peut-être faut-il ici s'arrêter un instant sur les principes fondamentaux de la prison, ceux repris en 1945 mais déjà affirmés depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle et que Michel Foucault expose dans *Surveiller et Punir* (1975) comme les « *sept maximes universelle de la bonne « condition pénitentiaire* » »<sup>118</sup> :

-Le « *Principe de la correction* » : il s'agit là de correction au sens de modification, de transformation de l'individu ou du moins de ses comportements.

---

116 Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. (2008). *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : Presses Universitaires de France. p25

117 Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. (2008). *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : Presses Universitaires de France. p132

118 Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. (2011) Mesnil-sur-l'Estrée, France : Editions Gallimard. pp313-315.

-Le « *Principe de la classification* » : les personnes détenues doivent être incarcérées selon la gravité de l'infraction réalisée, évaluée notamment par la durée de la peine prononcée, selon l'âge et les techniques de correction envisagées.

-Le « *Principe de la modulation des peines* » : une fois la peine prononcée, celle-ci peut évoluer dans sa forme, sa durée, ce qui doit être fait selon le déroulement cette peine et ce qu'en fait la personne concernée.

-Le « *Principe du travail comme obligation et comme droit* » : loin parfois de ce qui est réalisable en pratique actuellement, surtout en maison d'arrêt avec la surpopulation pénale, le travail devrait être une astreinte appliquée à toute personne détenue en capacité de le faire. Vu à la fois comme une activité, une source de revenus, un outil de réadaptation et réinsertion (formation à un métier, socialisation,...), le travail pénal est une pièce maîtresse de l'institution pénitentiaire, directement lié au principe de correction.

-Le « *Principe de l'éducation pénitentiaire* » : pendant du travail pénal, l'éducation dont il est question est à la fois l'instruction des personnes détenues, l'apprentissage d'un métier et l'éducation civique, sociale.

-Le « *Principe du contrôle technique de la détention* » : la prison dispose ou intègre différents dispositifs, y compris médicaux, qui bien que distincts, « *tendent tous comme elle à exercer un pouvoir de normalisation* »<sup>119</sup>. Les personnels spécialisés intervenant en détention ont, au-delà de leur fonction première, un rôle dans le contrôle des individus incarcérés pour favoriser leur bonne formation, par leur prise en charge spécifique.

-Le « *Principe des institutions annexes* » : l'emprisonnement doit s'associer avec un suivi et un accompagnement de la personne y compris à sa sortie et à la fin de sa peine jusqu'à l'accomplissement de sa réinsertion.

Le milieu pénitentiaire n'a donc pas vocation première à punir, à faire souffrir de la privation de liberté mais de corriger les comportements des délinquants. Le terme « corriger » est d'autant plus intéressant qu'il garde justement cette ambiguïté de sens entre celui de punir ou celui de rectifier, modifier.

Agir sur l'individu pour le modifier dans l'idée qu'il soit ainsi réadapté à la vie sociale, ce que M. Foucault dénonce comme une force de normalisation par rapport à un modèle social, constitue donc une volonté d'exercer une influence sur l'individu par l'expérience d'activités,

---

119 Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. (2011) Mesnil-sur-l'Estrée, France : Editions Gallimard. p359.

par les interactions avec les personnels mais aussi par la contrainte et le contrôle de ses comportements.

Exposer ces éléments a pour intérêt de montrer comment l'institution pénitentiaire en tant que milieu de vie impacte les personnes qui y sont hébergées. Elle exerce des contraintes sur les esprits, en plus des contraintes physiques sur les corps, dans le sens d'une institution totale telle qu'elle a été définie par Erving Goffman suite à ses expériences asilaires. « *On peut définir une institution totale comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. Les prisons constituent un bon exemple de ce type d'institution mais nombre de leurs traits caractéristiques se retrouvent dans les collectivités dont les membres n'ont pas contrevenu aux lois* »<sup>120</sup> (Goffman, 1968 : 41).

## **Psychopathologie du suicide en prison**

Plusieurs auteurs français se sont penchés sur le suicide en prison dans sa dimension psychodynamique. Certaines caractéristiques de la vie carcérale sont associées à l'émergence d'une crise psychologique qui pourra évoluer en crise suicidaire selon l'approche décrite dans le chapitre sur le suicide.

Les éléments de la vie carcérale qui participeraient à l'émergence d'une crise suicidaire sont rattachés à la qualité totale de l'institution pénitentiaire. Elle assujettit les personnes incarcérées, orchestrant leur quotidien, le contentement de leurs besoins primaires : manger, dormir, se laver,... Par contre, elle ne parvient pas à les protéger des manifestations de violence.

C'est pourquoi le suicide en prison peut être spécifique pour deux raisons : du fait de l'expérience psychique qui y conduit, et du fait de ses manifestations cliniques au niveau de l'individu et dans l'interaction au milieu. Nous commencerons donc par la genèse de la souffrance morale en détention.

---

<sup>120</sup> Goffman E. *Asiles : Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Editions de Minuit. 1968, p41.

## La souffrance psychologique et ses composantes

### Définition

La souffrance psychologique est une notion vaste. Elle constitue un vécu, un ressenti éminemment subjectif tant dans ce qui la déclenche que dans ses manifestations, leurs intensités et les réactions qu'elle engendre.

En psychiatrie, elle constitue souvent un élément de description des troubles mentaux qu'il s'agisse d'une souffrance ressentie par la personne ou par son entourage. Elle est alors avancée comme une conséquence du trouble mental. Mais elle peut aussi être la conséquence d'événement de vie, d'une situation personnelle, d'un contexte socio-professionnel. Elle peut prendre secondairement la forme d'un trouble mental ou être uniquement vécue hors du cadre de toute pathologie psychiatrique.<sup>121</sup> On rejoint ici le concept de santé mentale telle que le définit l'OMS, au-delà du champ psychiatrique, à partir de sa définition de la santé qui est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Il reste difficile de trouver des travaux sur la souffrance psychique en prison sans qu'il ne soit question en premier lieu de troubles mentaux ou de conduites auto-agressives. Le Dr Evry Archer a dirigé une recherche sur « l'Évaluation de la souffrance psychique liée à la détention » dont le compte-rendu final a été rendu en juin 2008<sup>122</sup>. Ce travail réalisé sur plus de 300 personnes incarcérées à 48 heures, 3 semaines et 4 mois de l'arrivée, avec un groupe contrôle en milieu libre, retrouve une souffrance psychique générale évaluée par un questionnaire développé pour l'étude significativement plus importante chez les personnes détenues qu'en milieu ouvert. Il existe toutefois un élément important à prendre en compte : les personnes sollicitées pour l'étude étaient notamment choisies pour leur désaccord avec la décision de justice d'enfermement. Le but étant en effet de valider un outil d'évaluation, ils ont choisi des personnes plus à risque de vécu de souffrance pour les comparer à un groupe contrôle et montrer que le questionnaire discriminait bien les deux groupes. L'étude permet ensuite de repérer des éléments énoncés comme à l'origine de souffrance et d'en voir l'évolution au fil des 3 temps

---

121 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, 2001.

122 Archer E. *Recherche sur "l'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention" publiée par la Mission de recherche Droit et justice. Loos (59120) : A.D.N.S.M.P.L., 2008.*

de l'étude pour les 167 sujets qui ont participé à chaque, mais encore une fois, dans cette population particulière de détenus.

## La violence en prison

Cette question de la violence est récurrente dans les écrits. L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence en ces termes :

*« La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique et du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations. »*<sup>123</sup> Dans la prison, elle peut alors revêtir différents visages.

La violence en soi tout d'abord. La perte de la liberté d'aller et venir, privation première de la peine d'enfermement, ne permet plus d'agir. Or pour une partie de la population carcérale, l'agir est un mode privilégié d'expression, ce qui a d'ailleurs pu favoriser la réalisation d'une infraction. L'agir tant comme modalité d'expression que de décharge pulsionnelle est réprimé en détention. La personne perd ainsi des possibilités de communication et de résolutions des conflits psychiques.

Associée à la violence provoquée par la perte d'autonomie d'action, vient la violence secondaire à la dépendance complète de la personne qui est soumise aux agirs de l'institution (intrusion dans l'intimité, changement de cellule, transfert,...). Elle doit en permanence attendre les ouvertures de portes, les réponses à ses demandes qui souvent doivent être écrites. Les activités qu'elle peut réaliser dans sa cellule dépendent aussi de l'approvisionnement et de l'équipement qu'elle peut obtenir. Par rapport à ses proches également, la personne devient dépendante : attendre les parloirs, les réponses aux lettres, aux appels téléphoniques, les mandats,... Cette position passive renvoie à un vécu d'impuissance qui va au-delà de la perte de liberté d'action car il existe ici une intrusion de l'espace intime et une limitation des échanges. Chantraine l'a bien perçu lors de ses recueil biographiques de détenus en maison d'arrêt : *« nos entretiens*

---

123 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.

*confirment au contraire la pression permanente qui pèse sur les détenus, menace d'exploser, et, régulièrement, explose »*<sup>124</sup>.

De plus, et paradoxalement étant donné la dimension totale de la prison et son objectif de sécurité, il s'y exerce des comportements violents et délictueux comme le racket et l'utilisation de « mules », le vol, les coups et blessures, le trafic de drogues. Plus « discrets », existent aussi les insultes, les humiliations, voire la stigmatisation et le harcèlement de certaines personnes détenues, que cela soit pour des raisons personnelles ou en raison du type d'infractions ayant conduit à l'incarcération de la personne, qu'il s'agisse d'une réalité ou d'une rumeur (surtout les affaires de mœurs).<sup>125</sup>

A ces éléments, s'ajoute la difficulté à conserver la possibilité de se projeter dans l'avenir, ce qui pourrait là aussi constituer une ressource cognitive pour supporter ce qui fait violence. « *L'incertitude du temps objectif de détention, soumis aux aléas policiers, judiciaires et pénitentiaires, mais plus généralement l'attente de la sortie et les attentes quotidiennes de la vie en détention font de l'incertitude institutionnalisée (terme de Peters, 1976) une caractéristique fondamentale de la maison d'arrêt.* » (Chantraine, 2003<sup>126</sup>). La dynamique temporelle se perd dans la répétition du quotidien. Les personnes détenues se sentent immobilisées dans un ici et maintenant. Bénézech parle « *d'une distorsion du temps, qui devient immobile et interminable* »<sup>127</sup>.

Enfin, en plus de ces éléments qui se jouent sur la scène pénitentiaire, on pourrait considérer la violence de l'arrivée en détention, violence qui se vit bien sûr dès la garde à vue. Il s'agit d'une violence du fait de l'effraction psychique brutale, de l'effet traumatique donc de la mise sous écrou. Si l'intensité du phénomène est variable, l'incarcération constitue toujours une rupture, plus ou moins soudaine, avec le quotidien à l'extérieur. D'où la notion reconnue de « *choc de*

---

<sup>124</sup> Chantraine G. Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et Société*. 2003/4 (Vol. 27), p 363-387.

<sup>125</sup> Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. (2008). *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : Presses Universitaires de France. pp209-254

<sup>126</sup> Chantraine G. Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et Société*. 2003/4 (Vol. 27), p 363-387.

<sup>127</sup> Bénézech, M. Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. *Annales Médico Psychologiques*, n°. 157 (1999): 561-567.

*l'incarcération* »<sup>128</sup>. Cette notion doit intégrer le contexte judiciaire dans son ensemble : le choc peut aussi être celui de la réalisation de l'acte répréhensible, celui de l'arrestation, de la procédure judiciaire. L'incarcération s'inscrit dans une suite d'événements. Ce choc, cette rupture a pour particularité de majorer le vécu de solitude de l'individu. Les réactions étant réduites en possibilité ainsi que nous venons de le décrire, peut survenir un vécu d'éclatement de la réalité autour de lui, voire un vécu de dépersonnalisation. La dépersonnalisation dans son sens psychiatrique mais aussi administratif, puisque « *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.* »<sup>129</sup>

Elle doit alors utiliser ses ressources internes pour s'approprier de nouveaux repères. Elle n'aura que ses ressources si l'institution ne l'aide pas à retrouver le sens de cette nouvelle réalité.

La violence dans le milieu carcéral et dans la rupture que constitue l'incarcération est un élément récurrent dans les écrits sur le suicide en prison dans le sens d'une cause particulière de souffrance psychologie et d'un lien avec la violence du passage à l'acte (sa composante hétéro-agressive). La souffrance psychique est donc une conséquence de cette violence pénitentiaire mais elle est aussi la convergence d'autres aspects particuliers de ce contexte carcéral et judiciaire.

#### D'autres composantes de la souffrance

La violence dont nous venons de parler est une composante de la souffrance psychique. D'autres facteurs d'une autre nature génèrent de la souffrance en prison : le vécu d'abandon, l'isolement, la culpabilité et la honte, les troubles mentaux,...

#### *L'abandon et l'isolement*

L'enfermement, L'isolement par rapport à l'extérieur, les délais avant d'avoir des réponses de la justice, de la pénitentiaire, des soignants, des proches, etc, les abandons effectifs (rupture,

---

128 Bénézech M. (1999). Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. *Annales Médico-Psychologiques*, n°. 157 : 561-567.

129 Zientara-Logeay, S. (1996). *Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire*. Paris : Ministère de la Justice-Sous-Direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires. p31.

rejet, décès,...) sont autant d'éléments qui favorisent l'émergence d'un sentiment d'abandon. Ce vécu est donc fréquent chez les personnes détenues et peut survenir à différents moments de la détention, particulièrement au début. L'abandon provoque angoisse et mouvement dépressif jusqu'au vécu de désespoir. L'abandon peut ainsi amorcer l'apparition de troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles psychotiques, par exemple) du fait de la souffrance et des angoisses qui l'accompagnent.

L'étude de L. Forgeard et al sur 27 décès par suicide à la maison d'arrêt de Lyon<sup>130</sup> montrait la fréquence de l'isolement des personnes décédées au moment de leur suicide. Cet isolement concernait tant les relations à l'extérieur que celles à l'intérieur des murs. L'équipe soulignait l'importance des vécus d'abandon en miroir de cet isolement et comment ils concouraient à la crise suicidaire.

Notre propre travail sur 18 cas de suicides dans 7 établissements pénitentiaires<sup>131</sup> dans lequel étaient notamment recherchés la présence de facteurs de risque suicidaires retrouvait l'isolement comme un des plus fréquents (15 célibataires, 12 étaient sans liens sociaux actuels sur les 18 personnes décédées).

#### *La culpabilité et la honte*

La culpabilité est un sentiment également pourvoyeur de crise psychique du fait des conflits internes qu'elle génère. Elle peut survenir suite à la commission de tout ou partie du délit ou du crime ou aux conséquences de la situation dans laquelle la personne se retrouve : abandon des proches, perte de ressources pour la famille, souffrance de l'entourage...

Une culpabilité est aussi adressée par l'autre (proches, société, justice, institution pénitentiaire, personnes détenues,...).

Le déni est un moyen de défense classique. La personne détenue peut aussi déplacer et inverser l'objet du conflit psychique en jeu comme victime de la réponse judiciaire avec un sentiment d'injustice envers une peine ou une détention provisoire jugée abusive par rapport à la gravité de l'infraction.

---

130 Forgeard, Louis, Frederic Meunier, et Pierre Lamothe. "Suicides à la Maison d'arrêt de Lyon." *Perspectives Psy* 45, n° 4 (2006): 389-398.

131 Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

Elle impose quoi qu'il en soit un réaménagement entre le Surmoi et le Moi de la personne. Lorsque ce conflit n'aboutit pas, apparaît le symptôme, le trouble. D'autant que cette culpabilité est souvent mobilisée à répétition : audiences et longueur des procédures judiciaires, commission d'aménagement des peines, regards des autres, réactions des proches,...

L. Le Caisne a effectué un long travail de recherche au sein de la maison centrale de Poissy de 1992 à 1994. Du discours des personnes détenues, elle retient qu'ils « *tentent d'échapper à leur culpabilité* ». Pour l'auteur, ils emploient différents mécanismes à cette fin : accusation de la société, mise en avant d'une différence intrinsèque, statut de persécutés, de victimes d'agents de différentes natures, ou encore la fatalité, le destin. Il n'est pas rare que ces mécanismes cohabitent, et que « *leurs interprétations déresponsabilisantes présentent de grandes contradictions* »<sup>132</sup>. Ainsi par moment les personnes interrogées reconnaissent l'acte pour lequel elles sont condamnées afin de l'expliquer en utilisant l'existence d'une différence intrinsèque ou encore le destin par exemple. A d'autres moments, elles dénie toute responsabilité pour se positionner comme victime. Rappelons qu'il s'agit dans ce travail de personnes condamnées à de longues peines et incarcérées depuis plusieurs années.

Ce qui transparait dans ces discours est de nature paradoxale. Elle traduit le clivage défensif qui s'opère au niveau du moi et qui permet à ce dernier de supporter le conflit psychique Moi/Surmoi : limiter le vécu de culpabilité, limiter l'agressivité contre soi-même.

Que l'instance surmoïque génère ou non de la culpabilité selon sa maturité et les modalités d'intégration des images parentales, la honte peut également survenir. Elle émerge du conflit entre le Moi et l'Idéal du moi. Il ne s'agit pas de s'accabler pour la réalisation d'un acte répréhensible ou immoral mais de ne pouvoir rester assez proche de cet idéal et de souffrir sur le plan narcissique. Là aussi, la faille narcissique peut générer des troubles, déclencher une crise psychique.

Dans le geste suicidaire, ces deux sentiments et les conflits qui les génèrent, trouvent une issue toute particulière.

---

132 Le Caisne L., *Prison Une ethnologie en centrale*. Editions Odile Jacob. Paris, 2000. p188

Pour la culpabilité, les pulsions masochistes s'accomplissent dans la réalisation du geste. L'agressivité dirigée contre soi-même atteint son paroxysme.

La honte conduit à une perte de l'estime de soi. Cette faiblesse du Moi limite les résistances envers l'idée puis l'acte suicidaire. Elle favorise les pensées telles que : « *mes proches s'en sortiront mieux sans moi* », « *je ne mérite pas de vivre* »,...

## Les pathologies psychiatriques

Cause ou origine de la souffrance psychique de la personne ou de son entourage, les pathologies psychiatriques sont également à considérer.

En 2004, l'étude épidémiologique de Duburcq et al.<sup>133</sup> a permis une évaluation approfondie de la prévalence des troubles psychiatriques en prison. Leur équipe a employé différents outils diagnostics de dépistage des troubles psychiatriques (questionnaires et évaluations cliniques) et de diagnostics de troubles spécifiques.

Chez les hommes détenus hors DOM-TOM en maison d'arrêt, « *Selon le consensus du binôme d'enquêteurs, huit détenus sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique. [...] La grande majorité des personnes atteintes cumulent plusieurs troubles (plus de 4 pour un tiers d'entre elles). Ces résultats sont aussi à interpréter avec prudence. En effet, en prison, la notion épidémiologique de trouble mental doit être relativisée, notamment en ce qui concerne les pathologies anxio-dépressives.*

*[...] Les troubles anxieux apparaissent les plus fréquents (56% des détenus en présentent au moins un), suivis des troubles thymiques (47%, [...]). 34% des détenus présentent une dépendance aux substances et/ou à l'alcool et 24% un trouble psychotique.*

*Les principales associations de troubles retrouvées dans cette population sont les suivantes : troubles thymiques et anxieux (35%), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool (21%), troubles thymiques et dépendance (20%), troubles anxieux et psychotiques (17%). »<sup>134</sup>*

---

133 Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004.

134 Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004. pp.21-22

Dans le rapport final publié en 2006, figure le tableau<sup>135</sup> « *Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine (diagnostic consensuel du binôme d'enquêteurs pondérés sur les poids actuels réels des incarcérations en maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales)* » pour n=799 repris ici dans le tableau n°2.

Tableau n°2 : Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine\* (Duburcq et al., 2006)<sup>136</sup>

<b>Troubles thymiques</b>	
Syndrome dépressif	40,3%
Dépression endogène-Mélancolie	7,5%
Etat dépressif chronique	7,4%
Manie/hypomanie	6,2%
Troubles bipolaires	4,7%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,8%
<b>Troubles anxieux</b>	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,6%
Agoraphobie	16,7%
Phobie sociale	16,3%
Névrose obsessionnelle	9,2%
Névrose traumatique	19,6%
Anxiété généralisée	32,7%

<sup>135</sup> Duburcq, Anne, et al. *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues Rapport final – Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Janvier 2006. p.19

<sup>136</sup> Duburcq, Anne, et al. *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues Rapport final – Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Janvier 2006. p.19

<b>Dépendance aux substances</b>	
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	31,2%
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	37,9%
<b>Troubles psychotiques</b>	
Troubles psychotiques (total)	21,4%
Schizophrénie	7,3%
Bouffée délirante aiguë	0,1%
Schizophrénie dysthymique	2,6%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC,...)	7,3%
Type de psychose non précisé	4,1%

\*Source pour les pondérations : « La statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé au 1er janvier 2004 - Direction de l'Administration Pénitentiaire

Dans cette même population, le questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), entretien structuré permettant de dépister un ensemble de troubles psychiatriques, a été une des deux méthodes diagnostiques utilisées dans l'étude. Cet outil est celui choisi pour notre propre étude et, notre population étant hors DOM-TOM, masculine et détenue en maison d'arrêt, il nous paraissait donc utile de donner les résultats de ce questionnaire dans cette étude chez les hommes détenus en maison d'arrêt (âge moyen de 35 ans +/-12) et au total, hors DOM-TOM<sup>137</sup>.

---

137 Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004. p19

Tableau n°3 : Prévalence des troubles psychiatriques de la population carcérale masculine métropolitaine française dépistés par le MINI questionnaire par Duburcq et al. (2006).<sup>138</sup>

	<b>Maison d'arrêt</b>	<b>Total</b>
	<b>N = 450</b>	<b>N = 799</b>
<b>Troubles de l'humeur</b>		
Trouble dépressif majeur :		
-Avec caractéristiques psychotiques	14%	12,6%
-Sans caractéristiques psychotiques	26%	24,2%
-Avec caractéristiques mélancoliques	25,3%	24,9%
-Sans caractéristiques mélancoliques	14,7%	11,9%
Dysthymie	4,4%	3,8%
Risque suicidaire	38,4%	40,3%
-Dont : Léger	36,4%	44,1%
-Moyen	8,7%	8,4%
-Elevé	54,9%	47,5%
Episode hypomaniaque	0,7%	0,5%
Episode maniaque	0,7%	0,9%
Troubles bipolaires		
-Avec caractéristiques psychotiques	1,6%	1%
-Sans caractéristiques psychotiques	-	-
Troubles bipolaires II (dépression + hypomanie)	2,9%	2,9%
<b>Troubles anxieux</b>		
Trouble panique sans agoraphobie	2%	2,1%

<sup>138</sup> Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004. p19

Trouble panique avec agoraphobie	2,7%	2,9%
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	17,3%	16,3%
Phobie sociale	12,2%	10,4%
Trouble obsessionnel compulsif	10%	8,1%
Etat de stress post-traumatique	9,8%	8,3%
<b>Dépendance/Abus d'alcool</b>		
Dépendance à l'alcool	17,3%	10,6%
Abus d'alcool	8,9%	5,8%
<b>Troubles liés à l'utilisation de substances</b>		
Dépendance à une(des) substance(s)	20,9%	15,6%
Abus de substance(s)	11,1%	8,3%
<b>Troubles psychotiques</b>		
Syndromes psychotiques	17,6%	17,9%
Schizophrénie :	16,2%	14,6%
-Type paranoïde	6,4%	6,3%
-Type catatonique	0,7%	0,5%
-Type désorganisé	0,7%	0,5%
-Type indifférencié	8,4%	7,4%
-Type résiduel	-	-
Trouble psychotique bref	0,4%	0,3%
Trouble schizophréniforme	0,2%	0,1%
Trouble schizophréniforme	1,3%	0,8%
Trouble délirant	0,4%	0,6%
Trouble psychotique non spécifié	3,3%	2,5%
<b>Anxiété généralisée</b>	<b>30,2%</b>	<b>25%</b>

L'étude a également permis de recueillir le statut pénal, judiciaire, des données sociodémographiques, les antécédents ainsi que les événements traumatiques infantiles.

Ces données épidémiologiques sont à considérer par rapport à la prévalence de ces troubles en population générale et autant que possible en population de profil sociodémographique équivalent.

L'étude SMPG (Santé Mentale en Population Générale) a été réalisée sur un échantillon de la population française composé de 36000 personnes afin d'évaluer la prévalence des troubles mentaux en France et selon des critères socio-professionnels. Dans son article sur les conséquences de ces troubles mentaux sur l'activité professionnelle, C. Cohidon utilise les résultats au questionnaire MINI employé aussi dans cette étude comme outil de dépistage diagnostique, en les indiquant par sexe, tranche d'âge et selon la situation professionnelle.<sup>139</sup> Ainsi nous pouvons observer les résultats pour des hommes âgés entre 18 et 50 ans pour se rapprocher de la population carcérale en maison d'arrêt de l'étude précédente dans le tableau n°4.

---

139 Cohidon, C. *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »*. INVS, Août 2007 (téléchargeable sur [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence\\_sante\\_mentale/prevalence\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf))

Tableau n°4 : Prévalence des troubles psychiatriques dépistés par le questionnaire MINI chez les hommes français âgés de 18 à 50 ans (Cohidon, 2007)<sup>140</sup>

<b>Prévalence chez les hommes âgés de 18 à 50 ans (N = 11729)</b>	
<b>Troubles de l'humeur</b>	
Episode dépressif récent	9.7%
Episode dépressif récurrent	5.0%
Dysthymie	1.9%
Episode maniaque vie entière	2.5%
Au moins un trouble de l'humeur	12.5%
<b>Troubles anxieux</b>	
Anxiété généralisée	12.5%
Troubles panique	3.7%
Agoraphobie	1.5%
Phobie sociale	3.9%
Stress Post-Traumatique	0.8%
Au moins un trouble anxieux	20.3%
<b>Conduites addictives</b>	
Alcool	8.9%
Drogue	6.7%

Si la comparaison directe entre les tableaux 3 et 4 n'est pas toujours aisée, certaines différences sont rapidement repérables comme l'anxiété généralisée dont la prévalence est de 12.5% pour les hommes âgés de 18 à 50 ans contre 30.2% pour les hommes détenus en maison d'arrêt ; le

<sup>140</sup> Cohidon, C. *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »*. INVS, Août 2007 (téléchargeable sur [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence\\_sante\\_mentale/prevalence\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf))

stress post-traumatique dont la prévalence est de 0.8% pour les hommes âgés de 18 à 50 ans contre 9.8% pour les hommes détenus en maison d'arrêt ; les conduites addictives dont la prévalence est de 8.9% pour l'alcool et 6.7% pour les autres drogues pour les hommes âgés de 18 à 50 ans contre respectivement 26,2% (17.3+8.9) et 32% (20.9+11.1) pour les hommes détenus en maison d'arrêt.

Rappelons que, ainsi que nous l'avons vu pour le suicide en population générale, des études ont montré le lien entre troubles psychiatriques et conduites suicidaires chez les personnes incarcérées<sup>141 142</sup>.

L'ensemble des éléments abordés dans ce chapitre sur la souffrance psychologique des personnes détenues met en exergue la présence de particularités propres à ce milieu, à ce qu'il est et ce qu'il représente. Etant donné les liens entre souffrance psychique et suicide, nous avons ainsi des arguments pour penser qu'il existe bien une clinique particulière du suicide en prison, qu'il s'agisse de ses mécanismes ou de son expression clinique.

## **Les formes cliniques de crises suicidaires**

En réalisant une étude sur 18 cas de suicide en prison dans 7 établissements différents qui comprenaient des interviews de professionnels de différents services de la prison sur ces suicides et sur la prévention<sup>143</sup>, nous avons distingué différentes formes cliniques de crises suicidaires qui, si elles sont décrites par ailleurs, seraient particulièrement représentées en prison.

---

<sup>141</sup> Way BB., Miraglia R., Sawyer DA., Beer R. & Eddy J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International journal of law and psychiatry*, 28(3), 207-221.

<sup>142</sup> Baillargeon J., Penn JV., Thomas CR., Temple JR., Baillargeon G. & Murray O J. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 37(2), (2009): 188-193.

<sup>143</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

## Crise suicidaire « dépressive »

Il s'agit de l'émergence d'idées suicidaires au décours d'un mouvement dépressif plus ou moins prononcé, sans qu'il y ait nécessairement un épisode dépressif majeur constitué.

D'un point de vue psychanalytique, le mouvement dépressif répond à une expérience de perte, réelle ou ressentie. L'investissement pulsionnel envers l'objet perdu, quel qu'il soit, ne parvient à se déplacer sur un autre et se réfugie dans le moi. Ces pertes peuvent être de nature variée en prison : isolement, abandon, violence, éloignement de l'Idéal du moi, ... La spécificité de la prison est l'intensité et la multiplicité de ces expériences de perte qui sont obligatoirement vécues, que cela soit en lien avec les faits, avec le processus judiciaire, avec la mise en détention, avec la vie en détention, dans les relations aux proches, aux professionnels, aux autres personnes détenues, etc.

*« Les causes déclenchantes de la mélancolie [...] englobent toutes les situations où l'on subit un préjudice, une humiliation, une déception, situations qui peuvent introduire dans la relation une opposition d'amour et de haine ou renforcer une ambivalence déjà présente. »* Pour Freud, l'existence ou l'émergence d'un conflit ambivalentiel dans la perte d'objet associée à « *une régression à partir du choix d'objet narcissique jusqu'au narcissisme* », libère alors la haine envers l'objet sur le moi.<sup>144</sup>

*« Si l'amour pour l'objet, qui ne peut pas être abandonné tandis que l'objet lui-même est abandonné, s'est réfugié dans l'identification narcissique, la haine entre en action sur cet objet substitutif [retournement contre la personne propre] en l'injuriant, en le rabaisant, en le faisant souffrir et en prenant à cette souffrance une satisfaction sadique. »*<sup>145</sup>

Alors, le cheminement vers le suicide est permis car le moi est traité comme un objet, victime de l'hostilité destructrice des pulsions sadiques.

Cliniquement ce mouvement dépressif comprend : un profond repli (absence de sortie de cellule), une absence de soins primaires, un refus d'activités, un évitement des échanges, des expressions faciales de tristesse et/ou douleur, aboulie. A l'extrême, cette clinique est aisée à

---

144 Freud, S. (1915) "Deuil et mélancolie." In *Métapsychologie*, 145-171. folio essais. (2006). La Flèche (Sarthe), France : Gallimard. p158-159.

145 idem

repérer même pour des professionnels non médicaux comme le personnel de surveillance en détention.

Mais il suffit que les signes ne soient pas aussi francs pour que ce repérage soit rendu plus complexe. En effet, la personne aura tendance à éviter les échanges et peut sembler juste préférer la solitude aux contacts potentiellement désagréables, voire violents, avec les autres, sans pour autant laisser percevoir l'ampleur de ses pensées dépressives.

De même une manifestation plus anxieuse de la dépression peut conduire à une agitation, une irritabilité importante. A priori, cette personne sera sûrement repérée comme ayant un problème mais l'aspect dépressif et suicidaire pourrait ne pas être compris...

Une difficulté importante pour la prise en charge de ces crises au niveau des professionnels provient de la question identificatoire. Au cours de nos précédents travaux<sup>146</sup>, nous avons plus particulièrement repéré deux types d'identifications pouvant coexister.

Tout d'abord, à un niveau souvent conscient, il s'agit d'une empathie pour la souffrance ressentie par la personne du fait de sa situation d'incarcération et de perte de liberté d'une part et du fait des représentations de ce que peuvent être ses vécus de culpabilité d'autre part. Le risque, pour des personnes incarcérées pour de longues peines, est que le professionnel ne soit plus capable de projeter la personne détenue dans un avenir quel qu'il soit, d'entrevoir quelque chose de vivant dans ses perspectives. Une telle situation serait dangereuse pour la prise en charge d'une crise suicidaire car la personne elle-même est le plus souvent dans une absence de perspectives hormis le suicide. Si les professionnels qui l'entourent partagent ce vécu, le risque suicidaire est majoré. Sorel, Védrette et Weber avaient bien explicité ce risque chez les soignants s'occupant de personnes suicidaires : « *Parfois même, lorsque des soignants s'imaginent dans une impasse thérapeutique, il peut leur arriver de penser que la mort de leur patient est inévitable, sinon la meilleure solution pour lui ; une telle attitude peut mettre réellement en péril les sujets en recherche d'appuis* »<sup>147</sup>.

Cela ne concerne pas que des soignants bien sûr mais aussi les professionnels de la détention. Car, comme le souligne Combessie<sup>148</sup>, il existe deux sous-cultures chez les surveillants

---

146 Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010 pp120-123

147 Sorel, P., Védrette, J., et Weber, D. (2003). *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon. p110

148 Combessie P. *Sociologie de la prison*. La Découverte, collection Repères. Paris, 2001. p79

concernant leur relation aux personnes détenues et l'image qu'ils en ont. Contrairement à l'idée commune, la sous-culture majoritaire est « *une approche des détenus plutôt sympathique – au sens étymologique du terme : qui partage la souffrance* » alors qu'une sous-culture minoritaire « *développe une forme d'hostilité à leur égard* ». Cependant ceux de la sous-culture majoritaire se pense isolés et ceux de la sous-culture minoritaire se pense majoritaire et tendent à s'exprimer plus ouvertement, haut et fort, et publiquement. Cette ignorance serait due aux difficultés de communication directe au sein des établissements pénitentiaires. Ainsi le discours audible est différent du discours intérieur et les processus d'identification dont nous parlions sont bien à l'œuvre.

Un autre processus identificatoire est possible, cette fois plutôt « contre-identificatoire », bien décrit par Legendre : « *A chaque crime, à chaque meurtre, nous sommes touchés au plus intime, au plus secret, au plus obscur de nous-mêmes : un bref instant, nous savons que nous pourrions être celui-là, le naufragé, un meurtrier.* »<sup>149</sup> En réaction à cette constatation, il s'agit alors de ne pas laisser ce vécu perdurer plus que ce bref instant. Pour se protéger et mettre à distance le criminel, le monstre en nous, il devient alors nécessaire de différencier de nous-même cette personne, cet agresseur, ce délinquant qui, lui, a mis en acte l'interdit fondamental. Cette contre-identification sera d'autant plus forte que le crime est perçu comme grave, non pas au regard de la loi, mais au regard des coutumes, de l'atteinte aux personnes et de la nature des personnes victimes. Notamment les actes transgressant les interdits fondamentaux ou s'y rapportant : meurtre, inceste et cannibalisme. Il existe un mouvement de rejet, de condamnation à l'exclusion du groupe social.

Mais plus que l'identification à l'instance surmoïque et donc à l'agressivité de cette dernière sur le moi de la personne détenue, il nous semble qu'il existe une mobilisation de la violence fondamentale décrite par Bergeret<sup>150</sup>. Cette violence fondamentale naît des enjeux archaïques, la survie exclusive du moi ou de l'autre (alors parental), une violence antérieure à l'émergence libidinale, à la triangulation œdipienne, à la signification des interdits, à l'agressivité. La mobilisation de cette violence fondamentale demeure inconsciente mais sous-tend des pensées conscientes.

Alors que les éléments décrits précédemment mènent à des pensées sur l'impossible vie à poursuivre après un tel acte, sur l'absence d'intérêt à vivre ainsi enfermé. Ce processus de

---

149 Legendre, P. (1996). La fabrique de l'homme occidental. (2000) Espagne: mille et une nuits. p34

150 Bergeret J. (1984). La violence fondamentale. (2000). Paris : Dunod.

contre-identification et de mobilisation de la violence fondamentale sous-tendraient plutôt des pensées violentes chez les professionnels : celles d'un enfermement définitif, d'un châtement, voire d'une mort, mérités, celles d'un rejet du délinquant au sens d'une annihilation du groupe, de la société. Ces idées peuvent être d'autant plus fortes si la personne détenue ne semble pas se vivre comme monstrueuse, ne semble pas repentante.

Ce processus n'est probablement pas systématique, pourrait varier dans son intensité. Il serait limité voire neutralisé si les caractéristiques de l'auteur, de sa situation permettent un minimum de compréhension de l'acte commis, sans risque identificatoire trop massif.

Dans le premier type de mécanisme d'identification, le processus s'appuie sur une identification au moi de la personne détenue supposée accablée par l'instance surmoïque et par le principe de réalité de la détention et ses violences. Dans le deuxième, il s'appuie sur une identification à l'instance surmoïque elle-même. Ces deux processus peuvent coexister et créer de l'ambivalence dans la relation à la personne détenue entre empathie et rejet et dans le rapport au suicide entre volonté de soutien et fatalisme.

Ainsi alors que la prévention du suicide motive les équipes, notre étude précédente<sup>151</sup> retrouvait chez les professionnels une répétition de l'assertion suivante : « *on ne peut pas aider quelqu'un de vraiment décidé* ».

Ces crises de nature dépressive mettent en difficultés les professionnels pénitentiaires et médicaux pour la prévention du suicide à deux niveaux :

- en terme de repérage du fait de la clinique dans un milieu où le repli et la solitude sont imposés,
- en terme de prise en charge du fait des processus identificatoires.

## Crise suicidaire « immature, relationnelle »

Si la crise suicidaire dépressive paraît assez évidente intuitivement, elle n'est pas la seule forme de crise suicidaire en générale et en prison en particulier. Il s'agit cette fois d'écrire sur le passage à l'acte suicidaire inscrit dans l'instant et dans la relation. Il n'est pas rare d'ailleurs que

---

151 Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

ce geste soit qualifié de chantage ou de menace, quand la crise suicidaire dépressive garde ses lettres de noblesse et serait, elle, qualifiée de vraie crise.

Effectivement il ne s'agit pas d'une crise qui évolue progressivement vers une crise suicidaire avant d'évoluer vers le geste suicidaire. Quand, de la crise suicidaire dépressive, émerge une perte de la continuité temporelle puisque l'avenir n'est plus envisageable, ces crises-là concernent des personnes déjà désinscrites de la continuité temporelle. La répétition du quotidien en prison crée un immobilisme temporel voire un vécu d'immuabilité de la réalité, laissant les personnes détenues avec un vécu d'impuissance et donc une absence de contrôle. Dans cette absence de continuité temporelle, leurs ressentis, leurs réactions répondent à l'instant présent.

L'attente, la frustration, les changements inopinés, toujours soudains, laissent l'excitation pulsionnelle sans exutoire. Sans résolution, les conflits psychiques perdurent, ne pouvant s'élaborer. Une issue possible est de jouer ces conflits dans la relation avec les professionnels et l'institution qu'ils représentent. Est alors recherchée une emprise sur l'autre, une reprise de contrôle par la force du geste suicidaire ou de la menace de geste suicidaire.

Ces personnes interpellent leur environnement de manière impulsive, souvent bruyamment, et les gestes ou menaces suicidaires sont répétés car les situations les déclenchant se reproduisent ou perdurent quand la problématique les sous-tendant n'est pas traitée.

D'un point de vue plus phénoménologique, pris dans le mouvement dépressif, la réalité semble s'obscurcir. Elle devient distante de la personne qui ne la perçoit plus que comme un bruit de fond, étant elle-même égocentrée sur ses mouvements internes. En se suicidant, la personne se réinscrit violemment dans une réalité perdue.

Dans les crises explosives, itératives, que nous décrivons là, cette réalité est plutôt éclatée, morcelée. Prise d'angoisse paroxystique, la personne cherche un point d'ancrage. Comme nous l'exposons, il existe alors une recherche désespérée de contrôle, d'emprise sur des morceaux de cette réalité. A l'extrême, la mort par suicide intervient comme une reprise de contrôle.

Ces crises peuvent s'installer très brutalement ou plus progressivement mais plutôt par palier. Elles peuvent aussi s'apaiser très vite. Mais la problématique générant la crise demeure et celle-ci s'enclenche de nouveau à l'arrivée d'une nouvelle frustration, d'une nouvelle contrainte.

Les mécanismes de défense qui se déploient sont ceux de personnalités présentant une fragilité narcissique majeure, d'où l'utilisation du terme « immature » pour les définir. Il s'agit des personnalités dites limites, psychopathiques ou narcissiques, celles pour lesquelles Bergeret parlait d'astructuration. Il en évoque les possibles décompensations dans son ouvrage *La personnalité normale et pathologique*, notamment lorsqu'un « traumatisme réveille par son vécu intime une ancienne frustration narcissique prédépressive correspondant au premier traumatisme désorganisateur dit « précoce » et soigneusement évité jusque-là. *Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle, et devant cette situation réactivant le premier traumatisme, l'aménagement provisoire et imparfait du moi se trouve bouleversé de fond en comble ; les défenses assez peu spécifiques employées jusque-là deviennent totalement impuissantes et l'angoisse s'écoule ainsi maintenant librement sur le registre conscient, liées à des représentations anxiogènes les plus diverses. [...] A partir de ce moment-là, il n'existe plus aucun aménagement médian possible : il faut trouver au plus vite un système défensif plus efficace, sinon le sujet sera conduit à la mort* ». <sup>152</sup>

Les traumatismes auxquels il est fait référence ici peuvent être nombreux dans le contexte de l'incarcération ou au fil de celle-ci.

Le geste suicidaire est le moyen de soulager cette angoisse paroxystique insupportable, d'autant plus efficace qu'il conduit soit à un règlement définitif de la question, soit à un soulagement plus ou moins prolongé par une reprise de contrôle, d'emprise sur autrui, sur la réalité.

Dans la crise dépressive, le suicide est plus une fin en soi. Ici, le sacrifice partiel ou total du corps est un moyen, le support d'une forme de message à autrui, la dernière action que la personne parvient à mettre en œuvre.

Ces deux types de crises sont différenciées dans notre exposé. Cependant le processus dépressif peut tout autant exister chez ces personnalités fragiles sur le plan narcissique. Plus particulièrement lorsque l'acte suicidaire non abouti, l'acte comme menace, comme objet d'échange avec autrui, devient inefficace. Racamier utilisait le terme de suicidose comme nous l'avons décrit dans la première partie, concept qui nous intéresse particulièrement ici : « *une configuration psychopathologiquement cohérente, mais qui n'est pas à proprement parler une maladie ; dotée d'un potentiel suicidaire élevé et électif, mais non mélancolique ; pleine de*

---

152 Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. (1996). Paris : Dunod. p155

*théâtralisme, mais non hystérique.* » Il s'agit d'un « *recours répétitif à la tentative de suicide* » qui « *résulte de l'intolérance au deuil et de la sidération de l'activité fantasmatique.* »<sup>153</sup>

Et Racamier de préciser à la suite que « *c'est précisément au moment où des patients qui se sont adonnés à la suicidose y renoncent qu'ils risquent d'être confrontés au sentiment dépressif, et de ne point le supporter [...] qu'ils risquent le plus de se tuer.* »<sup>154</sup>

S'il serait difficile de déterminer là si toutes ces crises suicidaires avec une récurrence de la menace ou du geste suicidaire correspondent à cette définition, elles ont tout de même des éléments communs, notamment le fait qu'en cas d'inefficacité de la tentative à permettre le soulagement de l'angoisse et/ou l'obtention d'une emprise sur autrui, le danger est alors la réalisation d'un acte abouti.

C'est ainsi que nous avons souhaité utiliser ce terme de « relationnelles » dans la qualification de ces crises. L'idéation suicidaire est une menace immédiate de passage à l'acte qui se positionne dans la relation aux autres.

Ces gestes font d'ailleurs vivre une violence certaine à l'entourage, et en prison, aux professionnels en premier lieu. Ils appellent à une réponse urgente, une réaction qu'il serait nécessaire d'avoir au plus vite. Si la violence est trop forte de manière aiguë ou à force de répétition, elle crée une usure voire un rejet défensif. L'absence de réponse à cette sollicitation brutale et violente peut devenir la modalité de réaction. Au pire, l'angoisse générée, le vécu de manipulation, le sentiment d'être dépossédé de sa place de sujet (d'être objectalisé) font naître de l'agressivité. « *T'as qu'à le faire, on sera tranquille* » est un exemple terrible de ce qu'on peut, à bout ou exaspéré, répondre.

Les équipes médicales sont parfois en difficulté pour prendre en charge ces crises, à la fois pour ne pas être débordées par les mouvements défensifs et pour trouver les bons leviers pour la prise en charge. Les professionnels pénitentiaires sont encore moins préparés. Ils manquent d'outil pour se protéger et pour aider la personne.

Le travail permettant de redonner à la personne une position de sujet et de lui ouvrir un espace d'actions possibles autre que son propre corps n'est pas aisé. Surtout lorsque la demande exprimée par la personne ne peut avoir de réponse positive (libération, permission,...). Cette

---

153 Racamier, P-C. (1992) *Le génie des origines*. Paris : Payot et Rivages. p85

154 Racamier, P-C. (1992) *Le génie des origines*. Paris : Payot et Rivages. p87

demande n'est pas la cause de la crise suicidaire et impose de ne pas rester engagés dans cette seule sollicitation et d'en entendre autre chose. Avec certaines personnes d'ailleurs, un travail d'élaboration est possible pour leur faire accéder aux mécanismes psychodynamiques en jeu.

Dans ces situations, les mesures préventives de surveillance, de changement de cellule, de mise en pyjama papier, peuvent persécuter. Elles imposent des contraintes qui font écho au sentiment d'impuissance et de frustration et aggravent l'anxiété et les pensées suicidaires.

Ainsi, les mesures visant à limiter le passage à l'acte, dès lors qu'elles restreignent les possibilités d'actions par rapport au reste de la population carcérale (c'est la différence entre éliminer les potences des télévisions des cellules et mettre quelqu'un en pyjama dans une cellule vidée), requièrent de prendre le temps de peser leur indication.

## Autres formes cliniques

Nous manquons de travaux pour préciser la place des deux formes cliniques de crises suicidaires et de suicides que nous venons de présenter. Il est déjà difficile de s'accorder sur les formes cliniques de suicide en population générale selon les concepts théoriques utilisés et selon les disciplines (psychologiques, psychiatriques, sociologiques, philosophiques,...). Nous sommes loin de disposer de travaux et d'essais à volonté nosographique sur le suicide en détention.

Le Pr Moron caractérise le processus suicidaire au travers de différentes composantes : le processus défensif (réaction de défense face à une situation, un état), le processus punitif (culpabilité, conduite expiatoire), le processus agressif (identification à l'objet et retournement de l'agressivité sur soi), le processus oblatif (démarche sacrificielle), le processus ludique (jeu avec la mort), l'instinct de mort (pulsion de mort).<sup>155</sup>

Si certains de ces processus apparaissent clairement dans les deux formes décrites ci-dessus (défensif, punitif, agressif), cela est moins franc pour les autres. L'instinct, la pulsion de mort nous paraisse être présent dans toute idéation ou acte suicidaire. L'aspect oblatif, le sacrifice de soi pour le bien des autres existe aussi en prison. Il tendra plutôt à s'associer au mouvement dépressif car il signifie surtout dans ce contexte carcéral que la personne estime que sa mort sera plus bénéfique à ses proches que sa vie pour des raisons de honte de ses actes et de sa

---

155 Moron, P. (2006). *Le suicide*. Paris : PUF.

situation, pour ne pas retenir à lui en prison ses proches et qu'ils poursuivent leurs vies, pour ne pas leur faire vivre des années de procès, pour des raisons financières, etc. Néanmoins ces pensées conscientes peuvent aussi n'être que la traduction de la culpabilité et de la honte de la personne et de son angoisse de la confronter aux regards de ses proches ou la tentative de recouvrer une image positive héroïque et éternelle dans cette idée du sacrifice.

L'aspect « ludique » au sens de l'ordalie n'est pas étranger à la prison non plus. Comme dans les formes immatures et relationnelles, il n'y a pas d'élaboration des conflits psychiques, pas de mouvement dépressif. Mais plutôt que d'agir son impuissance en cherchant une emprise sur l'autre, sur l'institution par la mise en jeu de sa propre vie, ici c'est un dieu, une instance supérieure, surhumaine, qui est convoquée. La personne interroge la légitimité de sa place sur terre, dans le groupe des hommes, mais aussi sa valeur, le mérite qu'il a ou pas à continuer de vivre. Il se met alors en danger de mort attendant que cette force supérieure lui permette ou pas de survivre à son geste en réponse à cette problématique. C'est aussi une manière de rejeter, voire de dénier, le jugement des pairs.

La survie à sa propre tentative de suicide restaure narcissiquement la personne. Du moins pour un temps, jusqu'à la prochaine blessure... Un sentiment de toute puissance pour avoir regardé la mort mais être toujours vivant est présent, s'inscrivant dans une forme d'auto-érotisme. Plus il sera « savoureux », plus la personne risque de recourir à cette réaction face aux nouvelles atteintes narcissiques.

Cette forme clinique n'est pas aisée à appréhender car la personne peut ne pas être capable de verbaliser ces mouvements, ces vécus et le sens du geste est moins accessible. Il génère alors une certaine incompréhension chez les professionnels. Une fois repérée, il est de plus difficile à faire évoluer car la personne est dans une position d'exclusion des pairs donc des professionnels. La relation thérapeutique peut être complexe à créer au sens d'instaurer des éléments transférentiels. Et la mise en danger risque de se répéter. Double difficulté donc pour les professionnels entre repérage de la dynamique suicidaire et travail thérapeutique.

# Principes de la prise en charge des suicidaires et suicidants dans le milieu carcéral

Une fois la crise suicidaire repérée, quelle prise en charge peut être proposée en milieu pénitentiaire ?

## Les moyens disponibles

La commission pluridisciplinaire unique

Depuis 2010, il existe des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) présidées par le chef d'établissement, composée des représentants des différents services pénitentiaires, ainsi que du travail, de la formation professionnelle et de l'enseignement. Comme d'autres professionnels extérieurs à la pénitenciaire, les représentants des services médicaux peuvent être conviés.

La commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine. C'est au cours de cette réunion que peut être discutée la mise en place d'un suivi spécifique pour risque suicidaire pour une personne incarcérée. En cas d'urgence bien sûr, cette prise en charge peut être enclenchée sans attendre.

Ce partage d'informations n'est pas évident car le secret médical s'applique bien sûr aux personnes détenues de la même manière qu'en milieu ouvert. Les idées suicidaires ne font pas partie des raisons de sécurité qui peuvent lever le secret médical et qui consiste essentiellement en la présence d'un risque sérieux pour la sécurité des personnes.<sup>156</sup> Par contre si une hospitalisation est nécessaire, cela nécessite de l'organiser avec l'administration pénitenciaire qui sera informée plus ou moins partiellement de la situation.

Le secret médical reste la règle. Aussi la circulaire interministérielle du 21 juin 2012<sup>157</sup> stipule bien que « *le cahier électronique de liaison (CEL) est mis en place par l'Administration pénitenciaire. Les professionnels de santé ne doivent en aucune façon y porter des éléments d'information couverts par le secret médical.* ».

---

<sup>156</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. pp68-69

<sup>157</sup> Circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012

Il est aussi prévu que les personnes participant à la CPU soient soumises à discrétion concernant les informations partagées en CPU.<sup>158</sup>

Dans la pratique, l'idéal est d'établir une relation de confiance suffisamment solide avec la personne suicidaire pour obtenir son aval à un partage d'informations avec les autres intervenants du service et des autres services de la prison et permettre ainsi de coordonner les équipes pour une prise en charge globale.

La CPU est un outil. Ce n'est pas la seule voie de communication entre professionnels prenant la personne en charge. Cette communication doit être activement recherchée entre les services concernés<sup>159</sup>, dans les limites du secret professionnel.

La « surveillance spéciale »

En cas de risque suicidaire, il est recommandé de surveiller la personne pour éviter le passage à l'acte. La pendaison qui est le moyen le plus utilisé, cause des dommages cérébraux au bout de 3 minutes et tue une personne en 5 à 7 minutes à peine<sup>160</sup>. L'OMS recommande une surveillance continue, et si le risque n'est pas massif toutes les 10 à 15 minutes.<sup>161</sup>

En pratique en France, il n'existe pas de dispositif permettant une surveillance de ce type. La mise sous surveillance spéciale consiste à faire de la personne suicidaire l'objet d'un nombre augmenté de rondes afin de s'assurer de son état clinique. Dans les 7 établissements visités pour notre étude, le rythme variait de 30 min à 2h.<sup>162</sup>

Cette surveillance n'est pas simple à appliquer. Elles sont limitées par les moyens humains dont dispose l'établissement pénitentiaire. Plusieurs personnes peuvent être sous surveillance spéciale, des événements peuvent survenir par ailleurs, etc. Côté personnes détenues, elles peuvent en subir les effets négatifs : vécu d'intrusion, mais surtout troubles du sommeil si la

---

<sup>158</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p27

<sup>159</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. "Preventing suicide in prisons, Part I." *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121

<sup>160</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121.

<sup>161</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire. Genève, 2002

<sup>162</sup> Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010, p135.

surveillance implique d'ouvrir la cellule par exemple. Cela peut même amener des conflits avec le/les éventuels codétenus...

Il est important que ces passages réguliers soient l'occasion d'échanges et non pas juste une constatation clinique, pour entretenir le maintien d'une relation voire d'une alliance. La mise en surveillance spéciale, le repérage du risque suicidaire d'une personne doit permettre que tout professionnel concerné travaille à ouvrir un espace de communication avec la personne en crise.<sup>163</sup> Il faut lutter contre son isolement, son repli sur elle-même. Il faut être à l'écoute, qu'elle se sente comprise, reconnue, même si toutes ses demandes exprimées ne peuvent obtenir de réponses.

La personne suicidaire doit rester au centre de la prise en charge.

### Le doublement en cellule

Comme pour une personne suicidaire en population générale, on évite de laisser seule une personne suicidaire. Toutes les recommandations appellent à ce qu'un détenu suicidaire soit installé en cellule à plusieurs, et si possible avec des personnes qui sauront être bienveillantes, voire étayantes.<sup>164</sup>

En France, plusieurs établissements expérimentent le dispositif de « codétenus de soutien ». Il s'agit de personnes détenues volontaires, semblant présenter les qualités requises, que l'on forme sur la crise suicidaire et le rôle de soutien. Elles sont ensuite sollicitées si une personne est suicidaire, éventuellement pour être en cellule avec elle, et elles sont supervisées.

### Les dispositifs pénitentiaires d'urgence

Les établissements pénitentiaires disposent de deux dispositifs pour sécuriser une personne à haut risque suicidaire :

- Dotation de protection d'urgences (DPU)

Elle est constituée de deux couvertures indéchirables et résistantes au feu et de vêtements déchirables à usage unique (tenue, gants et serviette de toilette).

---

<sup>163</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. "Preventing suicide in prisons, Part I." *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121

<sup>164</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire. Genève, 2002

Elle est utilisée pour les personnes placées en cellule de protection d'urgence mais aussi pour celles affectées en cellule des quartiers arrivants, disciplinaires ou d'isolement, et dans tous les cas où la personne est seule en cellule.

- Cellule de protection d'urgences (CproU)

Cette cellule configurée pour limiter les risques de pendaison (cellule lisse) est destinée à accueillir les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire, du fait d'un risque suicidaire important lors d'une crise aiguë.

Le placement en CproU est limité à 24 heures. Une DPU est systématiquement remise.

Dans les deux cas, c'est le chef d'établissement qui prend la décision de mettre en place le dispositif, de le maintenir ou le lever, et le service médical, ou le centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes présentés par la personne et qui ont provoqué la mise en place de la protection d'urgence, afin que toutes les mesures sanitaires requises soient prises.

## Les soins psychiatriques

### *Organisation des soins en prison*<sup>165</sup>

Les équipes médicales prodiguant les soins aux personnes détenues sont indépendantes de l'administration pénitentiaire.

Actuellement, les établissements pénitentiaires sont dotés d'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Ces unités offrant soins de médecine générale et consultations spécialisées, sont organisées par un établissement de santé qui accueille les détenus dont les soins requièrent des moyens trop importants ou non disponibles à l'UCSA. Lorsque les hospitalisations doivent durer plus de 48 heures ou réclament un plateau technique spécialisé, les détenus sont pris en charge en Unité d'Hospitalisation Sécurisées Interrégionales (UHSI).

Les soins psychiatriques s'organisent au sein de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont le pivot est le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), institué en 1986, dépendante du service psychiatrique public. Soit l'établissement pénitentiaire dispose d'un

---

<sup>165</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. pp116-132

SMPR ou d'une antenne (au moins un SMPR par région), soit les soins sont organisés par le service de secteur de psychiatrie générale auquel l'établissement est rattaché.

Les soins ambulatoires courants sont réalisés par les équipes locales. Les soins intensifs et/ou hospitaliers de jour sont proposés par les SMPR, ce qui peut nécessiter le transfèrement d'un détenu dans l'établissement pénitentiaire où se trouve un SMPR. Une permanence des soins de jour doit être organisée par l'équipe du SMPR les dimanches et jours fériés.

En cas d'hospitalisation sans consentement ou de la nécessité de moyens plus importants, les patients sont accueillis en établissement habilité. Les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) sont dédiées à l'accueil de ces personnes détenues. Le programme d'ouverture de ces unités n'étant pas finalisé, il est toujours possible d'hospitaliser une personne détenue sans son consentement selon l'article D298 du code pénal et l'article L3214-1 du code de la santé publique (forme d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat). Enfin lorsque les critères d'admission sont réunis, une hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles (UMD) peut être organisée.

Une permanence des soins est organisée avec les services de secours du secteur pour les urgences hors horaires d'ouverture des services médicaux, avec appel au centre de réception et régulation des appels du SAMU.

#### *L'offre de soins psychiatriques*

Les équipes psychiatriques sont pluridisciplinaires comprenant le plus souvent médecins, infirmiers, psychologues et des personnels du milieu socio-éducatifs. En parallèle des services psychiatriques et somatiques, il existe parfois des services d'addictologie (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou antennes).

Ces équipes proposent des consultations individuelles, des groupes thérapeutiques, la dispensation de traitement, et dans les SMPR, la possibilité d'un suivi très régulier voire d'une admission dans le service permettant une hospitalisation de jour.

Néanmoins les prises en charge en milieu carcéral, qui se veulent équivalentes à celles accessibles en milieu ouvert comme l'impose la réglementation, sont en fait soumises à de nombreuses contraintes.

En premier lieu, le secret médical peut certes concerner le contenu de la consultation, les traitements prescrits, mais aucune personne détenue ne peut se rendre au service médical ou psychiatrique sans que cela soit connu des équipes de détention.

Ensuite, le rythme du suivi, le cadre de la prise en charge ne sont pas aisés à instaurer car la présence aux rendez-vous n'est pas que dépendante de la volonté de la personne : déplacement si possibilité d'être accompagné ou libéré pour le rendez-vous, indisponibilité (parloirs, extractions, autres activités), départ imprévu (transfèrement, libération),... Cette réalité portée par « *l'institution tant judiciaire que carcérale est particulièrement intrusive dans la relation thérapeutique* »<sup>166</sup>.

Les possibilités de communiquer sont limitées lorsqu'une personne n'est pas venue en rendez-vous par exemple, puisque réduite aux courriers alors qu'une forte proportion d'analphabètes et d'illettrés existe en prison. En cas de problème urgent ou important, il reste les personnels de détention mais cela peu impacter le respect du secret médical.

Enfin, prévoir la continuité d'une prise en charge est difficile puisque les sorties, les transferts ne sont pas forcément connus à l'avance.

Toutes ces difficultés peuvent être majorées par la fréquence de rythme de travail des professionnels à temps partiel dans ces unités, en particulier chez les médecins.

## La prise en charge

### Choix du lieu et coordination des soins

Ainsi que nous l'avons vu en fin de partie sur le suicide en général, un des premiers aspects de la prise en charge est de caractériser le degré d'urgences de la crise suicidaire et la dangerosité d'un éventuel passage à l'acte afin de décider tout d'abord si la prise en charge doit avoir lieu d'emblée en milieu hospitalier (temps plein à l'UHSA ou en hôpital de jour en SMPR) ou si elle peut se poursuivre au sein de l'établissement.

---

<sup>166</sup> Niveau, G. (2006). Psychiatrie en milieu de détention. In *Médecine Santé et Prison*, 267-275. Chêne-Bourg, Suisse : Médecine et Hygiène. p268

Au sein de l'établissement, le chef d'établissement peut aussi décider de l'utilisation d'un des dispositifs d'urgences (DPU ou CproU)<sup>167</sup>.

Ensuite il s'agit de coordonner la prise en charge avec tous les acteurs concernés. Il faut négocier avec la personne afin de pouvoir informer les confrères, les professionnels de la détention, les proches,... Ou expliquer, en cas de situations très à risque, que cela devient une nécessité.

Ensuite il faut établir un rythme de suivi, les options en cas d'aggravation ou de situation d'urgences, en essayant de rendre la personne la plus actrice possible dans sa prise en charge et que ces démarches ne constituent pas pour elle un élément de plus qui la contraint et qu'elle ne peut contrôler.

Côté pénitentiaire, la CPU doit permettre au vu de la situation d'établir un Programme Individuel de Protection (PIP) qui définit les mesures prises : surveillance, dispositifs d'urgence, etc.<sup>168</sup>

Il faut être vigilant à ce que les mesures de protection de la personne ne constituent pas une majoration de son isolement et du vécu de restriction et de contraintes. Aussi les mesures les plus restrictives ne peuvent être que limitées dans le temps et très accompagnées.<sup>169</sup>

## Prise en charge psychiatrique

Sur le plan psychiatrique, il faut une prise en charge intensive, impliquant plusieurs professionnels, avec un soutien psychologique et un travail psychothérapeutique.

Des traitements pour les comorbidités psychiatriques, pour l'angoisse, pour un problème de santé somatique peuvent être prescrits. Une surveillance de la délivrance peut être requise s'il y a risque suicidaire. Elle peut consister en une limitation de la quantité laissée à disposition de

---

<sup>167</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p165

<sup>168</sup> Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p165

<sup>169</sup> Hayes L. Suicide in adult correctional facilities: key ingredients to prevention and overcoming the obstacles. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 27 (1999): 260-68.

la personne. Une délivrance peut être quotidienne même en détention classique, pluriquotidienne en cas d'hébergement au SMPR.

Le refus d'un traitement pourtant médicalement justifié et impliquant une majoration de la souffrance et du risque suicidaire doit faire discuter une hospitalisation.

Des auteurs recommandent que les protocoles prévoient, dans des situations de risque suicidaire élevé chez des personnes n'étant plus en état de prendre une décision rationnelle ou lourdement handicapées par leurs troubles, la possibilité d'administrer contre volonté un traitement nécessaire.<sup>170</sup> Ces situations peuvent effectivement survenir et même si une hospitalisation contrainte est décidée, les délais de sa réalisation peuvent amener à devoir protéger la personne en amont de l'admission, même malgré elle.

### La lutte contre l'isolement<sup>171</sup>

Il est essentiel de favoriser les liens dans la prison et à l'extérieur avec les proches, de favoriser l'accès aux activités, d'améliorer la situation sociale lorsqu'il existe de faibles ressources.

Comme nous l'évoquions plus haut, la prise en charge par les pairs est une option existant en France dans des établissements pilotes. Ces codétenus de soutien font aussi parties des « outils » composant les guidelines sur la prise en charge des personnes détenues suicidaires.

## Conclusion

La prise en charge a cela de complexe, que les particularités de la dynamique et de la clinique du suicide en milieu carcéral restent peu étudiées encore. Ainsi elle s'appuie sur les concepts en suicidologie en population générale, avec des préconisations qui dépassent pour partie les actions concrètement réalisables. Ces difficultés se retrouvent aussi dans la question de prévenir la crise suicidaire et le passage à l'acte.

---

<sup>170</sup> Anasseril E., Daniel M.D. *Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff.* J Am Acad Psychiatry Law. 2006;34(2):165-75.

<sup>171</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. *Preventing suicide in prisons, Part I.* Crisis 28, n° 3 (2007): 113-121.

# La prévention du suicide en prison

Si beaucoup de principes de la prévention du suicide en prison s'appuient sur les concepts de la prévention du suicide, de nouveaux ont dû être employés et leurs applications, quoi qu'il en soit, doivent composer avec les caractéristiques du milieu carcéral.

## Recommandations internationales pour la prévention du suicide en prison

### Le guide de l'OMS

En 2002, l'organisation mondiale pour la santé a édité en français son guide de 2000 : *La prévention du suicide Indications pour le personnel pénitentiaire*.<sup>172</sup>

Ce guide rappelle que lorsqu'un programme de prévention du suicide existe dans les établissements pénitentiaires, une diminution des suicides et tentatives de suicide est observée. C'est ainsi que les accréditations des établissements pénitentiaires américains par la National Commission for Correctional Health Care sont soumises à la présence d'un programme de prévention du suicide.<sup>173</sup>

Il donne des éléments épidémiologiques sur le suicide en prison en soulignant l'importance de la formation des personnels sur les facteurs de risque, avant de présenter les grandes lignes de la politique de prévention :

**-Evaluation** la plus précoce à l'admission de tous les arrivants autant que possible, à défaut en ciblant les profils à risque, et préférentiellement par le personnel médical. Si le personnel

---

<sup>172</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire. Genève, 2002.

<sup>173</sup> Hansen A. Correctional suicide: has progress ended? *J Am Acad Psychiatry Law* 38:6–10, 2010.

pénitencier est amené à effectuer cette évaluation, il doit être formé et avoir à disposition une échelle de risque suicidaire.

L'existence de telles échelles d'évaluation est un point clé des programmes de prévention. Le guide propose une série de critères dont la présence, même d'un seul, implique la surveillance d'un risque suicidaire :

« -Le détenu est sous l'effet d'une toxique.

-Le détenu exprime un sentiment élevé et inhabituel de honte, de culpabilité et d'inquiétude sur son arrestation et son incarcération.

-Le détenu exprime un sentiment de désespoir et de crainte de l'avenir ou montre des signes de dépression tels que pleurs, manque d'émotion et d'expression verbale.

-Le détenu reconnaît avoir actuellement des idées de suicide.

-Le détenu a déjà été traité pour des troubles mentaux.

-Le détenu souffre actuellement d'un trouble mental ou se conduit de façon bizarre ou inhabituelle telle que présentant des difficultés à concentrer son attention, soliloquant, entendant des voix.

-Le détenu a déjà effectué une ou plusieurs tentatives de suicide et/ou admet que le suicide est une solution acceptable.

-Le détenu révèle un plan récent ou actuel de suicide.

-Le détenu reconnaît ou paraît ne posséder que peu de soutien personnel intérieur et/ou extérieur. »

**-Observation** des personnes détenues s'appuyant sur des comportements évocateurs, des entretiens en période à risque, les contacts avec les proches.

**-Après repérage** : surveillance fréquente de l'état de la personne, lutte contre l'isolement social (dans la prison, éventuellement avec des détenus de soutien, et dans les liens avec l'extérieur), élaboration d'environnement anti-suicide et sécurisé.

**-Traitement psychologique** lorsque les moyens existent.

**-En cas de tentative de suicide** : existence de procédures d'urgences entre la mise en route de soins et la communication entre intervenants. Le guide de l'OMS prend aussi le temps d'évoquer les problématiques de « manipulations », la question des tentatives de suicide pour recherche de bénéfice secondaire pénitentiaire ou juridique, voire pour évasion. L'OMS rappelle que toute tentative même « simulée » expose la personne à un risque qu'il faut considérer.

**-Procédure après suicide** : analyse du cas a posteriori, postvention pour les professionnels qui n'est pas évoquée directement pour les personnes détenues.

## The Task Force on Suicide in Prisons

En 2007, un groupe de travail international sur le suicide en prison créé par l'association internationale pour la prévention du suicide<sup>174</sup> a publié les fruits de sa réflexion et de son analyse des publications et données actuelles.<sup>175</sup>

L'article, commençant là aussi par les facteurs de risque, expose ensuite les composantes clé d'un programme de prévention :

**-La formation** : Il est nécessaire de former le personnel pénitentiaire car les personnels médicaux ne sont pas toujours présents ni disponibles. Et il faut que tous, pénitentiaires et sanitaires, reçoivent une formation spécifique sur la prévention du suicide en prison. Cette formation doit être initiale mais aussi renouvelée régulièrement pour tous les professionnels.

**-Le dépistage** : La recherche du potentiel suicidaire doit être effectuée au plus tôt à l'arrivée de la personne détenue mais aussi renouvelée. L'idéal serait une réalisation par du personnel médical ou des psychologues mais en l'absence de telle possibilité, les agents pénitentiaires doivent savoir le faire. Là aussi, l'importance de l'élaboration d'échelle d'évaluation est soulignée. Le groupe propose quelques modifications et ajouts aux critères du rapport de l'OMS pour constituer une telle échelle :

---

<sup>174</sup> International Association for Suicide Prevention (IASP) : [www.iasp.info/fr/](http://www.iasp.info/fr/)

<sup>175</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. "Preventing suicide in prisons, Part I." *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121.

-L'intoxication ou une histoire d'usage de toxiques.

-Concernant les projets suicidaires, le groupe souligne aussi l'importance de prendre en considération les proches.

-Les agents qui ont pris en charge la personne avant l'incarcération ou l'ont transporté pensent qu'il existe un risque suicidaire.

-Il existe un antécédent connu de risque suicidaire repéré au cours de détentions antérieures.

Le groupe regrette l'absence encore de connaissance de facteurs de protection pour affiner les évaluations.

Le repérage d'un risque suicidaire doit appeler à une intervention de l'équipe médicale dans les plus brefs délais et faire l'objet d'une transmission protocolisée de l'information.

**-L'observation passée la mise à l'écrou** : Evaluer le risque suicidaire à l'arrivée ne saurait suffire puisqu'une partie des suicides ont lieu bien plus tardivement pendant l'incarcération. Les formations doivent permettre aux professionnels de rester vigilants, de répéter régulièrement les évaluations du risque suicidaire. Le groupe détaille les éléments sollicitant une vigilance particulière : tentatives de suicide, troubles psychologiques et/ou comportements pouvant alerter (insomnies, changements d'habitude, d'humeur,...), événements difficiles (décès, procédure judiciaire,...), conflits durant les visites ou échanges familiaux, mise en isolement. L'instauration d'une relation permettant à la personne détenue de partager ses pensées et affects négatifs est aussi essentielle.

**-La gestion du risque suicidaire** : Une fois le dépistage du potentiel suicidaire effectué, des procédures et protocoles préétablies doivent permettre aux professionnels de définir un programme de surveillance et une prise en charge adaptée.

**-La surveillance** : Le groupe rappelle la rapidité du décès en cas de pendaison (5 à 15 minutes) donc la nécessité d'une surveillance aussi rapprochée que possible, voire permanente. Un contact humain régulier, en particulier en situation d'isolement est essentielle.

**-La communication** : Il s'agit là tout autant des échanges entre professionnels et personnes détenues que des échanges entre professionnels du même service ou entre services, en particulier entre les services pénitentiaires ou les services médicaux. Ces échanges doivent

utiliser des supports identifiés. Des réunions interdisciplinaires sont recommandées pour favoriser la communication.

**-L'intervention sociale** : Le support social est un aspect essentiel de la prise en charge. Il faut favoriser les interactions sociales dont celles avec ses proches. Le placement en cellule à plusieurs ne doit pas remplacer des échanges réguliers avec les professionnels. En cas d'isolement nécessaire, il faut une surveillance continue et des interactions fréquentes.

**-L'environnement** : L'environnement des cellules doit être sécurisé autant que possible. Des dispositifs et cellules « anti-suicide » existent et peuvent être utilisés. Leur caractère restrictif doit toutefois impliquer une indication réfléchie, après l'échec de mesures moins restrictives ou le constat de leur inefficacité, car cette dimension peut être difficilement supportée.

Un support vidéo est parfois employé mais des suicides sont survenus sous surveillance vidéo. Ainsi elle ne saurait remplacer une surveillance régulière et un soutien intensif en cas de placement en cellule sécurisé.

**-Le traitement psychiatrique** : Il peut avoir lieu dans les murs de la prison mais aussi requérir des services extérieurs et des collaborations entre services.

**-En cas de tentative de suicide** : La prise en charge comprend en premier lieu les premiers secours prodigués et l'organisation des soins nécessaires. Dans un deuxième temps, une évaluation psychologique doit être réalisée dans des conditions suffisamment privées et sécurisantes pour que la personne puisse se confier. Cette évaluation a pour objectif de comprendre les facteurs ayant contribué au passage à l'acte et doit définir les soins nécessaires. Le groupe évoque comme le guide de l'OMS, les gestes suicidaires perçus comme des manipulations car ils visent à influencer l'environnement. Bien sûr le souci de sécurité des agents pénitentiaires est légitime. Les profils sociopathes/psychopathes sont plus à risque pour de tels actes. Les auteurs rappellent qu'un haut risque suicidaire et la recherche de bénéfices peuvent coexister et que peu importe la cause, une tentative de suicide peut toujours conduire à la mort. Même mis en scène, la personne se met en danger et peut ne pas estimer les risques qu'elle prend. Ne pas porter attention à ces gestes voire les punir, pourraient dès lors aggraver la situation. Il reste primordial de comprendre ce qui a amené ce geste.

**-En cas de suicide** : Une analyse du cas de suicide permet d'améliorer les mesures de prévention dans l'établissement. L'impact émotionnel chez les professionnels (colère, culpabilité, etc.) peut être important. Le risque d'autres suicides persisterait environ 4 semaines et concerne plus particulièrement les jeunes détenus.

Ainsi la littérature internationale, issue principalement des pays occidentaux sur ce sujet, propose un socle commun pour les programmes de détention dont nous retrouvons nombre d'éléments dans la politique de prévention française qui s'est construite depuis environ 20 ans.

## **Prévention du suicide en prison en France au travers de 3 expertises**

La prévention du suicide en prison fait l'objet en France d'une politique de santé publique active tant côté sanitaire que pénitentiaire. Cette politique a été amorcée il y a bientôt 20 ans. En 1995, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a lancé un groupe de travail chargé de définir une politique de prévention du suicide.

Depuis, un comité de pilotage au sein de la DAP dédié à la prévention du suicide en prison existe ainsi que des commissions au sein des Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires.

Trois expertises ont émaillé l'évolution de cette politique de prévention.

### **Un premier travail en 1996**

Suite au lancement du groupe de travail commandité par la DAP, en 1996, un premier constat<sup>176</sup> est réalisé par le groupe, dont la magistrate Mme S. Zientara-Logeay, est le rapporteur. Ce travail a repris les données épidémiologiques disponibles alors. Il a replacé la question de la prévention dans la dynamique d'évolution des missions pénitentiaires, la réinsertion notamment, et celle de l'évolution de l'accès aux soins, psychiatriques notamment.

---

<sup>176</sup> Zientara-Logeay, Sandrine. *Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire*. Paris : Ministère de la Justice-Sous-Direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires, 1996.

Une série de recommandations et propositions de mesures pour la prévention ont été élaborées, allant de la formation et l'amélioration des compétences des professionnels, au suivi de la personne détenue durant son incarcération mais aussi durant la période de privation de liberté précédant l'écrou. Elles distinguaient différentes situations entre l'arrivée, le cours de l'incarcération, le quartier disciplinaire, et intégraient aussi la postvention, après suicide.

Ce travail a défini un objectif de limitation des vécus de dépersonnalisation, de déshumanisation, en permettant à la personne de garder une place de sujet, de ne pas devenir un simple numéro d'écrou.

D'ailleurs, pour un lecteur extérieur à la vie carcérale, le contenu de certaines recommandations pouvait sembler éloigné de la question du suicide, comme la mise à disposition de vêtements propres pour les nouveaux arrivants. Mais il s'agissait de mesures visant justement à préserver la place de sujet de la personne incarcérée.

Un premier outil d'évaluation a également été proposé, un guide d'analyse de situation pour la prévention des suicides en prison. Ce guide était une aide au repérage de facteurs de risque, de « signaux d'alerte ». Il précisait pour l'agent qui le complétait la conduite à tenir selon ses observations.

Néanmoins la période qui a suivi s'est caractérisée par un maintien de taux élevés de suicides en détention. Pour cette raison, en 2003 un deuxième travail<sup>177</sup> est commandé : le Pr J.-L. Terra est missionné conjointement par les ministères de la Justice et de la Santé, à rédiger un rapport sur le suicide en détention et sa prévention.

## Le rapport Terra en 2003

Le Pr Terra y a repris les politiques de prévention menées en pratique dans les établissements pénitentiaires français qu'il a colligées au cours de plusieurs visites. Comme déjà en 1996, l'application hétérogène des recommandations a été de nouveau un constat et concerne les différents services qu'ils soient pénitentiaires ou médicaux.

---

<sup>177</sup> Terra, Jean-Louis. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

Ce travail soulignait d'abord l'impact encore très fort de certaines idées préconçues comme :

-Une personne décidée à mourir se suicidera de toute façon (fatalisme).

-Demander à une personne si elle a des idées suicidaires, risque de lui en donner.

Le rapport recensait un ensemble de mesure à destination des différents professionnels intervenant en détention :

Au niveau sanitaire, la prévention du suicide doit s'intégrer dans les modalités d'intervention des équipes soignantes auprès des personnes détenues. Les membres des équipes psychiatriques étaient plus particulièrement conviés à devenir formateur dans le domaine de la prévention du suicide en détention. Ces formations de formateur se sont déployées au niveau national.

Au niveau des équipes pénitentiaires, le rapport faisait état d'un certain nombre d'avancées depuis plus de 15 ans avec l'édition de multiples circulaires et de rapports pour construire un dispositif de prévention à l'aide d'outils et de mesures. Le personnel disposait de grilles d'évaluation pour le repérage du potentiel suicidaire. Des mesures, de l'ordre de la surveillance passive essentiellement, pouvaient être proposées : surveillance spéciale, doublement des cellules, procédure de choix du codétenu. La formation des professionnels était en place, constituée d'une formation initiale puis de formation continue. Mais cette dernière n'était pas répétée régulièrement.

Au niveau des services sociaux, le rapport abordait principalement l'importance de la communication avec les proches : favoriser les liens avec l'entourage, assister la personne dans ses démarches administratives et sociales. Il s'agissait surtout de lutter contre l'isolement et d'améliorer la situation de la personne.

Regroupant ces différents niveaux, le rapport parlait des commissions pluridisciplinaires uniques qui avaient été mises en place dans certains établissements visités. Elles sont chargées d'étudier les dossiers de détenus repérés comme en souffrance, en crise suicidaire ou ayant un potentiel suicidaire élevé. Elles ont pour objectif de mieux étudier ces situations afin d'établir la meilleure stratégie de prise en charge, ainsi que sa durée et son suivi. Le rapport concluait alors à la nécessité d'étendre ce dispositif qui fait partie intégrantes aujourd'hui du fonctionnement des établissements pénitentiaires.

Le rapport faisait part des évolutions pour améliorer l'accueil des arrivants avec la création de quartiers spécifiques pour les arrivants, la vigilance plus particulière en quartier disciplinaire.

Au niveau national, la DAP s'était dotée d'une commission centrale de suivi des actes suicidaires qui étudie tous les cas de suicides survenant en détention, néanmoins sans les données sanitaires puisque ces services étaient et sont encore indépendants et soumis au secret médical.

Le Pr Terra proposait alors une série de recommandations :

- La constitution d'un objectif national de diminution des taux de suicide.
- La formation des professionnels (formation initiale et continue) et bénévoles, voire des codétenus, incluant une évolution de leur contenu pour un meilleur repérage et une distinction entre risque suicidaire, crise suicidaire, dangerosité et urgence de la crise.
- L'amélioration du dépistage et du traitement de la dépression, une pathologie peu bruyante et de ce fait moins bien repérée.
- L'abstention de mise au quartier disciplinaire pour les personnes en crise suicidaire, en souffrance psychique majeure.
- L'instauration d'un support commun, document partagé, reprenant les éléments d'évaluation du risque suicidaire, ses résultats, les mesures prises, l'évolution et la réévaluation.
- L'association à la mise sous surveillance spéciale d'autres mesures complémentaires de prévention primaire (éviter la crise), secondaire (éviter le suicide) et tertiaire (éviter une récurrence) pour ne pas se limiter à des mesures passives.
- L'instauration d'un cadre de détention préservant la dignité humaine et favorisant la détection des personnes suicidaires.
- La réduction de l'accès aux moyens de se suicider, distinguant les mesures générales d'aménagement des cellules (comme la limitation des supports potentiels de pendaison) et les mesures de protection urgente (tenue sécurisée, cellule spéciale).
- L'augmentation de la surveillance, qui pose aussi la question de la vidéo-surveillance.
- La définition et l'organisation de la postvention peu élaborées pour l'heure.
- La mise en place d'analyse de la mortalité et morbidité avec un investissement plus conséquent des professionnels de la santé.
- L'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques.
- L'amélioration continue des soins psychiatriques délivrés par les UCSA et les SMPR (procédures d'évaluation, d'accréditation).

- La promotion de la santé physique et mentale avec des actions de santé publique, des formations à destination des personnes détenues.
- L'amélioration de la médiatisation des suicides en détention en suivant des recommandations sur les modalités de communication autour d'un suicide.
- L'amélioration des méthodes d'analyse des décès par suicide et son extension aux tentatives de suicide au sein de la commission centrale de suivi des actes suicidaires, mais aussi des établissements, interrogeant aussi l'intérêt d'avoir un intervenant extérieur chargé de cette analyse (comme les coroners).

Le taux de suicide a connu une forte diminution dans la période qui suivit. Cette baisse ne s'est pas poursuivi comme espéré. Aussi, un nouveau travail a été demandé, sous forme d'une commission cette fois, pour un nouvel état des lieux de la question et redéfinir les axes de travail. Il a été publié en janvier 2009<sup>178</sup>.

## La commission Albrand en 2008

La commission regroupait des personnes impliquées depuis des années dans le développement de la prévention du suicide en détention comme le Pr JL. Terra ou encore Mme V. Pajanacci de la DAP.

Son compte-rendu faisait en premier lieu le bilan depuis le précédent rapport.

Certaines mesures n'ont pas été retenues comme la vidéosurveillance, l'implication des médias. D'autres n'ont pu être réalisées au moment du rapport comme l'évaluation du risque suicidaire avant l'incarcération à l'aide d'un document partagé, l'expérimentation de la formation de codétenus de soutien, qui par contre est en cours depuis ce dernier rapport, ou encore les dispositifs de protection d'urgences (cellules spécifiques, vêtements,...), de même instaurés depuis.

Cependant les différentes circulaires, la production du groupe de travail et le travail des personnels sur le terrain montraient une constance dans la mobilisation des différents acteurs.

---

<sup>178</sup> Albrand L. (jan 2009). La prévention du suicide en milieu carcéral. Mission du ministère de la Justice.

Si le bilan des mesures semblait positif avec une diminution du taux de suicide - même si elle n'était pas pleinement satisfaisante - il n'existait pas alors d'évaluations internes ou d'études portant sur l'impact de ces mesures.

Néanmoins en 2008, une enquête est réalisée auprès des établissements pour un état des lieux. Cette enquête relève un certain nombre de points positifs<sup>179</sup> :

- « *La détection du risque suicidaire a beaucoup progressé, grâce notamment à la sensibilisation et à la formation des personnels en la matière, mais aussi à la simplification de la grille de détection depuis mai 2007. L'utilisation de la grille pour les arrivants est désormais pratiquement systématique dans tous les établissements.* »

- « *Une commission pluridisciplinaire spécifique ou non à la prévention du suicide existe à présent dans la quasi-totalité des établissements pénitentiaires. Sa périodicité est variable selon les établissements (hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle ou trimestrielle) et le personnel sanitaire y est dans la majorité des cas représenté.*

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

- « *La postvention, question aussi délicate que fondamentale, est également prise en compte dans la très grande majorité des établissements* ».

*« Après un suicide, les codétenus sont reçus par un gradé et sont dirigés vers le service médical pour un entretien de soutien ; les familles rencontrent, si elles le souhaitent, le chef d'établissement et visitent la cellule, si la disposition des lieux le permet. Les personnels font l'objet d'une proposition de soutien psychologique et des débriefings sont souvent organisés rassemblant les acteurs présents lors de l'incident. »*

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

---

<sup>179</sup> Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice, Jan 2009, p25.

Mais cette enquête notait aussi des marges de progression dans différents domaines : le débriefing après un suicide, la formalisation et le suivi des plans d'actions et de protection de la personne détenue suicidaire, la systématisation de l'utilisation de la grille d'évaluation à l'arrivée comme à d'autres moments sensibles de la détention, la pluridisciplinarité (information et échanges entre intervenants peu systématisés et formalisés) et enfin, le retrait des moyens facilitateurs du passage à l'acte qui reste peu effectif, à la différence des nouvelles constructions qui l'intègrent.

Enfin cette enquête relevait des insuffisances, 3 en particuliers<sup>180</sup> :

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

- La deuxième « *réside dans l'absence encore trop fréquente d'un véritable plan individualisé de protection active de la personne détenue présentant un risque affirmé de suicide ou en crise suicidaire, essentiellement parce que cette action nécessite des moyens difficiles à mobiliser. L'accent est encore trop souvent mis sur des mesures passives de protection, bien sûr nécessaires, mais pas toujours suffisantes.* »

-La troisième, « *identifiée depuis plusieurs années, réside dans la gestion du risque suicidaire des personnes se manifestant de manière agressive, c'est-à-dire celle de la prévention du suicide au quartier disciplinaire notamment.* »

La commission a rédigé 20 recommandations regroupées selon 4 axes :

-Accentuer la formation des personnels :

Formation initiale, continue, multicatégorielle, à l'ouverture des nouveaux établissements.

---

<sup>180</sup> Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice, Jan 2009, p26

-Améliorer la détection du risque suicidaire (en s'appuyant sur les outils et compétences déjà connus) :

Utilisation de la grille d'évaluation (cf. Annexe), favoriser les échanges avec les proches, rencontres intervenants et détenus au quartier arrivants, systématiser l'évaluation du risque lors d'une mise au quartier disciplinaire. Une formalisation des échanges pluridisciplinaires à proposer aux autorités en est la dernière recommandation.

-Renforcer la protection des personnes détenues :

Améliorer l'organisation de la prise en charge des personnes à risque suicidaire (équipe pluridisciplinaire référente, commission pluridisciplinaire unique, élaboration de protocoles de prises en charge selon les situations et les moyens), lutter contre l'isolement par la socialisation, construire un environnement sécurisé (interphones, cellules sécurisées spécifiques, vêtements protecteurs, disposition de défibrillateurs, sécurisation de la distribution du médicament).

-Améliorer la postvention et les connaissances, où comment gérer l'après-suicide ? :

Créer des groupes de parole, approfondir l'analyse des cas de suicide (avec la commission centrale de suivi et un échelon interrégional), améliorer le soutien à la population carcérale après un suicide, élaborer une politique de recherche ambitieuse, réaliser une conférence de consensus concernant les mineurs, développer le rôle positif des médias.

## Depuis la commission Albrand

Ainsi que nous l'indiquions, de nouvelles actions de prévention ont été mises en œuvre dans les suites du rapport Terra puis de la commission Albrand. Les dispositifs d'urgences (Dotation de protection d'urgences (DPU) et Cellule de protection d'urgences (CProU)) ont été testés puis déployés dans l'ensemble des établissements. Le dispositif des codétenus de soutien est expérimenté dans un nombre grandissant d'établissements.

Lorsqu'une personne est repérée suicidaire ou très à risque, un plan individuel de protection (PIP)<sup>181</sup> doit être élaboré et notifié en commission pluridisciplinaire unique.

Cette période a aussi été marquée par l'ouverture des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), la première ayant ouvert en 2010 avec un programme d'ouverture de

---

<sup>181</sup> *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.* Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p165

structures encore en cours. Ces unités permettent l'hospitalisation en hôpital psychiatrique dans un secteur surveillé par les services pénitentiaires de personnes détenues.

## L'évolutivité de la prévention

Ainsi que nous l'avons souligné lorsque des programmes de prévention sont instaurés, le taux de suicide diminue. Comme s'est interrogé le Dr A. Hansen<sup>182</sup>, on peut se demander ensuite si des progrès sont encore possibles ! Cet auteur montre justement comment le profil des personnes détenues qui se suicident évolue une fois appliquée une politique de prévention, comme la forte diminution de la proportion chez les suicidés de personnes repérées comme ayant des troubles psychiatriques actuels ou passés aux Etats-Unis. Cela ne signifie pas que le maximum a été fait. Cela implique une évolution de la politique de prévention. Elle doit permettre le maintien des compétences acquises en ce domaine tout en garantissant l'acquisition de nouvelles compétences.

De la même manière, le Dr A. Daniel<sup>183</sup> a souligné la nécessité d'instaurer un programme d'évaluation continue qui permettrait de suivre l'application des programmes de prévention, de déterminer des indicateurs à suivre pour évaluer l'efficacité du programme mais aussi de réaliser des travaux de recherche permettant de s'assurer de la pertinence de ses indicateurs et des mesures employées.

## Place de la recherche

Nous l'avons dit, il persiste cependant une carence de travaux de recherche clinique sur ces processus suicidaires en jeu en milieu carcéral. Ce constat figure dans le rapport du Pr Terra en 2003 et dans les recommandations de la commission du Dr Albrand en 2009. Dans ces dernières, figure un appel à la recherche sur tous les aspects du suicide et de sa prévention : épidémiologie, profils, clinique psychologique et psychiatrique, approches par les autres sciences humaines (sociologie, ethnologie, etc.), évaluation des mesures en place, des

---

<sup>182</sup> Hansen A. Correctional suicide: has progress ended? *J Am Acad Psychiatry Law* 2010;38:6–10.

<sup>183</sup> Daniel AE. Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(2):165-75.

nouvelles, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins, etc.<sup>184</sup> Bref, beaucoup reste à faire pour aller au-delà des suivis du taux de suicide, des enquêtes épidémiologiques caractérisant les populations de suicidés ou de suicidants en prison.

## Intérêt de l'autopsie psychologique

L'autopsie psychologique est une technique de recherche développée depuis les années 60 « *permettant de reconstruire le passé psychologique d'un individu en scrutant respectivement son style de vie, ses pensées, ses émotions et ses comportements manifestés dans les semaines précédant son décès, de manière à mieux comprendre les circonstances psychologiques ayant contribué au décès de la personne* » (Clark et Horton-Deutsch, 1992).<sup>185</sup>

Elle utilise des entretiens approfondis menés avec les proches de la personne décédée par suicide ainsi qu'avec les professionnels l'ayant prise en charge.

Pour les cas de suicides, cette technique permet de rechercher des informations sur l'histoire de la personne depuis son enfance, sur son environnement conjugal, familial et social, sur ses conditions de travail, sur sa santé physique et mentale, de repérer les événements de vie positifs ou négatifs qui ont marqué son parcours, de s'enquérir des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires, de connaître sa prise en charge médico-psychologique avant le décès, de préciser les circonstances de l'acte (préparation, moyen, réalisation, écrits,...) et les réactions des proches.<sup>186</sup>

Les informations ainsi recueillies permettent d'appréhender la dynamique et les caractéristiques de la crise suicidaire traversée par la personne jusqu'à sa mort. Les analyses réalisées permettent aussi, en comparaison à celles de groupes contrôle, de mettre en évidence les caractéristiques des personnes suicidées, qu'elles soient sociodémographiques, psychologiques, médicales, etc.<sup>187</sup>

---

184 Albrand L. (jan 2009). *La prévention du suicide en milieu carcéral*. Mission du ministère de la Justice. pp 37-38

185 Boyer, Prévaille, et Seguin, "Rôle des autopsies psychologiques pour l'étude du suicide chez les personnes âgées" p91.

186 *Autopsie psychologique, Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008. p11

187 Ibid. p13

La réalisation d'une autopsie psychologique requiert de remplir certaines conditions juridiques, déontologiques et éthiques pour être autorisée.<sup>188</sup>

Elle peut apporter des informations très complètes et riches pour le domaine étudié. Par contre, elle requiert un long recueil de données et est de fait coûteuse.

En France, elle est peu développée. Mais la conscience de son intérêt a conduit à la réalisation de deux expertises collectives de l'INSERM à son sujet en 2005<sup>189</sup> et 2008<sup>190</sup>. Ces expertises prônaient notamment l'intérêt de l'autopsie psychologique comme outil de recherche en prévention du suicide et plus particulièrement pour le suicide en détention. L'unité de lieu, la présence de professionnels et de codétenus, la surveillance étroite des personnes incarcérées, y compris dans leurs relations avec des personnes extérieures, appelait théoriquement à une facilité de réalisation.

Au cours de notre propre étude sur 18 cas de suicides dans 7 établissements différents, nous avons étudié les dossiers médicaux et pénitentiaires des personnes décédées et nous avons rencontré des professionnels les ayant pris en charge avant leur décès. Il ne s'agissait pas à proprement parler d'une autopsie psychologique mais ce travail nous a permis d'évaluer l'accessibilité aux données et les besoins pour la réalisation d'une autopsie psychologique le cas échéant. Nous avons rencontré nombre d'obstacles pour recueillir des informations pertinentes et de qualité : absence de traces écrites sur le quotidien en détention, départ des professionnels de l'établissement entre le décès et le recueil (turn-over important des personnels de détention notamment), faible connaissance de certaines personnes décédées par suicide (et même très réduite pour un profil particulier de personnes décédées), segmentation voire fragmentation des informations utiles entre services et entre professionnels d'un même service, pauvreté des détails dans les sources écrites.<sup>191</sup>

Ainsi une autopsie psychologique nécessiterait de recourir à tout intervenant de la prison ayant connu le détenu, de solliciter aussi les bénévoles, les proches et de rechercher des données

---

<sup>188</sup> Ibid. p14

<sup>189</sup> *Autopsie psychologique. Outil de recherche en prévention*. INSERM. Expertise collective. Paris, 2005.

<sup>190</sup> *Autopsie psychologique, Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008.

<sup>191</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

antérieures à la détention. Ce constat s'oppose donc aux propositions de l'expertise de l'INSERM<sup>192</sup>. C'était sans compter sur l'isolement des personnes détenues et le cloisonnement de leur quotidien qui va donc concerner aussi les informations accessibles après leur décès.

Sans ces difficultés, l'autopsie psychologique est déjà une recherche coûteuse car longue, relevant d'un personnel spécifiquement formé. En prison, pour chaque cas, il faudrait donc mener nombre d'entretiens. Ainsi, l'utilisation de l'autopsie psychologique serait encore plus complexe et plus coûteuse dans le milieu carcéral. Son entreprise ne semblait ainsi pas réalisable dans le contexte actuel. En effet, cet outil est utilisé par exemple dans l'état de New York<sup>193</sup> où il semble possible de réunir de plus amples informations et plus facilement que ce que nous avons constaté dans les établissements français de l'étude. D'autant plus que l'autopsie psychologique est systématique pour tout cas de suicide.

## La recherche : carences et limites

En complément des études épidémiologiques existantes et à renouveler sur le suicide en prison, les besoins en recherche que nous avons cités portent sur deux grands axes : les caractéristiques du suicide en détention faisant appel à la psychologie et aux autres sciences humaines et sociales et l'évaluation des mesures de prévention actuelles et à venir à titre individuelle et en tant que dispositif.

### La recherche clinique

Concernant la recherche clinique sur le sujet, les études peuvent être rétrospectives soit post-mortem avec les limites que nous venons de voir, soit auprès de personnes vivantes mais donc suicidaires ou ayant essayé de se suicider, et non décédées par suicide, ou les études peuvent être prospectives.

Il n'existe pas pour l'heure de travaux permettant des suivis de cohortes au cours de la détention. Une étude multicentrique prospective devrait là aussi s'appuyer sur une organisation complexe

---

192 *Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008.

193 Kovasznay B., Miraglia R., Beer R. & Way B. Reducing suicides in New York State correctional facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75.1 (2004): 61-70.

et une collaboration solide entre équipes de recherche et services pénitentiaires pour recruter des participants et suivre les personnes au cours de leur incarcération. La difficulté première des études prospectives, dont l'objet est clinique et non épidémiologique, est l'influence de l'étude sur la possible crise suicidaire quand, pour les études rétrospectives, les difficultés de remémoration et les positions défensives vis-à-vis de ce qui s'est passé seraient les premiers biais à considérer avec le biais de recrutement.

## La recherche évaluative

Il s'agit d'une recherche axée sur l'évaluation des programmes de prévention, possible en suicidologie à condition d'en considérer les spécificités<sup>194</sup>. La conscience des responsabilités au sens large et les enjeux économiques liés aux financements des programmes ont conduit à l'émergence de la recherche évaluative, pouvant être définie ainsi : « *l'utilisation de méthodes de recherche visant à déterminer si le programme a vraiment réussi à atteindre les objectifs énoncés ou à produire les résultats attendus* »<sup>195</sup>.

Il n'est pas évident de s'en tenir aux taux de suicide pour évaluer des programmes de prévention du suicide. A l'échelle des populations alors étudiées, il n'y a pas assez de puissance statistique du fait de l'occurrence peu fréquente, de ce point de vue, des suicides. Aussi le taux de suicide est un indicateur distal. La recherche évaluative cherche à définir des indicateurs plus proximaux et leur place dans la chaîne des effets des mesures de prévention jusqu'à la réduction des suicides<sup>196</sup>. En plus des particularités du suicide et du contexte carcéral, la difficulté de ce type de recherche réside notamment dans la définition de ces indicateurs proximaux en regard des théories sous-jacentes au programme, des observations de terrain, etc.

---

<sup>194</sup> Mishara B, Chagnon F. Les défis en évaluation des actions de prévention du suicide. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p1.

<sup>195</sup> Rutman L. Recherche formative et évaluabilité de programme. In Lecomte R., Rutman L. *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Presses Université Laval, 1 janv. 1982 – p65

<sup>196</sup> Mishara B, Chagnon F. Les défis en évaluation des actions de prévention du suicide. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p3.

## **Conclusion**

La France s'est ainsi dotée d'une politique nationale de prévention qui s'est appuyée sur trois expertises, tout en manquant de données issues de la recherche clinique. Cette politique poursuit sa construction et ses adaptations sur le plan national et localement avec une certaine disparité retrouvée à chaque expertise. La palette des mesures de prévention s'est agrandie au fil de ces trente années de travail portée par la direction de l'administration pénitentiaire.

C'est dans ce contexte que nos travaux sur le sujet ont débuté dès 2008 dans le cadre d'un master 2 recherche en psychologie clinique de la santé.

# **L'élaboration de l'étude EPSuDe**

Notre travail dans le domaine du suicide en prison a commencé avec une première étude débutée en master 2 avant le projet qui a conduit à la réalisation de l'étude Evaluation de la Prévention du Suicide en Détention dont nous rendons compte.

## **L'émergence du projet**

### **Nos débuts dans la recherche**

Ce travail a débuté lors de notre internat de psychiatrie, lorsque nous avons eu la curiosité de faire de la recherche, avec l'envie de réaliser un travail de recherche clinique. Dans ce sens, nous nous étions renseignée sur la possibilité de faire un master 2 recherche en sciences humaines, en psychologie en particulier durant l'année 2008-2009.

Nous avons rencontré le Pr Jacques Gaucher qui a eu la bienveillance de nous motiver dans cette voie tout en nous conseillant d'en parler avec le Pr Jean-Louis Terra, notamment pour réfléchir aux potentiels sujets à traiter au sein du laboratoire SIS (Santé Individu Société, EA 4128). Le Pr JL. Terra nous a d'emblée soutenue dans cette démarche et nous a parlé du suicide en milieu carcéral, sujet qui nous a tout de suite intéressée.

Il faut dire que nous avons un intérêt ancien pour la question criminologique. Nous avons d'ailleurs obtenu en 2ème année d'internat le Diplôme Universitaire de criminologie clinique (Lyon 1, année 2006-07).

La question du suicide, elle, nous a interpellé dès les débuts de l'internat. Nous avons commencé par un semestre chez le Pr Jean-Marc Elchardus, aux urgences médicales du pavillon N d'Edouard Herriot aux Hospices Civils de Lyon. Nous avons donc été confrontée dès le début de notre formation en psychiatrie aux conduites suicidaires, et au nombre de questions qu'elles soulèvent, notamment son positionnement entre le normal et le pathologique.

Il n'en fallait pas plus pour que la thématique du suicide en prison nous intéresse immédiatement.

Nous voilà donc partie dans l'aventure de la recherche, avec la chance de travailler avec le Pr JL. Terra, expert national reconnu sur le sujet.

Avec lui et le soutien de l'équipe d'enseignants-chercheurs de Lyon 2, nous avons élaboré un projet de recherche sur une étude de 18 cas de suicides en détention, nous déplaçant dans 7 établissements pénitentiaires de Rhône-Alpes et d'Ile-de-France pour reprendre les dossiers et interviewer les professionnels, de la détention, des SPIP et des services médicaux. Ce travail était finalement déjà trop complexe pour qu'une année pourtant à temps plein pour la recherche suffise à le réaliser. Il a fallu du temps pour élaborer le protocole, définir les données à recueillir, obtenir les autorisations de réalisation du recueil et organiser les visites dans les établissements, de manière à ce que les professionnels concernés soient présents.

Nous avons présenté notre mémoire de master 2 sur une pré-étude de deux cas qui nous a permis ensuite de lancer l'étude sur 18 cas.

## Nos travaux sur une série de 18 cas de suicide :

### Résultats principaux

C'est finalement pour notre thèse de médecine que nous avons réuni l'ensemble des résultats avec un recueil de 2009 à 2010. Dans la foulée, nous avons pu communiquer ces résultats au congrès du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide en 2010 et en publier une partie dans la Revue française et francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale (juin 2011)<sup>197</sup> (article en annexe n°1).

### Profils des personnes décédées de l'étude

Chez les 18 hommes décédés par suicide dans cette étude, les facteurs de risques de suicide ont été recherchés post-mortem, aboutissant aux fréquences reportées dans le tableau n°5.

---

<sup>197</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

Tableau n°5 : Fréquences des facteurs de risque de suicide parmi les 18 cas de suicide<sup>198</sup>

	Effectifs	%
C5 : Dépendance ou abus d'alcool, de substances psycho-actives ou sous traitement substitutif	16	88,9%
E5 : Inculpation/condamnation pour une infraction à l'encontre de personnes	15	83,3%
A1 : Isolement affectif actuel	15	83,3%
B1 : Événement(s) de vie douloureux (hors E2)	13	72,2%
E3 : Statut de prévenu	12	66,7%
A2 : Absence d'actuels liens sociaux	12	66,7%
C7 : Antécédents de prescriptions de psychotropes ou d'hospitalisations en psychiatrie	10	55,6%
E1 : Première incarcération	9	50,0%
C1 : Antécédents de tentatives de suicide	9	50,0%
E8 : Situation de menaces en détention (imaginée ou réelle)	8	44,4%
B2 : Situation(s) traumatique(s) dans l'enfance	8	44,4%
E7 : Changement des conditions d'incarcération dans les 15j avant ou après le décès	7	38,9%
E6 : Événement judiciaire dans les 15j autour du décès	7	38,9%
B3 : Troubles mentaux et addictions chez les parents	5	27,8%
C8 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicides	4	22,2%
C4 : Troubles de la personnalité de type psychopathique, borderline, narcissique	4	22,2%
C2 : Troubles de l'humeur	4	22,2%
E2 : délai d'incarcération inférieur à 1 semaine	4	22,2%
C3 : Schizophrénie et troubles apparentés	3	16,7%
E4 : Statut de condamné avec une peine inférieure à 6 mois ou supérieure à 20 ans	3	16,7%
C6 : Troubles anxieux : trouble panique, TOC	1	5,6%
D1 : Maladies physiques chroniques: douloureuses et/ou fatales et/ou à l'origine d'une perte d'autonomie	1	5,6%

Ces résultats permettaient de souligner l'intérêt des soins aux prisonniers souffrant d'addiction et de la lutte contre l'isolement puisque dans les facteurs de risque les plus présents, ils étaient les seuls sur lesquels une action était possible.

A partir de ces facteurs de risque et des caractéristiques de leurs crises suicidaires qui ont pu être analysées (manifestations, critères d'urgences), nous avons distingué 3 profils parmi ces suicidés (tableau n°6) :

- un profil de condamnés,
- un profil de prévenus avec facteurs de risque psychiatriques,
- un profil de prévenus sans facteurs de risque psychiatriques.

<sup>198</sup> Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010 p64.

Tableau n°6 : Trois profils de personnes détenues suicidées dans une étude de 18 cas<sup>199</sup>

	<b>Premier profil</b>	<b>Deuxième profil</b>	<b>Troisième profil</b>
<b>Nombre</b>	6	6	6
<b>Age moyen</b>	41 (30 à 65 ans)	32 (20 à 48 ans)	49 (21 à 81 ans)
<b>Statut pénal</b>	Condamnés	Prévenus	Prévenus
<b>Isolement</b>	oui	non	oui
<b>Facteurs biographiques</b>	Événements de vie difficiles surtout	Cumulés	Absents
<b>Antécédents psychiatriques</b>	Personnels, fréquents	Fréquents dans leur ensemble	Absents
<b>Addictions</b>	Fréquentes	Fréquentes	Fréquentes
<b>Troubles psychiatriques autres</b>	oui	oui	non
<b>Facteurs pénitentiaires, judiciaires statutaires</b>	Non spécifiques	Atteinte aux personnes Moitié de primo	Atteinte aux personnes Majorité de primo Moitié = arrivants
<b>Facteurs pénitentiaires, judiciaires contextuels</b>	Non spécifiques	Au moins un des 3 facteurs (E6, E7, E8*)	Chez la moitié seulement
<b>Suivi psychiatrique</b>	En cours	En cours	Absent

<sup>199</sup> Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010 p77.

<b>Souffrances psychiques contemporaines</b>	Manifestes Peu d'élaboration	Manifestes Bonne élaboration	Absente ou description limitée
<b>Critères d'urgences</b>	0	2	0
<b>Repérage de la crise</b>	Évaluation mais non repérées	Repérée, pas dans son urgence	Non repérée, moins d'évaluation
<b>Mesures préventives en cours</b>	Absentes	Présentes	Absentes

*\*E6 : événement judiciaire dans les 15 jours, E7 : changement des conditions d'incarcération dans les 15 jours, E8 : situation de menaces réelles ou ressenties.*

Ainsi on constatait selon chaque profil une situation différente, homogène dans le groupe, en terme de repérage et de prise en charge de la crise suicidaire. Ces profils montraient qu'il ne s'agissait donc pas nécessairement de crises suicidaires non repérées. Une amélioration des compétences était donc possible tant au niveau du repérage du risque suicidaire (premier et troisième profil) que du niveau d'urgence de la crise en cours (deuxième profil). Une étude autrichienne<sup>200</sup> sur 220 dossiers de cas de suicide retrouvait aussi des améliorations à trouver en termes de repérage, d'évaluation et de prise en charge.

## Répartition des informations sur les personnes décédées

L'analyse des informations disponibles sur les personnes décédées, selon les sources de ces informations (professionnels, dossiers écrits, des différents services pénitentiaires et médicaux) avait permis de repérer les points suivants :

-La quantité d'informations sur les facteurs de risque de suicide était en moyenne assez proche d'un service à l'autre.

<sup>200</sup> Fruehwald S., Frottier P., Matschnig T., Eher R., et al. The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry* 18.4 (2003): 161-165.

-Les informations étaient plus partagées entre la détention et les SPIP, qui sont deux services pénitentiaires. Les taux de recouvrement des informations entre deux services étaient inférieurs à environ 50% dans un quart des cas, quel que soient les services concernés.

-Les informations sur le risque et la crise suicidaire existaient mais leurs répartitions étaient hétérogènes. Elles étaient contenues dans différents dossiers, connues de différents professionnels mais leur partage demeurait limité. Il pouvait donc être difficile pour un professionnel d'avoir une vision globale de la personne pour évaluer son potentiel suicidaire.

-La répartition de ces informations par service gardait par contre une cohérence selon le type de facteurs de risque concernés, en regard du rôle et de la place de ce service. Dans quelques cas, cette répartition était plus paradoxale. Il s'agissait essentiellement de la présence d'expertises psychiatriques jointes au dossier du greffe, qui faisait conclure à une meilleure connaissance des facteurs de risque psychiatriques par les équipes de détention.

## Représentations des professionnels

Les professionnels des différents services de la détention, des SPIP et des services médicaux (somatiques comme psychiatriques), 49 participants au total, ont été interrogés sur la perception qu'ils avaient de leurs possibilités d'intervention dans la prévention du suicide en prison.

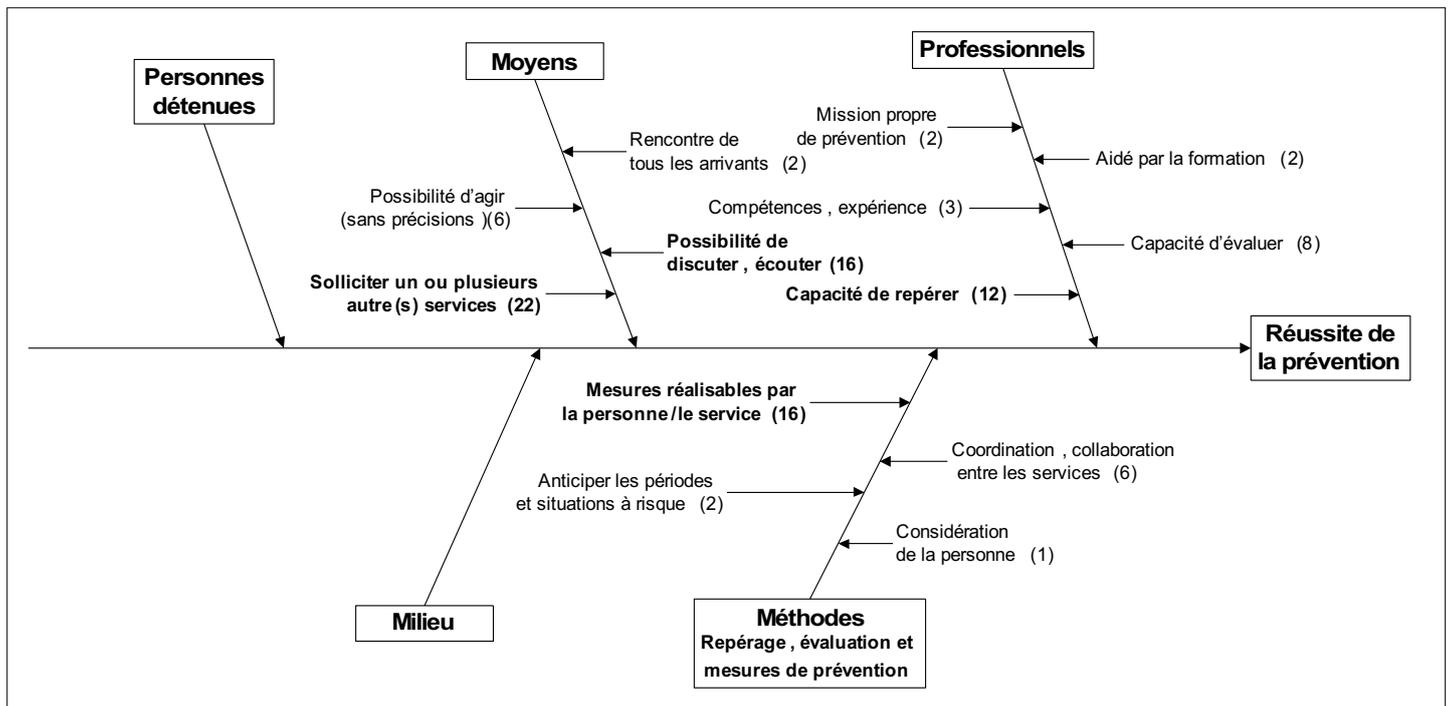
Une échelle visuelle analogique leur était proposée pour coter ce niveau possible d'intervention pour eux-mêmes et pour les professionnels des autres services. Cette échelle permettait l'obtention d'un score entre 0 et 10. Que ce soit pour l'ensemble ou par service, les moyennes étaient comprises entre 5,45 et 6,20 sur 10 et 75 % des réponses étaient supérieures à 5 pour l'ensemble.

Nous avons ensuite analysé les différents arguments que les professionnels nous ont donnés pour expliquer leur choix de positionnement du curseur (196 énoncés), en les regroupant par secteur et nous avons réalisé des diagrammes d'Ishikawa<sup>201</sup> (figures n°1 et 2) pour rendre compte de leurs réponses en les répartissant selon les « 5M » (Matériel, Méthodes, Milieu, Main d'œuvre, Matière), les plus fréquentes étant plus internes (en gras dans les diagrammes).

---

<sup>201</sup> Thomas, A., et al. Revue de mortalité-morbidité en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide ». *L'Encéphale* 36 (2010) : D32-D40.

Figure n°1 Classement des facteurs favorisant la prévention selon les professionnels du milieu pénitentiaire<sup>202</sup>

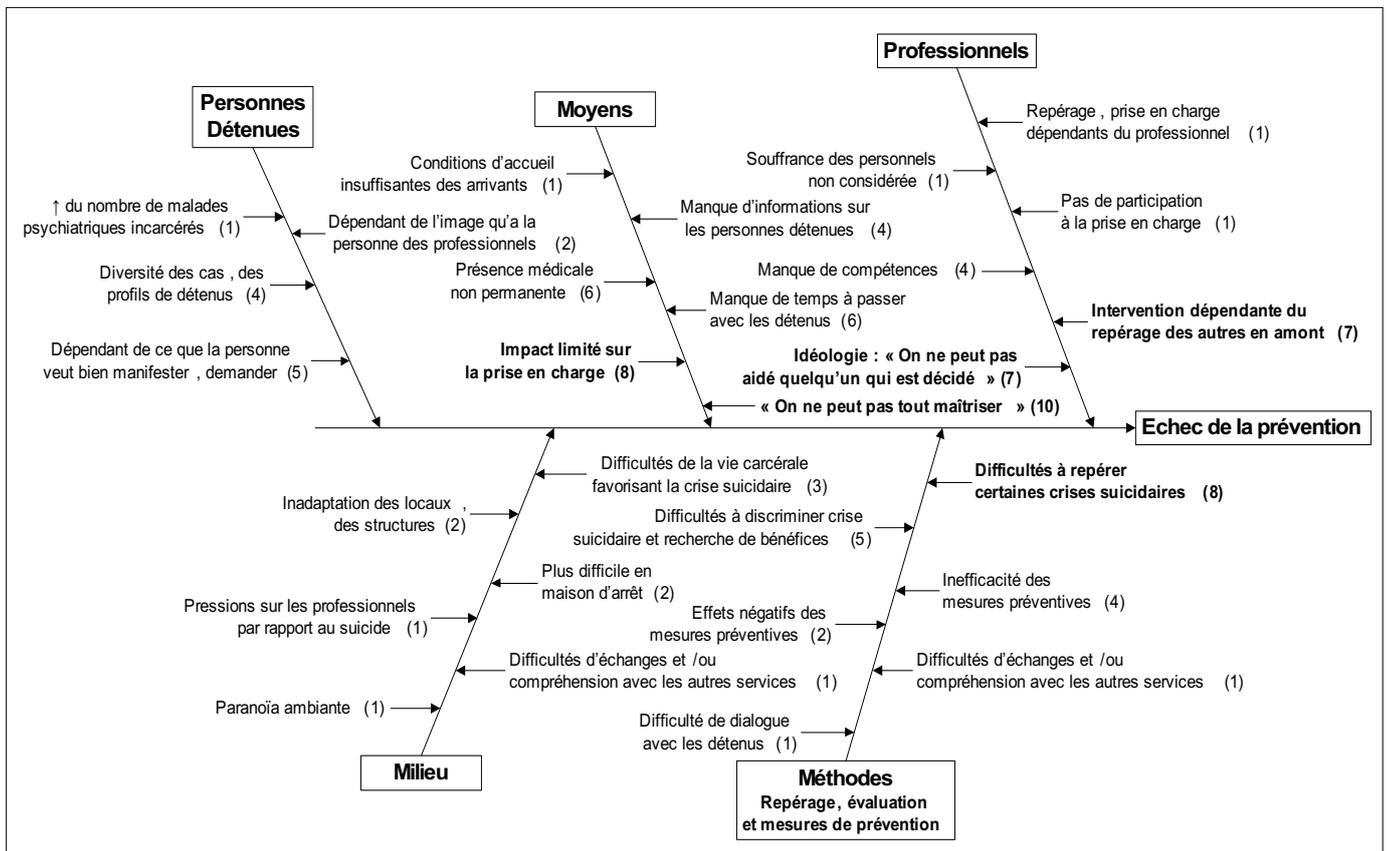


S'il y avait autant de facteurs énoncés pour les facteurs favorisant et limitant, ils étaient moins variés, plus concentrés pour les facteurs favorisant et n'incluaient alors pas d'éléments pour les personnes détenues et pour le milieu. Les facteurs limitants prédominaient dans la catégorie des moyens. Les arguments les plus fréquents étaient : le vécu de cloisonnement avec l'impression d'un impact limité sur la prise en charge (au sens d'un espace d'intervention réduit), d'être dépendant des autres ; des difficultés dans le repérage évoquant le problème des différentes formes ou présentations que prend la crise suicidaire ; une idéologie persistante sur le fait de ne pouvoir aider quelqu'un de décidé. L'énoncé le plus fréquent est celui de l'impossibilité de tout maîtriser.

Ces arguments faisaient échos au cloisonnement observé pour les données, aux améliorations possibles en termes de repérage et d'évaluation. Les deux derniers arguments ont tous les deux la fonction de ne pas responsabiliser les professionnels, une composante défensive donc, la première s'appuyant sur une fausse croyance.

<sup>202</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

Figure n°2 : Classement des facteurs limitant la prévention selon les professionnels du milieu pénitentiaire<sup>203</sup>



Eléments de réflexion suite à ce recueil

Ce travail nous a conduit tout d'abord à interroger la faisabilité de l'autopsie psychologique prônée par le rapport INSERM<sup>204</sup>. En effet le fractionnement de l'information et la multiplicité des interlocuteurs internes et externes malgré l'unité de lieu rendrait ce travail très complexe et long, et donc coûteux également. Il est donc nécessaire que d'autres approches pour la recherche sur la prévention du suicide en prison soient envisagées.

<sup>203</sup> Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

<sup>204</sup> *Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées*. INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008.

En reprenant les différents profils décrits dans ce travail et la manière dont leur crise suicidaire avait ou non été repérée, nous avons pu noter qu'une amélioration des pratiques était envisageable à chaque niveau du travail de prévention : l'évaluation systématique et répétée du risque suicidaire, le repérage de la crise suicidaire, la caractérisation du niveau d'urgence de la crise repérée. Cela ne peut que renforcer l'importance de la formation des professionnels, initiale et continue, et le travail sur les protocoles et les pratiques. Il faut que les différents types de crises suicidaires puissent être considérés, pas uniquement la crise suicidaire ancrée dans le syndrome dépressif.

Les pratiques concernant la prévention du suicide dans les 7 établissements visités pour ces 18 cas étaient aussi très hétérogènes : rondes de surveillance spéciale à des fréquences variant de 30 min à 2h, réunions pluridisciplinaires à des rythmes hebdomadaires ou mensuels, etc. Aussi si les grandes lignes des outils et moyens à développer pour la prévention sont précisés par la politique nationale, leur application est très hétérogène, ainsi qu'en avaient déjà rendu compte le rapport Terra et la commission Albrand. Cette hétérogénéité est due pour partie au fait que les établissements varient beaucoup même lorsqu'ils sont de même nature (maison d'arrêt, centre pénitentiaire,...) dans leur architecture, leur règlement, etc. Mais cette hétérogénéité n'est pas toujours une souplesse d'adaptation et il nous a paru en réalisant ce travail, qu'elle était aussi la faille par laquelle, une perte d'investissement et/ou d'efficacité de ce travail de prévention pouvait se produire. Nous avons notamment relevé le risque qu'une application essentiellement administrative des mesures de prévention puisse se produire.

La position de chercheuse sur ce sujet sensible - amenant même à ce que nous soyons appelée « Mme Suicide » dans certains établissements lors de nos visites – nous a permis aussi d'appréhender la souffrance et l'ampleur des réactions défensives des différents professionnels tout autant pénitentiaires que médicaux. Il s'agit alors de se défendre de la crainte d'une culpabilité purement émotionnelle, voire médico-légale étant donnée les pressions contemporaines dans ce domaine.

Il faut dire que de manière générale, la pression au sujet des suicides en prison est colossale. La médiatisation est constituée essentiellement d'un décompte des décès ; elle porte rarement sur les efforts des équipes pénitentiaires et médicales. La question est bien souvent de savoir à qui la faute. Comment, dès lors, oser poser les questions qui peuvent troubler, gêner, après un décès

par suicide, comment même oser revenir en arrière sur le cheminement qui a conduit à ce geste ultime ?

Pourtant, pour peu qu'un espace de parole protégé s'ouvre, tout un chacun en détention a son mot à dire sur le suicide en prison et sur la manière ou pas de le prévenir.

Il faut dire que l'affaire est très complexe. Certes les personnes détenues subissent leur détention ; tout est rythmé sans qu'ils aient leur mot à dire ; tous leurs déplacements sont suivis et orchestrés. Cependant, particulièrement en maison d'arrêt, ils passent la grande majorité de leur journée dans leur cellule. Les professionnels qu'ils rencontrent ne passent finalement que peu de temps avec eux. Ainsi pouvoir les connaître au-delà de leurs situations socio-professionnelles, de leurs problèmes de santé et de leur étiquette judiciaire prend beaucoup de temps.

## Orientation vers l'étude EPSuDe

Ayant mis de côté la perspective d'un travail d'autopsie psychologique pour la prévention du suicide en prison, s'est posée la question d'aborder le sujet par l'angle de la clinique suicidaire en prison, peu étudiée elle-même. D'autres auteurs ont souligné la nécessité de passer d'études de données épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide à des travaux plus focalisés : « *We need to understand why most prisoners do not self-harm and why some who harm themselves are propelled towards suicide whereas others are not. The answers to these questions do not necessarily sit with further examination of over-represented groups, but instead could be studied by focusing on process, including specific investigation of prisoners from groups with enhanced vulnerabilities—eg, inmates who are foreign nationals, or people with neurodevelopmental problems, including those with learning difficulties.* »<sup>205</sup>

Ainsi plutôt que d'étudier le suicide a posteriori, il s'agissait dès lors d'envisager un travail auprès des personnes incarcérées et de les mobiliser sur la question de la prévention.

Cela demandait un changement complet de l'approche. Ce travail initial était de circonscrire le suicide à l'aide d'éléments apportés par d'autres. Le travail envisagé portait quant à lui de la

---

<sup>205</sup> Forrester A, Slade K. Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. *Lancet*. 2014 Mar 29;383(9923):1109-11.

personne détenue pour rendre compte de sa psychologie sur ce sujet, de ses interactions avec l'extérieur, en particulier dans le cadre de mesure de prévention du suicide, de réponses apportées à la crise suicidaire. Sachant qu'aucun facteur favorisant la prévention cité par les professionnels n'était rattaché aux personnes incarcérées ou au milieu, il pouvait être utile d'étudier la prévention de ces deux points de vue.

L'intérêt premier et le plus concret serait alors d'évaluer des aspects du dispositif de prévention auprès des utilisateurs du dispositif, ce qui permet par là même d'éprouver la théorie, la clinique de la crise suicidaire en prison sur laquelle se fonde le dispositif. Nous adoptons ainsi un axe de travail avec une approche évaluative axée sur les processus et la théorie du programme, qui « *s'intéresse aux effets positifs ou négatifs du programme, mais il cherche aussi à comprendre les mécanismes en cause dans ces effets* »<sup>206</sup>. En effet, en dehors des aspects techniques et structurels d'un programme de prévention, la théorisation du problème visé par le programme, les concepts sous-jacents aux actions entreprises demeurent souvent implicites. Ils peuvent ne pas être partagés par tous ; ils peuvent rencontrer des résistances. C'est tout l'intérêt de ce type d'approche évaluative. « *La théorie est donc tout au plus implicite dans les pratiques et les discours des intervenants et gestionnaires. L'évaluateur de programmes fait œuvre de découvreur, et non pas d'inventeur (Rossi et al., 1999), dans la gestation d'un rejeton qui devra finalement être reconnu par ses parents.* »<sup>207</sup>

C'est à partir de ce changement d'orientation que le projet d'étude EPSuDe s'est constitué.

## **La constitution du protocole EPSuDe**

Le protocole a été élaboré dans une première version plus complexe, validé par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (CCTIRS) mais rejeté tel quel en Comité de protection des personnes. Il a été retravaillé pour mieux cibler ses objectifs quitte à restreindre le nombre de paramètres étudiés. Cela s'est fait en même temps qu'un changement de promoteur de l'étude. Nous ne présenterons ici que le protocole final, celui de l'étude réalisée.

---

<sup>206</sup> Chagnon F La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. pp11-12.

<sup>207</sup> Daigle M. L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p32.

Ce protocole a été élaboré par l'équipe de recherche : le Pr Jean-Louis Terra, le Dr Guillaume Giret et nous-même, mais pas uniquement bien sûr. Plusieurs personnes ont été consultées pour aboutir à ce projet et nous les remercions encore vivement : le Dr François Chapuis (Hospices Civils de Lyon), le Pr Monique Seguin (Laval, Québec), le Pr Jean-Hugues Chauchat (Lyon 2), le Dr Marie Sautereau (SMPR, CH Le Vinatier), Mme Franca Annani (Direction de la maison d'arrêt de Lyon Corbas), ainsi que le comité de pilotage sur la prévention du suicide en prison de la direction de l'administration pénitentiaire.

## Objectifs de l'étude

Partant donc de l'idée d'un travail auprès des personnes incarcérées, nous avons décidé de proposer ce travail dans un site, la Maison d'Arrêt de Lyon Corbas, du fait des liens avec l'équipe du SMPR de l'établissement. Nous avons ensuite défini dans le cadre de la prévention du suicide, les objectifs fixés pour ce travail.

### L'objectif principal

Le premier objectif de l'étude a été formulé ainsi :

***Evaluer le dispositif de prévention du suicide à la maison d'arrêt de Lyon Corbas par les personnes détenues incarcérées depuis un mois.***

La prévention demeurant centrale et n'ayant pas encore été évaluée auprès des personnes détenues en dehors des taux de suicide et de tentatives de suicide, l'objectif principal devait la concerner pleinement. Le but est d'obtenir l'avis et le point de vue des personnes incarcérées sur l'utilité des différentes mesures de ce dispositif de prévention telle qu'il est organisé localement.

Nous avons choisi la population des arrivants, car il s'agit d'une population qui bénéficie d'une attention particulière quant au risque suicidaire avec des mesures de prévention qui devraient être identifiables, dont les personnes détenues peuvent se rendre compte. Les personnes arrivant composent une population plus à risque que la moyenne des personnes détenues. L'accès à cette population est de plus rendu plus simple par son passage systématique en quartier spécifique que nous décrirons plus loin.

## Les objectifs secondaires

Deux autres objectifs ont été retenus :

**-N°1 *Estimer la connaissance et le recours au dispositif de prévention du suicide en prison à la maison d'arrêt de Lyon Corbas après un mois d'incarcération.***

Ainsi, en dehors de l'utilité perçue concernant les mesures de prévention, cet objectif vise à savoir si les personnes avaient repéré au préalable ces mesures et si elles y ont eu recours.

**-N°2 *Identifier l'évolution des crises suicidaires sur le premier mois de manière rétrospective chez les personnes qui ont eu des idées suicidaires et/ou fait une tentative de suicide, et les facteurs les influençant.***

Hors la prévention, étant donné le peu de travaux sur le suicide en détention, il nous paraissait essentiel de travailler aussi sur la crise suicidaire d'un point de vue clinique, au-delà de sa considération comme une simple variable dans les réponses concernant les mesures de prévention.

## Les méthodes

Pour réaliser ces objectifs, des critères d'évaluation ont été retenus.

### Le critère d'évaluation de l'objectif principal

Pour l'objectif principal, le critère d'évaluation a été défini ainsi : Appréciation de chaque mesure du dispositif de prévention du suicide par les personnes détenues incarcérées depuis un mois à l'aide d'une échelle de Likert.

Ainsi les mesures de prévention sont décrites oralement à la personne qui peut poser des questions au besoin. Elle dispose de la liste des mesures et doit donner son opinion sur la mesure en cochant une des options suivantes : pas utile, peu utile, utile, très utile et extrêmement utile voire impérative.

Les mesures de prévention ciblées sont les suivantes :

1-Limitation dans toute cellule des points d'attache auxquels quelqu'un pourrait essayer de se pendre.

- 2-Rechercher chez toute personne détenue arrivant l'existence de facteurs de risque de suicide, la présence d'idées de suicide.
- 3-Tenues régulières de commissions pluridisciplinaires.
- 4-Formation spéciale des professionnels de la prison à mieux repérer et prendre en charge les personnes détenues suicidaires.
- 5-Avoir plus de discussions avec les surveillants, les chefs.
- 6-Que mes proches à l'extérieur puissent communiquer avec l'administration pénitentiaire.
- 7-Etre doublé en cellule.
- 8-Avoir une prise en charge psychiatriques et/ou psychologique.
- 9-Avoir un accès facilité, accéléré à des activités (loisirs, travail, culte, recevoir des visiteurs de prison,...).
- 10-Pouvoir bien communiquer avec l'extérieur : famille, compagne, amis, avocat.
- 11-Augmentation du nombre de ronde de surveillance à ma cellule.
- 12-En cas d'idées suicidaires majeures, être installé dans une cellule spéciale pendant un ou quelques jours pour m'empêcher de faire une tentative de suicide.

## Les critères d'évaluation des objectifs secondaires et autres variables

Pour ces derniers, plusieurs critères d'évaluation ont été retenus :

Pour l'objectif secondaire n°1 tout d'abord, celui sur la connaissance et l'utilisation du dispositif de prévention, il s'agissait des critères suivants :

-Pourcentages de personnes rapportant connaître l'existence d'un dispositif de prévention et de personnes étant capable de citer au moins 3 mesures du dispositif, sur l'ensemble de la population étudiée.

-Pourcentages de personnes qui rapportent avoir eu recours au dispositif de prévention et de personnes qui pensent avoir bénéficié d'une aide via le dispositif de prévention, parmi les personnes de l'échantillon qui annoncent avoir eu des idées suicidaires et/ou réalisé une tentative de suicide.

-De plus, on laisse la possibilité au participant de proposer des idées de mesures préventives.

Pour l'objectif secondaire n°2 sur la crise suicidaire lors du premier mois d'incarcération, les critères sont les suivants :

-Variation de l'intensité des pensées/actes suicidaires au cours du mois en distinguant J0, J7 et J28. En effet, les études sur le suicide en prison montrent un pic de fréquence lors du premier mois d'incarcération, et dans ce premier mois, plus particulièrement lors de la première semaine. De plus ces jours sont assez repérables a posteriori : le jour de l'arrivée, à une semaine où ils sont encore au quartier arrivant (le travail de remémoration peut être aidé par le lieu d'hébergement puisqu'ils partent après 8 à 12 jours en détention classique) et le jour ou presque de l'entretien.

-Verbalisation des facteurs ayant concouru à ces variations d'après les participants.

-Passation de l'inventaire des raisons de vivre de Linehan à l'ensemble des participants. Cet inventaire permet de repérer les considérations, les valeurs qui viennent s'opposer au suicide. Il a été utilisé sur d'autres populations permettant d'observer d'éventuelles différences chez les personnes détenues. Si l'échantillon le permet, il sera utile aussi de chercher des différences chez les participants à l'étude entre ceux qui ont traversé ou non une crise suicidaire et fait une tentative de suicide ou non.

En complément de ces critères d'évaluation, certaines variables paraissaient essentielles à l'analyse des résultats étant donné leur rôle comme facteurs de risque de suicide et ont donc été ajoutées au contenu du recueil :

-La situation pénale : primo-incarcération en général et primo-incarcération dans cette maison d'arrêt, statut de prévenu ou condamné et type d'infraction concernée par l'incarcération en cours.

-Le questionnaire M.I.N.I. test utilisé afin de dépister les troubles psychiatriques potentiels de la personne interrogée, variable importante dans la question du risque suicidaire notamment.

## Les outils et moyens choisis

### *Les critères de recrutement des participants*

Les critères d'inclusion servaient uniquement à recruter des participants dans le cadre défini par l'objectif et étaient au nombre de deux :

- Hommes majeurs,
- Incarcérés (prévenu ou condamné) à la maison d'arrêt de Lyon Corbas et encore présents dans l'établissement à un mois (28 jours +/- 2 jours) d'incarcération.

Les critères d'exclusion étaient aussi réduits au nombre de deux :

- Absence de maîtrise de la langue française écrite et parlée ;
- Personne arrivée sur l'établissement après transfèrement d'un autre établissement, c'est-à-dire des personnes qui ne sont en fait pas au début de leur incarcération. Ceci n'exclut pas par contre des personnes sous mains de justice en placement extérieur par exemple et qui réintègrent la prison.

### *L'analyse principale - Appréciation de chaque mesure du dispositif de prévention du suicide*

Le critère de jugement principal utilise une échelle à 5 points de Likert permettant d'apprécier chaque mesure de prévention avec des réponses cotées -2 -1 0 1 ou 2, pour coter, respectivement, les réponses : pas utile, peu utile, utile, très utile et extrêmement utile voire nécessaire. Pour chaque mesure de prévention, cela permet de calculer une moyenne  $m$  de ce score, comprise entre -2 et 2, ainsi qu'un écart type  $s$ . L'intervalle de confiance à 95% de cette moyenne est calculé par la formule suivante,  $n$  étant le nombre de participants :

$$IC95 = (1.96 * s) / \text{racine de } n.$$

### *L'analyse de l'objectif secondaire n°1 - connaissance et utilisation du dispositif de prévention*

Cette analyse a compris un calcul des fréquences suivantes :

- Personnes rapportant connaître l'existence d'un dispositif de prévention,
- Personnes étant capable de citer au moins 3 mesures existantes,

- Personnes de l'échantillon qui annoncent avoir eu des idées suicidaires et/ou réalisé une tentative de suicide,
- Personnes qui rapportent avoir eu recours au dispositif de prévention parmi les personnes de l'échantillon qui annoncent avoir eu des idées suicidaires et/ou réalisé une tentative de suicide,
- Personnes qui pensent avoir bénéficié d'une aide via le dispositif de prévention parmi les personnes de l'échantillon qui annoncent avoir eu des idées suicidaires et/ou réalisé une tentative de suicide.

Pour chacune de ces fréquences, on a précisé l'intervalle de confiance à 95%. Nous avons utilisé la formule :

$$F \pm 1,96 * \text{racine} [ F*(1-F) / (n-1) ],$$

où F est la proportion de "oui" dans l'échantillon.

En complément, nous avons recensé les idées de mesures de prévention proposées par les personnes interrogées elles-mêmes en distinguant les différents énoncés, le nombre de fois où ils sont cités et éventuellement les différents types d'action concernés.

### *L'analyse de l'objectif secondaire n°2 - Caractéristiques de la crise suicidaire*

#### *Le niveau d'urgence suicidaire*

Concernant l'évolution des idées suicidaires, on utilise une échelle issue de l'évaluation RUD (Risque, Urgence, Dangereusité) qui permet de situer l'urgence de la pensée suicidaire, pour chacun des 3 temps du premier mois d'incarcération : J0, J7 et J28. Inspirée de la graduation de l'urgence suicidaire de Morissette et Corbeil<sup>208</sup>, les différents niveaux, utilisés dans les formations à la prévention du suicide, sont :

- Pas d'idées suicidaires ou sur la mort, pas d'humeur triste
- Tristesse, sans idées suicidaires ou sur la mort
- Pensées autour de la mort, sans idées de suicide
- Idées suicidaires fluctuantes, non permanentes, sans moyen précis ni projet déterminé

---

<sup>208</sup> Morissette P. and Corbeil SC. Le suicide : démythification, intervention, prévention. Centre de prévention du suicide de Québec, 1984.

- Idées suicidaires permanentes et/ou idées sur les moyens de le faire ; sans projet déterminé
- Idées suicidaires avec élaboration d'un projet précis pour le faire (méthode, obtention des moyens de le faire,...)
- Idées suicidaires avec planification pour la réalisation du projet suicidaire
- Tentative de suicide commencée ou réalisée

Un score est attribué à chacun de 0 à 7, score croissant avec l'importance et l'urgence de l'état suicidaire. Ainsi nous avons établi une moyenne avec dispersion des variables. Nous avons recherché s'il existait des différences entre J0 et J7, et, J7 et J28 avec un test de Student.

Est ensuite demandé aux participants quels facteurs ont influencé l'évolution de cet état en distinguant les éléments ayant majoré l'idéation suicidaire de ceux qui l'ont apaisée.

Nous avons prévu de calculer le nombre d'énoncés récurrents, de procéder à une analyse du contenu des énoncés.

L'Inventaire des Raisons de Vivre de Linehan

Nous avons choisi aussi d'utiliser l'Inventaire des raisons de vivre de Linehan<sup>209210</sup>. Cet auto-questionnaire permet de solliciter les participants sur ce qui est important pour eux comme valeurs personnelles, comme croyances religieuses, comme investissement social et familial, par le prisme de la pensée suicidaire, de l'idée de suicide tout du moins (Annexe n°2).

Marsha M. Linehan est une docteure en psychologie américaine qui a la particularité d'être diagnostiquée borderline (après avoir été hospitalisée à 17 ans en psychiatrie pour des troubles sévères alors étiquetés schizophrénie). Elle a travaillé sur les personnalités borderline, la suicidologie et les conduites addictives. Elle a alors développé une technique de psychothérapie cognitivo-comportementale spécifique au trouble de personnalité borderline (*Dialectical Behavior Therapy*) reconnue pour son efficacité. Cet auto-questionnaire est aussi son œuvre.

Six sous-échelles composent l'inventaire des raisons de vivre : Croyances en la survie et en ses capacités à survivre, Préoccupations en rapport avec les enfants, Responsabilité envers la

<sup>209</sup> Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54: 276-86.

<sup>210</sup> Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory/Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.

famille, Objections morales, Crainte du suicide, Crainte de la désapprobation sociale. Le questionnaire comprend 48 énoncés à la première personne que le participant qualifie chacun de tout à fait important (+++), très important (++) , plutôt important (+), plutôt pas important (-), pas important (--) ou pas important du tout (---).

Les réponses aux items sont converties en une valeur numérique pour être analysées comme une échelle de Likert à 6 points.

L'inventaire est conçu pour des personnes qui pensent au suicide. Nous l'avons proposé systématiquement à tous en demandant aux personnes non suicidaires de s'imaginer dans cette situation. Tout d'abord parce qu'il fallait parfois aller au bout de l'entretien pour que certains parlent de leurs pensées suicidaires ou leurs pensées sur la mort, ensuite pour savoir s'il y avait des différences selon la présence d'idées suicidaires actuelles ou présentes dans la cotation des items.

#### *L'analyse des variables*

Connaissant le sexe des participants, nous avons complété par leur âge le jour de l'entretien.

Pour la situation pénitentiaire et pénale, nous avons choisi des questions fermées : demander si les personnes étaient primo-incarcérées en général et sur l'établissement, si les personnes étaient condamnées ou prévenus, pour quel type d'infractions. Comme nous l'avons vu, certains statuts pénitentiaires et judiciaires sont plus à risque que d'autres.

Pour la présence des troubles psychiatriques, variable essentielle dans le cadre d'un travail sur les conduites suicidaires, nous avons choisi d'utiliser le Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)<sup>211</sup>, version 5.0.0 traduite en français (Annexe n°3). Il s'agit d'un questionnaire structuré à visée diagnostic qui permet d'identifier les troubles suivants selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10 : troubles de l'humeur, risque suicidaire, troubles anxieux dont l'état de stress post-traumatique, troubles obsessionnels, troubles psychotiques, abus et dépendances, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité antisociale. Sa passation prend de 20 à 40 minutes.

---

<sup>211</sup> Sheehan D., Lecrubier Y., Shenan KH. et al. (1989). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiat*, 59(20): 22-33.

Le nombre de sujet

Initialement, le nombre de participants visé était de 65 personnes.

En effet, pour chaque mesure, les réponses à l'échelle de Likert seront cotées entre -2 -1 0 1 et 2. Une moyenne  $m$  comprise entre -2 et 2 est donc obtenue pour chacune, ainsi qu'un écart type  $s$  dont le maximum ne pourra dépasser 2. L'intervalle de confiance à 95% de cette moyenne sera calculé par la formule suivante,  $n$  étant le nombre de participants :

$$IC95 = (1.96 * s) / \text{racine de } n.$$

Si l'on considère un  $s$  maximum de 2, pour un échantillon de 65 personnes, l'IC95 serait alors de 0.49. Cette marge d'erreur maximum de +/- 0.49 devrait nous permettre de situer de manière suffisamment satisfaisante la tendance de l'avis de la population interrogée pour chacune des mesures.

Les méthodes de recrutement et de recueil

Suivant les besoins du protocole ainsi avancé, nous avons défini les modalités du recueil de données et de recrutement des participants, en fonction des contraintes et des opportunités locales, liées aux caractéristiques et à l'organisation de la maison d'arrêt Lyon Corbas.

*Le recrutement*

Chaque semaine, le jour des entretiens, l'investigateur pouvait se rendre au quartier arrivants (QA) pour organiser une « audience collective » afin de présenter l'étude aux personnes détenues qui acceptaient de venir à cette audience. Les surveillants du QA devaient repérer parmi les personnes écrouées, celles qui étaient arrivées depuis le week-end, qui comprenaient le français et qui étaient disponibles à ce moment-là. Ils leur proposaient alors de venir à l'audience.

Lors de cette audience, l'investigateur présentait l'étude : objectifs, modalités de réalisation, principe de la participation (risques, bénéfices, anonymat, confidentialité), autorisations, équipe de recherche.

Les participants avaient la possibilité de poser leurs questions.

Ils étaient ensuite sollicités pour laisser leur nom et numéro d'écrou s'ils pensaient participer à l'étude. Une lettre d'information et une feuille de consentement leur étaient remises.

Trois semaines plus tard, l'investigateur vérifiait que ces personnes sont toujours incarcérées à la maison d'arrêt. Si tel est le cas, le secrétariat du SMPR leur adressait un courrier type rappelant le rendez-vous la semaine suivante et ils étaient inscrits sur la liste des consultations le jour J pour pouvoir être appelés.

Une semaine après, soit 4 semaines après l'audience collective, les participants étaient appelés. Ils pouvaient bien sûr refuser de venir, que ce soit par refus de l'étude ou parce qu'ils avaient autre chose à faire à ce moment-là (activités, parloirs,...).

S'ils venaient, un premier temps était consacré à la dispensation d'une nouvelle information sur l'étude et, si la personne était toujours d'accord, à la signature de la lettre d'information et du consentement.

L'entretien individuel de recueil de données pouvait alors débiter.

Le jour de la semaine choisi pour le recrutement comme pour le recueil a été le mardi. Ce jour pouvait convenir en pratique pour le SMPR et le QA, mais aussi cela permettait de proposer l'étude aux personnes arrivées entre le vendredi et le lundi et de ne pas avoir de biais de recrutement. En effet les personnes adressées sur l'établissement ces jours de semaine n'y sont pas orientées pour d'autres critères (par exemple, les personnes arrivant le mardi même sont uniquement à cette maison d'arrêt pour des raisons particulières, notamment la présence d'un SMPR, car elles doivent normalement être envoyées à la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône).

Ces modalités de recrutement laissaient envisager une dizaine de personnes concernées chaque semaine au QA, laissant la perspective de quelques entretiens à 4 semaines une fois passer les filtres de l'accord pour venir à l'audience, puis du consentement pour participer à l'étude, puis de la présence le jour J et enfin de la disponibilité au moment de l'appel...

Pour respecter confidentialité et anonymat, les personnes intéressées laissaient leur nom et numéro d'écrou alors inscrit sur un agenda spécifique. Un nom de code répertorié dans l'agenda leur était attribué si elles participaient bel et bien à l'étude. Ce code est le seul élément figurant

sur le carnet d'entretien. Le nom des participants figure aussi sur leur signature de consentement et d'information. Ces différentes pièces n'étaient pas conservées au même endroit. L'agenda et les consentements étaient conservés au SMPR alors que les carnets d'entretien étaient conservés hors de l'établissement.

### *Le recueil*

Le recueil consistait donc en un entretien unique structuré en plusieurs parties. Il était réalisé dans les locaux du service médical ou psychiatrique de l'établissement pénitentiaire à un mois de l'incarcération. Les réponses étaient reportées sur un carnet d'entretien spécifique, individuel et anonymisé (Annexe n°3).

L'entretien commençait par la dispensation d'une nouvelle information sur l'étude, ainsi que par la vérification et validation du consentement.

Ensuite le recueil de données à proprement parler pouvait débuter. Tout d'abord étaient recueillies quelques variables : âge, si l'incarcération était la première dans la vie de la personne et/ou la première dans cet établissement, si la personne était prévenue ou condamnée et enfin pour quel type d'infraction la personne est incarcérée actuellement.

Ensuite la personne était interrogée sur la présence d'idées suicidaires voire de tentative de suicide depuis l'arrivée. Si oui, un entretien semi-dirigé était réalisé, permettant de décrire avec la personne l'évolution de ses pensées suicidaires, en repérant en particulier de manière rétroactive, leur degré d'urgence à J0, J7 et J28 et en caractérisant les facteurs qui les avaient fait évoluer.

Pour tous les participants, l'auto-questionnaire d'inventaire des raisons de vivre de Linehan était proposé.

Les parties suivantes concernaient le dispositif de prévention du suicide en prison. On interrogeait d'abord la connaissance qu'a le participant de ce dispositif dans l'établissement. Puis on utilisait une échelle de Likert en 5 points pour lui permettre d'évaluer en auto-questionnaire différentes mesures de prévention, avec possibilité de commentaire.

Pour finir sur ce point, le participant précisait s'il avait eu lui-même recours au dispositif durant ce mois d'incarcération et si cela lui avait apporté une aide.

Enfin le questionnaire M.I.N.I. était utilisé en dernier afin de dépister les troubles psychiatriques potentiels de la personne interrogée.

L'entretien se terminait alors. Si un risque suicidaire actuel était présent, la personne devait être orientée vers une prise en charge adaptée. Si des troubles psychiatriques étaient retrouvés et relevaient de soins mais qu'aucune prise en charge n'existait, on orientait là aussi la personne vers les soins dont elle avait besoin.

La durée prévue de l'entretien était estimée entre 45 minutes et une heure.

## **Le promoteur et le financement**

### **Un changement de promoteur**

Comme évoqué plus haut, le projet a connu un premier protocole avant la version décrite ci-dessus. Ce premier protocole s'était fait en lien avec le CH Le Vinatier, Bron (69), en tant que promoteur avec des demandes d'autorisation adressées au CCTIRS et en CPP. Finalement à l'automne 2012, l'établissement n'a pas souhaité poursuivre et de son côté, le CPP n'a pas accepté le protocole dans son format initial.

Cela nous a permis finalement de reprendre le protocole, d'en affiner et limiter les objectifs pour une nouvelle version qui sera celle de l'étude EPSuDe. En termes de confrontation à l'exercice d'écriture d'un protocole de recherche, de réflexion sur le choix des outils, sur la méthode, sur l'organisation pratique du recueil en considérant les contraintes du milieu, cette réécriture imposée a été très formatrice.

La nouvelle version nous a permis de contractualiser la réalisation de l'étude avec le GFEP, le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, domicilié au CH Saint Jean de Dieu, Lyon (69), en tant que promoteur de l'étude.

L'étude a été enregistrée sous la référence : A.EPS-2013.

Si ces premiers obstacles ont été constructifs pour notre travail de recherche, ils ont par contre été coûteux en temps car cette étape impliquant de modifier le protocole et de changer de promoteur s'est déroulée sur une année environ entre 2012 et 2013.

## **Le soutien de la Direction de l'Administration Pénitentiaire**

Dès le début du projet, nous avons reçu le plein soutien de la Direction de l'Administration Pénitentiaire par l'intermédiaire de Mme Véronique Pajanacci. L'institution nous a alloué un budget de 10 000 euros permettant le financement de l'assurance, des impressions, des frais de déplacement et des frais de traitement des données.

Ce soutien s'est aussi manifesté dans l'accompagnement du projet de son élaboration à sa réalisation, en passant par les autorisations et changement de promoteur.

## **Les autorisations des institutions compétentes**

Notre étude comportait deux aspects sensibles. Tout d'abord s'agissant d'un travail comprenant un recueil et analyse des pensées suicidaires, ainsi qu'un dépistage des troubles psychiatriques, l'étude appartenait dès lors à la catégorie recherche biomédicale.

Ensuite les participants appartenaient à la population carcérale, statut qui implique une protection particulière en cas de recherche biomédicale (Article L1121-6 du Code de la Santé Publique).

Aussi plusieurs autorisations étaient requises : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (pas de déclaration simplifiée) après avis premier du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (CCTIRS), Comité de Protection des Personnes (CPP), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), ainsi que des deux établissements concernés : la maison d'arrêt de Lyon Corbas et le CH Le Vinatier dont dépend le SMPR.

## Le CCTIRS et la CNIL

S'agissant de la population carcérale, une déclaration simplifiée de recherche biomédicale n'était pas possible. Il a fallu adresser un dossier parti en mai 2013 au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) qui doit donner un avis favorable préalable avant que le dossier puisse être soumis à la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le CCTIRS a rendu un avis favorable en date du 11 juillet 2013 (Annexe n°4).

Le dossier pour la CNIL a ensuite été constitué et adressé. La CNIL doit répondre dans un délai de deux mois, renouvelable une fois, l'absence de réponse indiquant le rejet de la demande.

En l'absence de réponse après 3 mois, nous avons pris contact avec leur service qui nous ont assuré du bon suivi du dossier qui était « en signature ». Après plusieurs réponses de ce type à nos appels répétés en l'absence de réponse officielle, nous avons adressé un premier courrier à la présidente de la CNIL. Suite à cela en décembre 2013, nous avons alors eu un contact avec la personne requise pour l'analyse de notre dossier, la responsable des dossiers concernant des personnes sous main de justice, qui nous a demandé des éléments complémentaires, adressés dans les jours qui ont suivi.

De nouveau, sans nouvelles et sans réponses à nos mails ou appels, nous avons écrit à la présidente. Finalement la personne responsable nous a rappelé et a enfin validé le dossier, nous permettant d'obtenir l'autorisation de la CNIL le 7 mars 2014 (décision DR-2014-090 (Annexe n°5)).

En accord avec la demande de la CNIL, le contrôleur général des lieux de privation et de liberté a été informé du lancement de l'étude avant son commencement par courrier postal recommandé.

## Le CPP

Le dossier a été adressé au Comité de Protection des Personnes Sud-Est 6 qui nous a demandé quelques modifications et précisions avant de donner son avis favorable en date du 22 juillet 2013 (Annexe n°6).

## L'ANSM

Le dossier a été adressé à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en même temps que pour le CPP et le CCTIRS. Toutes les recherches biomédicales qu'elles comportent ou non l'étude de substances chimiques ou de dispositifs médicaux doivent passer par cette instance aussi.

Là aussi nous n'avons pas eu de réponses dans les mois qui ont suivi.

Nous avons finalement pu joindre leur service pour apprendre qu'ils avaient bien trace de la réception du dossier par voie postale mais que personne ne l'avait retrouvé. Il était donc perdu, nous imposant de reprendre l'ensemble du dossier pour le renvoyer.

Nous avons finalement reçu une autorisation en date du 19 décembre 2013 (Annexe n°7). Néanmoins elle ne nous est pas parvenue et c'est en rappelant en janvier que nous avons appris la nouvelle et reçu un duplicata.

## La Maison d'Arrêt Lyon Corbas

Depuis le début du projet, la Maison d'arrêt de Lyon Corbas a affirmé son intérêt pour ce travail et a contribué à permettre sa réalisation.

Etant donné la longueur des autres procédures et le turn-over dans le milieu pénitentiaire, nous avons eu la chance que Mme Franca Annani directrice adjointe ait été présente et référente du début à la fin. Par contre au niveau du quartier arrivant et du gradé responsable de l'ensemble des quartiers spécifiques dont le quartier arrivant et le SMPR, nous avons collaboré avec 3 équipes d'encadrement différentes.

## Le CH Le Vinatier

Le CH Le Vinatier qui s'était retiré de la fonction de promoteur a signé une convention permettant au nouveau promoteur et à l'équipe de recherche de réaliser l'étude au SMPR.

## **Conclusion**

Le choix du sujet de l'étude est donc issu de travaux précédents et du constat de l'absence d'étude mobilisant la population cible du dispositif de prévention, les personnes détenues. Nous avons rencontré nombre de difficultés pour obtenir les autorisations, pour des raisons a priori purement administratives malheureusement cumulées. Il a fallu maintenir l'intérêt des équipes concernées à Lyon Corbas et préserver l'enthousiasme initial.

Avant de rendre compte de la réalisation du recueil de données et de leur analyse, nous allons décrire la maison d'arrêt.

# Réalisation du recueil des données

Avant que nous n'abordions l'analyse des données recueillies en entretien dans le prochain chapitre, il est essentiel de présenter le lieu de ce recueil de données, la maison d'arrêt de Lyon Corbas puis les conditions de réalisation de l'étude.

## La Maison d'Arrêt de Lyon Corbas

Une maison d'arrêt est un établissement pénitentiaire qui reçoit des prévenus (personnes détenues en attente de jugement) ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine n'excède pas deux ans lors de leur condamnation définitive.

La maison d'arrêt de Lyon Corbas est récente puisque son activité a débuté en mai 2009. Construite en remplacement des prisons de Lyon (Perrache, constituée de Saint-Paul et Saint Joseph, et Montluc) qui pour être situées au cœur de la ville, étaient anciennes (XIX<sup>ème</sup> siècle) et très vétustes.

La nouvelle prison a été construite en périphérie lyonnaise dans la zone industrielle de la municipalité de Corbas. Bien plus excentrée donc, elle est accessible en bus depuis le métro ou le centre de Lyon, à une heure des gares SNCF.

## L'établissement

La structure offre une capacité d'accueil de 690 places réparties en :

- trois quartiers hommes de 180 places chacun ;
- un quartier femmes de 60 places ;
- un quartier de 60 places réservées aux arrivants ;
- 30 places d'hébergement au sein du service médico-psychologique régional (SMPR), c'est-à-dire le service psychiatrique de la prison qui est un service du centre hospitalier Le Vinatier.

Durant la période du recueil de données, la maison d'arrêt accueillait 2127 entrants. Entre avril et décembre 2014, il y avait 1223.9 personnes incarcérées en moyenne sur ces 10 mois<sup>212</sup>.

Les professionnels, les intervenants bénévoles, les familles entrent par l'entrée piétonne. Le poste de sécurité de l'entrée, comme tous les principaux postes de sécurité, est fait de vitres teintées qui ne permettent pas de distinguer le personnel de surveillance qui s'y trouve. Les personnes venant rendre visite aux parloirs à des personnes incarcérées n'entrent pas en même temps que les autres. Ils sont regroupés, accueillis d'abord dans un bâtiment extérieur près de l'entrée où interviennent aussi des bénévoles pour informer, favoriser l'accompagnement. Ils entrent ensuite, subissent un contrôle d'identité, de ce qu'ils amènent et ils sont guidés du bâtiment de l'entrée jusqu'à celui des parloirs par un chemin en extérieur spécifique délimité par le mur de la prison et un grillage. Les professionnels et bénévoles entrent par un chemin se trouvant de l'autre côté du grillage. Se présente en premier lieu le bâtiment administratif. Pour poursuivre vers les autres bâtiments, il faut passer un nouveau poste de contrôle, carrefour entre différents services :

-parloirs avocat,

-UCSA (service médical) et SMPR,

-Quartier arrivant où toute personne mise à l'écrou est en premier lieu hébergée pour environ 8 jours dans un cadre plus spécifique pour un temps d'adaptation et d'observation

-Quartiers des hommes,

-Quartier des femmes,

-Quartier d'isolement où sont hébergées des personnes soient dangereuses, soient en danger au milieu des autres du fait de leur statut, des faits reprochés,

-Quartier disciplinaire où les activités sont strictement limitées, où l'enfermement est maximum, et qui constitue une peine prononcée (au maximum 45 jours) pour raison disciplinaire par l'établissement après un passage en commission.

Pour se rendre vers la détention pour les hommes, il faut repasser par l'extérieur dans une zone où se trouve les bâtiments de la détention mais aussi le gymnase, le terrain de sport, les accès aux ateliers, cuisine, blanchisserie, etc. Dans les quartiers de détention, se trouvent les cellules

---

<sup>212</sup> Chiffres délivrés par l'administration de la maison d'arrêt.

sur plusieurs étages mais aussi des salles d'activité, de musculation, des espaces bibliothèques, salons de coiffure, des antennes médicales.

Chaque quartier dispose de sa cour de promenade sécurisée et surveillée.

Les cellules sont individuelles mais peuvent être doublées. Elles comprennent un bloc sanitaire (douche, WC, lavabo) délimité par une petite porte ne comblant que partiellement l'ouverture qui n'est pas orientée vers le reste de la pièce. Elles sont équipés d'un petit mobilier : lit, armoire, bureau, chaise et télévision. Le chauffage est au sol. Chaque cellule a une fenêtre avec des barreaux doublés d'un caillebotis.

## Le quartier arrivant

De nombreuses maisons d'arrêt ont mis en place des quartiers spécifiques pour accueillir les personnes arrivant sur l'établissement. Lorsqu'il n'y a pas de quartier proprement dit, un regroupement sur le même secteur de détention a été instauré.

Cette démarche a pour objectif de favoriser l'adaptation des personnes détenues à l'incarcération, de permettre un temps d'observation afin de mieux repérer les profils des uns et des autres, notamment les situations de fragilité ou de dangerosité. Cette évaluation a des conséquences sur les modalités d'installation en détention ensuite.

Chaque établissement a ses particularités organisationnelles, architecturales, liées aux professionnels, etc. Aussi allons-nous décrire le quartier arrivant et la procédure d'accueil de ces arrivants à la maison d'arrêt de Lyon Corbas. Nous avons pu bénéficier d'une présentation du quartier par l'équipe de détention qui y travaille et passer la journée avec eux au mois de décembre 2012, avant la réalisation de l'étude.

## Le parcours de l'arrivant

Chaque personne incarcérée à la maison d'arrêt était tout d'abord hébergée au quartier arrivant. Avant d'être installée en cellule, la personne était accueillie par le greffe où elle recevait des informations sur la maison d'arrêt. Le personnel du greffe pouvait recourir à SOS médecins dès l'arrivée si l'état de la personne requiert une prise en charge urgente et qu'elle est écrouée hors

ouverture des services médicaux. L'enregistrement au greffe marquait la mise à l'écrou avec attribution d'un numéro d'écrou.

Une fois mise sous écrou, la personne subissait une fouille au corps, de manière obligatoire. L'équipe que nous avons rencontrée à Corbas nous expliquait que ce moment est très déshumanisant. Si la personne le permettait par sa coopération, ils essayaient de limiter le nombre de personnes présentes, et d'expliquer, avant de la faire, comment elle se déroulait, et dans quels buts. Si la personne s'y opposait par contre, ils étaient amenés à l'y contraindre physiquement. Par ailleurs s'il existait des traces de violence, de coups sur son corps, elles étaient notifiées par écrit. Il s'agit là, pour eux, d'éviter que la personne accuse ultérieurement la prison d'être à l'origine de ses blessures.

L'arrivant passait également par le service du vestiaire où étaient enregistrées et conservées les affaires qu'il avait sur lui à son arrivée (depuis sa garde à vue, son audience au tribunal,...).

Il était ensuite reçu au quartier arrivant. Des premières informations lui étaient données sur le fonctionnement du quartier arrivant et le fait qu'il sera reçu plus longuement en audience avec le gradé le lendemain. Il recevait un trousseau avec des sous-vêtements, des « claquettes », un nécessaire de toilette, un nécessaire d'entretien pour sa cellule, un plateau et couverts pour les repas et un kit couchage pour son lit. Il bénéficiait aussi toujours, quelque soit l'heure d'un repas chaud. Un état des lieux était réalisé avant l'entrée en cellule, sachant que toute dégradation conduira à un dédommagement et une fiche inventaire est complétée.

Parfois ces premières informations étaient délivrées de manière groupée, à plusieurs arrivants en même temps, lorsqu'il y avait beaucoup d'arrivées la nuit.

Le lendemain, si besoin il pourra aussi avoir des vêtements et des chaussures.

Le lendemain de leur arrivée, le premier entretien se fait avec un Conseiller d'Insertion et de Probation. Après les arrivants sont reçus systématiquement sur l'UCSA pour un entretien infirmier puis une consultation médicale. L'après-midi, ils sont reçus par un des gradés du quartier arrivant. Le SMPR est sollicité au besoin par la détention, l'UCSA.

Lors de son audience auprès du gradé, la personne reçoit une information orale sur le fonctionnement du quartier arrivant, la durée de son séjour dans ce quartier et la manière dont s'organise la suite de sa détention. Les personnes restent 8 jours au minimum avant d'être placé en détention classique, sauf autre indication (SMPR, quartier d'isolement,...) ou transfert sur un autre site, notamment la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône afin de « désengorger »

l'établissement. Ces transferts sont annoncés la veille après-midi pour le lendemain matin. Cependant les personnes détenues correspondant au profil des personnes transférées sont prévenues à l'avance que cela pourra être une possibilité.

On lui explique aussi qu'elle va rencontrer différents intervenants en plus du CIP et des services médicaux pour le travail et les formations, la scolarité, le culte, etc.

Pour cette audience, les gradés prenaient connaissance si ce n'était déjà fait de la notice du juge, document complété par le juge qui permet notamment de signaler un état de détresse, de suicide, la nécessité d'une consultation médicale en urgences etc. Mais ces documents étaient difficiles à utiliser car ils étaient remplis de manière très différente selon les juges. Ainsi l'équipe nous a montré 3 exemplaires de notices rédigées par un même juge qui avait coché pour les personnes écrouées de cette même journée les mêmes items exactement en écrivant les mêmes remarques à côté.

Il est fréquent que les personnes demandent une nouvelle audience. Elles reçoivent beaucoup d'informations d'un coup et des questions viennent souvent plus tard. Lors des entretiens auxquels nous avons assistés les questions judiciaires étaient récurrentes notamment pour les procédures d'appels pour les personnes condamnées.

Ces audiences se compliquaient fréquemment pour les étrangers qui ne parlaient pas français ou très peu. Il était alors difficile de leur donner des informations et réciproquement difficile d'en obtenir. Le comportement, la présentation seront les outils principaux pour déterminer si quelqu'un va mal psychologiquement. Toute personne parlant la langue peut être sollicitée : un agent, un autre détenu, etc., avec les limites alors de ce que la personne voudra bien dire devant un tiers. L'entretien était alors très abrégé contrairement à une personne qui maîtrise la langue. L'équipe essaye de regrouper les personnes de même origine en cellule puis dans les bâtiments lors du transfert en détention.

Les gradés étant plusieurs dans leur bureau, il n'était pas rare que l'audience se fasse avec le collègue en train de travailler à côté. Par contre, ils ne reçoivent pas deux personnes en audience au même moment.

Il existait un processus de labellisation concernant la traçabilité de la prise en charge de la personne détenue dans le cadre du « parcours arrivant ». Ce parcours était réalisé par le service du greffe, du vestiaire et du quartier arrivant. Il comprenait la réalisation d'un certain nombre de procédures dont le repérage du risque suicidaire. Il existait au niveau national un cahier des charges à adapter aux moyens locaux.

Les arrivants recevaient aussi des brochures d'information dont le guide de la DAP « Je suis en détention », disponible aussi en ligne<sup>213</sup>, existant dans plusieurs langues, et un guide spécifique à la maison d'arrêt. Dans le premier figure un paragraphe sur la prévention du suicide, pas dans le second. Des extraits figurent en annexe n°7.

### L'observation-évaluation de la personne détenue

Cette observation-évaluation utilisait le support offert par le Cahier Electronique de Liaison (CEL). Le greffe y inscrivait d'emblée des éléments dans différents modules, dont déjà celui de l'état de santé et des antécédents médicaux. Le quartier arrivant le complétait également durant le séjour, de même ensuite que le faisaient les équipes de détention. Le SPIP complétait certaines parties comme les ressources de la personne, si elle travaillait avant l'incarcération, avait un logement avant d'être écrouée. Ils pouvaient ajouter des observations sur l'état de la personne et ils rédigeaient une synthèse de la première audience au quartier arrivant.

Il existait dans ce logiciel une partie dangerosité et vulnérabilité. Elle prenait en compte la situation pénale de la personne, les antécédents d'incarcération que rapportait la personne, les antécédents psychiatriques (hospitalisation, prises en charge, tentatives de suicide, traitements,...) qu'elle voulait bien indiquer, sa situation sociale, la recherche de facteur de vulnérabilité (handicap, affaire médiatisée par exemple), sa situation administrative (par exemple étranger avec risque d'extradition).

Une autre partie concernait la prévention du suicide. Ils relevaient l'existence d'une situation irrégulière, la présence d'un soutien familial, amical, le risque au niveau du statut judiciaire, pénitentiaire, au niveau sanitaire (toxicomanie, antécédents suicidaires et d'automutilations, observation de signes évoquant des troubles anxieux, dépressifs, délirants, de l'agitation, de

---

<sup>213</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Je\\_suis\\_en\\_detention\\_V6\\_juillet2015\\_opt.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Je_suis_en_detention_V6_juillet2015_opt.pdf)

l'agressivité et si la personne se déclare spontanément suicidaire). Si un certain risque était repéré, le SMPR était alerté.

Toute personne de la pénitencier pouvait compléter le CEL. Tout le monde n'avait pas les mêmes habilitations et les mêmes niveaux d'accès mais chacun pouvait prendre connaissance d'un certain nombre de données permettant une circulation des informations et une traçabilité.

Le logiciel permettait également de s'adresser des messages, des remarques.

Ensuite selon les professions d'autres logiciels étaient utilisés permettant de développer là les données propres au service concerné et qui n'avaient pas vocation à être partagées.

Si la personne était repérée comme fragile, elle était d'emblée doublée en cellule. Si elle semblait souffrir d'un trouble psychiatrique plus délirant ou présentait une agitation, elle était installée en cellule seule.

L'équipe notait qu'il pouvait autant y avoir des personnes initialement calmes dont la tension, voire l'agitation, allait apparaître secondairement, et inversement des personnes très agitées, angoissées à l'arrivée qui s'apaisaient ensuite. Ils devaient donc rester attentifs aux comportements, à la présentation des uns et des autres.

Il existait une surveillance spéciale des personnes incarcérées au quartier arrivants avec 4 rondes de nuit, environ toutes les deux heures donc, ce qui est plus qu'en détention classique où 2 rondes par nuit sont réalisées (sauf en cas de rondes supplémentaires si une surveillance spéciale est instaurée). De plus la personne était doublée en cellule si suicidaire, sauf si le fait d'être avec quelqu'un d'autre est trop angoissant, auquel cas ils la laissaient seule mais avec le *deal* qu'elle ne portât pas atteinte à elle-même.

Une fois par semaine, le mercredi, la commission pluridisciplinaire unique se réunissait afin de déterminer l'affectation des personnes détenues au quartier arrivant. C'était là qu'elles étaient réparties par catégorie :

P1 pour les personnes ne posant pas de problèmes,

P2 pour les personnes fragiles, vulnérables,

P3 pour les personnes suicidaires,

P4 pour les personnes présentant une agressivité, pouvant être problématique et

P5 pour les personnes particulièrement dangereuses, voire DPS (Détenus Particulièrement Surveillés).

Le mardi, les gradés préparaient la réunion en relevant leurs avis sur les personnes concernées.

Le DPU : dispositif de protection d'urgences

Il existait au quartier arrivant des CProU, ces cellules de protection d'urgences, sécurisées, sans point d'arrimage avec du matériel inflammable, draps indéchirables et vêtements jetables qui se déchiraient en de mise en tension. Elles étaient rarement utilisées. Elles pouvaient l'être pour toute personne incarcérée à la maison d'arrêt, homme ou femme, ce qui peut compliquer les mouvements dans le quartier arrivant. Parfois aussi les personnes installées dans ces cellules criaient, ce qui favorisait une majoration des angoisses et du stress des nouveaux arrivants.

L'équipe exprimait d'emblée leur résistance avec ce système car les personnes qui y étaient installées étaient souvent angoissées par ce transfert. Le dispositif est très restrictif et leur paraissait violent d'une certaine manière. Par contre, ils reconnaissaient que les passages réguliers imposés par le dispositif permettaient souvent de bien discuter avec la personne et qu'il existait un apaisement dans un deuxième temps. Ils repéraient aussi que pour des personnes qui utilisaient la menace suicidaire dans la relation à la détention, cette réponse permettait d'éviter une surenchère en posant une limite.

Ainsi on retrouvait des vécus proches, nous semblait-il, des mises en chambre d'isolement pratiquées en hôpital psychiatrique.

La population du quartier arrivant

Le jour de la visite en décembre 2012, 49 personnes étaient hébergées au quartier arrivants, avec une moyenne sur cette période de 26 arrivants par semaine. Le QA avait reçu 1275 personnes depuis le mois de janvier soit 11 mois. L'année la plus chargée depuis l'ouverture de l'établissement était justement 2009 l'année d'ouverture avec 1149 personnes sur 8 mois (ouverture en mai), quand il y en a eu 1561 sur l'année 2010. Au moment de la visite, le QA avait reçu 4659 personnes depuis l'ouverture de l'établissement.<sup>214</sup>

---

<sup>214</sup> Les données ont été fournies par la direction de la maison d'arrêt.

Une des conséquences d'un taux d'occupation allant au-delà des capacités d'accueil était l'accès fortement ralenti aux activités pour les arrivants en détention.

Les mardis et jeudis, les personnes qui étaient mises sous mandat de dépôt depuis les tribunaux lyonnais étaient adressées à la maison d'arrêt de Villefranche S/Saône directement sauf cas particuliers (notamment l'existence de troubles psychiatriques nécessitant des soins du fait de l'existence d'un SMPR à Corbas et non à Villefranche). Les autres jours, elles étaient écrouées à la maison d'arrêt de Lyon Corbas.

Il existait une population de personnes détenues particulières au quartier arrivants : les personnes incarcérées dans un autre établissement qui étaient transférées à Corbas le temps de leur procès dans les tribunaux lyonnais par exemple. L'équipe ne les connaissait pas comme ils peuvent l'être sur leur établissement d'affectation. Pourtant, le procès est une période sensible qui nécessitait une attention là aussi toute particulière.

### L'architecture du quartier arrivants

Le QA est constitué de deux étages comprenant chacun deux allées.

Passée la grille d'entrée du QA, se trouvaient sur la droite le bureau du gradé adjoint du QA et celui du gradé responsable des trois quartiers. Les personnes détenues étaient reçues sur audience, mais le bureau se trouvant ouvert sur l'entrée du quartier, les détenus les sollicitaient souvent directement lors de leurs passages. Autant que possible, elles essayaient de répondre à leurs questions ou tout du moins de proposer de les recevoir plus tard.

Sur la gauche de l'allée, en face du bureau des gradés se trouvait le bureau des surveillants.

En face au bout de l'allée se trouvaient des bureaux d'audience (entretiens SPIP, médicaux, etc) et l'escalier qui permet d'accéder au deuxième étage dont l'agencement des cellules était similaire.

Face à ces portes, se trouvait de chaque côté, derrière une nouvelle grille, une allée avec des cellules de chaque côté. Il y a les cellules classiques, les cellules des détenus occupant les

fonction d'auxiliaires qui étaient 4 à travailler au QA, et les CProU. Il y avait aussi quelques locaux pour le matériel d'entretien, pour les kits arrivants.

### Eléments d'organisation du quartier arrivants

Comme en détention classique, les journées se déroulaient au rythme des repas, des promenades (une par jour). Les mouvements de personnes détenues avaient lieu entre les périodes de repas. Les mouvements avaient surtout comme objet les visites médicales, les entretiens avec les CIP, les gradés, avec les représentants des cultes religieux, avec les personnes s'occupant du travail, du scolaire et des formations, les parloirs avocats.

Il y avait aussi une session sport par semaine.

Pour un détenu qui avait de multiples besoins comme : faire appel/voir ou contacter son avocat, faire récupérer des affaires au vestiaire, joindre ou faire joindre quelqu'un de la famille qui se retrouvait dans une situation délicate,... Il pouvait être très difficile de comprendre et retenir comment s'occuper de toutes ces démarches. Il leur fallait aussi une capacité certaine de patience et de tolérance à la frustration. Il leur fallait comprendre les différents paramètres : heure de levée du courrier, personne à qui l'adresser. Par exemple pour faire appel, cette personne pouvait être le greffe ou l'avocat selon le contexte, pour quelque chose mis au vestiaire, c'était la cour d'appel ou l'avocat si la personne n'avait pas passé la période d'appel, sinon c'était la direction de l'établissement, etc.

L'équipe de détention du quartier arrivant travaillait également au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire. Les agents, 17 au total, changeaient tous les mois de quartier.

Concernant la prévention du suicide, l'équipe se montrait critique sur la formation suicide d'autant que les agents venaient de s'y rendre. Ils critiquaient notamment le fait que les mises en situation ne correspondaient pas à leur pratique au quotidien, par exemple : exercice en situation d'audience alors qu'ils n'en font pas. Ils faisaient la formation car elle était obligatoire pour toute personne qui travaillait dans cette équipe, mais ils la validaient pour cette obligation non parce qu'ils la trouvaient utile, pour ceux du moins que nous avons rencontré ce jour-là.

## Les mesures de prévention à Corbas

Douze mesures ou actions tournées vers la prévention du suicide en prison étaient utilisées dans l'étude. Elles étaient recommandées dans la politique de prévention du suicide en prison au niveau national ainsi que nous en avons parlé dans le chapitre sur ce thème. Il convient de préciser comment elles se déclinaient en général et/ou à Corbas en particulier.

*1-La limitation dans toute cellule des points d'attache auxquels quelqu'un pourrait essayer de se pendre.*

Ce principe a été pris en compte déjà dans la construction de l'établissement et des cellules en particulier. Les cellules étant individuelles initialement, avec la surpopulation carcérale, il a fallu augmenter l'accueil des personnes détenues et ajouter des dispositifs de lits superposés qui limitent l'impact de cette démarche.

*2-La recherche chez toute personne détenue arrivant de l'existence de facteurs de risque de suicide, de la présence d'idées de suicide.*

Cette approche a été décrite dans le parcours arrivant ci-dessus.

*3-La tenue régulière de commissions pluridisciplinaires uniques (CPU).*

Il s'agissait d'une réunion de la direction pénitentiaire avec les responsables administratifs, de la détention et des SPIP à laquelle étaient conviées des représentants des services médicaux, des aumôniers, des bénévoles, des intervenants extérieurs pour les activités proposées dans l'établissement. Elles permettaient d'échanger sur des situations sensibles, y compris donc au sujet de personnes suicidaires ou à haut risque. Il s'agissait de signaler aux autres les personnes repérées comme étant dans ces situations, de solliciter éventuellement une surveillance particulière ou l'intervention des autres professionnels. Ces réunions n'impliquaient pas une levée du secret professionnel.

A la maison d'arrêt de Corbas, les CPU étaient mensuelles pour l'établissement, hebdomadaires pour le QA.

Nous avons pu assister à l'une de ses commissions le 3 juin 2014 sur invitation de la direction. Etaient présents : des représentants de la direction de la détention, des chefs de

bâtiments/quartiers, du SPIP, du SMPR, des aumôniers, des visiteurs, de l'association de l'accueil des familles. La commission recensait les personnes sous surveillance pour risque suicidaire ou les personnes nouvellement signalées. Les objectifs consistaient à maintenir, retirer ou inclure dans le dispositif de surveillance les personnes concernées selon le risque suicidaire retenu par les équipes des différents services.

La réunion permettait de parler de chaque personne : son état de santé psychique, physique (avec plus de difficultés en l'absence de représentant de l'UCSA), les antécédents de gestes suicidaires et d'automutilations, ses relations familiales et avec l'entourage, sa situation financière, ses projets, sa situation judiciaire et pénitentiaire. Le but était de déterminer la présence d'un risque suicidaire, ce qui passait par le repérage d'une fragilité, d'une souffrance, ou la verbalisation de propos suicidaires,

Il se produisait dans quelques cas une véritable découverte d'informations entre professionnels. Il existait parfois des avis divergents, plus ou moins argumentés par les professionnels (sans qu'on ne puisse alors savoir s'il s'agissait de l'absence d'éléments supplémentaires connus ou d'une discrétion due au secret professionnel). Cela permettait une discussion sur les éléments connus pour jauger le risque avant que la direction de détention ne tranchât.

En cas de doutes, l'analyse de la situation était renvoyée en commission intermédiaire avec un maintien sous surveillance d'ici là.

En cas de signalement encore peu documenté en éléments cliniques, la prudence restait de règle avec un maintien dans le dispositif.

*4-La formation spéciale des professionnels de la prison à mieux repérer et prendre en charge les personnes détenues suicidaires.*

Ainsi que nous l'avons vu, la formation est systématique dans la formation initiale des professionnels de la pénitentiaire. Elle existait en formation continue et était requise pour tout agent travaillant dans les quartiers spécifiques.

*5-Le fait d'avoir plus de discussions avec les surveillants, les chefs pour un détenu repéré à haut risque.*

Cette mesure ne faisait pas l'objet d'un protocole spécifique sur l'établissement en dehors de l'installation en CProU.

*6-Le fait que les proches d'une personne détenue à haut risque puissent communiquer avec l'administration pénitentiaire.*

Il existait des possibilités d'appels de la direction directement, de liens via l'accueil des familles, lieu où il y avait aussi une boîte aux lettres.

*7-Le doublement en cellule.*

Cette pratique était assez systématique dans tous les établissements pénitentiaires. Aussi la question du doublement était systématiquement envisagée mais pas automatique, et pouvait donc être adaptée au contexte, à la relation existant avec la personne détenue concernée.

*8-La prise en charge psychiatrique et/ou psychologique.*

La maison d'arrêt de Lyon Corbas a la particularité de disposer d'un SMPR, donc d'une équipe de soins en psychiatrie pluridisciplinaire, avec la présence systématique d'un psychiatre et la possibilité d'installer des personnes détenues en hébergement au SMPR. Il existait donc un accès facilité aux soins psychiques. Cependant en dehors de l'urgence, il existait un délai de rendez-vous, d'environ un mois durant la période du recueil de données.

En dehors d'une situation avec risque suicidaire élevé et urgent, situation où une intervention peut se faire sans le consentement de la personne (dispositif CProU, hospitalisation sous contrainte), l'accès à des soins impliquait soit une demande de la personne elle-même, soit une demande via un interlocuteur qui repérait le besoin de prise en charge et pouvait pousser voire accompagner pour sa réalisation.

*9-L'accès facilité, accéléré à des activités (loisirs, travail, culte, recevoir des visiteurs de prison, ...).*

Cette mesure ne faisait pas l'objet d'une pratique protocolisée. Elle pouvait être discutée en Commission Pluridisciplinaire Unique.

*10-Le maintien de la communication avec l'extérieur : famille, compagne, amis, avocat.*

Cette mesure ne faisait pas l'objet d'une pratique protocolisée. Elle pouvait aussi être discutée en Commission Pluridisciplinaire Unique.

*11-L'augmentation du nombre de rondes de surveillance à la cellule de la personne concernée.*

A Corbas, ces rondes complémentaires étaient limitées à un passage doublé la nuit, donc toutes les 2 heures environ. Le surveillant qui exécutait sa ronde devait s'assurer du bon état de santé de la personne surveillée à l'œil et s'il ne pouvait être certain ainsi de son état de santé, en entrant dans la cellule pour réveiller la personne.

*12-En cas d'idées suicidaires majeures, l'installation de la personne dans une cellule spéciale (CProU) pendant un ou quelques jours pour l'empêcher de faire une tentative de suicide.*

Cette mesure, le dispositif de protection d'urgence, a été décrite dans le chapitre sur le quartier arrivant puisque ces cellules s'y trouvent. Elle imposait une évaluation médicale minimum par 24h.

Notons qu'en 2015, il était prévu de débiter la mise en place de codétenu de soutien.

Après avoir ainsi décrit certaines caractéristiques de la prison de Lyon Corbas et les moyens dont elle disposait pour le sujet qui nous intéresse, nous allons maintenant préciser les modalités du recueil de données.

## **Déroulement du recueil de données**

### Organisation du recueil

L'étude a eu lieu du 15 avril 2014 au 27 janvier 2015. Nous nous sommes rendus tous les mardis à la maison d'arrêt, en commençant par les audiences collectives au quartier arrivant. Puis les entretiens ont commencé 4 semaines plus tard, soit le 13 mai 2014, avec un total de 30 jours de recueil de données. A partir de là, les entretiens étaient réalisés le matin et la première partie d'après-midi, dans les locaux du SMPR, et l'audience collective en fin d'après-midi au quartier arrivant (début entre 16h30 et 17h).

Le tableau n°7 rend compte du nombre de personnes rencontrées, de personnes volontaires, encore présentes le jour J et participant au final à l'étude, ou au contraire celles n'étant finalement pas venues. Nous avons calculé un taux de volontariat (personnes de l'audience collective se déclarant intéressées et laissant leurs noms), un taux de présence (personnes présentes dans l'établissement le jour dit parmi les volontaires) et un taux de participation (personnes participant à l'étude parmi celles présentes au jour de l'entretien).

Nous avons réalisé 30 jours de recueil, dont 5 à 0 entretiens malheureusement, en ayant allongé la durée du recueil prévu sur 6 mois initialement, du fait d'un nombre d'entretiens inférieur à ce qui était attendu (1,83 en moyenne pour 2 à 3 dans nos prévisions).

Tableau n°7 : Compte-rendu de la participation des personnes détenues aux différentes étapes du recueil de données

	Date des entretiens	N participants à l'audience collective	N volontaires à l'audience collective	N présents au jour des entretiens	N participants aux entretiens	N refus	N bloqué ou occupé	N autres	Commentaires	Taux de Volontariat	Taux de Présence	Taux de Participation
J1	13/05/2014	9	6	5	4	1	0	0		66,67%	83%	80%
J2	20/05/2014	4	4	3	2	1	0	0		100%	75,00%	66,67%
J3	27/05/2014	6	3	0	0	0	0	0		50%	0%	/
	03/06/2014	audience annulée (grève)			0							
J4	10/06/2014	7	3	3	2	0	0	1		42,86%	100,00%	66,67%
J5	17/06/2014	5	5	3	3	0	0	0		100%	60%	100%
J6	24/06/2014	7	5	3	3	0	0	0		71,43%	60%	100%
J7	01/07/2014	4	4	3	2	0	0	1	1 des 4 volontaires n'a pas été retrouvé par le nom ou le n° d'écrou	100%	75,00%	66,60%
	08/07/2014	CA										
J8	15/07/2014	5	4	4	2	2	0	0		80%	100%	50%
J9	22/07/2014	4	4	3	3	0	0	0		100%	75%	100%
J10	29/07/2014	5	5	3	2	0	0	1	"autres" = 1 au QD	100%	60,00%	66,60%
	05/08/2014	CA										
	12/08/2014	CA										
J11	19/08/2014	3	3	3	0	1	1	1	pour "autres" = aucune info sur son absence	100%	100%	0%
J12	26/08/2014	6	6	5	3	1	1	0	1 occupé car il changeait de bâtiment	100%	83%	60%
	02/09/2014	CA										
J13	09/09/2014	6	4	3	1	1	0	1	1 arrivé 10 min après 1 autre : n'a pas attendu sur place et n'a pu revenir après.	66,67%	75,00%	33,33%
J14	16/09/2014	6	6	5	5	0	0	0		100%	83%	100%
J15	23/09/2014	5	4	3	2	1	0	0		80%	75,00%	66,67%
J16	30/09/2014	4	3	3	1	0	0	2	pas d'infos	75%	100,00%	33,33%
J17	07/10/2014	5	5	3	3	0	0	0		100%	60%	100%
J18	14/10/2014	8	1	0	0	0	0	0		12,50%	0%	/
J19	21/10/2014	2	2	1	0	0	0	1	pas d'infos	100%	50%	0%
J20	28/10/2014	5	5	1	0	0	0	1	parle trop peu français	100%	20%	0%
J21	04/11/2014	3	3	2	1	0	1	0	changement de cellule/bâtiment	100%	66,67%	50%
	11/11/2014	férié										
J22	18/11/2014	4	4	3	3	0	0	0		100%	75%	100%
J23	25/11/2014	5	4	4	3	0	0	1	"autres" = 1 au QD	80%	100%	75%
J24	02/12/2014	7	6	3	2	1	0	0		85,72%	50%	66,67%
	09/12/2014	pas de recrutement (férié)										
J26	16/12/2014	3	3	2	2	0	0	0		100%	66,67%	100%
	23/12/2014	CA										
J27	30/12/2014	6	6	3	1	1	0	1	pas d'infos	100%	50%	33,33%
J28	06/01/2015	1	0							0%		
J29	13/01/2015	3	3	2	1	0	1	0	avait aussi école	100%	66,67%	50%
	20/01/2015	CA										
J30	27/01/2015	5	4	3	2	1	0	0		80%	75%	66,67%
	Totaux	143	115	79	53	11	4	11				
	Moyennes	4,93	3,97	2,82	1,83	0,39	0,14	0,39		82,44%	67,32%	62,75%

## Les audiences collectives

Les équipes du QA ont été informées de l'étude et de notre venue tous les mardis par le biais de leur chef et un affichage dans leur poste de travail. Les surveillants présents proposaient l'audience aux personnes incarcérées depuis le week-end (excluant les transfèrements) et comprenant le français.

Même à une heure où les promenades étaient censées se terminer, il y avait souvent la moitié des personnes détenues du QA qui étaient encore en promenade (un des deux étages). Restaient donc celles de l'étage qui n'y étaient pas et ceux de l'autre étage qui n'étaient pas sortis. Les surveillants faisaient le tour des cellules pour proposer aux personnes de venir rencontrer un médecin au sujet d'une étude dans la prison. Le contenu de leurs propos présentant la réunion était variable selon les surveillants et nous ne l'entendions que rarement. Chaque personne restait libre de venir ou pas.

Le nombre de participants étaient très variables, entre 1 et 9, environ 5 en moyenne (tableau n°7). A chaque fois, nous accueillions les différents participants dans une pièce où nous étions tous autour d'une table, porte fermée (pas verrouillée) avec le poste des surveillants à quelques mètres.

Après nous être présentée, nous expliquions l'étude, ses objectifs, son mode de réalisation, ce qu'impliquait la participation et nous leur remettions un exemplaire de la lettre d'information et du consentement. Les personnes intéressées laissaient leurs noms, prénoms et numéros d'écrou pour être appelés 28 jours plus tard s'ils étaient alors d'accord pour participer, et toujours présents dans l'établissement.

Bien sûr, ce moment collectif était rarement une simple présentation de l'étude et générait régulièrement un débat ou des échanges sur le sujet du suicide ou encore de la psychiatrie et des conduites addictives, du système judiciaire et pénitentiaire, etc. Nous avons essayé de reporter certains éléments de ces échanges dans le carnet de bord de l'étude.

## Les entretiens

Le mardi à 3 semaines d'une audience collective, nous reprenions la liste des éventuels volontaires pour la semaine suivante, afin de savoir qui était encore dans l'établissement. Nous adressions un courrier type à ceux toujours présents pour leur rappeler l'étude, que les entretiens auraient lieu le mardi suivant et pour les solliciter à participer s'ils étaient toujours d'accord.

A J28, ils étaient appelés en rendez-vous au SMPR, rendez-vous qu'il pouvait refuser, auquel cas nous essayions toujours de savoir pourquoi si l'information était disponible.

Les entretiens se passaient en individuel, sans autre professionnel présent, dans une des pièces disponibles du SMPR. Le service était ouvert aux consultations de 9h à 12h et de 14h à 17h. Les entretiens ont duré pour la majorité entre 45 minutes et 1h30, et nous ont parfois amené à déborder un peu des horaires de consultations habituels ce qui était plus ou moins toléré selon

les surveillants présents. Avec quelques participants, ces rendez-vous ont duré deux heures, lorsque la personne avait des difficultés pour suivre l'entretien pour cause de digressions d'origine psychiatrique (agitation psychomotrice liée à de l'anxiété, de la dépression ou un trouble psychotique ou d'usage de toxique) ayant toujours conduit à un relais vers l'équipe psychiatrique du SMPR d'ailleurs.

Entre 0 et 5 personnes ont ainsi été reçues les mardis, environ 2 en moyenne et 53 au total (tableau n°7).

L'entretien commençait toujours par une nouvelle explication de l'étude comprenant les droits des personnes s'y prêtant. Si la personne était toujours d'accord, les documents (lettre d'information et consentement) étaient signés par les deux parties avec copie remise au participant. Ensuite l'investigateur complétait le cahier d'entretien avec le participant. Ce dernier remplissait seul les parties en auto-questionnaire, en présence de l'investigateur disponible pour ses questions. Pour ceux qui ne maîtrisaient pas assez bien la lecture et l'écriture, ces parties leur étaient lues et les réponses dictées étaient notées par l'investigateur.

En fin d'entretien, nous exposions aux personnes les résultats du M.I.N.I. ce qui permettait de leur délivrer une information sur les différents troubles psychiatriques qu'avait pu repérer le test. Pour les troubles passés, il s'agissait d'expliquer de quoi il s'agissait et d'informer des possibilités d'aide et de prise en charge en cas de réapparition des symptômes (état maniaque, trouble anxio-dépressif, etc). Pour les troubles actuels, une information sur les soins, les perspectives d'évolution des symptômes était dispensés. En cas de nécessité de prise en charge médicalisée, qu'il s'agisse d'un risque suicidaire ou non, un suivi au SMPR était proposé (et chaque fois accepté) – notons que certains étaient déjà en attente d'être reçus au SMPR ou étaient déjà suivis.

Enfin la personne était raccompagnée avec remise de la copie des documents de l'étude signés et remerciée pour sa participation. Régulièrement, les participants nous remerciaient aussi, ayant apprécié l'entretien, qu'il y ait ou non besoin d'une prise en charge psychiatrique.

## Événements intercurrents

La période de 6 mois de recueil prévue initialement a été augmentée en l'absence d'un nombre de participants suffisant. L'objectif initial de 65 n'a cependant pas été atteint mais le nombre obtenu permettait pour la majorité des mesures de prévention, d'obtenir une tendance franche d'évaluation de leur utilité par l'échantillon.

Durant cette période, une journée de recueil a été annulée du fait d'un mouvement de grève des surveillants, une autre est tombée sur un jour férié et 6 n'ont pas eu lieu du fait de nos congés (pas de recrutement en audience collective et/ou pas d'entretiens).

Une audience collective avait de manière anticipée été décalée dans son horaire mais malgré l'anticipation et les rappels, en fait, la salle n'était pas libre, obligeant à recevoir un par un les participants potentiels ce qui a été en fait délétère pour le recrutement.

Par ailleurs, en fin d'année 2014, du fait de lancement de travaux dans la prison, un quart du QA a été fermé pour y accueillir les personnes du quartier d'isolement, ce qui a réduit la capacité d'accueil et rigidifié les mouvements.

Les entretiens ont également été parfois perturbés. Un mardi matin tout mouvement a été bloqué pendant plus d'une heure dans l'établissement pour un exercice incendie. Une autre fois, le blocage matinal a eu lieu une partie de la matinée au QA. Un autre mardi, un blocage aura lieu dans l'après-midi au SMPR cette fois.

D'autres fois, ce sont des erreurs dans la retranscription des personnes que nous avons notées, impliquant que les participants n'apparaissent pas dans la liste des convoqués du jour. La lecture du carnet de bord permet aussi de constater que malgré un horaire de démarrage noté sur l'agenda à 9h et une présence effective à cet horaire, le plus souvent aucun participant n'arrivait au SMPR avant 10h voire 10h30. Idem l'après-midi, il était rare d'avoir quelqu'un avant 14h30 voire 15h pour un démarrage prévu à 14h.

L'optimisation de la venue des participants au SMPR était aussi très dépendante du surveillant responsable des allers et venues dans le service, de même que de ceux présents dans les bâtiments. La tenue du carnet de bord permet de constater des variations importantes dans l'intérêt et l'investissement des différents membres de l'équipe pénitentiaire. Cela a joué sur

l'appel et le nombre de rappels pour faire monter une personne, pour savoir pourquoi elle n'est pas là.

De même au QA pour les audiences collectives, nous avons vu comment le recrutement des participants a aussi été très dépendant des membres de l'équipe et/ou de leurs autres activités à ce moment-là.

Nous étions donc nous-même très dépendante des équipes pénitentiaires pour réaliser le recueil.

Ainsi et d'une certaine façon paradoxalement, les contraintes du milieu pénitentiaire rendaient plus difficiles l'organisation et la planification des rencontres avec les personnes incarcérées. Il était parfois impossible de savoir pourquoi quelqu'un ne venait pas en entretien.

## **Conclusion**

Le milieu carcéral n'est pas un milieu qui renvoie une image de fermeture lorsqu'on vient y travailler, contrairement à ce qu'on en attend. Par contre, les contraintes y sont pesantes pour tout un chacun. La quantité de barrières pour la réalisation de certains projets, de certaines activités et actions est telle qu'elle tend à limiter les initiatives et à brider le zèle. Ainsi nous n'avons jamais été mal accueillie mais régulièrement nous n'étions plus sur la liste des visiteurs à l'entrée par exemple et devions attendre que quelqu'un valide notre entrée dans l'établissement.

Ce cadre était aussi propice à la manifestation des résistances, car chacun peut se créer un espace de pouvoir, ne serait-ce que comme détenteur de l'information, tant chacun a ses prérogatives avec une communication très cloisonnée. Nous avons senti au-delà des différences dans la manière de travailler des uns et des autres que certaines personnes n'étaient pas motivées à accompagner notre démarche, que cela soit général ou du fait que cela ajoutait des tâches en plus ou enfin par réticence à cause du sujet. Ce cloisonnement favorisait aussi les vécus paranoïaques à défaut des relations interprofessionnelles de confiance.

C'est pourquoi ce recueil de données a été accompagné de son lot de frustrations et d'une certaine forme d'isolement.

# Résultats de l'étude EPSuDe

Comme nous l'avons vu précédemment 53 personnes ont donc participé aux entretiens individuels après avoir donné leur consentement éclairé.

Parmi ces 53 participants, tous ont répondu aux éléments requis pour le critère de jugement principal. Par contre, pour le M.I.N.I., les items n'ont pas été complétés par 2 personnes et l'ont été de manière partielle par 4 participants. L'intégralité des réponses des participants figurent en annexe.

## Les caractéristiques de l'échantillon

### Age

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 33,29 (médiane à 33,00) pour un écart type de 9,26 ans.

### Situation pénitentiaire

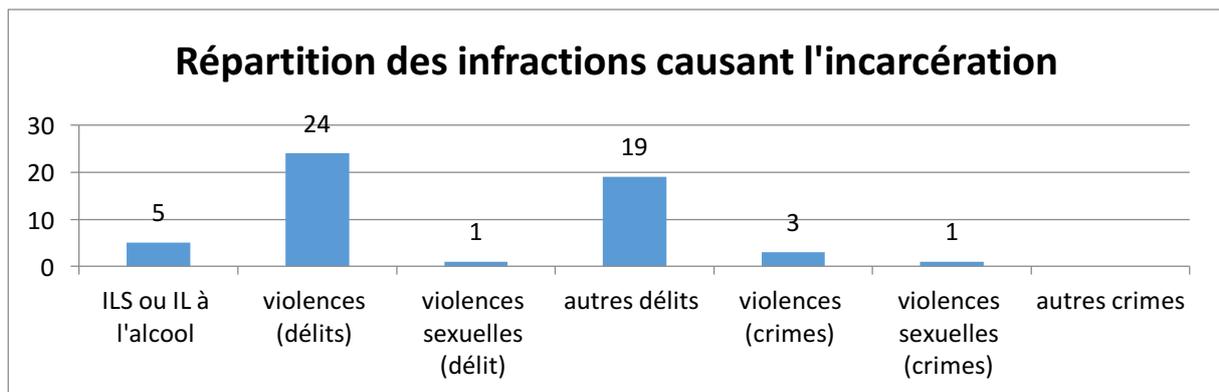
Parmi les 53 participants, un tiers (33,96%) était incarcéré pour la première fois et les trois quarts (75,47%) étaient incarcérés pour la première fois dans cet établissement.

### Situation pénale

Dans notre échantillon, 39,62% des participants étaient prévenus, 54,72% étaient condamnés et 5,67% étaient à la fois prévenus et condamnés.

Les infractions concernées par leurs situations judiciaires ont été catégorisées comme suit : Infractions liées aux stupéfiants ou à l'alcool ; Violences (délits) ; Violences (crimes) ; Violences sexuelles (délits) ; Violences sexuelles (crimes) ; Autres délits ; Autres crimes. Leur répartition est représentée dans la figure n°3.

Figure n°3 : Répartition des infractions à l'origine de l'incarcération en cours



### Présence d'idées suicidaires le premier mois

Vingt participants (37.74%) ont rapporté la présence d'idées suicidaires durant leur premier mois d'incarcération, soit plus d'un tiers, avec 6% de tentatives de suicide (3 personnes donc), autrement dit, 15% des personnes suicidaires.

### Capacité de lecture et d'écriture

Trente-huit participants sur les 53 (71,70%) étaient capables de lire et d'écrire seul pour l'entretien.

## La perception de l'utilité des mesures de prévention

### Scores attribués via l'échelle de Likert

Notre critère de jugement principal concernait l'appréciation de 12 mesures de prévention existantes à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points cotés de -2 à 2 pour qualifier les mesures, respectivement de : « pas du tout utile », « un peu utile », « utile », « très utile » et « extrêmement utile, voire nécessaire ». La moyenne des scores attribués apparaît dans le tableau n°8.

Tableau n°8 : Scores moyens attribués pour qualifier l'utilité des différentes mesures de prévention du suicide

Mesures de prévention	Moyenne	IC95	
Limitation des points d'attache auxquels se pendre	-0,057	0,404	[-0,461;0,347]
Recherche systématique des facteurs de risque et idées de suicide	0,585	0,323	[0,262;0,908]
Commissions pluridisciplinaires uniques	0,698	0,287	[0,411;0,985]
Formation spéciale des professionnels de la prison	0,717	0,296	[0,421;1,013]
Plus de discussions avec les surveillants, les chefs	0,623	0,355	[0,268;0,978]
Communication des proches avec l'administration pénitentiaire	0,472	0,353	[0,119;0,825]
Etre doublé en cellule	-0,038	0,381	[-0,419;0,343]
Avoir une prise en charge psychiatrique et/ou psychologique	0,868	0,308	[0,560;1,176]
Avoir accès à des activités	1,142	0,214	[0,928;1,356]

Pouvoir communiquer avec l'extérieur	1,302	0,234	[1,068;1,536]
Augmentation du nombre de ronde de surveillance à ma cellule	-0,170	0,380	[-0,550;0,210]
En cas d'idées suicidaires majeures, être installé dans une cellule spéciale	0,038	0,369	[-0,331;0,407]

Ces scores nous montrent une perception globalement positive des mesures de prévention. Ainsi 8 mesures sur les 12 proposées recueillent un avis homogène sur leur utilité. Deux mesures en particulier sont considérées au moins comme très utiles : l'accès facilité à des activités et la communication avec l'extérieur qu'elle soit directe ou non.

Six autres sont donc reconnues pour leur utilité : La recherche de facteurs de risque de suicide à l'arrivée, les commissions pluridisciplinaires unique, la formation des professionnels, les échanges avec les surveillants et les chefs, la possibilité pour les proches de communiquer avec l'administration pénitentiaire et la prise en charge psychologique et/ou psychiatrique.

Si aucune mesure n'est perçue comme inutile, 4 d'entre elles recueillent un avis partagé : la limitation des points d'attache, le doublement en cellule, l'augmentation des rondes à la cellule, l'emploi de cellules C-ProU.

Les commentaires livrés par les participants apportent un éclairage sur ces scores.

## Commentaires des participants sur les mesures de prévention

Après chaque cotation des mesures de prévention, les participants ont pu commenter leur choix. Ces différents énoncés ont tous été reportés pour chacune des mesures cotées puis regroupés par thème.

Avant de rendre compte des commentaires, le tableau n°9 indique le nombre de personnes ayant commenté chaque mesure parmi les 53 participants. Selon les mesures, entre environ un quart et environ deux tiers des participants se sont exprimés. Il existe ainsi une hétérogénéité avec des mesures faisant peu réagir et d'autres au contraire qui déclenchent nombre de commentaires, tous reportés dans le cahier d'entretien.

Tableau n°9 : nombre de participants ayant commenté chaque mesure

<b>Mesures de prévention</b>	<b>Nombre de participants commentant la mesure</b>
Limitation des points d'attache auxquels se pendre	29 participants (54,72%)
Recherche systématique des facteurs de risque et idées de suicide	23 participants (43,40%)
Commissions pluridisciplinaires uniques	14 participants (26,42%)
Formation spéciale des professionnels de la prison	15 participants (28,30%)
Plus de discussions avec les surveillants, les chefs	28 participants (52,83%)
Communication des proches avec l'administration pénitentiaire	15 participants (28,30%)
Etre doublé en cellule	37 participants (69,81%)
Avoir une prise en charge psychiatriques et/ou psychologique	18 participants (33,96%)
Avoir accès à des activités	24 participants (45,28%)
Pouvoir communiquer avec l'extérieur	12 participants (22,64%)
Augmentation du nombre de ronde de surveillance à ma cellule	26 participants (49,06%)
Mise en cellule C-ProU	25 participants (47,17%)

## Limitation des points d'attache dans les cellules

Cette mesure qui a recueilli un avis partagé sur son utilité a été commentée par 29 participants (54,72%). Le tableau n°10 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°10 : Commentaires des participants sur la mesure de limitation des points d'attache dans les cellules

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Il est facile de trouver encore quelque chose pour se pendre ou autre chose pour se tuer	24	45,28%
C'est un outil pour essayer de prévenir	4	7,55%
Les surveillants n'ont pas les clés des cellules	1	1,89%
C'est un outil pour les gens qui ne vont pas bien	1	1,89%

On comprend ainsi l'avis partagé des participants qui étaient presque la moitié à penser qu'il est possible de se suicider en l'état dans leur cellule, soit par pendaison soit par d'autres moyens. Les autres remarques commentent la tentative de prévention de la mesure en tant que telle. Une remarque sur l'absence de possession des clés par surveillants, commentaire qui revient ultérieurement avec la mesure des rondes de surveillance.

## Recherche systématique des facteurs de risque et idées de suicide chez les arrivants

Vingt-trois participants ont commenté cette mesure (43,40%). Le tableau n°11 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°11 : Commentaires des participants sur la mesure de recherche des facteurs de risques de suicide chez les arrivants

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Cela permet de connaître chaque arrivant, de repérer et prendre en charge	5	9,43%
Cela dépend des professionnels qui s'en charge	4	7,55%
Cela n'a pas de valeur prédictive pour la suite, reste ce qui se passe plus tard	3	5,66%
Les personnes suicidaires ne le disent pas	2	3,77%
Parler de suicide peut donner des idées suicidaires	2	3,77%
L'arrivée est un moment particulièrement à risque	2	3,77%
Ce n'est pas fait ici ; il faut approfondir	2	3,77%
Cela m'a aidé ; cela aide	2	3,77%
Le risque dépend de la peine	1	1,89%

Les commentaires étaient ici plus variés. Le plus fréquent soulignait l'intérêt de la mesure, de même que ceux qui rappelaient le caractère à risque de l'arrivée ou qui confirmaient que « cela aide ». Les suivants soulignaient certaines limites : l'utilité dépend du professionnel qui réalise cette recherche, quid de l'après ?

Enfin on relevait ici la présence de fausses croyances classiques sur le suicide : la non verbalisation des idées suicidaires et la contamination d'idées suicidaires du fait d'en parler.

## Commissions pluridisciplinaires uniques

Seuls 14 participants (26,42%) ont commenté l'utilité des commissions pluridisciplinaires uniques. Le tableau n°12 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n12 : Commentaires des participants sur la mesure d'organisation de Commissions pluridisciplinaires uniques

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Une solution intéressante	4	7,55%
Cela permet de partager l'information ; c'est leur responsabilité de la partager	4	7,55%
Le repérage est inefficace, difficile	3	5,66%
On ne peut être sûr de rien	1	1,89%
Qu'est-ce qu'on fait après ?	1	1,89%
Cela devrait être plus fréquent	1	1,89%

Le plus souvent les commentaires soulignaient l'intérêt des commissions. Les commentaires suivant par contre étaient plus critiques ou interrogatifs tout du moins pour une démarche qui n'est pas visible directement dans leur quotidien et qu'ils découvraient le plus souvent au cours de l'entretien.

## Formation des professionnels à la prévention du suicide

Quinze participants (28,30%) ont commenté l'existence d'une formation spécifique pour la prévention du suicide. Le tableau n°13 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°13 : Commentaires des participants sur la mesure de formation des professionnels

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Pour savoir repérer et signaler, c'est normal qu'ils soient formés à cela	5	9,43%
Ils s'en foutent ; je n'ai pas le sentiment qu'ils aient été formés	3	5,66%
Le repérage est dépendant de la personne suicidaire, de la relation aux surveillants	2	3,77%
Ils ne peuvent pas répondre à toutes les alertes ; ils manquent de moyens	2	3,77%
La formation est moins importante/utile que l'expérience	1	1,89%
C'est le seul moyen de réduire les suicides	1	1,89%
Il manque une procédure de prise en charge de premiers secours	1	1,89%

De même que pour la recherche d'idées suicidaires chez les arrivants, les commentaires saluaient d'abord l'intérêt de la mesure avant de la critiquer, soit de manière catégorique soit sur les limites liées à la variabilité de la qualité de la relation surveillant-détenu ou aux moyens (temps disponible).

## Discussions avec les surveillants et les chefs

Cette proposition est très commentée avec 28 participants qui répondent (52,83%). Le tableau n°14 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°14 : Commentaires des participants sur la mesure de discussions avec les surveillants et les chefs

Thèmes des commentaires	Récurrence du commentaire	Fréquence sur l'ensemble
[une mesure non appliquée] Ils ne sont pas assez réactifs aux demandes (de plus les demandes doivent être écrites) ; dans la réalité, il n'y a pas plus de discussion si les personnes sont suicidaires ou vont mal ; ils manquent de moyen, s'en foutent	12	22,64%
C'est important de leur parler	7	13,21%
Cela dépend de la relation avec eux, cela dépend des surveillants	5	9,43%
Ce n'est pas leur travail ; ou uniquement si la personne a des besoins pratiques	3	5,66%
Il est difficile de leur parler (inhibition)	2	3,77%
C'est risqué de leur parler (pourraient rester derrière leur règlement)	1	1,89%

Nombre de participants ont réagi pour souligner de manières différentes que les surveillants et les gradés étaient peu disponibles pour cela, alors même qu'ils étaient plusieurs à souligner qu'il est important de pouvoir leur parler.

Les autres commentaires permettaient de souligner certaines limites à cela : qualité de la relation, inhibition côté détenu avec un risque potentiel à parler.

Seuls quelques-uns estimaient que cela n'est pas du tout leur rôle.

## Communication des proches avec l'administration

Cette mesure a été commentée par 15 participants (28,30%). Le tableau n°15 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°15 : Commentaires des participants sur la mesure de communication des proches avec l'administration

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Les proches connaissent bien la personne ; importance de la famille	5	9,43%
Je ne veux pas mêler la famille ; problème de confidentialité	4	7,55%
J'ai des doutes quant à la réactivité de l'établissement	3	5,66%
Il est difficile de les joindre	2	3,77%
Les proches sont les derniers à percevoir le mal être	1	1,89%

Si l'utilité de cette mesure apparaît finalement à l'analyse du score, les commentaires montrent un peu plus d'ambivalence. Celle-ci se manifestait dans la crainte de « mêler » les proches à la souffrance psychique mais aussi, pour une personne, dans le fait qu'ils soient à même de se rendre compte du mal être. La réponse qui serait faite aux proches était aussi interrogée en termes d'accès et de réactivité.

Etre doublé en cellule

Cette mesure est la plus commentée : 37 personnes (69.81%) ont ajouté un ou plusieurs commentaires. Le tableau n°16 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°16 : Commentaires des participants sur la mesure de doublement en cellule

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Cela dépend de la relation avec le codétenu ; il faut quelqu'un de fort, quelqu'un qui doit être valorisé, qui doit être d'accord, quelqu'un de même type d'infraction ; cela peut être délétère	20	37,74%
C'est bénéfique pour le moral, parler, rire, passer le temps	8	15,09%
Je préfère être seul ; j'ai peur de blesser l'autre	6	11,32%
C'est angoissant, stressant pour le codétenu ; les autres détenus ne veulent pas avoir un suicidaire	5	9,43%
Ce doit être fait selon la préférence de la personne	3	5,66%
Le codétenu peut alerter	1	1,89%
Il reste des moments où on est seul quand même	1	1,89%
Cela a peu d'impact si la personne est décidé	1	1,89%

Le doublement en cellule n'a pas été caractérisé de manière significative concernant son utilité par les participants. Les commentaires exprimaient aussi cette ambivalence avec la mesure.

Ainsi ils étaient 20 à mettre en avant une dépendance de l'utilité de la mesure à la qualité de la relation avec le codétenu et aux caractéristiques de ce dernier (être fort, être valorisé pour ce rôle, être d'accord, être de la même catégorie pénale) pour que cela fonctionne.

On retrouve aussi ceux qui soulignaient les aspects positifs d'être deux pour parler et ceux qui exprimaient un désir de retrait et d'isolement. Certains pensaient que cette mesure devaient suivre la préférence de la personne. L'inquiétude était présente aussi pour le codétenu, une inquiétude portée par des participants non suicidaires, ce qui n'était pas négligeable.

### Prise en charge psychologique et/ou psychiatrique

Dix-huit personnes (33,96%) ont commenté cette mesure. Le tableau n°17 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°17 : Commentaires des participants sur la mesure de prise en charge psychologique et/ou psychiatrique

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Les traitements sont trop forts, ils rendent dépendants ; les médecins rendent encore plus malades ; c'est pour qu'on ne fasse pas de bruits	7	13,21%
C'est pour pouvoir parler, être conseillé	4	7,55%
Les délais sont trop longs	3	5,66%
C'est utile si le suivi est régulier, avec les mêmes spécialistes	3	5,66%
Ils peuvent repérer	2	3,77%
Ils peuvent soigner	1	1,89%
Ils ont des moyens limités	1	1,89%

Si ces prises en charge étaient reconnues majoritairement comme utiles, les commentaires permettaient de préciser les représentations des personnes détenues sur le service psychiatrique. Ainsi ils étaient tout de même 7 à exprimer l'idée d'un effet néfaste de ces suivis, notamment

par rapport aux prescriptions qui rendent malades ou qui assomment. Des critiques étaient émises sur le plan plus organisationnel : délais trop longs, changement de référent dans le suivi, moyen limité. Un intérêt était exprimé pour parler, pour être soigné, ainsi que pour les compétences des professionnels du service à repérer les personnes suicidaires.

### Accès facilité aux activités

Cette mesure, une des plus plébiscitées, a été commentée par 24 personnes (45,28%). Le tableau n°18 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°18 : Commentaires des participants sur la mesure d'accès facilité aux activités

Thèmes des commentaires	Récurrence du commentaire	Fréquence sur l'ensemble
C'est important d'être occupé, de ne pas penser, de sortir de la cellule, d'avoir une vie sociale	9	16,98%
Je n'ai eu aucune réponse pour en faire ; les délais sont longs	6	11,32%
Il n'y en a pas assez	4	7,55%
Il n'y en a aucune ; rien n'est proposé	4	7,55%
C'est essentiel, valorisant ; on peut avoir un peu d'argent	3	5,66%
Il faut signaler qu'on a une activité (drapeau) : si on oublie, on nous y envoie pas	1	1,89%

Les commentaires soulignaient l'intérêt de pouvoir accéder aux activités en termes d'occupation et de sortie de la cellule, mais aussi pour gagner de l'argent (cas des postes de travail) et se sentir valoriser. Par contre les difficultés d'accès dans le quotidien ont été reportées

à plusieurs niveaux : pas de réponses aux demandes, longs délais, pas du tout ou pas assez d'activités, système du drapeau.

### Communication avec l'extérieur

Seuls 12 participants (22,64%) ont commenté cette mesure, pourtant jugée la plus utile de toutes les mesures. Le tableau n°19 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°19 : Commentaires des participants sur la mesure de communication avec l'extérieur

Thèmes des commentaires	Récurrence du commentaire	Fréquence sur l'ensemble
C'est bien pour se sentir mieux ; c'est important ; cela permet de ne pas être enfermé sur soi-même	4	7,55%
C'est contraignant : longs délais, attente des autorisations, coût des visites et du téléphone	3	5,66%
Ce n'est pas fait, pas proposé ; ou pas suivi	3	5,66%
Si la personne a besoin de liens avec l'extérieur	1	1,89%
Cela peut bouffer de savoir ce que font les autres dehors	1	1,89%
C'est déjà le cas	1	1,89%

Il y a eu peu de commentaires pour cette mesure pourtant plébiscitée. Les commentaires exprimaient des idées assez différentes. Seul un participant remettait en question son utilité : avoir des nouvelles de l'extérieur le renvoyait à son isolement, son incarcération et ravivait l'aspect douloureux de cette situation. Les autres commentaires allaient soit dans le sens de

souligner l'intérêt des liens avec les proches soit dans celui de se plaindre de la réalisation concrètement de cette mesure : contraintes de délais et d'autorisations, pas de proposition d'aide pour cela ni de suivi.

Augmentation du nombre de rondes

Vingt-six participants (49,06%) ont apporté des commentaires à cette mesure. Le tableau n°20 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Tableau n°20 : Commentaires des participants sur la mesure d'augmentation du nombre de rondes de surveillance

<b>Thèmes des commentaires</b>	<b>Récurrence du commentaire</b>	<b>Fréquence sur l'ensemble</b>
Les rondes gênent les autres ou les personnes surveillées ; il faut regrouper les personnes suicidaires pour cela, les mettre dans des cellules spécifiques, des activités spécifiques ; il ne faut pas en faire trop	9	16,98%
C'est inefficace (rapidité du geste, surveillance passive : l'important c'est de pouvoir communiquer)	9	16,98%
Les surveillants n'ont pas la clé et ne peuvent pas intervenir en urgence	5	9,43%
C'est rassurant, nécessaire ; ils ont la possibilité de secourir	4	7,55%
Il faut plus de rondes	2	3,77%
Ce n'est pas fait et il y a peu de réactivité si quelqu'un appelle	2	3,77%
Ils manquent de moyens	1	1,89%

La moitié des participants donc ont commenté cette mesure, avec plutôt un point de vue négatif ou des critiques. Certains trouvaient que ces rondes représentaient un inconfort pour tous d'où l'idée qu'il faut regrouper les suicidaires pour les surveiller sans perturber les autres. L'efficacité était remise en question : soit en tant que telle (rapidité d'effets des gestes suicidaires), soit dans la réalisation concrète des rondes : pas assez fréquentes pour que cela soit efficace, pas de clés à disposition des intervenants de première ligne qui ne peuvent donc pas ouvrir tout de suite en cas de d'urgences, des rondes qui ne seraient pas toujours menées pleinement, peut-être un manque de moyens pour les faire. Ils n'étaient que 11,32% à exprimer un intérêt à cette mesure. On comprend ainsi pourquoi les scores ont été plus partagés pour cette mesure de prévention.

#### Mise en cellule C-ProU

Pour cette dernière mesure, 25 personnes (47,17%) ont apporté leurs commentaires. Le tableau n°21 rapporte la nature et la récurrence de ces commentaires.

Pour cette mesure aussi, les scores étaient très partagés et les commentaires s'en sont effectivement fait l'écho. Certains exprimaient la crainte élevée au rang de certitude que cette mesure allait aggraver la situation, d'autres qu'elle n'était pas efficace (on peut quand même se faire du mal, cela ne dure que quelques jours,...), d'autres se demandaient pourquoi ne pas aller alors à l'hôpital et d'autres enfin soulignaient l'utilité de ce dispositif. Certains participants exprimaient clairement que le point le plus important pour eux était la communication, un aspect qui émergeait déjà dans de précédentes mesures.

Tableau n°21 : Commentaires des participants sur la mesure d'installation en cellule C-ProU

Thèmes des commentaires	Réurrence du commentaire	Fréquence sur l'ensemble
C'est une punition, c'est angoissant, c'est un isolement ; cela favorise le passage à l'acte	6	11,32%
On peut encore se faire du mal (se taper la tête contre les murs)	6	11,32%
Cela peut sauver	5	9,43%
C'est bien si on est bien entouré, informé ; si il y a une communication	3	5,66%
Ce n'est pas la bonne solution ; c'est le sortir, parler avec lui qu'il faut faire	2	3,77%
Il devrait être amené à l'hôpital	2	3,77%
Ce n'est que quelques jours de répit	2	3,77%
On devrait pouvoir le demander	1	1,89%

## Les regards sur le dispositif de prévention

### Connaissances du dispositif de prévention

Parmi les 53 participants, seuls 28.30%, moins d'un tiers, déclaraient connaître l'existence d'un dispositif de prévention, au sens de mesures, d'aides proposées aux personnes suicidaires. Et parmi ceux-ci, seuls 20% (soit 3 personnes) pouvaient citer spontanément au moins 3 mesures ou aides proposées aux personnes suicidaires en détention.

## Recours au dispositif de prévention

Parmi les vingt participants ayant eu des idées suicidaires ou réalisé une tentative de suicide, moins de la moitié, 40% précisément, a déclaré avoir eu recours au dispositif de prévention, c'est-à-dire aux mesures qui venaient de leur être présentées. Par contre parmi eux, la grande majorité, 87,5% (7 sur 8), estimaient avoir ainsi été aidés.

## Propositions de mesures par les participants

Parmi les 53 participants, 29 (54,72%), plus de la moitié donc, ont émis des propositions lorsque leur a été demandé s'ils avaient des idées de mesures de prévention. Ces propositions étaient de différentes natures, parfois des commentaires sur le quotidien en détention, sur le régime judiciaire ou pénitentiaire, parfois des critiques de mesures existantes et enfin des propositions innovantes. Le tableau n°22 les recense par catégorie.

Tableau n°22 : propositions des participants pour la prévention du suicide

<b>Propositions des participants</b>	<b>Réurrence des propositions</b>
<b><i>Propositions de type critiques, remarques sur des mesures existantes</i></b>	
Faciliter les permissions, les visites : organisation, aides financières,...	3
Favoriser les bonnes associations de détenus en cellule ; se réunir pour y réfléchir	3
Délais moins longs pour la cantine, les activités	2
Plus de rondes [ <i>« ceux qui se plaignent qu'il y a trop de rondes c'est parce qu'ils ont des choses à cacher comme pouvoir téléphoner tranquille ; si on laisse son œillette ouvert, les surveillants regardent et ça ne fait pas de bruit en plus »</i> ]	1
Prise en charge sociale, projet de sortie	1
Appliquer ces mesures (celles du questionnaire)	1

Respect du secret par les surveillants sur l'infraction commise	1
<b><i>Propositions de type critiques, remarques sur les conditions carcérales et le système judiciaire</i></b>	
Plus de temps hors cellule, plus d'activités	4
Moins de peines d'emprisonnement ; plus de suivis avant et après à demander par les juges	2
Trouver les choses simples qui manquent et qui vont aider (compléments des ressources alimentaires par exemple)	1
Unité de vie familiale	1
<b><i>Propositions de mesures de prévention supplémentaires ou complémentaires</i></b>	
Importance de la parole, de la discussion sous toutes ses formes ; rôle des surveillants, des codétenus (évocation du concept de codétenu de soutien), mettre des éducateurs	11
Organiser des groupes de parole [dont comme le groupe de l'étude aux arrivants, pour sa partie échange sur le sujet du suicide]	3
Améliorer la compréhension de la personne auprès des autres détenus	1
Auto-questionnaire pour évaluer le risque suicidaire	1
Entretien par les professionnels du SMPR pour tous les arrivants	1
Créer un quartier spécifique, regrouper les personnes fragiles	1
Utiliser la surveillance vidéo	1
Donner plus d'informations en général, sur tout	1

# Caractéristiques des crises suicidaires chez les participants

## Évolution des idées suicidaires

Pour chacun des participants, nous avons attribué un score de 0 à 7 pour évaluer le degré de sévérité et d'urgence de la pensée suicidaire à l'arrivée, puis à une semaine et à un mois d'incarcération, de manière rétrospective donc pour J0 et J7, contrairement à J28.

Le score moyen était de 1.34 à J0, 1.21 à J7 et 1.47 à J28, avec une médiane à 1 aux trois temps (premiers quartiles identiques et troisièmes quartiles à 2 pour J0 et J7 mais 3 pour J28). Ces scores sont bien sûr corrélés avec la présence d'idées suicidaires dans le premier mois, rapportée par 20 participants (37.74%), les autres, soit un peu moins des deux tiers, cotant nécessairement entre 0 et 2.

Un test de Student a été utilisé pour évaluer l'hypothèse d'une différence entre ces moyennes de J0 et J7 et de J7 et J28. Avec réciproquement  $p = 0,520$  et  $p = 0,165$ , on ne retient pas de différence (erreur à 5%), soit qu'il n'y en ait pas, soit que la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour la retrouver.

Afin de visualiser les trajectoires évolutives, la figure n°4 permet de figurer l'urgence suicidaire de l'ensemble des participants à ces différents moments.

La figure n°5 permet de distinguer l'évolution de ces états par sous-groupe selon le degré d'urgence suicidaire à J0. Ces résultats montrent une grande variabilité d'évolution, vers une diminution ou une majoration, que les scores soient élevés ou pas initialement.

Pour rendre ces graphiques plus lisibles, nous avons ajouté (ou soustrait) de petites valeurs aux scores (entiers par nature). Ainsi il est possible de visualiser l'ensemble des participants et le cheminement de leur éventuel état suicidaire.

Figure n°4 : Evolution de l'urgence suicidaire de chaque participant de J0 à J28 en passant par J7.

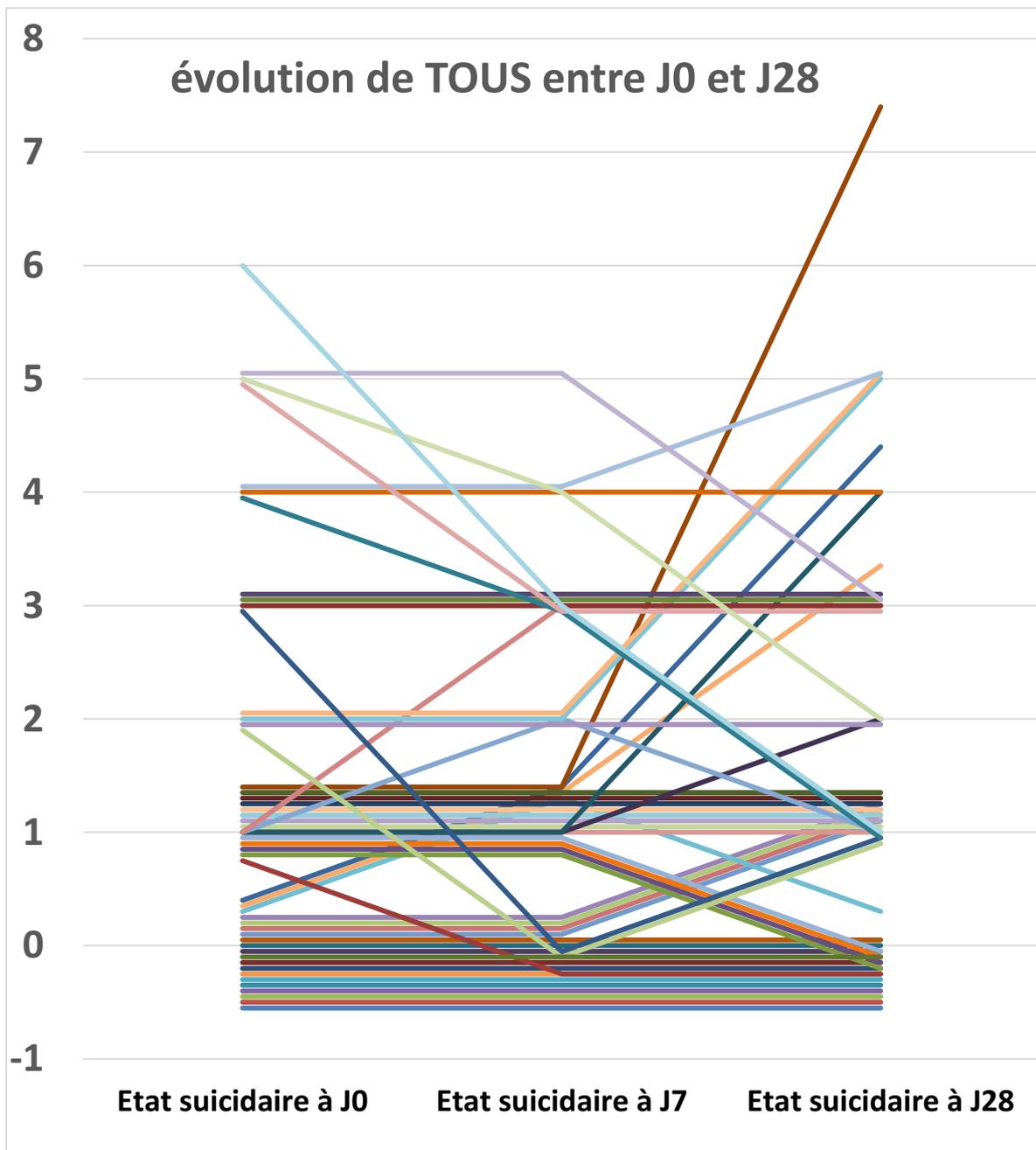
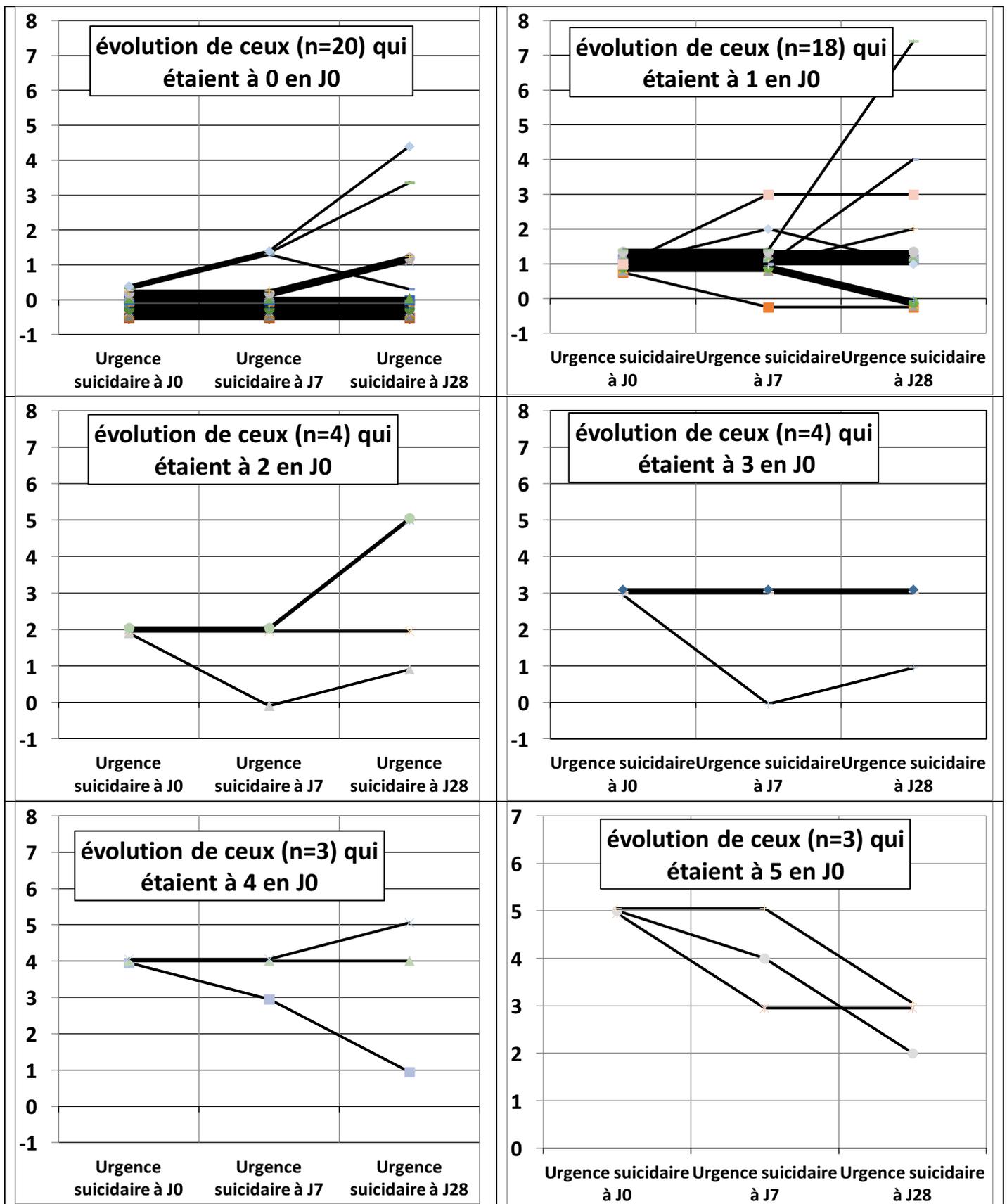
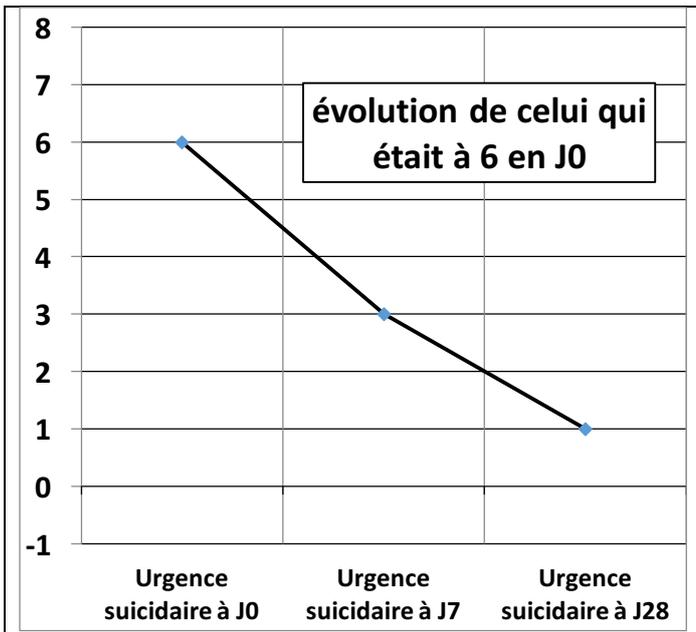


Figure n°5 : évolution du niveau d'urgence suicidaire par sous-groupe selon le niveau à J0





Les figures n°6 à 8 quant à elles permettent d’observer les évolutions des scores entre deux temps distincts et d’affiner leurs analyses. Ainsi on note que durant la première semaine (figure n°6), les états suicidaires les plus urgents ont tendance à régresser. Mais la majorité des scores sont surtout identiques entre ces deux temps. Cela est moins vrai entre J0 et J28 ou J7 et J28 où plus de participants figurent au-dessus de la ligne bissectrice des équivalents, c’est-à-dire avec un score qui s’est majoré entre ces deux temps.

Figure n°6 : Répartition des participants selon l’évolution de leurs niveaux d’urgence suicidaire de J0 à J7

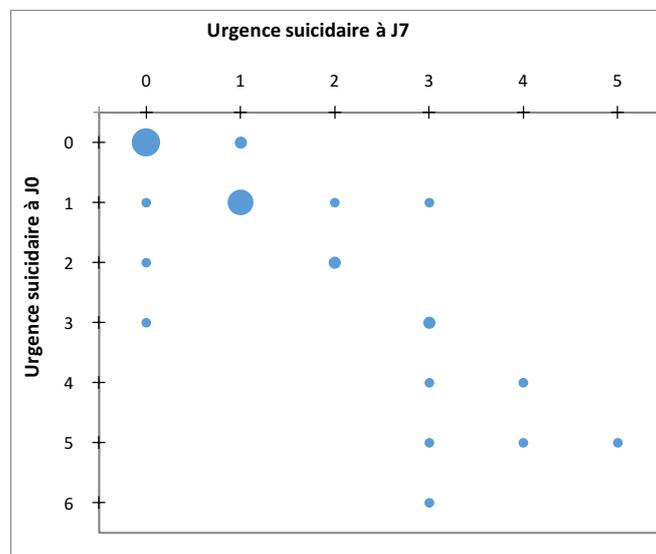


Figure n°7 : Répartition des participants selon l'évolution de leurs niveaux d'urgence suicidaire de J7 à J28

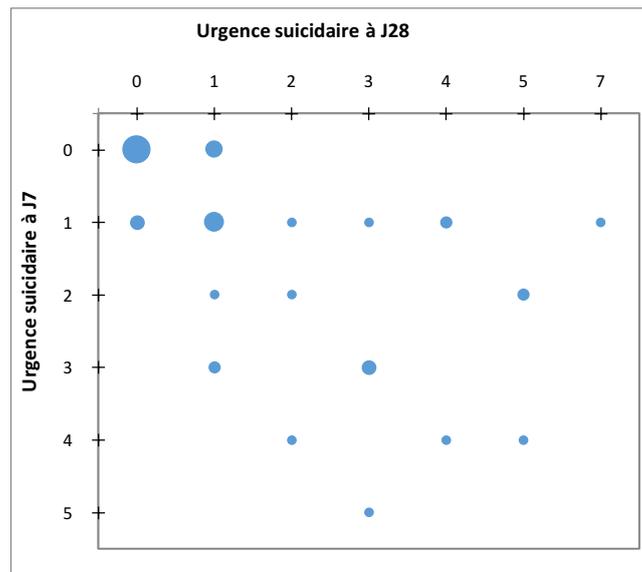
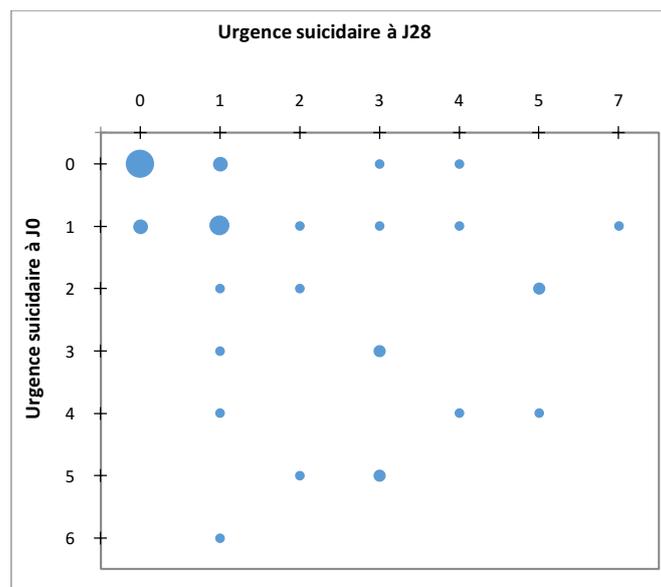


Figure n°8 : Répartition des participants selon l'évolution de leurs niveaux d'urgence suicidaire de J0 à J28



On s'interroge sur une tendance pour une part des participants à une aggravation de l'urgence suicidaire au bout d'un mois (J28) du fait d'un dernier quartile plus élevé pour à la répartition

des scores, de la taille du « p » à 0,165 (erreur à 16,5%) dans la recherche de différence entre J7 et J28 et de la répartition visible dans les figures 7 et surtout 8.

L'analyse qualitative des facteurs énoncés comme influençant l'évolution de cette idéation suicidaire, quant à elle, permet de repérer des facteurs aidants et facteurs aggravants.

## Facteurs influençant

Une fois l'état suicidaire établi aux 3 temps, il était demandé aux participants ce qui, de leur point de vue, avait influé sur l'évolution de cet état.

De J0 à J7

Ils ont été 47 participants (88.68%) à pouvoir verbaliser ce qui pour eux, avait contribué à l'absence ou la présence d'une humeur dépressive voire d'idéations ou actes suicidaires. Le tableau n°23 reprend les thèmes des énoncés selon qu'ils amélioraient ou aggravaient l'état suicidaire et selon leur fréquence.

Ainsi l'enfermement, sa nouveauté ou sa répétition, étaient le premier facteur influant cet état et en grande majorité cité comme aggravant celui-ci.

Ensuite on note que les thèmes les plus fréquents étaient identiques qu'il s'agisse d'être mieux ou plus mal. Les ressources personnelles psychologiques et la situation familiale apparaissaient en premier lieu. Soit elles étaient solides et présentes et étaient les premiers éléments permettant d'aller mieux, soit c'était l'inverse et elles participaient à la détérioration de l'état de la personne incarcérée. Le troisième thème concerné par cette double facette était la situation judiciaire, les faits reprochés et/ou commis. Il était alors plutôt question de la confiance en une situation judiciaire qui va s'améliorer ou se régler rapidement ou au contraire d'être dans une situation vécue comme grave ou une injustice dont on n'est pas certain des conséquences.

D'autres thèmes arrivaient ensuite : activités, conviction religieuse, relations aux autres détenus, santé et soins,...

Tableau n°23 : Facteurs énoncés comme influençant l'évolution de l'état suicidaire entre J0 et J7

	<b>Facteurs énoncés comme influençant l'évolution de l'état suicidaire entre J0 et J7</b>	<b>Nombre de participants l'ayant énoncé</b>	<b>Fréquence de l'énoncé</b>
<b>Facteurs aggravant l'état suicidaire</b>	Choc carcéral, confrontation à l'enfermement, répétition de l'enfermement	15	28,30%
	Facteurs internes (manque/défaillance des ressources psychologiques)	8	15,09%
	Situation judiciaire, faits commis	7	13,21%
	Déception familiale, mauvaises nouvelles, absence de contacts	7	13,21%
	Absence d'activité, délais de réponse	3	5,66%
	Etat de santé	1	1,89%
	Partage de la cellule, codétenus	1	1,89%
<b>Facteurs améliorant l'état suicidaire</b>	Soutien familial/entourage ou Pensées/responsabilité envers la famille	8	15,09%
	Facteurs internes (ressources psychologiques)	7	13,21%
	Situation judiciaire	5	9,43%
	Convictions religieuses	3	5,66%
	Soutien des codétenus	3	5,66%
	Expériences carcérales antérieures	3	5,66%
	Situation pire avant l'incarcération	1	1,89%
	Accès au dispositif de soins	1	1,89%

De J7 à J28

Pour ce deuxième temps, l'ensemble des participants (53) a répondu, mais pour 20 d'entre eux (37,74%), il s'agissait des mêmes facteurs que pour la première semaine. Nous les avons donc intégrés de même aux facteurs énoncés pour cette deuxième période. Le tableau n°24 reprend les thèmes des énoncés selon qu'ils amélioraient ou aggravaient l'état suicidaire et selon leur fréquence.

Tableau n°24 : Facteurs énoncés comme influençant l'évolution de l'état suicidaire entre J7 et J28

	<b>Facteurs énoncés comme influençant l'évolution de l'état suicidaire entre J7 et J28</b>	<b>Nombre de participants l'ayant énoncé</b>	<b>Fréquence de l'énoncé</b>
<b>Facteurs aggravant l'état suicidaire</b>	Déception familiale, mauvaises nouvelles, absence de contacts	13	24,53%
	Facteurs internes (manque/défaillance des ressources psychologiques)	10	18,87%
	Situation judiciaire, faits commis	10	18,87%
	Choc carcéral, confrontation à l'enfermement, répétition de l'enfermement	9	16,98%
	Absence d'activité, délais de réponse	5	9,43%
	Partage de la cellule, codétenus	5	9,43%
	Etat de santé	3	5,66%
<b>Facteurs améliorant l'état suicidaire</b>	Soutien familial/entourage ou Pensées/responsabilité envers la famille	14	26,42%
	Facteurs internes (ressources psychologiques)	12	22,64%
	Situation judiciaire	5	9,43%
	Soutien des codétenus	4	7,55%

Expériences carcérales antérieures	3	5,66%
Accès au dispositif de soins	3	5,66%
Convictions religieuses	3	5,66%
Activités	1	1,89%

Pas de nouveaux thèmes dans cette deuxième période mais une redistribution. Ainsi la question de l'enfermement était moins présente alors que les deux thèmes facteurs internes et famille/entourage apparaissaient en premier lieu dans les deux sens, comme facteurs aggravant et améliorant. La situation judiciaire restait très présente mais cette fois pesant plus dans la partie facteur aggravant.

## Inventaire des raisons de vivre de Linehan

Tous les participants ont pu compléter l'inventaire des raisons de vivre de Linehan seuls ou sur lecture de l'investigateur. Certains items, principalement concernant les enfants n'ont parfois pas été cotés. Pour rappel, la personne cotait +++ pour « tout à fait important », ++ pour « très important », + pour « plutôt important », - pour « plutôt pas important », -- pour « pas important » et --- pour « pas important du tout », ce qui était converti en 3, 2, 1, -1, -2 et -3.

Les cotations des 48 items permettaient ensuite de calculer le score moyen pour une même personne de 6 groupes thématiques de raisons de vivre. Les moyennes de ces scores étaient ensuite établies pour les 6 groupes pour l'ensemble de l'échantillon ainsi qu'elles figurent dans le tableau n°25.

L'échelle « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » qui avait le score moyen le plus élevé, était aussi la seule, au vu de son écart-type, à être déclarée comme importante par les participants. Pour les autres, les avis étaient plus partagés, surtout pour les « Objections morales », la « Crainte du suicide » et la « Crainte de la désapprobation sociale ». Les deux groupes autour de la famille et des enfants avaient un score plus élevé mais l'écart-type comprend tout de même le 0.

Tableau n°25 : Moyenne des scores des échelles de l'Inventaire des Raisons de Vivre de Linehan

	<b>Moyenne</b>	Ecart-type	Minimum	Maximum
Croyances en la survie et en ses capacités à survivre	<b>1,657</b>	0,977	-1,458	3,000
Préoccupations en rapport avec les enfants	<b>1,566</b>	1,717	-3,000	3,000
Responsabilité envers la famille	<b>1,286</b>	1,399	-3,000	3,000
Objections morales	<b>0,943</b>	1,655	-3,000	3,000
Crainte du suicide	<b>-0,685</b>	1,384	-3,000	2,714
Crainte de la désapprobation sociale	<b>-0,541</b>	1,767	-3,000	3,000

## **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

Selon les items de ce questionnaire, entre 47 et 51 participants ont pu répondre. Si tous n'ont pas participé, c'est parce que certains entretiens ont été écourtés par les contraintes du rythme carcéral et parfois par difficultés à répondre à certains items. Le tableau n°26 rend compte de la fréquence de cotation positive des items diagnostics par ordre décroissant et par famille de troubles.

Nous avons retrouvé la présence d'un risque suicidaire actuel sur le dernier mois plus importante que le nombre de participants ayant rapporté des idées suicidaires ou une tentative de suicide depuis le début de l'incarcération. Cette différence est principalement due aux antécédents de tentative de suicide qui font poser le diagnostic de risque suicidaire léger, en plus de la perte de deux participants pour ces évaluations.

Tableau n°26 : Fréquence des items diagnostics cotés positifs au MINI

(En gras les fréquences qui dépassaient les 20% des répondants)

		Fréquences	Nombre de répondants
Troubles de l'humeur	<b>Episode dépressif majeur actuel</b>	<b>41,18%</b>	51
	<b>Episode maniaque passé</b>	<b>25,49%</b>	51
	<b>Episode dépressif majeur passé</b>	<b>23,53%</b>	51
	Episode hypomaniaque passé	5,88%	51
	Dysthymie actuelle	4,08%	49
	Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques actuel	3,92%	51
	Episode maniaque actuel	3,92%	51
	Episode hypomaniaque actuel	1,96%	51
Risque suicidaire	Antécédent de tentative de suicide avant l'incarcération actuelle :		
	en milieu libre	19,61%	51
	en prison	15,69%	51
		7,84%	51
	<b>Risque suicidaire actuel :</b>	<b>45,10%</b>	51
	élevé	<b>25,49%</b>	51
moyen	7,84%	51	
léger	11,76%	51	
Troubles anxieux	<b>Anxiété généralisée actuelle</b>	<b>36,73%</b>	49
	<b>Agoraphobie actuelle sans antécédents de trouble panique</b>	<b>21,57%</b>	51
	Etat de stress post-traumatique actuel	13,73%	51

	Trouble obsessionnel compulsif actuel	9,80%	51
	Trouble panique sans agoraphobie actuel	5,88%	51
	Trouble panique avec agoraphobie actuel	3,92%	51
	Phobie sociale actuelle	3,92%	51
<b>Conduites addictives</b>	<b>Abus d'alcool actuel</b>	<b>36%</b>	50
	<b>Dépendance alcoolique actuelle</b>	<b>30%</b>	50
	<b>Dépendance à une ou des substance(s) actuelle(s)</b>	<b>30%</b>	50
	Abus de substance actuelle	16%	50
<b>Troubles psychotiques</b>	Syndrome psychotique passé	16,67%	48
	Syndrome psychotique actuel	10,42%	48
	Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	8%	50
<b>TCA</b>	Boulimie actuelle	2%	50
	Anorexie mentale actuelle	0	50
	Anorexie mentale binge-eating/purging type actuelle	0	50
	Trouble de la personnalité antisociale	17,02%	47

## Le cas des 3 suicidants

Les personnes ayant réalisé une tentative de suicide dans le mois (participants n°3, 8 et 35 ; cf. Annexe) avaient toutes un diagnostic d'état dépressif majeur actuel au M.I.N.I, d'antécédents de tentatives de suicide. L'évolution du niveau d'urgences suicidaires étaient de nature et

d'intensité différentes, de même que le rapport au dispositif de prévention, comme présenté dans le tableau n°27.

Tableau n°27 : scores d'urgence suicidaire et recours au dispositif de prévention des 3 participants ayant commis une tentative de suicide dans le mois d'incarcération.

	Participant n°3	Participant n°8	Participant n°35
J0	0	4	1
J7	1	4	1
J28	4	4	7
Moment de la TS	J7-J28	Non précisé	J7-J28
Recours au dispositif de prévention	Non	Oui	Oui
Si oui, sentiment d'avoir été aidé	Non	Oui	Oui

## Analyse des corrélations

Avec les différents scores attribués aux mesures de prévention

Nous avons recherché si certaines variables influençaient le score attribué aux différentes mesures de prévention. Rappelons que les absences de corrélation retrouvées dans l'étude ne signifient pas qu'il y ait aucun lien entre des données mais que l'étude, avec son niveau de puissance, ne permet pas d'en mettre une en évidence.

## Limitation des points d'attache

Nous n'avons pas mis en évidence de liens entre le score attribué à la limitation des points d'attache et le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, le type d'infraction, la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, le recours au dispositif de prévention, et enfin la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%).

De même nous n'avons pas retrouvé de liens avec l'âge, l'état suicidaire à J28 ou avec les échelles de l'Inventaire des Raison de Vivre de Linehan (IRVL) (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%)

## Recherche des Facteurs de risque suicidaires à l'arrivée

Là aussi, nous n'avons pas mis en évidence de liens avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%). Pas non plus de liens avec l'âge et l'état suicidaire à J28 (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

Par contre, nous avons retrouvé une corrélation négative avec le score de l'échelle de l'IRVL « Crainte du suicide » (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%, ceux qui ont le plus de crainte envers l'acte suicidaire cotent moins bien le score de cette mesure), ainsi qu'une corrélation, également négative, avec le dépistage d'une agoraphobie actuelle (test-t au seuil de 1%, les agoraphobes attribuent un score moindre à cette mesure).

## Commission pluridisciplinaire unique

Pour cette mesure, nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au

M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, au seuil de 5%)

Nous n'avons pas non plus identifié de liens avec l'âge, l'état suicidaire à J28 ou avec les échelles de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%)

#### Formation spéciale des professionnels

De même que pour la mesure précédente, aucune des corrélations recherchées n'a été retrouvée.

#### Plus de discussion avec les surveillants/chefs

Nous n'avons pas mis en évidence de liens entre le score attribué à l'augmentation des échanges avec les surveillants et les chefs et le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, et la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, et le recours au dispositif de prévention, et enfin la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%). Pas de liens non plus avec l'âge, l'état suicidaire à J28 (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

Par contre, le score était influencé par le type d'infraction ayant causé l'incarcération : la mesure était côté plus utile par les personnes incarcérées pour violences que pour violences sexuelles (test-t au seuil 5%). De plus, il existait une corrélation positive avec l'échelle de l'IRVL « Crainte de la désapprobation sociale » (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, les personnes qui accordaient de l'importance aux items de crainte de la désapprobation sociale trouvaient plus utile cette mesure).

#### Communication des proches avec l'administration

Pour cette mesure, nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, au seuil de 5%)

Nous n'avons pas non plus identifié de liens avec l'âge, l'état suicidaire à J28 ou avec les échelles de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%)

#### Etre doublé en cellule

Nous n'avons pas mis en évidence de liens entre le score attribué au doublement en cellule et le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, le type d'infraction, la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, et enfin la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%). De même nous n'avons pas retrouvé de liens avec l'âge (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%)

Par contre, le score était influencé par le fait d'avoir eu recours au dispositif de prévention ; il était côté plus utile par ceux qui rapportaient ne pas y avoir eu recours (test-t, seuil de 5%).

L'état suicidaire à J28 était aussi corrélé au score de cette mesure (matrice de corrélation de Pearson, seuil 1%) : plus les participants étaient suicidaires à J28, moins ils trouvaient utile le doublement en cellule.

Enfin il existait aussi une corrélation positive avec l'échelle de l'IRVL « Croyances dans les capacités à survivre » (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, ceux qui cotaient comme importants les items de ce sous-groupe trouvaient plus utile cette mesure).

#### Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique

Nous n'avons pas mis en évidence de liens avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%).

Pas non plus de liens avec l'âge et l'état suicidaire à J28 (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

Par contre, nous avons retrouvé une corrélation positive avec l'échelle de l'IRVL « Désapprobation sociale » (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, les personnes cotant comme importante les items de ce sous-groupe trouvaient plus utiles les prises en charge psychiatriques et psychologiques).

Par ailleurs, le score était diminué lorsque les personnes étaient repérées comme ayant un problème d'abus ou de dépendance avec le M.I.N.I. (test-t, seuil de 5%).

### Accès aux activités

Pour cette mesure, nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'une agoraphobie (test-t, au seuil de 5%).

Nous n'avons pas non plus identifié de liens avec l'âge, l'état suicidaire à J28 ou avec les sous-échelles de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%).

Par contre, il existe une corrélation avec plusieurs diagnostics repérés au M.I.N.I. :

-les personnes repérées avec un état dépressif majeur actuel cotaient plus utile cette mesure (test-t, seuil de 5%)

-les personnes repérées souffrant d'anxiété généralisée actuelle cotaient plus utile cette mesure (test-t, seuil de 1%)

-les personnes repérées souffrant d'abus ou dépendance cotaient plus utile cette mesure (test-t, seuil de 5%)

-enfin, et à l'inverse, les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide cotaient moins utile cette mesure (test-t, seuil de 5%).

### Pouvoir communiquer avec l'extérieur

Nous n'avons pas mis en évidence de liens avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%).

Pas non plus de liens avec l'âge et l'état suicidaire à J28 ou avec les échelles de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

Par contre, le score était influencé en cas de recours au dispositif de prévention, côté plus utile par ceux qui rapportaient ne pas avoir eu recours au dispositif de prévention (test-t, au seuil 5%).

#### Augmentation des rondes

Pour cette mesure, nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec le recours au dispositif de prévention, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, d'abus ou dépendance ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, au seuil de 5%)

Nous n'avons pas non plus identifié de liens avec l'âge, l'état suicidaire à J28 ou avec les échelles de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%).

#### Installation en cellule C-ProU

Nous n'avons pas mis en évidence de liens avec le statut de primo-incarcéré, de prévenu ou condamné, avec le type d'infraction, avec la présence d'idées ou d'actes suicidaires depuis l'arrivée, avec la présence actuelle au M.I.N.I. d'un état dépressif majeur, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, ou d'antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 5%).

Pas non plus de liens avec l'âge et l'état suicidaire à J28 (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

Par contre le score était corrélé au recours au dispositif de prévention, la mesure étant cotée plus utile par ceux qui rapportaient avoir eu recours au dispositif de prévention (test-t, seuil 1%).

De plus, il existait une corrélation négative avec l'échelle de l'IRVL « Croyances dans les capacités à survivre » (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, ceux qui jugeaient plus importants les items de ce sous-groupe, jugeaient moins utile cette mesure).

## Tableau récapitulatif

L'ensemble de ces corrélations est repris dans le tableau récapitulatif n°28.

Tableau n°28 : Tableau récapitulatif des corrélations retrouvées entre les mesures de prévention et les autres variables de l'étude.

« + » indique une corrélation positive et « - » une corrélation négative.

	Limitation des points d'attache	Recherche des FDR suicidaires à l'arrivée	Commission pluridisciplinaire unique	Formation spéciale des professionnels	Plus de discussion avec les surveillants, les chefs	Communication des proches avec l'administration	Etre doublé en cellule	Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique	Accès aux activités	Pouvoir communiquer avec l'extérieur	Augmentation des rondes	Installation en cellule C-ProU
Age												
Primo-incarcéré												
Statut condamné et/ou prévenu												
Type d'infraction : violences/violences sexuelles					+							
Idées ou actes suicidaires depuis l'arrivée												
Etat suicidaire à J28							-					
Recours au dispositif de prévention							-			-		+
Episode dépressif majeur actuel								+				
Anxiété généralisée actuelle								+				
Agoraphobie actuelle		-										
Abus ou dépendance à des substances								-	+			
Antécédents de tentatives de suicide									-			
Croyances en la survie et en ses capacités à survivre							+					-
Responsabilité envers la famille												
Préoccupations en rapport avec les enfants												
Crainte du suicide		-										
Crainte de la désapprobation sociale					+			+				
Objections morales												

## Compléments pour la présence d'idées ou actes suicidaires durant le premier mois

En dehors des scores aux mesures de prévention, nous avons recherché la présence de liens avec les troubles psychiatriques repérés par le M.I.N.I.

Les tests de chi-2 nous ont permis de retrouver une corrélation au seuil de 1% avec l'état dépressif actuel et l'antécédent de tentative de suicide. Par contre, le test n'a pas permis de mettre en évidence un lien avec l'existence d'abus ou dépendance à des substances dont l'alcool.

## Compléments pour l'inventaire des Raisons de Vivre de Linehan

Les échelles de l'IRVL n'avaient pas de liens mis en évidence avec l'âge des participants (matrice de corrélation de Pearson, seuil de 5%).

### Croyances en la survie et en ses capacités à survivre

On retrouve un lien (test-t, seuil de 5 %) avec le fait d'être ou non incarcéré pour la première fois. Les « primo » cotaient plus cette sous-échelle que ceux ayant été déjà incarcérés.

Souffrir d'un épisode dépressif majeur était aussi corrélé à la sous-échelle (test-t, seuil de 5 %), les dépressifs la cotant moins que les autres. Il en était de même pour ceux ayant un antécédent de tentative de suicide (test-t, seuil de 1%).

On retrouve aussi un lien (test-t, seuil de 1%) avec un score moins élevé, pour les personnes ayant eu des idées suicidaires depuis l'arrivée et celles qui indiquaient avoir eu recours au dispositif de prévention.

De même, l'échelle est corrélée négativement (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 1%) avec le niveau d'urgence suicidaire à J0, J7 et J28, c'est-à-dire que ceux qui cotaient comme importants les items de cette sous-échelle avaient un score d'état suicidaire moindre.

Par ailleurs, rappelons qu'il existait une corrélation positive entre la sous-échelle et la mesure préventive de doublement en cellule (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, ceux qui cotaient comme importants les items de ce sous-groupe trouvaient plus utile cette mesure), et une corrélation négative avec la mesure préventive d'installation en cellule C-ProU (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, ceux qui jugeaient plus importants les items de cette sous-échelle, jugeaient moins utile cette mesure).

### Responsabilité envers la famille

Cette échelle est corrélée négativement (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%) avec le niveau d'urgence suicidaire à J0, c'est-à-dire que ceux qui cotaient comme importants les items de cette échelle avaient un score d'état suicidaire moindre à l'arrivée.

### Préoccupations en rapport avec les enfants

On retrouve un lien (test-t, seuil de 5 %) avec les antécédents de tentative de suicide. Les anciens suicidants cotaient moins cette échelle.

### Crainte du suicide

Nous n'avons pas retrouvé d'autres corrélations avec cette sous-échelle.

Pour rappel, nous avons décrit ci-dessus une corrélation négative entre la recherche des facteurs de risque suicidaires à l'arrivée et le score de cette échelle de l'IRVL (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%, ceux qui ont le plus de crainte envers l'acte suicidaire cotent moins bien le score de cette mesure de prévention).

### Crainte de la désapprobation sociale

Cette échelle était moins bien cotée (test-t au seuil de 5%) par les participants diagnostiqués comme souffrant d'un trouble d'abus ou dépendance au M.I.N.I.

Comme vu précédemment, il existait une corrélation positive avec cette échelle et la mesure consistant en une majoration des discussions avec les surveillants et les chefs (matrice de

corrélation de Pearson, au seuil de 5%, les personnes qui accordaient de l'importance aux items de crainte de la désapprobation sociale trouvaient plus utile cette mesure de prévention). La même corrélation était retrouvée avec la mesure de prise en charge psychiatrique et/ou psychologique.

### Objections morales

On retrouve un lien (test-t, seuil de 5%) avec les personnes ayant eu des idées suicidaires depuis l'arrivée qui cotaient moins cette échelle.

Elle est d'ailleurs corrélée négativement (matrice de corrélation de Pearson, au seuil de 5%) avec le niveau d'urgence suicidaire à J28, c'est-à-dire que ceux qui cotaient comme importants les items de cette échelle avaient un score d'état suicidaire moindre à 1 mois, au moment de l'entretien.

## **Conclusion**

Nous remercions vivement le Pr Jean-Hugues Chauchat pour sa forte contribution à l'analyse des données recueillies qui ont nécessité de recourir à plusieurs outils statistiques sur lesquels il nous a apporté son éclairage et sa patience.

Les résultats bruts qu'il s'agisse des critères de jugement principaux et secondaires, des variables, ou des recherches de corrélations, soulèvent de nombreuses questions que nous allons tenter de détailler dans le chapitre discussion après une synthèse des résultats présentée dans le chapitre qui suit.

# Synthèse des résultats

## La perception de l'utilité des mesures de prévention

Les scores attribués à chaque mesure de prévention étaient compris -2, -1, 0, 1 et 2. Aucune mesure n'était significativement perçue comme pas ou peu utile.

Tableau n°8 : Scores moyens attribués pour qualifier l'utilité des différentes mesures de prévention du suicide

Mesures de prévention	Moyenne	IC95	
Limitation des points d'attache auxquels se pendre	-0,057	0,404	[-0,461;0,347]
Recherche systématique des facteurs de risque et idées de suicide	0,585	0,323	[0,262;0,908]
Commissions pluridisciplinaires uniques	0,698	0,287	[0,411;0,985]
Formation spéciale des professionnels de la prison	0,717	0,296	[0,421;1,013]
Plus de discussions avec les surveillants, les chefs	0,623	0,355	[0,268;0,978]
Communication des proches avec l'administration pénitentiaire	0,472	0,353	[0,119;0,825]
Etre doublé en cellule	-0,038	0,381	[-0,419;0,343]
Avoir une prise en charge psychiatrique et/ou psychologique	0,868	0,308	[0,560;1,176]
Avoir accès à des activités	1,142	0,214	[0,928;1,356]
Pouvoir communiquer avec l'extérieur	1,302	0,234	[1,068;1,536]

Augmentation du nombre de ronde de surveillance à ma cellule	-0,170	0,380	[-0,550;0,210]
En cas d'idées suicidaires majeures, être installé dans une cellule spéciale	0,038	0,369	[-0,331;0,407]

Pour chaque mesure, les tableaux n°11 à 21 rapportent les commentaires des participants, 12 à 37 participants selon les mesures. Les 4 mesures, toutes portées par les équipes de détention, pour lesquelles les IC95% des scores moyens ne permettaient pas de conclure à une utilité perçue, avaient beaucoup de commentaires des participants, ce qui apporte un éclairage sur cette ambivalence dont nous allons discuter dans le chapitre suivant. Pour les autres mesures, le nombre de participants les commentant allait de 12 à 28.

## **Les regards sur le dispositif de prévention**

Quinze participants ont déclaré connaître l'existence d'un dispositif de prévention. Parmi ceux-ci, seuls 3 pouvaient citer spontanément au moins 3 mesures ou aides proposées aux personnes suicidaires en détention.

Parmi les 20 participants ayant eu des idées suicidaires ou réalisé une tentative de suicide au cours du mois d'incarcération, 8 ont déclaré avoir eu recours au dispositif de prévention, et 7 sur les 8 estimaient avoir ainsi été aidés.

Vingt-neuf participants ont émis des idées de mesures de prévention. Ces propositions étaient de différentes natures, parfois des commentaires sur le quotidien en détention, sur le régime judiciaire ou pénitentiaire, parfois des critiques de mesures existantes et enfin des propositions innovantes (cf. tableau n°22).

## **Caractéristiques des crises suicidaires chez les participants**

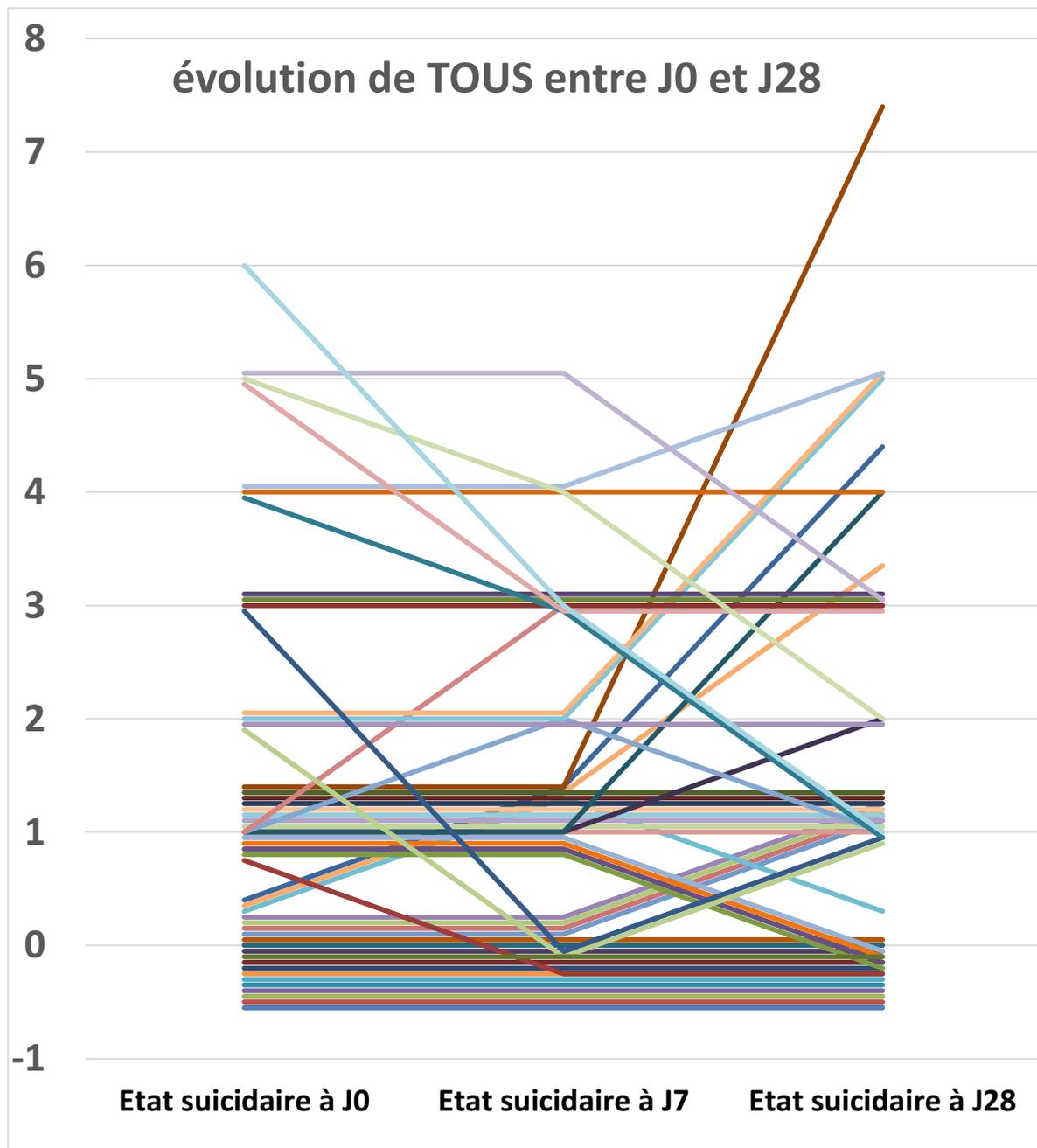
Vingt participants (37.74%) ont rapporté la présence d'idées suicidaires durant leur premier mois d'incarcération, soit plus d'un tiers, avec 6% de tentatives de suicide (3 personnes donc), autrement dit, 15% des personnes suicidaires.

Le niveau moyen d'urgence suicidaire (niveau allant de 0 à 7) était de 1.34 à J0, 1.21 à J7 et 1.47 à J28, avec réciproquement  $p = 0,520$  et  $p = 0,165$ , on ne retient pas de différence statistique entre J0 et J7 et J7 et J28, soit qu'il n'y en ait pas, soit que la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour la retrouver. Nous interrogeons tout de même une tendance pour une part des participants à l'aggravation de l'urgence suicidaire au bout d'un mois (J28) : dernier quartile plus élevé à la répartition des scores (3 et non 2 à J0 et J7), valeur du « p » (erreur à 16,5%) dans la recherche de différence entre J7 et J28 et de la répartition visible dans les figures 7 et surtout 8.

L'évolution de ces états par sous-groupe selon le degré d'urgence suicidaire à J0 montrent une grande variabilité de ces évolutions (figures n°4 à 8), vers une diminution ou une majoration, que les scores soient élevés ou non à l'arrivée.

D'après les participants, les facteurs influençant ces évolutions étaient assez proches pour les deux périodes J0-J7 et J7-J28 (tableaux n°23 et 24). Les principaux étaient l'enfermement, sa nouveauté ou sa répétition, les ressources personnelles psychologiques, la situation familiale apparaissaient en premier lieu, la situation judiciaire. Leur place pouvait varier entre les deux périodes et les 3 derniers cités étaient à la fois des facteurs améliorant l'état clinique et des facteurs l'aggravant.

Figure n°4 : Evolution de l'urgence suicidaire de chaque participant de J0 à J28 en passant par J7.



Nous avons calculé les moyennes des scores (pouvant être -3, -2, -1, 1, 2 et 3 selon l'importance attribuée à l'item) des 6 échelles de l'inventaire des raisons de vivre de Linehan. Seule l'échelle « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » a obtenu une moyenne significativement positive ou négative.

Tableau n°25 : Moyenne des scores des échelles de l'Inventaire des Raisons de Vivre de Linehan

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Croyances en la survie et en ses capacités à survivre	1,657	0,977	-1,458	3,000
Préoccupations en rapport avec les enfants	1,566	1,717	-3,000	3,000
Responsabilité envers la famille	1,286	1,399	-3,000	3,000
Objections morales	0,943	1,655	-3,000	3,000
Crainte du suicide	-0,685	1,384	-3,000	2,714
Crainte de la désapprobation sociale	-0,541	1,767	-3,000	3,000

## Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Tableau n°26 : Fréquence des items diagnostics cotés positifs au MINI

*(En gras les fréquences qui dépassaient les 20% des répondants)*

		Fréquences	Nombre de répondants
<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>Episode dépressif majeur actuel</b>	<b>41,18%</b>	51
	<b>Episode maniaque passé</b>	<b>25,49%</b>	51
	<b>Episode dépressif majeur passé</b>	<b>23,53%</b>	51
	Episode hypomaniaque passé	5,88%	51
	Dysthymie actuelle	4,08%	49
	Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques actuel	3,92%	51

	Episode maniaque actuel	3,92%	51
	Episode hypomaniaque actuel	1,96%	51
<b>Risque suicidaire</b>	Antécédent de tentative de suicide avant l'incarcération actuelle :	19,61%	51
	en milieu libre	15,69%	51
	en prison	7,84%	51
	<b>Risque suicidaire actuel :</b>	<b>45,10%</b>	51
	élevé	<b>25,49%</b>	51
	moyen	7,84%	51
	léger	11,76%	51
<b>Troubles anxieux</b>	<b>Anxiété généralisée actuelle</b>	<b>36,73%</b>	49
	<b>Agoraphobie actuelle sans antécédents de trouble panique</b>	<b>21,57%</b>	51
	Etat de stress post-traumatique actuel	13,73%	51
	Trouble obsessionnel compulsif actuel	9,80%	51
	Trouble panique sans agoraphobie actuel	5,88%	51
	Trouble panique avec agoraphobie actuel	3,92%	51
	Phobie sociale actuelle	3,92%	51
<b>Conduites addictives</b>	<b>Abus d'alcool actuel</b>	<b>36%</b>	50
	<b>Dépendance alcoolique actuelle</b>	<b>30%</b>	50
	<b>Dépendance à une ou des substance(s) actuelle(s)</b>	<b>30%</b>	50
	Abus de substance actuelle	16%	50
<b>Troubles psychotiques</b>	Syndrome psychotique passé	16,67%	48
	Syndrome psychotique actuel	10,42%	48

	Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	8%	50
TCA	Boulimie actuelle	2%	50
	Anorexie mentale actuelle	0	50
	Anorexie mentale binge-eating/purging type actuelle	0	50
	Trouble de la personnalité antisociale	17,02%	47

## Analyse des corrélations

L'ensemble des corrélations associées aux mesures de prévention étudiées, est exposé dans le tableau n°28.

Tableau n°28 : Tableau récapitulatif des corrélations retrouvées entre les mesures de prévention et les autres variables de l'étude.

« + » indique une corrélation positive et « - » une corrélation négative.

	Limitation des points d'attache	Recherche des FDR suicidaires à l'arrivée	Commission pluridisciplinaire unique	Formation spéciale des professionnels	Plus de discussion avec les surveillants, les chefs	Communication des proches avec l'administration	Etre doublé en cellule	Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique	Accès aux activités	Pouvoir communiquer avec l'extérieur	Augmentation des rondes	Installation en cellule C-ProU
Age												
Primo-incarcéré												
Statut condamné et/ou prévenu												
Type d'infraction : violences/violences sexuelles					+							
Idées ou actes suicidaires depuis l'arrivée												
Etat suicidaire à J28							-					
Recours au dispositif de prévention							-			-		+
Episode dépressif majeur actuel									+			
Anxiété généralisée actuelle									+			
Agoraphobie actuelle		-										
Abus ou dépendance à des substances								-	+			
Antécédents de tentatives de suicide									-			
Croyances en la survie et en ses capacités à survivre							+					-
Responsabilité envers la famille												
Préoccupations en rapport avec les enfants												
Crainte du suicide		-										
Crainte de la désapprobation sociale					+			+				
Objections morales												

En complément, nous avons retrouvé une corrélation au seuil de 1% entre la présence d'idées suicidaires au cours du premier mois et un état dépressif actuel ainsi que l'antécédent de tentative de suicide.

Pour ce qui est de l'IRVL, nous avons recherché des corrélations complémentaires avec les autres variables.

-Croyances en la survie et ses capacités à survivre : corrélation positive avec le fait d'être primo-incarcéré ; négative avec le niveau d'urgence suicidaire à J0, J7, J28, avec la présence d'état dépressif majeur actuel, d'antécédent de tentative de suicide, d'idées suicidaires depuis l'arrivée, d'un recours au dispositif de prévention.

-Responsabilité envers la famille : corrélation négative avec le niveau d'urgence suicidaire à J0.

-Préoccupations en rapport avec les enfants : corrélation négative avec la présence d'antécédents de tentative de suicide.

-Crainte du suicide : pas d'autres corrélations.

-Crainte de la désapprobation sociale : corrélation négative avec la présence d'un trouble d'abus ou dépendance au M.I.N.I.

-Objections morales : corrélation négative avec la présence d'idées suicidaires depuis l'arrivée, avec le niveau d'urgence suicidaire à J28.

# Discussion des résultats

Après avoir décrit les limites et biais de l'étude EPSuDe, nous reviendrons sur les résultats clés dégagés par l'analyse de données.

## Limites et biais de l'étude EPSuDe

Nous avons distingué ceux concernant le recrutement des participants à l'étude de ceux concernant les données recueillies.

### Recrutement

Les audiences collectives au QA

*Le profil des arrivants*

La réalisation des audiences collectives avec des personnes incarcérées depuis le week-end nous a garanti l'absence de biais dans le profil des arrivants. En effet durant l'étude, certains jours de semaine, les tribunaux lyonnais adressaient les mises sous écrou à d'autres établissements de la région sauf en cas de besoin de soins psychiatriques où ils étaient alors orientés à la maison d'arrêt de Lyon Corbas, qui dispose d'un SMPR. Cette orientation particulière aurait constitué alors un biais de recrutement en augmentant le pourcentage de personnes souffrant potentiellement de troubles psychiatriques.

*Le profil des participants aux audiences*

Ainsi que nous l'avons vu dans la partie *Déroulement du recueil de données*, la participation aux audiences collectives n'était pas que dépendante des critères d'inclusion, mais aussi des décisions prises par les surveillants présents d'orienter telle ou telle personne à l'audience. Force a été de constater qu'ils ne s'appuyaient pas uniquement sur les critères d'inclusion ou d'exclusion, puisque nous avons eu parfois des personnes ne parlant pas ou très peu français ou incarcérées depuis plus longtemps que les critères retenus, ce qui nous a contraint à ne pas les

inclure. A l'inverse, il est fort probable que des personnes qui auraient pu venir ne se sont pas toujours vu proposer cette audience. Une démarche probablement protectrice pour tout ou partie des personnes concernées, en évitant de m'adresser quelqu'un de très agité ou de potentiellement dangereux, mais aussi en conviant en particulier des personnes qu'ils trouvaient fragiles par exemple.

### *L'impact de la dynamique de groupe*

Un autre biais de recrutement était lié à la dynamique de groupe qui se créait durant ces audiences collectives. Ainsi que nous l'avons décrit, le plus souvent, ces audiences n'étaient pas qu'une présentation de l'étude et une sollicitation pour trouver d'éventuels participants. Le sujet amenait des réactions et souvent des débats. Ces échanges étaient aussi l'occasion pour les participants de constater si nous connaissions ou pas notre sujet, de jauger si nous avions un réel intérêt pour eux ou pas, des éléments qui jouaient sur leur décision de se déclarer comme possiblement d'accord pour participer. Dans ces mécanismes, la position de personnes leader (avant l'audience ou qui prennent le leadership pendant) pouvait faire tout basculer. Par exemple, dans le tableau n°7 (partie *Déroulement du recueil de données*), on note la journée du 14 octobre où un mois plus tôt, nous avons eu 8 participants en audience collective et où le seul volontaire est une personne qui a dû partir avant la fin et m'a laissé son nom. Les 7 autres ont refusé de participer malgré un débat très intéressant et collectif sur le suicide en prison. Ils se sont plaints que l'étude ne soit pas collective, sous l'influence de deux personnes leader qui avait dynamisé le débat mais ne voulait pas se livrer individuellement. Une autre fois, un détenu plus âgé, perçu comme leader, a poussé tout le groupe à participer en valorisant l'étude, en disant aussi des choses en arabe que je n'ai pu comprendre (audience collective du 9 septembre), ni me faire expliciter.

La variabilité de ces dynamiques de groupes et effets d'influence a conduit à une variabilité du recrutement, dans un sens comme dans l'autre, sans pouvoir établir si cela a influencé les caractéristiques de la population de l'échantillon.

### Les entretiens

La venue des participants au SMPR pour les entretiens a rencontré certaines difficultés déjà évoquées dans la partie *Déroulement du recueil de données* : blocage des mouvements, autre activité au moment de l'entretien, variabilité de l'investissement des surveillants côté SMPR

et/ou hébergement. Néanmoins, ces facteurs n'étaient pas prévisibles d'une fois à l'autre et n'ont pas favorisé ou défavorisé le recrutement de certains profils en particulier.

## Comparaison entre l'échantillon et la population carcérale

Les statistiques trimestrielles publiées par le ministère de la Justice du 4<sup>ème</sup> trimestre 2014<sup>215</sup> comptent 21,4% de prévenus sur l'ensemble des personnes écrouées en milieu fermé. Nous en avons presque le double dans l'étude (39,62%). Néanmoins cela n'est pas surprenant puisque nous étions en maison d'arrêt avec une population incarcérée depuis un mois seulement. La maison d'arrêt a d'ailleurs compté en 2014, en moyenne (des recensements mensuels), 388 prévenus et 498 condamnés présents, soit 43,79% de prévenus<sup>216</sup>.

Concernant l'âge, notre échantillon avec une médiane de 33 ans est très proche de la population carcérale nationale dont la médiane est à 31,9 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2015<sup>217</sup>.

Nous avons aussi noté que les statistiques ministérielles comptent dans l'ensemble de la population carcérale masculine, au 1<sup>er</sup> janvier 2015 toujours<sup>218</sup>, 1,3% d'illettrés déclarés, 6,9% ayant reçu une instruction primaire, 73,7% une instruction secondaire ou supérieure, et 18,1% n'ont pas de statut déclaré ou connu pour leur niveau d'instruction. Dans notre échantillon, ils étaient 71,7% à pouvoir lire et écrire pour l'entretien ce qui semble proche des données ministérielles. Il ne faut pas oublier cependant que nous avons exclu toute personne qui ne pouvait maîtriser la langue au moins oralement.

Nous n'avons pu comparer l'échantillon en termes d'infractions car nous les avons regroupés par familles d'infractions ce qui ne correspond pas à la classification en cours.

Par ailleurs, le nombre de primo-incarcérés n'était pas une donnée directement accessible.

Ainsi il existait un biais de recrutement de part les modalités de recrutement des audiences collectives à la réalisation des entretiens. Cependant un certain nombre de caractéristiques de

---

<sup>215</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trimestrielle\\_janvier\\_2015\\_v2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_janvier_2015_v2.pdf)

<sup>216</sup> Chiffres délivrés par l'administration de la maison d'arrêt.

<sup>217</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trimestrielle\\_janvier\\_2015\\_v2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_janvier_2015_v2.pdf)

<sup>218</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trimestrielle\\_janvier\\_2015\\_v2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_janvier_2015_v2.pdf)

notre population sont représentatives de l'ensemble de la population carcérale et/ou des personnes incarcérées en maisons d'arrêt.

## Les données recueillies

### La qualité des entretiens

Les entretiens n'ont pas toujours bénéficié du même cadre de réalisation, surtout en termes de temps disponible. Les horaires pour les déplacements étant assez stricts, certains entretiens ont dû être menés plus rapidement afin d'être terminés à temps pour respecter ces horaires. Cela a pu influencer les réponses, notamment les éléments de discours libres.

### Critère de jugement principal

Nous avons essentiellement repéré une difficulté pour certains participants à à une personne suicidaire pour pouvoir attribuer une utilité aux mesures de prévention. Cela s'est particulièrement ressenti pour la mesure de doublement en cellule où certains pouvaient s'identifier aux personnes suicidaires quand d'autres pensaient essentiellement aux codétenus qui se retrouvaient alors avec quelqu'un de suicidaire. Aussi la mesure n'était pas considérée de la même manière. Mais cela a eu le mérite de nous apporter des commentaires pertinents de ces deux points de vue.

### Critère de jugement secondaire 1

Concernant la connaissance du dispositif de prévention, les résultats sont plutôt faibles, et ce, malgré notre étude, avec l'audience collective au quartier arrivant et l'information sur l'étude qui impliquaient de parler de dispositif et de mesures de prévention.

Néanmoins lorsque nous parlions ensuite des différentes mesures de prévention, ils étaient nombreux à en connaître au moins une partie. Il s'agirait donc plus d'un biais lié au fait que ces mesures sont connues mais ne sont identifiées comme appartenant à un dispositif visant à prévenir les suicides.

## Critère de jugement secondaire 2

Un biais classique est à considérer pour ces données sur l'idéation et l'acte suicidaire, celui de remémoration. Car si les données concernant J28, moment de l'entretien peuvent être considérées comme fiables, cela est forcément plus discutable pour J0 et J7. J0 demeure une date très marquante puisqu'elle est la date d'arrivée dans l'établissement ; nous pouvons ainsi espérer que cela favorise la mémorisation de l'état émotionnel à ce moment-là. Pour J7, l'entretien prévoyait de rappeler que cette échéance tombait souvent quelques jours avant le passage en bâtiment, car les repères sont moindres pour cette date.

Pour l'inventaire des raisons de vivre de Linehan, il était parfois difficile surtout parmi ceux qui n'avaient jamais eu d'idées suicidaires dans leur vie, de se projeter dans les items qui concernaient directement le sujet du suicide.

M . I . N . I .

En dehors des biais inhérents au questionnaire, nous n'avons pas relevé de biais supplémentaires dans le contexte de réalisation de l'étude.

Ainsi nous avons été confrontée principalement à une forme de biais de recrutement ainsi qu'à un biais de remémoration et enfin une difficulté à reproduire un contexte d'entretien similaire d'une fois à l'autre, surtout pour l'aspect temporel.

## **Interprétation des scores attribués aux mesures de prévention à la lumière des commentaires des participants**

Le critère de jugement principal concernait l'appréciation de l'utilité des mesures de prévention. Nous avons tout d'abord fait le constat que les participants n'ont pas exprimé de difficulté à donner un score à ces mesures, à exprimer un avis, y compris pour des mesures qui ne leur étaient pas directement accessibles comme les commissions pluridisciplinaires uniques. Leurs commentaires étaient moins évidents à obtenir. Néanmoins pour certaines

mesures, nous avons pu en recueillir un nombre intéressant. Nous pouvons ainsi revenir sur chacune des mesures pour en interroger les résultats à la fois sur le plan psychologique et sur le plan préventif, et discuter comment l'aspect psychologique peut être appliqué à des réflexions ou propositions en termes de prévention du suicide qui seront plus formalisées dans un chapitre suivant.

## Quatre mesures cotées avec ambivalence

De manière globale, les participants jugeaient plutôt plus qu'utiles la majorité des mesures. Pour 4 mesures, il n'a pas été possible avec le nombre de participants de déterminer quel était la tendance de l'avis moyen. Ce résultat n'en est pas moins très intéressant. En effet, nous avons une puissance suffisante pour cerner la tendance de leur réponse pour les 8 autres mais pas celles-ci. Cela traduit donc une plus grande ambivalence pour ces 4 mesures : la limitation des points d'attache dans les cellules, le doublement en cellule, l'augmentation des rondes, l'utilisation de la cellule C-ProU. Elles font d'ailleurs partie des mesures les plus commentées par les participants, respectivement par 29, 37, 26 et 25 personnes. Il est remarquable qu'il s'agisse de 4 mesures impactant directement les conditions d'hébergement des personnes incarcérées. Nous allons voir que, de notre point de vue, les commentaires permettent de faire la part des choses et de constater que cette ambivalence n'était pas principalement due à un vécu d'inutilité des mesures mais à des réticences ou des peurs dans la manière dont elles pouvaient être appliquées ou encore à la revendication d'une liberté toujours présente à travers l'acte suicidaire.

### Limitation des points d'attache

Pour cette mesure, un seul commentaire prédominait et était cité par presque la moitié des participants : le fait qu'il restait encore des moyens de se pendre (les plus cités étant les armatures des lits et les barreaux, mais aussi une plaque de métal à trous au mur, la douche), ou d'autres moyens de se suicider. « *Mais si quelqu'un veut vraiment le faire, il trouvera un moyen comme les lits superposés, ou la fenêtre, ou autre moyen comme les lames.* » (participant n°9, Annexe).

Par contre, nous avons remarqué que, hormis citer les points de pendaison restants, pour ce qui étaient d'autres méthodes, les participants restaient le plus souvent vagues (« d'autres moyens »,

« pour une personne décidée, il y aura toujours un moyen ») sauf deux participants qui nous ont cité les lames et les couteaux en plastique.

Certes il existait encore des points d'attache dans les cellules et ils étaient aisément identifiés par les participants, certains ayant d'ailleurs répondu de manière positive qu'il fallait continuer à limiter leur présence. Pour ce qui était d'autres méthodes de suicide, cette fois les participants étaient restés flous. On peut donc penser que ces autres méthodes n'étaient en fait pas bien identifiées. Malgré cela, c'était l'argument qu'ils employaient le plus.

Nous nous sommes interrogée sur deux raisons à cela. La première serait celle de l'opposition à une forme de répression. Limiter l'accès au suicide peut être vécu comme une entrave supplémentaire à la liberté, une entrave à disposer de son corps : « *une conception basée jusqu'alors sur l'empêchement du suicide qui peut être attentatoire à la liberté de se donner la mort* »<sup>219</sup>, ainsi que Cliquennois et Chantraine ont décrit ce type de mesures de prévention, parmi les premières.

Dénier l'intérêt en termes de sécurité de cette mesure – dont l'intérêt sur le plan médical a été montré<sup>220</sup> - peut traduire un rejet de cette entrave plus que de l'utilité ou non de la mesure. Se manifesterait ainsi une sorte de rébellion qui maintient accessible un espace des possibles même si ce doit être dans la mort.

La deuxième raison concernerait directement la prévention du suicide. On retrouve dans certains propos, l'idée qu'on n'arrête pas quelqu'un de « vraiment décidé » à se suicider. Une idée préconçue sur le suicide distinguant deux catégories : ceux qui voudraient vraiment et donc ceux qui ne voudraient pas vraiment (souvent dénommé un « appel aux secours »)<sup>221</sup>. Sachant que cette idée est une représentation commune mais fautive de la crise et du geste suicidaire, on peut se demander si, avec une meilleure information sur la crise suicidaire, ses mécanismes et sa prévention, les participants n'auraient pas été moins nombreux à juger peu ou pas utile cette mesure.

---

<sup>219</sup> Cliquennois G., Chantraine G. Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques. *Sociétés contemporaines* 3/2009 (n° 75), p. 59-79.

<sup>220</sup> Florentine JB and Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine* 70.10 (2010): 1626-1632.

<sup>221</sup> Terra JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. n° 45 décembre 2003 : p20-24.

## Le doublement en cellule

Les résultats montrent que les participants étaient particulièrement sensibles à cette mesure avec un maximum de commentaires pour celle-ci. Il faut rappeler que, même sans risque suicidaire, la majorité des détenus étaient deux en cellule du fait de la surpopulation carcérale. Aussi, au-delà de notre problématique, ils se sentaient tous concernés par les questions de cohabitation en cellule. Seuls 11,32% des participants exprimaient spontanément une préférence pour la solitude en cas de mal être. « *Je serai trop inquiet de faire du mal à l'autre personne* » (participant n°35, Annexe). Les différents commentaires exprimaient surtout qu'il ne s'agissait pas d'être deux en cellule pour être deux. C'était la qualité de la relation qui peut se créer qui comptait. L'autre personne ne devait pas être rejetante, ni angoissée par l'accueil d'un codétenu suicidaire, et même elle devait être valorisée et soutenue pour cela. Les participants exprimaient donc l'angoisse qu'ils connaissaient presque tous, de tomber sur une personne avec qui ils ne s'entendraient pas, voire qui les malmèneraient, de même que l'angoisse d'être avec une personne instable psychologiquement, voire qui se suiciderait dans leur cellule. « *Si le codétenu réagit mal, c'est fini pour lui.* » (participant n°7, Annexe).

Ce vécu d'insécurité était très présent et prenait le pas sur les bénéfices pourtant rapportés par eux d'être avec une autre personne pour communiquer, s'occuper et partager des émotions et pensées positives. D'ailleurs cette mesure était corrélée négativement à la présence et l'intensité d'un état suicidaire au moment de l'entretien, ainsi qu'au fait d'avoir eu recours au dispositif de prévention (donc d'avoir été suicidaire depuis l'arrivée au point de bénéficier de certaines des mesures citées). C'est-à-dire que les personnes incarcérées étant ou ayant été suicidaires mettaient plus en avant les effets délétères pour eux de cette mesure ! Alors que ceux pour qui l'échelle « Croyances en la survie et ses capacités à survivre » de l'inventaire des raisons de vivre de Linehan avait les scores les plus élevés, tendaient à trouver utile cette mesure. Ainsi, ceux qui se sentaient une certaine confiance dans leur capacité à faire face trouvaient utile de pouvoir être avec quelqu'un et le percevaient comme une aide, quand ceux qui sont actuellement fragilisés par une crise suicidaire vivaient cette mesure comme plus incertaine, avec probablement plus d'insécurité.

Il est donc essentiel pour une personne repérée suicidaire, de s'assurer de la qualité de la relation avec son codétenu et/ou de l'installer avec quelqu'un qui est prêt à recevoir une personne fragile. Le fait pour le codétenu de savoir quoi faire en cas d'urgence et d'être rassuré quant à la venue de quelqu'un en cas d'appel, apparaît aussi comme un point essentiel. Cela a l'intérêt de les rassurer, de les valoriser et de les rendre plus acteur de la situation.

Le participant n°3 (Annexe) attendait lui justement d'être avec un codétenu au point de faire une tentative de suicide :

« *Je me suis retrouvé seul en cellule en bâtiment, sans écoute de la part des surveillants pour mes demandes. J'ai fini par faire une tentative de suicide (médicamenteuse). Puis c'est allé mieux ; j'ai été mis en cellule avec un codétenu bien, qui savait lire et écrire (et pouvait l'aider pour ses demandes)* ». Notons qu'il gardait le même niveau d'urgence suicidaire à J28 qu'à J7, mais la tentative de suicide ayant eu lieu entre les deux, on peut supposer qu'il y a eu une montée de ce niveau et une redescende entre temps.

### Augmentation des rondes de surveillance

Pour l'augmentation des rondes, mesure très commentée aussi, les participants exprimaient majoritairement des critiques, de différentes natures. Il était presque surprenant que, finalement, le score moyen ne soit pas significativement négatif. Ces critiques concernaient tant l'efficacité de la mesure que la manière dont elle était appliquée dans l'établissement surtout la nuit (par les surveillants ou du fait du manque de surveillants/de rondes plus fréquentes).

Le fait est que les recommandations pour une mesure de surveillance suicidaire, appellent à des rondes toutes les 15 minutes au moins<sup>222</sup>. Rappelons que la pendaison peut tuer en quelques minutes. Dans un travail précédant, incluant 7 établissements pénitentiaires, cette mesure était appliquée à un rythme variable, de 30 minutes à 2 heures<sup>223</sup>. Il est évident qu'il serait complexe d'instaurer une rythmicité de 15 minutes à l'ensemble des personnes concernées par la mesure du fait des moyens que cela réclame. Cependant, il serait possible de gagner en efficacité. Cela passe d'abord par une évaluation du niveau de risque suicidaire avec un protocole de mesures à mettre en place différent selon les résultats de cette évaluation. Un risque suicidaire urgent, voire élevé sans même parler d'urgences, pourrait impliquer de procéder à des rondes de surveillance très rapprochées jusqu'à réévaluation levant ce risque (1 mois dans ce cas serait trop long). Pour les risques suicidaires moindres, les augmentations de rondes pourraient ne plus être aussi intéressantes sur le plan bénéfice/risque, car ces surveillances impliquent des

---

<sup>222</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121.

<sup>223</sup> Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010, p135.

réveils multiples dans la nuit, donc une possible détérioration du sommeil aux conséquences négatives sur l'humeur, ainsi que de potentiels conflits avec le codétenu. « *Les rondes normales sont déjà dérangeantes (bruit, lumière, réveil,...) alors s'il y en a en plus, ça ne va pas* » (participant n°17, Annexe).

L'idée serait alors de resserrer la surveillance en repérant dans la population cible, le sous-groupe à risque urgent voire élevé, ce qui ne réclamerait probablement pas d'augmentation de moyens mais une réorganisation.

Il est important aussi pour les professionnels qui les réaliseraient de savoir ce qu'ils doivent faire de cette surveillance : s'assurer de l'état de la personne mais par œilleton ? en entrant systématiquement, si œilleton occulté, si doute sur l'état de la personne ? Et de savoir que cette surveillance régulière doit pouvoir faciliter la communication entre la personne suicidaire et l'équipe, et ne pas se limiter à une observation unipolaire<sup>224</sup>.

## Les C-ProU

Pour l'utilisation des C-ProU, là aussi les commentaires étaient deux fois plus nombreux pour justifier un score plutôt négatif que positif. Comme pour les autres mesures impliquant une contrainte des corps, les participants indiquaient toujours qu'il restait possible de se suicider, qu'il restait des moyens de le faire (l'un cité étant celui de se taper la tête contre les murs). Plus que les autres mesures par contre, elle était perçue par certains comme une punition du fait des contraintes supplémentaires qui l'accompagne, même pour les bénéfiques escomptés de protection de la personne. « *Cela accentuerait son envie de mourir car c'est très angoissant* » (participant n°15, Annexe). Cette mesure génère une angoisse de vide : isolement, sans affaires personnelles, sans activités,... « *Je pense que ça ne sera pas utile car il pourrait avoir plus l'envie de se suicider en sortant de sa cellule spéciale.* » (participant n°25, Annexe).

Néanmoins ces réactions sont à considérer à la lumière des corrélations analysées. En effet, nous avons trouvé que, à l'inverse du doublement en cellule, le score de la mesure était associé positivement au fait d'avoir eu recours au dispositif de prévention depuis l'arrivée, donc d'avoir été suicidaire et d'avoir bénéficié de, ou sollicité, une aide. Par contre, les participants ayant un score élevé à l'échelle de l'IRVL « *Croyances en la survie et ses capacités à survivre* » trouvaient moins utile cette mesure. Ainsi cette dernière faisait peur, angoissait les personnes

---

<sup>224</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire*. Genève, 2002.

qui avaient une confiance solide en leurs ressources personnelles. On peut penser qu'elles s'imaginaient dépourvues de ses ressources en cas d'isolement de cette manière, c'est à dire un isolement assorti d'une réduction supplémentaire des possibilités de contrôle sur l'environnement, tout du moins dans les représentations qu'ils en avaient. Alors que les personnes qui ont expérimenté l'état suicidaire et les aides possibles en détention, au contraire, attribuaient une utilité plus marquée à cette mesure, y trouvant une possible sécurité, une protection. « *Pour lui sauver la vie, surtout quand ça nous prend très vite.* » (participant n°49). Notons de plus le commentaire d'un participant qui, ayant reçu la description de la mesure, a conclu qu'il serait opportun que les personnes incarcérées la connaissent et puissent demander directement à en bénéficier pour se protéger d'eux-mêmes en cas de crise suicidaire.

Ils ont aussi été 5 à souligner que la communication avec la personne incarcérée suicidaire était importante soit dans cette mesure soit comme autre mesure. Nous retrouverons d'ailleurs cet aspect avec les propositions des participants. Ici l'isolement provoqué par la mise en sécurité doit concerner tout moyen de se faire du mal, un isolement du corps qui ne doit pas conduire à l'isolement de la personne.

## Huit mesures dont l'utilité était reconnue

En dehors des 4 mesures pour lesquelles on ne pouvait attribuer un score moyen positif ou négatif, les 8 autres étaient significativement positives. Deux mesures se démarquaient par un score plus élevé : la communication avec l'extérieur et l'accès facilité à des activités. Ces deux mesures ne sont pas des actions spécifiques à la prévention du suicide. Elles sont d'ailleurs mal identifiées comme telles dans les supports de suivi des personnes incarcérées.

### Pouvoir communiquer avec l'extérieur

Il s'agissait de la mesure avec le score moyen le plus élevé : 1,302 avec un intervalle de confiance à 95% [1,068;1,536] qui confirme une cotation de la mesure centrée sur « très utile ». Seuls 12 participants ont commenté cette mesure. Ce peu de commentaires en même temps qu'un avis unanime sur son utilité, soulignait probablement l'évidence que cela représentait pour les participants. Ce qui était surprenant pour des personnes incarcérées depuis un mois, était finalement le peu de freins évoqués à son application (seulement 3 commentaires) car il faut parfois bien plus de temps pour avoir en place un compte téléphonique, les autorisations

d'appels, d'accès aux courriers, aux parloirs. Aussi soit l'établissement permet une information suffisante pendant cette période qui facilite l'attente (« *je pense que c'est déjà le cas et que cela fonctionne correctement* », participant n°31, Annexe), soit les personnes détenues trouvent d'autres options, comme d'utiliser des téléphones portables pourtant interdits ainsi que certains ont pu l'évoquer en entretien ou en « off » (dans les interstices de l'entretien semi-dirigé).

Nous n'avons retrouvé pour cette mesure, qu'un lien de corrélation repérable dans cet échantillon : une corrélation négative avec le recours au dispositif de prévention. Il n'est pas impossible que ce résultat ait été non pas dû à un manque d'utilité en tant que telle mais plutôt à l'absence de proposition de la mesure ou de sa réalisation.

S'agissant d'une mesure non spécifique, c'est-à-dire qui n'était pas développée pour la prévention du suicide, elle perdait en visibilité. Il n'existait pas de protocole avec suivi s'assurant de sa réalisation pour une personne suicidaire. Dans ce que nous avons constaté, elle apparaissait essentiellement dans les échanges en commissions pluridisciplinaire unique où, lorsque l'isolement de la personne par rapport à ses proches était repéré, les services compétents essayent d'aider à le rompre, dans la mesure du possible, sur le plan judiciaire notamment. Il nous semble que pour les professionnels, cette mesure n'était pas une mesure en soi mais plutôt un facteur favorisant l'état suicidaire sur lequel il était possible d'agir lorsqu'on le repère.

### L'accès facilité aux activités

Avec 24 répondants, les participants ont donc commenté l'importance de l'activité pour prévenir le suicide. Ils ont aussi rapporté des freins pour accéder aux activités, ce qui les faisait douter de la réalité de la mesure pour les personnes suicidaires. « *Mais cela n'est pas fait. Je suis resté 1 mois et 7 jours sans aucune activité sauf la promenade* » (participant n°29, Annexe).

La difficulté pour cette mesure est que son objet concerne toutes les personnes incarcérées et qu'il s'agit de l'utiliser pour le sous-groupe des personnes suicidaires, sans que ne soit employé un protocole particulier pour le suivi de son application, de la même façon que la mesure précédente.

L'évaluation de cette mesure était la seule à être très corrélée à l'état psychiatrique. En effet, les personnes dépressives, anxieuses ou souffrant d'abus ou de dépendance à des substances cotaient plus utile cette mesure que les autres, quand ceux ayant fait l'expérience des tentatives de suicide la cotaient plus négativement. On peut dès lors s'interroger sur le fait que l'accès aux activités a un effet positif pour les personnes souffrant de ces troubles psychiatriques mais que

cet intérêt diminuerait si la crise suicidaire est installée. Peut-être que l'aspect occupationnel et social des activités permet d'éviter les ressassements anxieux, les cognitions dépressives, de lutter contre l'angoisse de vacuité fréquente chez les personnes souffrant d'addictions. Ces bénéfices ne seraient plus ressentis pour ceux qui en viennent à avoir des idées suicidaires installées au point de réaliser un geste suicidaire. Cela expliquerait pourquoi ces corrélations opposées, alors que ces trois troubles psychiatriques sont à risque de suicide.

Ainsi cette mesure très plébiscitée mériterait d'être suivie comme protocole de prise en charge de personne repérée suicidaire, en s'assurant que les personnes cible y ont bien accès (inscription à l'activité mais aussi sensibilisation des surveillants pour faciliter leur mouvement et participation à l'activité). Son accès devrait pouvoir s'élargir aux personnes souffrant de troubles psychiatriques à risque suicidaire, grâce à la collaboration avec l'équipe du SMPR, avec accord des personnes concernées et respect du secret médical. Si toutefois, le nombre des différentes places en activités, qu'il s'agisse de formation, de travail, de loisirs, etc., peut être suffisant pour cela, ce qui est une difficulté bien réelle en détention du fait de la surpopulation carcérale. Participant n°44 à propos des idées suicidaires (Annexe) : « *Non du fait de mes croyances même si je ne suis pas pratiquant. Mais parfois j'ai la haine. En plus je fais plein de demandes (activités, coiffeur, etc) et je n'ai rien. Mais je sais quoi faire si je cogite : lire, écrire, sports, ...* »

Les six mesures restantes ont toutes obtenu un score moyen positif de manière significative.

## Recherche systématique des facteurs de risque chez les arrivants

Cette mesure a été plutôt commentée (23 participants sur les 53). Certains ont souligné son intérêt et utilité, (« *C'est important de demander car un suicidaire a honte et se referme et ne le dira pas lui-même* », participant n°50, Annexe) d'autres se questionnaient sur ce sujet, notamment en verbalisant des idées préconçues sur le suicide et les idées suicidaires. Ces éléments démontrent l'intérêt de travailler sur l'information aux personnes incarcérées en matière de prévention du suicide.

De plus, les participants ont été quelques-uns à souligner la variabilité de réalisation de ce repérage selon les professionnels. S'il existera toujours une disparité dans la manière de réaliser

les entretiens d'accueil, les formations des professionnels, qui devraient être systématiques et renouvelées<sup>225</sup>, devraient permettre de limiter une hétérogénéité des pratiques.

Par ailleurs, la recherche de corrélation montrait que les personnes souffrant d'agoraphobie actuelle jugeaient moins utile cette mesure. Il nous est difficile d'interpréter ce résultat. Peut-être que ce trouble s'associe à une plus grande inhibition sociale et l'idée que les pensées suicidaires ne seraient pas verbalisées ou autres idées préconçues évoquées ci-dessus. Une autre corrélation négative est retrouvée avec l'échelle de l'IRVL « Crainte du suicide ». Peut-être ces personnes craignant le geste suicidaire en lui-même, trouvent ce frein suffisant comme prévention. Néanmoins si tel était le cas, les autres mesures de prévention seraient aussi perçues comme peu utiles. Sauf à considérer cette mesure comme à part et il est vrai qu'elle est la seule impliquant de parler explicitement du suicide avec les personnes incarcérées.

#### Commissions pluridisciplinaires uniques

Si les participants ont coté positivement cette mesure, ils ont été peu à la commenter (14 personnes). Peut-être sa nature un peu éloignée de leur quotidien a contribué à cet effet.

Les commentaires étaient plutôt positifs. « *Il faut travailler en groupe pour avancer* » (participant n°20). Nous avons aussi noté que les participants n'avaient exprimé aucun commentaire négatif sur le fait que les professionnels de la prison communiquent entre eux à leur propos (il était rappelé tout de même que ces échanges respectaient le secret professionnel).

Une personne évoquait par contre qu'elles devraient être plus fréquentes. En effet une réévaluation tous les mois du suivi des personnes suicidaires pourrait être trop espacée pour réaliser s'il faut renforcer ou lever des mesures de prévention. Cependant cela dépend du rôle qu'on souhaite donner aux CPU. Si elles doivent décider des mesures mises en place et de leur lever et être l'occasion des réévaluations cliniques alors un mois est un délai trop long pour les situations urgentes. Si les niveaux d'urgence à J0 J7 et J28 n'étaient pas différents dans notre échantillon, nous avons pu observer des évolutions de scores très diverses à titre individuel entre ces 3 temps donc durant 1 mois. Si les CPU sont des organes de suivis des prises en charge, alors que leur application et évolution peuvent être portées par des professionnels ou groupes de professionnels, un mois est suffisant pour avoir une photographie des suivis en cours et de leurs évolutions. C'est déjà le cas sur l'établissement puisque des commissions

---

<sup>225</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 113-121.

intercurrentes sont organisées mais elles ne sont pas systématiques et les suivis en cours ne sont pas portés par des personnes référentes pouvant s'assurer de l'application des protocoles. Le suivi du niveau d'urgence tel que nous l'avons réalisé serait d'ailleurs intéressant pour les CPU. Un participant a commenté ainsi la mesure : « *Attention au système de l'entonnoir : qu'est-ce qu'on en fait après de ce qui est dit ?* » (participant n°22, Annexe).

## Formation des professionnels à la prévention du suicide

Peu de commentaires ici (de 15 participants seulement) pour une mesure dont l'utilité était reconnue par les participants. « *A mon avis c'est le seul moyen de parvenir à endiguer les suicidés en détention* » (participant n°31, Annexe). Sa réalisation a été questionnée par certains « *C'est utile mais je n'ai pas eu le sentiment qu'ils avaient été formés* » (participant n°6, Annexe).

Les commentaires ne remettaient pas en question la légitimité des surveillants à participer au repérage de la crise suicidaire. « *C'est normal que les personnes qui sont en contact permanent soient formées à cela.* » (participant n°7, Annexe). Aussi alors qu'au cours des audiences collectives ou à d'autres moments des entretiens, les personnes détenues pouvaient être très critiques du travail fourni par les surveillants ou de leur qualité humaine, ils semblaient ici bien attendre d'eux la compétence de les cerner et de repérer leurs difficultés. Ils émettaient ainsi quelques freins à cela mais de manière limitée. C'est pourquoi nous nous interrogeons sur un effet miroir dans les représentations des surveillants qu'on les personnes incarcérées par rapport à celles que les premiers ont également d'eux-mêmes. Nous avons vu dans le paragraphe « La crise suicidaire dépressive » que Combessie<sup>226</sup> retrouvait une inversion dans les représentations des surveillants qui considéraient majoritaires ceux parmi eux qui étaient plutôt hostiles aux personnes incarcérées alors qu'ils étaient en réalité minoritaires. Cela était dû à un discours externe prédominant portée par cette minorité. Ici on peut se demander si les personnes détenues ne répondaient pas à ce discours en accablant les surveillants (incompétences, désintérêt,...) lors des audiences collectives - le discours externe partagé par leur communauté -, alors que leur discours individuel et interne serait en majorité plus positif sur ce qu'ils peuvent apporter.

---

<sup>226</sup> Combessie P. *Sociologie de la prison*. La Découverte, collection Repères. Paris, 2001. p79

Ce constat rejoint aussi les observations de L. Le Caisne. Elle décrit une « disjonction identitaire » des personnes détenues qui doivent donner à entendre un discours et donner à voir une attitude opposés aux codétenus d'un côté et au personnel de l'autre, les deux pouvant être encore différent de ce qu'il pense et souhaiterait faire, et le tout dans un lieu clos, au yeux de tous.<sup>227</sup>

Nous avons noté que pour ces deux dernières mesures qui n'impliquaient pas directement les personnes incarcérées, aucune corrélation avec les variables testées n'a pu être mise en évidence avec cet échantillon.

### Discussions avec les surveillants et les chefs

Pour cette 2<sup>ème</sup> mesure concernant le quotidien avec les surveillants, dont l'utilité là aussi est reconnue, nous avons cette fois presque deux fois plus de participants qui l'ont commentée. « *Très important pour crever l'abcès* » (participant n°6, Annexe). Ils étaient peu à estimer que ce ne serait pas le rôle des professionnels pénitentiaires que de parler avec les personnes incarcérées repérées suicidaires (3 commentaires en ce sens). Par contre, il existait 12 commentaires qui, à partir de divers arguments, soulignaient que, dans la réalité au quotidien, il n'y avait pas plus d'échanges entre ces professionnels et les personnes suicidaires. « *les discussions sont toujours repoussées ; ils n'ont jamais le temps* » (participant n°45, Annexe). Ce point était difficile à évaluer, car comme d'autres mesures citées précédemment (accès aux activités, communication avec l'extérieur,...), il ne s'agit pas d'une mesure faisant l'objet d'un suivi de son indication et de son application. Elle était probablement réalisée de façon spontanée selon les possibilités et sensibilités des uns et des autres. Mais, non intégrée comme une action à mener, elle était dès lors reléguée à un deuxième plan, comparativement aux autres mesures à réaliser lorsque les équipes étaient surchargées, et elle était investie de manière hétérogène.

Nous avons par ailleurs retrouvé que le score de cette mesure était corrélé à deux variables. La première est le type d'infraction. Les personnes incarcérées pour des infractions avec violence trouvaient plus utile cette mesure que celles incarcérées pour des violences de type sexuelles. Ce résultat paraît logique quand on sait que les auteurs de violence sexuelle (les « pointeurs »)

---

<sup>227</sup> Le Caisne L., *Prison. Une ethnologie en centrale*. Editions Odile Jacob. Paris, 2000. p295.

sont mal vus voire mal traités en prison. On cite souvent l'agressivité des codétenus mais elle peut aussi provenir des professionnels<sup>228</sup>. Ils sont peu enclins à s'ouvrir aux autres déjà pour éviter qu'on ne connaisse leur infraction mais aussi pour nombre d'entre eux du fait de la honte qu'ils ressentent. On comprend alors qu'un espace d'échanges au niveau de la détention leur paraissait moins utile que d'autres.

La deuxième variable était l'échelle de l'IRVL de « Crainte de la désapprobation sociale ». Ceux pour qui les items qui la composent étaient importants, trouvaient la mesure plus utile. On émet l'hypothèse que pouvoir communiquer avec autrui permet de renforcer cette crainte des conséquences sociales du geste suicidaire, et ainsi de renforcer les freins au suicide.

### Communication des proches avec l'administration

Cette mesure est restée peu commentée (15 participants). Les commentaires soulignaient l'utilité ou interrogeaient des freins à deux niveaux. Le premier se situait dans la relation entre la personne détenue et ses proches. La personne détenue pouvait ou non montrer ses difficultés à ses proches, qui pouvaient donc repérer ou non celles-ci. « *Trop souvent les personnes plus proches sont les dernières à s'apercevoir du mal être de leur proche incarcéré* » (participant n°31, Annexe). Le deuxième se situe dans l'échange entre les proches et l'établissement avec quelques commentaires sur un manque de confiance en leur accessibilité et réactivité. « *Mais ma famille n'a pas réussi à joindre la prison quand ils ont essayé.* » (participant n°9, Annexe). Ils étaient tout de même peu à considérer qu'il ne fallait pas mêler les proches à ces questions. Et aucun n'avait avancé que les proches n'avaient aucun rôle à jouer. Ainsi cette mesure gagnerait à améliorer sa visibilité et montrer ainsi sa possible efficacité au niveau du lien avec l'établissement.

### Prise en charge psychologique et/ou psychiatrique

Nous avons été étonnée du contraste entre la récurrence des propos sur la psychiatrie en audience collective et finalement le peu de commentaires recueillis en entretiens individuels (18 commentaires). Quelques commentaires exprimaient l'intérêt d'un suivi. Les autres pour une première partie ne reconnaissaient pas de valeur thérapeutique à ces prises en charge, soit

---

<sup>228</sup> Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. (2008). *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : Presses Universitaires de France. pp310-314.

qu'elles rendaient malades (« *les médecins rendent encore plus malade le détenu déjà fragile* », participant n°24, Annexe), notamment avec les traitements (sujets récurrents en audience collective ; « *J'ai vu trop de personnes détruites avec les traitements médicamenteux* » participant n°47, Annexe), soit qu'elles se mettaient en place en connivence avec les équipes pénitentiaires pour museler les personnes détenues trop agitées (rôle de régulateur social au sein de la communauté pénitentiaire). Ces idées ainsi exprimées ne sont pas spécifiques de la prison, elles existent en milieu libre également. Il s'agit des représentations sur la psychiatrie, ainsi que des interprétations de ce que les personnes détenues observent. Par exemple, concernant les médicaments, il existe en effet des mésusages et trafic de médicaments en prison de plus ou moins grande ampleur, ce qui existe aussi en milieu libre, sauf qu'en prison, ils peuvent être utilisés ainsi que le tabac, comme une monnaie, un objet de troc. Ces détournements des prescriptions sont pourvoyeurs d'états toxiques (troubles de la vigilance, de la conscience) renforçant l'idée de traitements qui rendaient malades pour ceux qui n'étaient pas consommateurs, et parfois même des mésuseurs eux-mêmes<sup>229</sup>.

La deuxième partie des commentaires plus critiques concernaient l'organisation des prises en charge de l'accès au suivi (délais, référent, moyens,...). « *Les délais d'attente sont trop longs* » (participant n°44) ; « *à condition que ce soit assez régulier* » (participant n°45, Annexe). L'équipe du SMPR connaissait alors une diminution du nombre de médecins avec un poste vacant et un médecin à temps partiel en congés.

Deux corrélations ont été retrouvées avec cette mesure. Tout d'abord elle était jugée moins utile par les personnes souffrant d'abus ou dépendance de substances psychoactives que les autres. Voilà qui peut paraître surprenant étant donné que la prise en charge psychologique fait partie de la prise en charge de ce type de trouble. De plus, à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, il existait une antenne CSAPA dans les locaux du SMPR, et la possibilité de prise de traitement de substitution aux opiacés via l'équipe médico-infirmière du SMPR. Aussi ce résultat interpelle dans cette population à risque suicidaire<sup>230</sup>. Rappelons notamment que dans notre étude de 18 cas de suicide, 16 personnes décédées souffraient de ces troubles (Tableau n°5). Cependant les facteurs influençant le recours aux soins des patients dépendants ont été bien illustré par O. Taieb auprès d'une population de patients toxicomanes en soins qui ont au

---

<sup>229</sup> Harcouët L., Hazebroucq G. Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2000;19(2):149-56.

<sup>230</sup> Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. British Journal of Psychiatry. 1997; 170:205-28.

moment de l'étude une image plutôt positive des soins. Mais la majorité a entrepris de se soigner seuls avec les moyens à sa disposition, quand ils en étaient venus à la question des soins, après une période première durant laquelle la question ne se pose pas (plaisirs dans les consommations et/ou méconnaissance de la gravité et/ou souffrance trop importante)<sup>231</sup>. Associés à une méconnaissance de l'offre de soins, de son existence parfois, mais surtout de ce qu'elle comprend et de la manière d'y accéder, surtout en prison où les mouvements sont connus et vus de tous, ces facteurs contribuent probablement à cette vision plus négative de l'intérêt des prises en charge spécialisées proposées en prison.

Ensuite une corrélation était retrouvée aussi avec l'échelle de l'IRVL « Crainte de la désapprobation sociale ». Ceux pour qui elle était importante trouvaient plus utile cette mesure que les autres. Ce lien était retrouvé de même avec la mesure sur les échanges avec les surveillants et les chefs. La même hypothèse peut être formulée : pouvoir communiquer avec autrui permet de renforcer cette crainte des conséquences sociales du geste suicidaire, et ainsi de renforcer les freins au suicide. Notons par ailleurs que les personnes souffrant de conduites addictives ont une image sociale dégradée avec souvent une honte de leurs comportements et de ses conséquences<sup>232</sup>. Ils sont peu enclins à changer leurs comportements du fait de la pression sociale, n'ayant pas, de manière répétée, réussi à le faire pour leurs addictions. De ce point de vue, il n'était pas surprenant que ces deux variables soient liées au score de la mesure et ce, de manière opposée. D'autant moins qu'elles l'étaient effectivement entre elles dans notre analyse de corrélation des variables : les personnes souffrant de troubles des conduites addictives cotaient moins les items de la sous-échelle de l'IRVL « Crainte de la désapprobation sociale ».

Nous voyons ici que les prises en charge psychiatriques et psychologiques ont encore à gagner en visibilité et à travailler leur image. Nous avons notamment constaté au cours des audiences collectives que l'image des soins psychiatriques pouvait se travailler en groupe avec une déconstruction des préjugés s'appuyant sur les pairs. Par contre, si aucun des participants ne pouvait apporter un autre regard que les préjugés habituels, la seule intervention pédagogique d'un professionnel semblait moins efficace. Néanmoins dans le milieu carcéral, il est nécessaire de distinguer ce qui est donné à voir ou à entendre et ce qui est pensé surtout en groupe...

---

<sup>231</sup> Taïeb, O. *Les histoires des toxicomanes : récits et identités dans les addictions*. Presses universitaires de France, 2011. pp214-218.

<sup>232</sup> Taïeb, O. *Les histoires des toxicomanes : récits et identités dans les addictions*. Presses universitaires de France, 2011. pp224-234

Par ailleurs, l'accès aux soins semblait également à interroger. Nous avons repéré par exemple un élément ne favorisant pas leur amélioration : la demande écrite pour être pris en charge. Pour certains, c'était un premier obstacle loin d'être évident, quand on ne savait pas écrire, car demander à quelqu'un de le faire, c'était dévoiler à la fois son illettrisme et sa demande de soins psychiatriques, mal perçus généralement. Ensuite, il était difficile de détailler pourquoi on faisait cette demande soit parce qu'on n'avait pas les mots pour le dire, soit parce que la lettre pouvait être lue avant son arrivée à destination. Or sans détail, il était dès lors impossible pour l'équipe du SMPR de hiérarchiser l'urgence des réponses à apporter aux demandeurs (sauf s'il y a eu un signalement par d'autres professionnels), qui intégraient donc tous une liste d'attente. Une réflexion pourrait être menée pour améliorer les modalités d'accès aux soins. Par exemple une audience collective hebdomadaire de présentation de l'offre de soins psychologique et psychiatrique, des indications, etc., pourrait être intéressante. Ou encore la possibilité d'appeler en interne le SMPR depuis la cour de promenade pour demander un rendez-vous. L'intimité au moment des appels téléphoniques n'est pas non plus garantie mais peut-être plus aisément que l'idée d'un courrier dont on ne sait qui peut l'ouvrir.

La difficulté retrouvée à toucher la population des personnes souffrant d'addictions devrait conduire à cibler cette population en particulier et trouver des modalités d'interventions avancées, jamais simples à mettre en place en détention.

## **Éléments sur la crise suicidaire et caractéristiques psychiatriques dans notre population**

### Impact des données sur les crises suicidaires dans la réflexion pour la prévention du suicide

#### Le niveau d'urgence suicidaire

L'analyse des scores moyens de l'urgence suicidaire des participants n'avait pas permis de distinguer significativement des variations entre les différents temps étudiés. La distinction de l'évolution des scores selon le score à J0 ne permet pas de repérer des profils type d'évolution de l'état suicidaire.

Par contre nous avons noté qu'à J28, le troisième quartile prend 1 point (de 2 à J0 et J7 à 3 à J28) et les figures n°6, 7 et 8 de variations entre J0 et J28 et J7 et J28 montrent une tendance plutôt à l'augmentation des scores. Aussi certaines personnes pouvaient avoir des scores très élevés dès l'arrivée, mais on s'interroge aussi sur l'apparition de scores élevés après quelques semaines pour une partie des participants. Ces variations pouvaient aussi avoir été victime d'un biais de remémoration, c'est à dire une sous-évaluation du niveau d'urgence suicidaire à J0 et J7.

Cependant, dès lors, la valeur la plus fiable serait celle de J28 au moment des entretiens. Ce point est important car le processus d'accueil des arrivants en quartier spécifique favorisait un repérage des personnes suicidaires à l'arrivée. Par contre à 1 mois d'incarcération, les personnes détenues étaient alors en bâtiment le plus souvent. Une personne repérée suicidaire dès le départ sera suivie. Une personne dont la crise suicidaire s'installe ou se majore secondairement risque de ne pas être repérée. Il n'existe pas de dispositif d'évaluation renouvelée du risque suicidaire pourtant recommandée<sup>233 234</sup>.

Une étude grecque<sup>235</sup> comparant des personnes détenues suicidaires à un groupe contrôle sur un suivi de 12 mois. Il y a eu des conduites suicidaires chez 17,9% des personnes ayant des idées suicidaires au moment de l'évaluation, 0 dans le groupe contrôle. C'est dire l'intérêt de repérer la présence actuelle d'idées suicidaires. Entre ceux qui étaient passés à l'acte et les autres, l'étude ne retrouvait pas d'éléments prédictifs lors de l'évaluation initiale en termes de sévérité des idées suicidaires ou de troubles anxio-dépressifs. Une étude de M. Daigle et al.<sup>236</sup> montrait quant à lui les différences de dépistage selon les outils utilisés. Mais surtout dans cette étude, les échelles utilisées se révélaient efficaces pour le risque suicidaire à long terme, moins pour le risque à court terme, c'est à dire l'urgence suicidaire. C'est peut-être ce qui s'est passé avec l'étude grecque de Lekka et al. Cela renforce notre intérêt envers un suivi de l'urgence

---

<sup>233</sup> Terra, Jean-Louis. Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

<sup>234</sup> Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry* 36.3 (2013): 188-194.

<sup>235</sup> Lekka N., Argyriou A. et Beratis B. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, n°. 256 (2006): 87-92.

<sup>236</sup> Daigle MS., Labelle R., & Côté G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 343-354.

suicidaire avec une échelle du type de celle que nous avons utilisée pour affiner les risques à court terme. Une étude sur l'utilité de l'usage d'une échelle de ce type serait intéressante.

Nous avons invité les participants à expliquer ce qui améliorait ou aggravait leur humeur et leurs pensées suicidaires entre l'arrivée et la fin de la première semaine, puis entre celle-ci et le jour de l'entretien, un mois après l'arrivée. La majorité a pu s'exprimer sur ce point. Il n'y avait pas de franche distinction entre la première et la deuxième période hormis le groupe de facteurs liés à l'expérience de l'enfermement.

Ces derniers constituaient les facteurs aggravants prédominant franchement dans la première période, puis toujours présents dans la deuxième mais moins franchement et plus en première position. « *La répétition au quotidien de l'enfermement, l'impression d'être comme un chien en cage et les ruminations sur le fait de se retrouver dans cette situation ont amené, après plusieurs jours, les idées suicidaires* » (participant n°5, Annexe) ; « *Je suis saturé, j'ai fait trop de prison* » (participant n°48, Annexe) ; « *Ça se maintient du fait de l'enfermement, de l'isolement. Pas de possibilité de fuite donc il y a soit le suicide, se battre, gueuler etc. Et les surveillants sont assez verrouillés.* » (participant n°21, Annexe)

Pour le reste, dans les deux périodes, trois types de facteurs prédominaient nettement, et ce, dans les deux sens : les relations avec les proches, les ressources psychologiques personnelles, la situation judiciaire. « *J'ai fait un gros travail sur moi-même pour prendre sur moi et j'ai eu le soutien de ma compagne.* » (participant n°15, Annexe) ; « *Ma femme m'a quitté cette semaine et je suis auxi au QI-QD où il y a peu de personnes à qui parler.* » (participant n°29, Annexe). « *J'ai deux filles, une situation donc je n'ai pas d'idées suicidaires mais c'est difficile car les conséquences de ce que j'ai fait pour la personne concernée sont graves.* » (participant n°39, Annexe) ; « *Ma peine étant de 4 mois, je prends mon mal en patience.* » (participant n°27).

L'intérêt de questionner ces facteurs est de rechercher sur quoi un dispositif de prévention, ainsi qu'une prise en charge de la personne suicidaire, peuvent agir. Dans ces groupes de facteurs qui prédominaient, il était impossible de modifier l'expérience de l'enfermement en lui-même... Par contre les conditions de vie en prison, les modalités de la détention peuvent évoluer et possiblement influencer cette expérience d'enfermement. Bien sûr ce sujet dépasse la seule prévention du suicide. Il est récurrent sur la scène médiatique, porté par les associations, aussi interpellé dans les études en sciences humaines et sociales sur le milieu carcéral.

Parmi les 3 autres types de facteurs, impossible également de modifier la situation judiciaire. Par contre pour les deux autres, des interventions sont possibles mais il faut reconnaître qu'elles peuvent être complexes. Influencer sur la relation aux proches via l'équipe pénitentiaire voire l'équipe psychiatrique est parfois réalisable, d'autant qu'il peut s'agir d'actions très concrètes : obtenir de l'argent pour pouvoir appeler ou pour les proches pour pouvoir venir en visites, de personnes pouvant lire les lettres reçues ou aider à l'écriture de courrier pour les illettrés,...

Par ailleurs, aider une personne incarcérée à recourir à ses ressources internes et/ou à ne pas les épuiser ou les laisser être dépassées, est possible au quotidien dans les relations avec les équipes pénitentiaires et avec l'instauration d'un suivi psychologique. Rappelons que l'échelle de l'IRVL « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » a été la plus plébiscitée par les participants. Ces items permettaient d'évaluer une certaine confiance en ses capacités d'adaptation, en un futur meilleur, ce qui était aussi du domaine des ressources internes. L'importance de cette échelle était donc concordante avec les éléments verbalisés par les personnes incarcérées, démontrant ainsi de manière générale des capacités d'introspection chez les personnes interviewées, favorables à un travail psychologique. Par contre les personnes suicidaires et/ou dépressives cotaient moins cette échelle - ce qui est inhérents à ces deux états psychiatriques -, ainsi que les personnes ayant déjà été incarcérées. Si certains (3 participants) ont cité les expériences carcérales comme facteur permettant d'améliorer son état clinique, cette corrélation montre que pour la majorité des personnes ayant déjà été incarcérées, cet antécédent tendait plutôt à effriter la confiance en leurs capacités d'adaptation, facteur de fragilité. Il est intéressant de conserver cette notion à l'esprit dans les prises en charge psychologiques.

Les autres facteurs influant l'état psychologique ressortaient moins fréquemment. Par contre un certain nombre étaient des facteurs sur lesquels il était possible d'interférer : soutien des codétenus, cultes religieux, accès aux activités, aux soins. Certains faisaient déjà partie des mesures de prévention décrites. Le fait qu'ils n'apparaissent pas en premier ne doit pas faire minimiser l'intérêt de les utiliser pour aider les personnes détenues fragiles, suicidaires. Les actions et les échanges pouvant permettre un effet de décharge pulsionnelle, une valorisation narcissique, un soulagement d'une souffrance, etc. sont limités en détention. Aussi dès que l'un d'entre eux est réalisable son impact peut prendre une ampleur bien supérieure à ce qu'on en attendait. Pour exemple, un des participants (n°53, Annexe), pour réponse à la question des idées pour d'autres mesures de prévention, a développé justement cet aspect. Il n'a pas cité une ou plusieurs mesures mais plutôt l'idée d'une série de petites attentions répétées dans le

quotidien : approche humaine des surveillants, aide à des compléments alimentaires, relations aux proches (pourquoi pas des unités de vie familiale en maison d'arrêt aussi ?), etc. Il a ensuite pris l'exemple des personnes incarcérées aux convictions religieuses radicales qui cherchaient à « recruter » des fidèles parmi les autres détenus. Elles employaient ces méthodes-là, disait-il, avec les personnes fragiles, leur permettant de s'adapter à la situation carcérale, tout du moins de la supporter, et les gagnant ainsi à leur cause. Aussi cette personne concluait en s'interrogeant : puisqu'eux arrivaient à le faire, pourquoi pas les professionnels de la prison ? Les différences bien sûr sont que ces extrémistes sont aussi incarcérés et que les surveillants ont un rôle premier de sécurité, prendre soins étant plus secondaire.

Côté littérature, E. Dooley concluait un article sur les suicides en prison en Irlande<sup>237</sup> en évoquant la démarche de ne pas se focaliser sur les individus à risque mais d'orienter aussi la prévention sur les modifications possibles des facteurs suicidogènes de l'environnement carcéral.

#### Les corrélations retrouvées dans l'étude

Nous avons aussi retrouvé que la présence d'idées suicidaires durant le premier mois était corrélé dans cet échantillon à la présence d'un état dépressif majeur actuel (41,18% des participants) au M.I.N.I. ainsi qu'à l'antécédent de tentative de suicide (19,61%). Des corrélations ont été retrouvées dans d'autres études entre des troubles psychiatriques de type anxio-dépressifs, psychotiques et de conduites addictives, et pensées ou actes suicidaires<sup>238</sup>.

Etant donné leur fréquence, ces deux caractéristiques cliniques sont peu discriminantes néanmoins facilement dépisables, y compris par des professionnels non médicaux ou psychologues. De plus l'état dépressif peut être traité efficacement. Voilà qui conduit à insister sur la nécessité de repérer les troubles dépressifs et de proposer une prescription médicamenteuse et un suivi adapté. Cela passe probablement aussi par une déconstruction des représentations sur la psychiatrie pour favoriser l'acceptabilité d'une prise en charge.

---

<sup>237</sup> Dooley E. Prison suicide—politics and prevention: A view from Ireland. *Crisis* 18.4 (1997): 185-190.

<sup>238</sup> Jenkins R. et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, n° 35 (2005): 257-269.

Ce que nous apprennent les scores des échelles de l'IRVL

Les scores obtenus aux échelles de l'IRVL montraient que dans notre échantillon, une seule échelle obtenait un avis significatif : « Croyance en la survie et en ses capacités à survivre ». Son importance était cotée en moyenne à 1,657 sur 3, le maximum. Notons aussi qu'elle était la seule échelle qui avait un minimum supérieur à -3. Celle-ci était aussi la seule composée de facteurs internes. Les autres concernaient la famille, la société, la religion. Enfin l'échelle « Crainte du Suicide » concernait l'idée du passage à l'acte et de ses conséquences. Il différencierait ainsi d'un facteur interne au sens d'une ressource psychique.

Une étude de Malone et al.<sup>239</sup> montrait comment dans une population de personnes souffrant d'épisode dépressif majeur, ceux qui avaient réalisé une tentative de suicide cotaient moins chacune des échelles de l'IRVL de manière franchement significative pour la plupart, sauf pour deux,  $p=0,05$  pour l'échelle de « Crainte du suicide » et sans significativité retrouvée pour les « Préoccupations en rapport avec les enfants ».

Nous n'avons pas la puissance suffisante pour avoir une tendance significative pour toutes les échelles. Néanmoins ce résultat semble congruent avec le repli sur soi provoqué par l'enfermement qui induit une interruption ou tout du moins une élongation des liens sociaux à tous les niveaux (cercle familial, entourage, communautés, société). Ainsi le plus important deviendrait ce qui se passe en soi. Ceci constitue déjà une moindre protection contre le risque suicidaire.

Dans notre travail, l'échelle « Croyances en la survie et en ses capacités à survivre » est aussi celle avec laquelle on retrouve le plus de corrélations à d'autres variables. Etant donnée la prédominance de cette échelle comme raison de vivre, c'est-à-dire comme frein au suicide, il était essentiel de relever particulièrement les situations dans lesquelles ce score était altéré : épisode dépressif actuel, expérience carcérale antérieure, expérience suicidaire (antécédents de tentatives de suicide, idées suicidaires depuis l'arrivée, scores d'urgence suicidaire plus élevés). D'autres travaux ont d'ailleurs montré que cette échelle en particulier était prédictive des tentatives de suicide.<sup>240</sup>

---

<sup>239</sup> Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1084–1088.

<sup>240</sup> Strosahl K., Chilesa JA., Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr Psychiatry*. 1992 Nov-Dec;33(6):366-73.

L'échelle « Responsabilité envers la famille » était moins cotée par les personnes suicidaires à l'arrivée. Ce résultat peut se comprendre comme l'absence d'un soutien familial permettant de protéger des idées suicidaires. Mais on peut aussi le comprendre dans un autre sens, à ne pas négliger : les mécanismes dynamiques de la crise suicidaire conduisaient à un repli sur soi, faisant émerger des cognitions qui réduisaient ou annihilait l'importance des liens aux proches. Parfois même le raisonnement de survie s'inverse : les proches vivraient mieux sans la personne suicidaire. Une inversion qui pouvait être favorisée par le poids des faits ou de l'incarcération sur les familles et les relations entre leurs membres. C'est ce mécanisme qui explique probablement aussi le constat suivant : les personnes ayant un antécédent de tentatives de suicide, cotaient moins l'échelle « Préoccupations en rapport avec les enfants ». L'expérience suicidaire de détachement affectif envers l'entourage y compris les enfants pourrait donc se maintenir dans la durée au-delà de la crise suicidaire, en tout cas dans cette population.

De la même manière, la sous-échelle « Objections morales » qui comprend les valeurs morales et religieuses, était moins bien cotée par les personnes ayant pensé au suicide dans le mois ou avec un niveau d'urgence suicidaire plus élevé au jour de l'entretien. Là aussi on peut envisager une importance moindre de ces items initialement, ce qui limite leur effet protecteur, ou une diminution de la valeur accordée à ces items comme conséquence de la crise suicidaire.

Les corrélations retrouvées avec l'échelle « Crainte de la désapprobation sociale » nous permettaient de constater que les personnes pour qui ces items étaient moins importants trouvaient moins utiles les mesures ouvrant une communication, voire un suivi, avec des professionnels de la prison, des services de la détention ou des services médicaux. Ainsi que nous l'avons vu, cette corrélation était d'autant plus marquée pour les prises en charges psychiatriques et/ou psychologiques, trouvée moins utiles par les personnes souffrant de conduites addictives et les personnes cotant comme moins importants les items de cette échelle, ces deux dernières étant corrélées entre elles.

L'échelle de « Crainte du suicide » n'était pas ici corrélée à d'autres variables que la mesure de recherche des facteurs de risque suicidaires.

## La fréquence des troubles psychiatriques comparée à l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques

Nous avons comparé la fréquence des troubles psychiatriques dépistés par le M.I.N.I. avec celle de l'étude de Duburcq et al.<sup>241</sup> au sein de la population carcérale en maison d'arrêt (N=450) dans le tableau n°29. La différence majeure entre les deux échantillons était la durée d'incarcération limitée à un mois dans notre étude, non limitée dans l'autre. L'ensemble des résultats n'ayant pas été exposés de la même façon, l'ensemble des données n'est pas disponible pour tous les troubles étudiés, excluant les troubles du comportement alimentaire, la personnalité antisociale, les troubles passés. Pour les autres, il était possible de comparer les fréquences à titre de réflexion puisque les deux échantillons sont de gabarits éloignés.

Les troubles dépressifs variaient en fréquence. Néanmoins le total des troubles dépressifs était de 49,18% soit presque la moitié de notre population, comparé à 40,4% pour l'étude de Duburcq et al. Ces chiffres variaient quantitativement mais aussi dans leur composition en type de troubles dépressifs avec une diminution de presque deux tiers des épisodes dépressifs majeurs actuels mais une augmentation x6 environ de ceux avec caractéristiques mélancoliques. Deux hypothèses complémentaires pourraient expliquer ces chiffres en considérant le fait que notre échantillon était incarcéré depuis un mois et l'autre depuis 10 mois en moyenne. La première serait qu'une partie des personnes souffrant d'épisode dépressif majeur en début d'incarcération voit leur état clinique s'améliorer en quelques mois. Resterait alors à savoir si cette régression est due à l'évolution naturelle ou à la réponse à un traitement. La deuxième serait qu'une autre partie des personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur dans le premier mois d'incarcération (ici environ la moitié) verraient leur état s'aggraver avec le temps avec l'émergence de caractéristiques mélancoliques. Des études complémentaires prospectives sur une cohorte de personnes incarcérées permettraient de tester ces hypothèses. On ne peut bien sûr pas exclure un sous-diagnostic des troubles dépressifs dans notre étude, ou un sur-diagnostic dans celle de Duburcq et al et d'autres causes expliquant ces différentiels.

---

<sup>241</sup> Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004.

Les fréquences des troubles de type manie et hypomanie étaient moindres dans l'étude de Duburcq et al. mais sur de plus petits pourcentages étant donnée la taille de notre échantillon, il serait excessif de conclure à une différence. S'il devait y en avoir une, nous émettons l'hypothèse de troubles préalables à l'incarcération ayant d'ailleurs pu contribuer à favoriser la réalisation des infractions reprochées. Une autre hypothèse plausible serait l'intrication de ces tableaux cliniques avec les consommations de substances psychoactives très fréquentes et influençant encore l'état clinique à un mois de l'écrou soit du fait du sevrage soit de par la poursuite de consommations.

A propos du risque suicidaire, on observe une tendance à une fréquence moindre chez Duburcq et al. avec des variations de quelques pourcents du niveau de risque. En considérant le délai depuis la mise à l'écrou, il serait logique d'observer une diminution du risque, en regard d'une diminution des actes suicidaires à mesure de la durée d'incarcération jusqu'à un certain point seulement. Cependant ces données ne tenaient pas compte de l'existence d'un degré d'urgence suicidaire beaucoup plus déterminants pour le passage à l'acte.

Les fréquences des troubles anxieux restaient peu éloignés sauf pour la phobie sociale (3,92% dans notre étude, 12,2% dans l'autre). Là aussi nous nous interrogeons sur l'aspect évolutif dans le temps d'autant que les expériences sociales du milieu carcéral sont très contraignantes et éprouvantes. Ce contexte environnemental serait propice au développement de phobies sociales. C'est aussi une hypothèse à garder pour expliquer le différentiel de diagnostic de troubles psychotiques actuels (10,42% dans l'EPSuDe et 17,6% chez nos confrères), qui en tous les cas demeurent élevés.

Enfin les prévalences des conduites addictives varient de manière conséquente. Seuls les participants incarcérés depuis moins de 6 mois ont été pris en compte pour ce dépistage dans la population de l'étude de Duburcq et al. puisque les critères diagnostiques du questionnaire reposaient sur l'année écoulée. Cependant ce différentiel de durée d'incarcération pouvait encore influencer sur ces résultats en réduisant le temps de consommation possible (si toutefois on retient que l'incarcération tend à stopper les consommations ce qui serait à démontrer), ainsi qu'en majorant le biais de remémoration (sachant qu'un des mécanismes de défense dans les situations de dépendance est la minimisation ou la dénégation des consommations et de leurs

conséquences<sup>242</sup>). Ainsi des éléments complémentaires seraient nécessaires pour permettre d'expliquer cette différence de fréquences.

Ces fréquences sont importantes et elles appellent à des prises en charge sanitaires. Or l'offre de soins en regard ne permet pas des prises en charge de l'ensemble des personnes en souffrance si ces pourcentages sont appliqués à la population de l'établissement le plus souvent en sureffectif. C'est dire aussi l'importance de ne pas tout miser sur des soins psychiques pour améliorer l'état clinique des personnes incarcérées et que toute action permettant de réduire la souffrance vécue en détention participe à prévenir et prendre en charge ces troubles : les conditions d'accueil et d'hébergement, l'accès aux services de la prison, les relations avec les professionnels, etc.

---

<sup>242</sup> Taïeb, O. *Les histoires des toxicomanes : récits et identités dans les addictions*. Presses universitaires de France, 2011. p214.

Tableau n°29 : Fréquences des troubles psychiatriques retrouvées dans l'étude EPSuDe ainsi que dans l'étude de Duburcq et al.<sup>243</sup>

		Fréquences EPSuDe	Fréquences Duburcq et al. (MA)
Troubles de l'humeur	Episode dépressif majeur actuel	41,18%	14,7%
	Dysthymie actuelle	4,08%	4,4%
	Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques actuel	3,92%	25,3%
	Episode maniaque actuel	3,92%	0,7%
	Episode hypomaniaque actuel	1,96%	0,7%
Risque suicidaire	Risque suicidaire actuel :	45,10%	38,4%
	élevé	25,49%	21,08%
	moyen	7,84%	3,34%
	léger	11,76%	13,98%
Troubles anxieux	Anxiété généralisée actuelle	36,73%	30,2%
	Agoraphobie actuelle sans antécédents de trouble panique	21,57%	17,3%
	Etat de stress post-traumatique actuel	13,73%	9,8%
	Trouble obsessionnel compulsif actuel	9,80%	10%
	Trouble panique sans agoraphobie actuel	5,88%	2%
	Trouble panique avec agoraphobie actuel	3,92%	2,7%
	Phobie sociale actuelle	3,92%	12,2%
Conduites addictives	Abus d'alcool actuel	36%	8,9%
	Dépendance alcoolique actuelle	30%	10,6%
	Dépendance à une ou des substance(s) actuelle(s)	30%	15,6%
	Abus de substance actuelle	16%	11,1%
Troubles psychotiques	Syndrome psychotique actuel	10,42%	17,6%

<sup>243</sup> Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004.

## Réflexions sur le dispositif de prévention

« *Il est important de définir les fondements théoriques (plus ou moins scientifiques) d'un programme, mais il faut aussi inscrire tout cela dans un cadre social qui lui donne sens. Par ailleurs, le chercheur (...) n'est pas un observateur passif de ces grandes orientations sociales et il doit plutôt contribuer à mieux les définir.* » (Daigle, 2004<sup>244</sup>). Le travail sur l'état psychologique des participants, en particulier pour ceux qui ont ou ont eu des idées suicidaires, et sur leurs perceptions du dispositif de prévention du suicide à la maison d'arrêt de Lyon Corbas nous a poussé à une réflexion sur ce dispositif. En effet nos observations tant dans les données recueillies qu'à travers leur recueil, ont conduit à questionner des perspectives d'évolution tenant compte des particularités du milieu carcéral et de la maison d'arrêt de Lyon Corbas.

### Le dispositif dans son ensemble

Le manque de visibilité du dispositif

Avec seulement 3 personnes capables de citer 3 mesures de prévention au moins, l'étude a montré la faible reconnaissance des mesures de prévention comme faisant partie d'un ensemble, d'un dispositif organisé et identifiable. En effet plusieurs reconnaissent les mesures lors de leur présentation. Aussi il semble qu'ils aient bien notion d'actions de prévention pour le suicide mais ils ne peuvent pas les décrire spontanément. Elles ne sont pas associées entre elles ni associées à la notion d'une procédure systématique qui est mise en œuvre en cas de crise suicidaire.

Pourquoi cela serait un problème ? Après tout, un programme de prévention pourrait ne pas avoir à être identifié par la population cible si cela n'empêche pas son application et l'obtention de résultats. Mais nous avons vu que seuls 40% des personnes suicidaires (8/20) durant ce premier mois d'incarcération ont déclaré avoir bénéficié du dispositif de prévention. Par contre ces derniers rapportaient en majorité que cela les avait aidés (7/8 soit 87,5%). Ainsi il existe un ou des obstacle(s) dans l'accès aux aides existantes dont la connaissance même de ces aides et de leur modalités d'accès. En effet dans notre contexte, il serait difficile de laisser le dispositif

---

<sup>244</sup> Daigle M. L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p33

reposer sur le repérage. Les personnes incarcérées à la maison d'arrêt sont 23 heures sur 24 en cellule. Il est impératif qu'elle-même ou leur codétenu puisse alerter les professionnels.

Ce constat est essentiel car un dispositif de prévention doit être assimilé par les personnes qui le portent, et les personnes ciblées, ou pouvant le devenir, doivent pouvoir en repérer les outils qui leur sont destinés. Néanmoins la prison est un milieu demeurant opaque<sup>245</sup> où l'accès à l'information est limité et pas toujours fiable. Ce principe n'est donc pas une évidence et pourrait même nécessiter des changements culturels plus conséquents qu'il n'y paraît.

Pour une plus grande appropriation du dispositif par les professionnels

Avant de communiquer auprès des personnes détenues, les professionnels ont besoin de définir ensemble les mesures qu'ils intègrent dans leur dispositif de prévention. En pratique, il s'agirait de partir du programme national de prévention, des mesures déjà en place sur le site, pour lister et détailler les mesures, ainsi que d'en définir les modalités de mise en place et de suivi pour une personne intégrant le dispositif de prévention. Faire participer des personnes incarcérées à la maison d'arrêt serait idéal pour adapter les mesures au plus près des besoins et des possibilités. Car il peut y avoir un décalage important entre la description des modalités d'application d'une mesure de prévention dans le cadre d'une politique nationale et ses possibilités d'application concrète aux vues des moyens et des particularités locales. Ce décalage peut conduire à un désinvestissement du dispositif par les professionnels ou des incompréhensions s'il n'est pas interrogé. C'est pourquoi il est impératif que les professionnels concernés puissent s'approprier les mesures proposées. La réalisation d'un travail écrit est plus qu'utile ; il permet de formaliser les actions, de les définir en détail et donc d'avoir réfléchi aux applications et implications. L. Hayes souligne l'importance de programme écrit<sup>246</sup>.

Un tel travail collectif n'a pas pour unique objectif de fournir un dispositif de prévention détaillé et adapté aux contraintes locales. Il permet aussi de créer une culture partagée, un discours commun et donc une appropriation du dispositif par les professionnels qui devront le mettre en œuvre et le faire vivre. Cette culture commune est un point essentiel ; elle est aussi recherchée

---

<sup>245</sup> Chauvenet A. Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison. *Déviance et société* 30.3 (2006): 373-388.

<sup>246</sup> Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry* 36.3 (2013): 188-194.

à travers les formations des professionnels<sup>247</sup>. Cela permet de plus de rendre les professionnels acteurs dans le dispositif et non de se vivre comme simples opérateurs.

Il est souvent nécessaire que des personnes référentes se chargent ensuite de faire vivre le dispositif, son application et ses canaux de communication. Cela s'avère particulièrement nécessaire dans ce contexte. La difficulté pour un établissement pénitentiaire est que les professionnels concernés sont certes dans le même établissement mais dans des services distincts très compartimentés, avec des niveaux d'intervention très différents et des prérogatives décisionnelles qui le sont aussi. Plusieurs expertises ont déjà souligné l'importance de soigner la communication interprofessionnelle pour la prévention du suicide en prison.<sup>248</sup>

Etant donné la fréquence probable de survenue d'idées suicidaires dans la population carcérale, il est aussi nécessaire de distinguer les niveaux de risque. Il est impossible de mettre en œuvre l'ensemble des mesures pour toute personne suicidaire ou à risque élevé. Il faut que le dispositif distingue les niveaux d'intervention selon les niveaux de risque mais surtout selon leur degré d'urgences. C'est déjà le cas pour certaine mesure comme l'installation en C-ProU. Il nous paraît utile d'aller plus loin en créant des protocoles différenciés selon le niveau d'urgence suicidaire, comprenant des mesures déterminées, leurs modalités d'application et le rythme de suivi.

L'espace interprofessionnel proposé par la commission pluridisciplinaire unique avec l'ensemble des intervenants, déjà investie de la question suicidaire, serait bien sûr adapté pour cette démarche - bien que réclamant des heures complémentaires - : redéfinir les mesures et leur application concrète, ainsi que comment, quand et par qui elles sont enclenchées et suivies. Les protocoles alors décrits doivent être le support des interventions mais leur application nécessite toujours d'être adaptée à chaque personne<sup>249</sup>. Les résultats de l'étude nous montrent que les besoins peuvent varier selon les personnes incarcérées. Il faut que les mesures mises en place aient un plus grand bénéfice pour la personne concernée que ce qu'elles peuvent comporter comme contrainte ou angoisse supplémentaire, à l'exemple du doublement en cellule, de l'inclusion dans une activité de journée, de l'installation en CProU, etc. Il ne faut

---

<sup>247</sup> Terra JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. Actualité et Dossier en Santé Publique. n°45 décembre 2003 : p20-24.

<sup>248</sup> Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. Crisis 28, n°. 3 (2007): 113-121.

<sup>249</sup> *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.* Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p165

pas que les mesures soient vécues comme étant punitives<sup>250</sup>. Cet échange initial pour adapter le dispositif avec la personne, qui sera plus ou moins active et actrice des mesures entreprises, a aussi une fonction essentielle : celle de chercher à créer une relation de confiance, une forme d'alliance avec les intervenants<sup>251</sup>.

C'est pourquoi le repérage d'une personne suicidaire doit d'abord conduire à une évaluation du niveau de risque et de son degré d'urgence<sup>252</sup> qui détermine, après explications et discussions avec la personne et les professionnels impliqués, un protocole de mesures à mettre en œuvre dans des délais variables. Le suivi prévu des mesures doit comporter des réévaluations cliniques régulières de même que des réévaluations de l'intérêt des différentes mesures. Elles doivent avoir un planning systématique et pouvoir être enclenchées à la demande des professionnels ou de la personne concernée.

#### Pour une mobilisation des personnes incarcérées

Une fois le dispositif redéfini - avec la participation de personnes incarcérées autant que possible - , il est important de pouvoir communiquer auprès des personnes incarcérées, mais aussi de leurs proches, pour les informer des aides existantes et de leurs modalités d'accès. Il ne s'agit pas de décrire l'ensemble du dispositif et cela n'enlève en rien le travail de repérage et de dépistage de la crise suicidaire que réalisent les équipes professionnelles. Il s'agit de définir les ressources qui doivent être connues des personnes en détresse pour leur permettre tout d'abord de savoir que des aides existent, que la crise suicidaire n'est pas une fatalité et ensuite comment bénéficier de ces aides. Par exemple la possibilité d'en parler avec les équipes pénitentiaires en bâtiment, au SPIP ou avec les équipes médicales, la possibilité d'avoir un suivi psychologique,... En cas de détresse, une procédure simple doit pouvoir être décrite comme en cas de troubles somatiques aigus. L'information n'est pas inexistante. Elle est notamment présente dans le livret « Je suis en détention »<sup>253</sup> (cf. Annexe), distribué en différentes langues,

---

<sup>250</sup> Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry* 36.3 (2013): 188-194.

<sup>251</sup> *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus.* Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000.

<sup>252</sup> *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus.* Paris, Pitié-Salpêtrière : ANAES, FFP, Octobre 20, 2000.

<sup>253</sup><sup>253</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Je\\_suis\\_en\\_detention\\_V6\\_juillet2015\\_opt.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Je_suis_en_detention_V6_juillet2015_opt.pdf)

pour ceux qui savent lire et qui prennent le temps de lire. Mais pour être entendue, les supports et canaux de communication doivent être multipliés.

Ces derniers doivent être efficaces, avec des messages adaptés qui puissent être reconduits régulièrement. Dans ce but, une collaboration avec des personnes détenues paraît là aussi essentielle afin de trouver des mots, slogans et messages pertinents, mais aussi les moyens de les faire passer, en gardant à l'esprit que la population carcérale reste hétérogène et ne sera pas sensible aux mêmes outils, aux mêmes éléments de langage. Des compétences en santé publique et en communication pourraient aussi être mobilisées en interne selon celles qui existent ou en externe en mobilisant par exemple des étudiants en master ou en doctorat. Ces démarches ont aussi l'intérêt d'ouvrir le débat entre les détenus d'un côté et les professionnels de l'autre, ce qui est déjà une interaction fructueuse pour communiquer sur la prévention du suicide et sortir l'espace d'un moment autour d'un sujet des discours de façade.

Par ailleurs, des informations écrites individuelles, à l'arrivée et peut-être à nouveau lors de l'installation en bâtiment, ainsi qu'à tout moment par tout professionnel qui le juge nécessaire. Des affichages aussi peuvent être utilisés. D'autres médias comme un journal d'établissement ou la télévision permettent de répéter des campagnes de sensibilisation et les messages de prévention.

Etant donnés les commentaires des participants sur les mesures de prévention et leurs idées suicidaires, les campagnes d'information devraient comporter deux axes :

- Informer sur la crise suicidaire pour déconstruire les préjugés que nous avons pour certains déjà cités (on n'arrête pas quelqu'un de *vraiment* décidé par exemple) et sensibiliser à l'efficacité des aides.

- Indiquer par quel moyen une personne suicidaire ou ses proches ou une personne détenue la connaissant peut mobiliser les aides. Plus que le dispositif dans le détail, les personnes doivent connaître principalement la manière de l'enclencher et qu'une réponse soit apportée.

Les messages gagneront ensuite en crédibilité lorsque les personnes auront testé que leur parole est prise en compte et que des choses se passent lorsqu'ils suivent les démarches qu'on leur a indiquées.

Nous n'avons pas trouvé d'articles ou autres écrits dans la littérature proposant que les personnes incarcérées soient intégrées à l'écriture, l'information, des programmes de prévention qui leur sont destinés. Or c'est un point sur lequel nous insistons étant donné le déroulement des entretiens et l'intérêt des participants pour exprimé leurs avis.

## Les 12 mesures étudiées

Les scores attribués aux mesures et les commentaires des participants nous permettent de décrire des adaptations ou compléments possibles pour certaines mesures de prévention étudiées ici. Les participants ont eux aussi apporté des éléments à considérer (tableau n°22). Les voici repris sous forme du tableau n°30.

Tableau n°30 : propositions pour les mesures de prévention existantes

<b>Mesures de prévention</b>	<b>Propositions et remarques</b>
Limitation des points d'attache	Limiter les points d'attache restants et bien identifiés.
Recherche systématique des facteurs de risque et idées de suicide chez les arrivants	Formation systématique et renouvelée des professionnels réalisant ce dépistage pour homogénéiser les pratiques.  Précision sur ce qui est enclenché en cas de risque suicidaire repéré et surtout d'urgence suicidaire.  Organisation répétée d'évaluations du risque et de l'urgence suicidaire au cours de l'incarcération.
Commissions pluridisciplinaires uniques	Augmentation de la fréquence de suivi des prises en charge en CPU ou dans un autre espace en cas d'urgence suicidaire élevée.
Formation des professionnels à la prévention du suicide	Formation générale mais aussi formation aux spécificités du dispositif de prévention local.  Formation renouvelée au cours de la carrière.

Discussions avec les surveillants et les chefs	<p>Identification de l'action comme une mesure de prévention dont la réalisation doit être identifiée et systématisée.</p> <p>Limite : Temps disponible ?</p>
Communication des proches avec l'administration	<p>Communication de cette mesure et de ses modalités aux personnes cibles.</p> <p>Crédibilité à renforcer auprès du public quant à son application.</p>
Etre doublé en cellule	<p>Amélioration de l'appariement d'une personne suicidaire avec son codétenu.</p> <p>Valorisation et soutien du codétenu.</p> <p>Identification des recours en cas d'urgence.</p>
Prise en charge psychologique et/ou psychiatrique	<p>Amélioration des délais de rendez-vous, surtout pour une première évaluation.</p> <p>Communication sur les soins en psychiatrie et leurs indications (déstigmatisation, accès, etc.), ciblant particulièrement les personnes souffrant d'addictions.</p>
Accès facilité aux activités	<p>Identification de l'action comme une mesure de prévention dont la réalisation doit être identifiée et systématisée.</p> <p>Elargissement aux troubles psychiatriques à risque suicidaire même en l'absence de crise suicidaire en place.</p>
Communication avec l'extérieur	<p>Identification de l'action comme une mesure de prévention dont la réalisation doit être identifiée et systématisée.</p>

Augmentation du nombre de rondes	Adaptation de la mesure selon le niveau d'urgence suicidaire.
Installation en cellule C-ProU	Maintien d'espaces de communication le plus fréquemment possible.

## Parler ou comment se maintenir dans la communauté des humains et repousser les idées suicidaires

Au delà d'une analyse mesure par mesure des représentations et considérations des personnes incarcérées, un aspect du dispositif de prévention est apparu essentiel dans les propos des participants : la création d'espace de communication. Dans leurs commentaires sur les scores attribués à chaque mesure, des remarques récurrentes sur la nécessité de pouvoir parler étaient présentes, d'autant plus si cela ne paraissait pas inhérent à la mesure comme pour les mesures de surveillance ou de mise en sûreté. « *L'important est de pouvoir communiquer et non pas une surveillance intensive.* » (participant n°11, Annexe). « *Au contraire, il faut le faire sortir de cellule et parler avec lui pendant 1 mois ou deux s'il le faut.* » (participant n°9, Annexe).

Bien sûr la lutte contre le repli de la personne suicidaire ou à risque élevé est connue comme un élément de prévention et de prise en charge<sup>254</sup>. C'est un des objectifs de plusieurs mesures comme aider aux contacts avec les proches, doubler les personnes en cellule, augmenter les moments d'échange avec l'équipe de détention, etc. Mais les propos des participants ne peuvent que renforcer cette dimension. Ils nous interpellent sur le fait que s'ils l'évoquent autant, c'est qu'elle leur manque au quotidien et qu'elle ne figure pas ou pas assez dans les représentations qu'ils ont des modalités de réalisation des actions de préventions. Ainsi ils étaient 12 à considérer que la mesure consistant à proposer des moments d'échange avec l'équipe de détention n'était pas appliquée, soulevant différentes raisons.

A la fois présente dans les commentaires sur les mesures de prévention et les propositions spontanées des participants, la communication est au cœur de leurs attentes. Pour nous cette communication, cet appel au dialogue, à l'échange, à l'écoute a plusieurs fonctions. Elle est

<sup>254</sup> Barker E., Kølves K., and De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research* 18.3 (2014): 227-240.

tout d'abord un exutoire, la possibilité d'apaiser la charge émotionnelle en la partageant avec quelqu'un. Elle a aussi une fonction occupationnelle : penser à autre chose, passer le temps. Ensuite elle évite le ressassement en boucle permettant à un tiers d'exprimer d'autres points de vue, d'autres analyses de la situation. Enfin elle permet tout simplement à la personne d'être restaurée dans son humanité, quand la situation carcérale attaque nécessairement l'appartenance à la communauté des hommes symboliquement et concrètement dans le quotidien.

« *La circulaire du 26 avril 2002 indique : « il est essentiel de privilégier le dialogue, de converser humainement avec la personne détenue, sans crainte d'évoquer avec elle les idées de suicide »* »<sup>255</sup>. Il ne s'agit donc pas de dire que l'administration pénitentiaire déshumanise. La prison déshumanise. Les protocoles systématisent les prises en charge mais leur application trop administrative aussi peut déshumaniser. Cette notion de dialogue, de partage entre humains, ne réclame pas à chacun de quitter son rôle et sa place dans la prison mais de ne pas se laisser envahir par la violence inhérente au milieu<sup>256</sup> et d'être intégrée toujours à toute mesure de prévention, à tout programme. Restaurer ou préserver le sujet dans son individualité et son humanité est nécessaire à une issue favorable en cas de crise suicidaire ou de risque de crise.

---

<sup>255</sup> *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.* Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012. p58

<sup>256</sup> Chauvenet A. *Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison.* *Déviance et société* 30.3 (2006): 373-388.

## De nouvelles propositions ?

Les participants pouvaient émettre des propositions de mesures de prévention. Ils l'ont fait et nous revenons ici sur les propositions innovantes (extrait du tableau n°22 ci-après).

Tableau n°22 : propositions des participants pour la prévention du suicide : propositions de type mesures de prévention supplémentaires ou complémentaires

<b>Propositions des participants</b>	<b>Réurrence des propositions</b>
<b><i>Propositions de mesures de prévention supplémentaires ou complémentaires</i></b>	
Importance de la parole, de la discussion sous toutes ses formes ; rôle des surveillants, des codétenus (évocation du concept de codétenu de soutien), mettre des éducateurs	11
Organiser des groupes de parole [dont comme le groupe de l'étude aux arrivants, pour sa partie échange sur le sujet du suicide]	3
Améliorer la compréhension de la personne auprès des autres détenus	1
Auto-questionnaire pour évaluer le risque suicidaire	1
Entretien par les professionnels du SMPR pour tous les arrivants	1
Créer un quartier spécifique, regrouper les personnes fragiles	1
Utiliser la surveillance vidéo	1
Donner plus d'informations en général, sur tout	1

Pour une partie ces propositions ne concernent pas des actions spécifiques. Tout d'abord la parole, très présente dans les autres parties aussi des entretiens, a été abordée dans le paragraphe précédent. De façon contiguë, améliorer la compréhension de la personne par les autres détenus est un appel à plus de parole, à un rôle tiers des surveillants entre les détenus. Ensuite donner « plus d'informations sur tout » souligne l'opacité qui règne en prison, que nous avons déjà

évoquée. Cette proposition est un exemple d'amélioration en général des conditions d'accueil et de séjour en prison dont sont demandeuses les personnes incarcérées.

Les autres propositions s'apparentent à des mesures concrètes mais hors les groupes de parole n'ont été proposés que par une personne à chaque fois :

-Groupes de parole aux arrivants pour parler du suicide : fortement influencée par l'expérience des audiences collectives de l'étude, il est intéressant que certains l'aient proposée. Cela fait écho aux impressions positives que nous avons eu à la réalisation de ces groupes en termes de débats sur les idées reçues sur le suicide, sur ce qui pouvait se faire etc. Un travail visant ses idées préconçues paraît essentiel et est aussi sollicité au niveau international car ce n'est pas uniquement français bien sûr<sup>257</sup>. Dans le même sens nous l'avons évoqué aussi pour la présentation de l'offre de soins psychiatriques et addictologiques pour lutter contre la stigmatisation de ce type de prises en charge en prison.

-Auto-questionnaire d'évaluation : l'avantage serait de ne pas avoir à le dire pour ceux qui sont trop inhibés. Néanmoins, trop d'entre eux ne savent pas lire et écrire en français et l'hétéro-évaluation permet d'engager tout de suite le dialogue et d'évaluer le niveau d'urgence suicidaire pour une éventuelle prise en charge en urgence. Cette option n'est cependant pas négligeable et pourrait faire l'objet d'une réflexion sur son opportunité : quand ? comment ?

-Entretiens avec un professionnel du SMPR pour tous les arrivants : il s'agit à la fois d'une question de moyens et d'organisation posée aux équipes du SMPR. Une orientation secondaire selon un premier repérage par les autres professionnels correspond plus à la situation au moment de l'étude. Les critères activant cette orientation pourraient être redéfinis.

-Créer un quartier spécifique, regrouper les personnes fragiles : il s'agissait notamment de pouvoir ainsi adapter la surveillance et le cadre pénitentiaire à une population. Le but est de préserver les autres des contraintes de ces surveillances. Cela pourrait protéger certaines personnes fragiles aussi et permettre des dynamiques de prises en charge. Cependant des quartiers spécifiques existent pour des situations proches : hébergement au SMPR en cas de pathologie mentale sévère, isolement pour les personnes devant être protégées, CPro-U en cas d'urgence imminente et certaines personnes sont gardées plus longtemps au quartier arrivants lorsqu'elles semblent trop fragiles encore pour aller en bâtiment. Il n'est pas évident de concevoir théoriquement un quartier spécifique supplémentaire – sans parler de la difficulté de

---

<sup>257</sup> Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry* 36.3 (2013): 188-194.

créer des quartiers dans les prisons - mais le sujet reste ouvert à discussion de notre point de vue.

-Utiliser la surveillance vidéo : cette mesure existe déjà dans certains pays et a été évoquée dans les expertises françaises comme devant faire l'objet d'expérimentation. La limite principale est la nécessité d'avoir du personnel pour suivre les images vidéo, de préserver l'intimité des personnes (utilisation d'infra-rouge).

-Former des codétenus de soutien : si les mots n'étaient pas ceux-là, le concept décrit était bien celui-ci. Ces mesures ont été développés premièrement sur quelques établissements et s'étendent, y compris à la maison d'arrêt de Lyon Corbas qui a débuté ce projet en cette année 2015.

Une étude canadienne dans une prison ayant mis en place des codétenus de soutien<sup>258</sup> n'a pu démontrer statistiquement l'impact de cette mesure sur le taux de suicide mais montrait la bonne acceptation de celle-ci et surtout le vécu d'utilité tant du côté des personnes incarcérées que des professionnels de la détention. D'autres auteurs encore plébiscitent ce type de mesure innovante en prison<sup>259</sup>. Elles doivent inclure une formation conséquente et un suivi des codétenus de soutien. Une étude française d'Auzoult et Abdellaoui<sup>260</sup> montraient qu'ils pouvaient tendre à sous-estimer les risques de suicide.

L'appui par les pairs était présent dans les discours des participants, comme celui du n°46 (Annexe) : « *D'autres détenus m'ont dit de ne pas le faire, que c'était les laisser gagner "eux", que 2 mois ça passe vite.* », ou du n°36 : « *J'ai retrouvé des personnes que je connaissais* ». Et à l'inverse cela pèse lorsque des liens ne se font pas avec les autres, comme pour le participant n°42 : « *Toujours des ressassements, d'autant qu'on vient de me mettre dans un quartier où je ne m'entends avec personne, et que je n'ai pas encore de nouvelles de mes proches.* »

-Des éducateurs en prison : ils sont déjà présents dans certains établissements. L'idée de s'appuyer sur ce corps de métier en prison paraît aussi intéressante. N'étant pas en position décisionnelle sur leur situation judiciaire et pénitentiaire, amenés à partager des activités, des moments de la journée avec eux au quotidien, ils peuvent avoir un rôle privilégié d'observateur, de repérage, participer aux évaluations du risque et de l'urgence suicidaire, accompagner une

---

<sup>258</sup> Barry H. and Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis* 25.1 (2004): 19-26.

<sup>259</sup> Barker E., Kølves K., and De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research* 18.3 (2014): 227-240.

<sup>260</sup> Auzoult L. and Abdellaoui S. Perceptions of a peer suicide prevention program by inmates and professionals working in prisons. *Crisis* (2015).

prise en charge de personne suicidaire, etc. Là aussi la question des moyens, de la formation et de la supervision est essentielle en pratique.

Nous avons été surprise qu'aucun participant n'évoque la prise en charge des personnes incarcérées après un suicide d'un codétenu. Peut-être est-ce dû à l'orientation « prévention » de l'ensemble des questions. Nombre de personnes, y compris des professionnels, n'intègre pas spontanément la postvention chez les endeuillés au sein de la prévention. Peut-être aussi que les participants n'y ont pas été confrontés pour la majorité.

## **Conclusion**

Nous avons proposé en discussion d'interpréter les scores donnés aux mesures en fonction des commentaires et des corrélations à d'autres variables. Ces réflexions ont cherché à comprendre les positions des participants et elles nous en apprennent sur leurs besoins, en situation de vulnérabilité en particulier, et leurs rapports aux aides existantes. Nous avons pu ainsi constater que l'utilisation des CProU générait une ambivalence et que dans ce cas, elle est liée à l'expérience suicidaire (les personnes suicidaires ou l'ayant été donnent un score plus élevé). Il en était de même avec le doublement en cellule, dans un rapport inverse cette fois, qui nous éclaire sur l'insécurité plus forte ressentie par les personnes fragiles. L'accès aux activités très plébiscité montrait un intérêt pour les personnes souffrant de troubles anxiodépressifs ou de conduites addictives moins pour les personnes suicidaires ; il y aurait donc un avantage à favoriser cet accès en termes de prévention primaire. Les réponses sur les prises en charge psychiatriques et psychologiques rappelaient combien elles sont stigmatisées au sein de la population carcérale, et nous avons trouvé qu'elles étaient particulièrement délaissées par les personnes souffrant d'addictions, ce qui appelle à des démarches d'informations sur la psychiatrie et des actions complémentaires pour toucher les personnes souffrant d'addictions. Car en effet ces constats ont l'intérêt très concret de pouvoir être utilisés pour l'évolution du dispositif de prévention de l'établissement, et pour certains peuvent être considérés à l'échelle nationale car non liés uniquement au dispositif local.

De plus certains commentaires abordaient également directement l'application des mesures de prévention, les freins à leur fonctionnement. Ces informations sont d'autres éléments permettant de questionner les mesures proposées, leur organisation, leur application, leur suivi.

Les analyses sur les données de la crise suicidaire, avec une tendance pour une partie des participants à une majoration à J28 des idées suicidaires, rappellent la nécessité de maintenir une vigilance et des évaluations au-delà de l'accueil arrivant. Les facteurs influençant l'état psychique énoncés par les participants et les scores des échelles de l'inventaire des raisons de vivre de Linehan ont montré en particulier la place très importante des ressources psychologiques personnelles pour faire face à la crise suicidaire. Ainsi tout ce qui permet de préserver, voire de renforcer, le narcissisme de la personne incarcérée fragile est essentiel. Il ne s'agit pas uniquement de travail psychothérapeutique, cela passe par la parole - un sujet récurrent dans les différents temps des entretiens -, par de petits gestes dans le quotidien. La difficulté étant alors pour les professionnels de sortir d'une position principalement sécuritaire pour prendre soins des personnes incarcérées.

Les fréquences des troubles psychiatriques étaient proches d'autres études, confirmant l'ampleur des troubles psychiques en prison en soi et au regard des moyens sanitaires. Il est donc aussi impératif d'influer sur les facteurs qui favorisent une amélioration de l'état clinique, qui réduisent la souffrance morale lors du séjour en détention, et qui ne sont pas nécessairement des soins spécialisés.

Pour ce qui est de la prévention du suicide, ces éléments nous ont permis de résumer quelques remarques et propositions pour les mesures étudiées dans ce travail et sur le dispositif d'ensemble, de proposer de le reprendre intégralement à l'écriture, de manière pluridisciplinaire. Le but est une réappropriation de chacun, que le programme de prévention soit investi et soit adapté aux moyens, et perçu comme tel. Nous soumettons l'idée de faire participer des personnes incarcérées pour essayer d'être au plus près des besoins et de la réalité de la détention avec ses contraintes locales. L'autre intérêt est de définir avec eux les modalités de communication autour de ce dispositif vers la population carcérale

Nous avons insisté sur la place de la parole, de l'échange et de « l'humain » dans le déploiement des dispositifs de ce type.

Enfin nous avons pu revenir sur les propositions des participants pour d'autres mesures : groupes de parole, codétenus de soutien, éducateurs, surveillance vidéo, auto-questionnaire, quartier spécifique, entretien systématique aux arrivants avec un membre du SMPR.

# Conclusion

L'approche évaluative des programmes de prévention vise en premier intention à justifier leur financement et dans le même temps à s'assurer de leurs résultats<sup>261</sup>, ce qui permet aux professionnels de terrain de faire évoluer leur pratique. Dans cette approche, les chercheurs aussi sont amenés à adapter leurs outils aux contraintes du terrain et aux besoins des professionnels<sup>262</sup>. Nous avons réalisé un premier travail avec l'analyse de 18 cas de suicide, mobilisant des professionnels des établissements sur leurs représentations en termes de capacité d'intervention pour le suicide en prison. Cela nous a permis d'appréhender la prévention du suicide par le prisme des professionnels de la prison. C'est une expérience que nous avons connue ensuite comme clinicienne. Notre cheminement nous a conduite à élaborer une étude avec la population des personnes incarcérées afin de confronter les points de vue. Etant donné la violence, dans un sens très large, présente dans le milieu carcéral, vécue par les personnes détenues et par les professionnels<sup>263</sup>, le terme confronter ne doit pas être entendu dans ce qu'il pourrait avoir de violent, mais dans toute la richesse de la rencontre et de l'interrogation réciproque. Ce type de recherches, à partir du moment où elles permettent cette rencontre entre chercheurs, professionnels de terrain et sujets, objets du phénomène étudié, peut être très fructueuse.

Notre démarche a été d'utiliser la psychologie pour l'appliquer à un domaine de la santé publique. Dans le cadre de cette étude, nous y avons vu 3 intérêts. Tout d'abord le phénomène étudié est reconnu comme un phénomène psychologique dynamique et réversible, résultat d'une crise psychique. Comme il n'y a que peu de travaux cliniques sur le suicide et la crise suicidaire en détention, apporter ce regard et chercher à mieux les cerner en travaillant sur leur prévention était essentiel.

Au-delà de pistes pour aborder la clinique et la théorisation de la crise suicidaire en prison, l'apport de la psychologie est aussi majeur pour comprendre les réactions des personnes incarcérées face aux mesures de prévention qui leur sont présentées, parfois imposées. Elle

---

<sup>261</sup> Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p9

<sup>262</sup> Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. p10

<sup>263</sup> Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. (2008). *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : PUF.

permet aussi d'analyser leurs représentations, les besoins ressentis. Des variations peuvent être recherchées selon leurs profils psychologiques, ou comme nous l'avons fait ici, selon leur état suicidaire et leurs éventuels troubles psychiatriques.

Enfin, la place de la psychologie nous a paru fort utile dans ce contexte carcéral où les présentations des participants comme des professionnels peuvent répondre aux contraintes sociales du milieu et non aux contenus psychiques. « *Les marges de manœuvre de l'acteur [professionnel ou détenu], dépersonnalisé par l'institution, ne sont envisagées que dans les failles des contraintes carcérales : elles ne sont, au bout du compte, que des « réactions » aux contraintes.* »<sup>264</sup> Nous l'avons vu, il existe une dissociation entre le discours externe, partagé avec la collectivité et le discours interne, chez les personnes détenues comme chez les professionnels. Aussi une approche psychologique permettait d'aller vers l'individu et ses fonctionnements pour s'éloigner de ce langage dépersonnalisé, porté comme un vêtement qu'on enfile pour quitter son intimité et se montrer au monde.

Nous avons proposé une évaluation du dispositif de prévention de la maison d'arrêt de Lyon Corbas par des personnes incarcérées, volontaires, reçues à un mois de leur mise à l'écrou, qu'elles aient été suicidaires ou non. Au cours d'un entretien dirigé dans les locaux du SMPR, nous leur avons fait attribuer un niveau d'utilité à chacune des 12 mesures retenues, avec la possibilité toujours proposée de commenter leur choix. Nous avons relevé qu'aucune mesure de prévention n'a été considérée en moyenne comme inutile par l'ensemble des 53 participants. Des ambivalences ont émergé pour 4 mesures. Pour les autres, les critiques éventuelles portaient en premier lieu sur les limites des mesures puis sur leur réalité ou modalités d'application. Pour ces scores et les autres données recueillies, nous avons détaillé les résultats obtenus (fréquences, corrélations) - les réponses de chaque participant figurent en Annexe -, avant de proposer une synthèse des résultats, nécessairement plus restrictive pour les résultats qualitatifs.

Notre approche nous a permis dans la partie discussion de pouvoir analyser les scores obtenus pour chaque mesure à la lumière des commentaires et de ce qu'ils révélaient des vécus émotionnels ou des pensées, parfois stéréotypées (préjugés, croyances sur le suicide). Nous les avons aussi discutées au regard des éléments recueillis sur la crise suicidaire, sur les expériences de recours au dispositif de prévention, les échelles de l'inventaire des raisons de vivre de Linehan et enfin les troubles psychiatriques repérés par le M.I.N.I.

---

<sup>264</sup> Chantraine G. Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et Société*. 2003/4 (Vol. 27), p 363-387.

Ces analyses peuvent être utiles aux personnes chargées de porter ces mesures de prévention pour pouvoir les adapter aux vécus et besoins des personnes détenues, voire pour en faire évoluer les pratiques. D'autant que nous avons constaté une méconnaissance de l'ensemble des aides accessibles aux personnes incarcérées pour la prévention du suicide, malgré les informations reçues et les rencontres faites par ces personnes dans le cadre du parcours arrivant matérialisé au sein du quartier spécifique des arrivants. Ce constat nous a amenée à discuter des moyens d'une réappropriation du programme de prévention par les équipes et d'une mobilisation de la population carcérale sur ce sujet. L'implication de personnes détenues dans ce travail, au vu du déroulement de l'étude, nous a paru une piste à explorer.

Pour chaque mesure, nous avons tenté de lier et de comprendre les résultats et les corrélations retrouvées, pour aussi résumer des perspectives évolutives. Comme nous le reprenions dans la conclusion du chapitre précédant, comprendre que les personnes suicidaires sont particulièrement angoissées par le doublement en cellule peut amener à modifier l'application de cette mesure (non pas arrêter de mettre les personnes à deux, mais accompagner cette installation et les choix de cohabitation, expliquer, discuter parfois aussi de laisser la personne seule). Savoir que l'accès aux activités est surtout déclaré utile par des personnes souffrant de pathologies psychiatriques à risque mais n'ayant pas pour l'heure d'idées suicidaires, peut amener à favoriser les liens entre équipes SMPR et équipes de détention pour s'assurer que les personnes fragiles puissent accéder à des activités dans un objectif de prévention primaire.

A ces 12 mesures se sont ajoutées les idées proposées par les participants comme les codétenus de soutien, la création de quartiers spécifiques pour les personnes suicidaires, la vidéosurveillance, des auto-questionnaires, etc. Des idées qui pour certaines font partie des développements actuels des programmes de prévention ou de pistes déjà soulevées dans les expertises sur le sujet.

Pour trouver toute sa pertinence, notre travail vise à être présenté aux équipes de la maison d'arrêt, ainsi qu'à la direction de l'administration pénitentiaire qui ont soutenu ce projet depuis son initiation ; à être présenté et à être discuté pour en revenir à la « confrontation » constructive que nous évoquions au début de cette conclusion.

Nous espérons aussi que les éléments sur la crise suicidaire, sur les représentations que les personnes incarcérées ont de la psychiatrie, sur la fréquence des troubles psychiatriques, pourront être utiles aux professionnels des services de psychiatrie. Ils ont une position qui n'est

pas sans paradoxe dans la prison. Ils ont à charge des personnes incarcérées vivant cette expérience de manière traumatique, avec une situation d'enfermement génératrice d'angoisses, de stress et de violence dans lesquels le suicide trouve son engrais, en complément d'autres souffrances psychiques, notamment liées aux pathologies mentales fréquentes qu'elles soient primaires ou secondaires.

Leur rôle, consistant à soigner les troubles psychiques, les conduit à faire accepter ou supporter cette expérience traumatisante aux patients dont ils s'occupent. Souvent, il s'agit d'essayer de soigner des troubles secondaires à ce contexte de rupture et privations ou des troubles de l'adaptation (si tant est que s'adapter à ce milieu le soit justement) et de permettre aux personnes détenues d'utiliser leurs ressources psychiques en cas de détresse pour survivre à leur expérience carcérale.

Ces équipes de psychiatrie ne sont pas sous la hiérarchie de l'administration pénitentiaire. Néanmoins une partie de la population carcérale interprète alors leur rôle comme celui d'un régulateur social (éviter les troubles du comportement, réduire l'agressivité) qui serait finalement au service, directement ou non, de l'administration pénitentiaire. Une vision qui peut d'ailleurs être partagée pour partie par d'autres professionnels de la psychiatrie d'ailleurs.

Si notre système judiciaire et le fonctionnement de nos établissements pénitentiaires peuvent bien sûr être soumis aux débats, y compris par les professionnels de ces équipes ; pour l'instant, il existe dans les murs de la prison des personnes qui souffrent. Et elles sont nombreuses. Le risque étant même de se décourager devant la fréquence des troubles psychiatriques. Les réponses à cette souffrance ne peuvent pas être uniquement médicalisées et individuelles. Bien sûr, la question des moyens peut se poser, étant données les fréquences observées. Mais d'autres pistes, d'autres idées sont à creuser ou à développer : soutien par les pairs, groupes de parole, rôle des associations, en même temps qu'un travail possible de déstigmatisation de la pathologie mentale et surtout des soins psychiques. Nos résultats ont montré que les personnes souffrant d'addictions ne trouvaient pas utiles les prises en charge psychiatriques ou psychologiques. Or il y a un enjeu à pouvoir leur proposer des soins pour la prévention du suicide et des risques liés aux consommations, de même que pour la promotion de la santé mentale en prison. Des réflexions seraient à mener sur la manière de mobiliser, de toucher ce groupe de personnes dans l'établissement.

Nous avons aussi vu de manière générale l'importance des ressources psychiques internes qui sont à préserver ou à renforcer dans le cadre du travail psychothérapeutique comme par d'autres

actions d'accompagnement, de personnalisation du dispositif de prévention. Et surtout, les participants sont revenus à plusieurs reprises sur la parole et les rapports d'humanité qui leurs manquaient. Il ne s'agit pas ici d'une « mesure » de prévention mais d'une « manière » de faire de la prévention. Le dispositif de prévention implique des échanges, une forme d'accompagnement, des espaces de discussion protégés. Néanmoins, si l'activité est trop dense ou qu'il n'y a pas assez de professionnels, cet aspect de la prévention est mis à mal. En effet, les équipes en viennent alors à appliquer les mesures afin de pouvoir indiquer que cela a été fait, plus que pour les utiliser comme des outils dont l'association et les contacts qu'ils créent avec la personne suicidaire, permettent d'ouvrir ces espaces. Pourtant ces échanges sont essentiels pour apaiser les affects négatifs, « renarcissiser » les personnes fragiles, maintenir les personnes dans des dynamiques relationnelles et non dans le repli sur soi, etc.

La réalisation d'un programme de prévention dans un cadre contraignant comme celui de la prison, surtout dans un grand établissement pénitentiaire, nécessite l'existence et l'application de procédures où chacun peut facilement situer son rôle. Cependant le risque est que l'aspect application administrative prenne le dessus. Un professionnel référent du programme personnalisé de prise en charge de la personne à risque suicidaire pourrait avoir une fonction de coordination mais aussi de liens, et de conteur. Dépositaire de l'histoire au moins actuelle de la personne, il pourrait la transmettre aux professionnels concernés par les mesures de prévention et la prise en charge proposée et ainsi humaniser le suivi.

Les perspectives de recherche dans le milieu carcéral et pour la prévention du suicide en particulier sont nombreuses. Nous l'avons vu, les études épidémiologiques, permettant aussi de déterminer les profils surreprésentés sont importantes mais il est nécessaire d'aller plus loin. Les sciences humaines et sociales peuvent apporter beaucoup dans ce domaine. Un point essentiel par exemple serait d'étudier comment les personnes incarcérées, et en regard les équipes de détention, peuvent lâcher pour partie les discours et attitudes de façade pour des positions plus favorables aux prises en charge et à l'ouverture d'espaces de paroles.

Les possibilités de déstigmatisation de la psychiatrie et des soins psychiques dans la population carcérale pourraient également faire l'objet de recherche.

Il serait intéressant de poursuivre les approches évaluatives des programmes mis en place. Dans un domaine qui n'était pas développé dans notre étude, les mesures de post-vention après un suicide et la possibilité que les différentes équipes étudient ensemble les cas de suicide pourraient faire l'objet de développement et d'évaluation.

Une étude prospective de suivi de cohorte avec des outils d'évaluation et de diagnostic permettant de suivre une population durant son incarcération, et pourquoi pas après, serait particulièrement novatrice et riche mais plus complexe à organiser et coûteuse bien sûr. Un intérêt serait de voir se modifier les états cliniques, éventuellement suicidaires, des personnes suivies et leurs évolutions selon les prises en charge proposées, les événements intercurrents. Il est évident que l'étude influencerait les résultats puisqu'il n'est pas question de laisser des personnes en détresse sans prise en charge. Cependant un suivi au long cours des personnes apporterait nécessairement de nouvelles informations et pistes de réflexions.

Quelque soit les thèmes ou les outils envisagés, la prison est un milieu qu'il faut d'abord pénétrer avant d'envisager un protocole de recherche car si un aspect de ce dernier se heurte aux contraintes locales, cela peut complètement saborder l'étude. Nous avons eu la chance de faire un premier travail qui nous amené à entrer dans 7 établissements très différents, permettant de nous construire une représentation intéressante du milieu carcéral. Et pour ce travail nous avons pu le réaliser dans une structure que nous connaissions. Nous n'avons donc pas été bloquée par des problèmes de protocoles inadaptés. Seul le nombre de participants n'a pas répondu aux caractéristiques du protocole de départ. Malgré cela, il nous a semblé que travailler sur ce sujet du suicide continuait de rencontrer des résistances parfois explicites et d'autres fois beaucoup moins, voire même inconscientes possiblement.

Notre travail nous a fait vivre une expérience riche émotionnellement, en plus de la dimension intellectuelle. Les rencontres avec les participants étaient particulièrement enthousiasmantes, de manière réciproque nous-a-t-il semblé, même marquées par la souffrance morale. Les moments d'attente prolongés sans informations sur la venue ou non des personnes qui avaient rendez-vous, nous ont paru plus importants que lorsque nous y avons travaillé. Ils permettaient a minima une identification aux personnes détenues lorsqu'elles décrivent cette impuissance dans l'absence et le manque d'informations, ces vécus de vide. D'autant qu'alternait avec ces positions d'attente, des moments d'activités avec les entretiens, stressés par les heures d'arrêt des mouvements qui se rapprochaient et ont pu parfois conduire à une interruption prématurée des entretiens.

L'attitude des surveillants selon les personnes ou selon les jours a été très variable, pouvant aller du dynamisme zélé pour faire venir les personnes à une exaspération de nous voir venir quémander des informations en passant par une indifférence distante. Il nous a été souvent

difficile, alors même que nous connaissions une partie de l'équipe avant de débiter l'étude, de trouver une position juste et cela nous a laissé éprouver une forme de malaise. Nous ne voulions pas perturber l'activité des services - ce qui était nécessairement un peu le cas - et garder une position d'observateur externe, et en même temps, rester trop à distance favorisait le manque d'investissement de notre travail et il fallait bien accompagner certains participants de l'étude vers l'équipe du SMPR. Il est aussi possible que notre crainte de « déranger » ait été excessive et inhibitrice. Aussi la difficulté aura été de ne pas trouver une place dans laquelle s'épanouir pour réaliser l'étude, si ce n'est en entretien individuel avec les participants.

Les audiences collectives étaient d'un abord plus complexe. Tout d'abord il y avait le stress de savoir s'il faudrait ou non pousser l'équipe du QA pour avoir des participants, s'ils seraient assez nombreux. Ensuite restait à voir l'accueil qui serait fait au projet dans un moment où les personnes arrivent et appellent à des informations plus concrètes sur leur séjour. Néanmoins, le plus souvent, l'écoute était soit scolaire, soit génératrice de débats passionnés et passionnants sur le suicide, la psychiatrie, les addictions, le système judiciaire etc. Parfois le débat a emprunté des chemins boueux dont il a fallu se dégager sans prendre une position professorale inaudible et en essayant d'utiliser la parole des pairs. Et pour ces fois, notre expérience de groupe de parole avec des patients psychiatriques, dépendants, ou avec des populations sous main de justice nous a été très utile.

Nous avons eu le plaisir que nombre de participants aient souligné que l'entretien leur avait été utile, voire leur avait fait du bien.

Ajoutant à cela les obstacles administratifs préalables que nous avons connus, ce travail n'a donc pas été sans impact émotionnel. A titre professionnel, réaliser cette étude qui permettait de remettre l'usager au cœur de l'évaluation du dispositif, nous a permis, dans notre travail clinique même actuel, d'interroger autant que possible l'offre de soins qui est faite aux usagers, posant la question de son utilité, de sa réponse à des besoins effectifs, etc.

Enfin, si l'exercice clinique et le suivi de nos patients continue de nous passionner, nous espérons garder toujours une place pour la recherche clinique, ce qui a été le cas pour l'instant, car ce doctorat aura nourri notre curiosité intellectuelle et ouvert des perspectives d'outils et de méthodes de travail que nous n'imaginions pas.

# Bibliographie

Aebi M.F. et Delgrande N. *Rapport SPACE I 2011 du Conseil de l'Europe* par l'institut de criminologie et de droit pénal, université de Lausanne, 3 mars 2013

*Autopsie psychologique. Outil de recherche en prévention.* INSERM. Expertise collective. Paris, 2005.

*Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées.* INSERM. Expertise opérationnelle. Paris, 2008.

Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral.* Jan 2009, Mission du ministère de la Justice.

Archer E. *Recherche sur "l'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention"* publiée par la Mission de recherche Droit et justice. Loos (59120) : A.D.N.S.M.P.L., 2008.

Aubusson de Cavarlay B. (2010) « Le suicide en prison : choisir le bon indicateur ? » In *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation.* Journée d'étude internationale, 22/01/2010, Ecole nationale de la magistrature. Edité par la Direction de l'Administration Pénitentiaire. pp 27-40.

Auzoult L. and Abdellaoui S. Perceptions of a peer suicide prevention program by inmates and professionals working in prisons. *Crisis* (2015).

Baillargeon J., Penn JV., Thomas CR., Temple JR., Baillargeon G. & Murray O J. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 37(2), (2009): 188-193.

Barker E., Kølves K., and De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research* 18.3 (2014): 227-240.

Batt-Moillo A., Jourdain, A., « Introduction » In *Le suicide et sa prévention, Emergence du concept, actualité des programmes*, 13-26. Edition Ecole Nationale de la Santé Publique. Dijon-Quetigny, France, 2005, 266 pages.

Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 *BEH* 47-48 13 décembre 2011 pp488-492.

Bénézech, M. Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. *Annales Médico Psychologiques*, n°. 157 (1999): 561-567.

Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1996, 352 pages.

Bergeret J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod, 2000, 251 pages.

Bourgoin, Nicolas. *Le suicide en prison*. L'Harmattan. Paris, 1994, 272 pages.

Boyer R., Prévile M., et Seguin M. Rôle des autopsies psychologiques pour l'étude du suicide chez les personnes âgées In J.J. Chavagnat, *Prévention du suicide*. John Libbey Eurotext. 2005, 200 pages.

Chagnon F. La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec : historique et état de la situation. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004. 194 pages.

Chantraine G. Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et Société*. 2003/4 (Vol. 27), p 363-387.

Chauvenet A. Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison. *Déviance et société* 30.3 (2006): 373-388.

Chauvenet, A., Corinne, R. et François, O. *La violence carcérale en question*. Le lien social. Paris : PUF, 2008, 347 pages.

Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D.90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. Lien de téléchargement :

[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir\\_35431.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf)

Cliquennois G., Chantraine G. Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques. *Sociétés contemporaines* 3/2009 (n° 75), p. 59-79.

Cohidon, C. *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »*. INVS, Août 2007.

(téléchargeable sur :

[http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence\\_sante\\_mentale/prevalence\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf)

Combessie P. *Sociologie de la prison*. La Découverte, collection Repères. Paris, 2001, 126 pages.

Daigle M. L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, jan 2004, 192 pages.

Daigle M, Daniel A, Dear G, Frottier P, Hayes L, Kerkhof A, Konrad N, Liebling A, et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part II. *Crisis* 28, n° 3 (2007): 122-130.

Daigle MS., Labelle R, & Côté G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 343-354.

Daniel A. *Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff*. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(2):165-75.

Debout M. *La France du suicide*. Stock. Paris, 2002, 305 pages.

Debout M., Clavairolly G. *Le suicide, un tabou français*. Editions Pascal, 2012. 224 pages.

Deschenau Alice. *Le suicide en détention et sa prévention. Etude de 18 cas de suicides et des représentations des professionnels sur leurs possibilités d'intervention*. Thèse de doctorat de Psychiatrie. Lyon : Université Lyon 1. 2010, 188 pages.

Deschenau, A., Terra, J.L., Gaucher, J., Lamothe, P. (2011). Prévention du suicide en détention. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, vol. 15, n°117 : 15-22.

Dooley E. Prison suicide—politics and prevention: A view from Ireland. *Crisis* 18.4 (1997): 185-190.

Duburcq, Anne, et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Décembre 2004.

Duburcq, Anne, et al. *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues Rapport final – Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse*. Enquête épidémiologique. Demande du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. CEMKA-EVAL, Janvier 2006.

Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Etude de sociologie*. Paris : Les Presses universitaires de France, 2e édition, 1967, 462 pages. Collection : Bibliothèque de philosophie contemporaine. Version électronique pdf proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi.

Duthé, G., Pan Ké Shon, J.L., Hazard, A. et Kensey, A. (2010) Suicide en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque. Dans *Le suicide en prison : mesures, dispositifs de prévention, évolution*. Journée d'étude interministérielle, 22 janvier 2010, 41-64. Collection Travaux et Documents. Ministère de la justice.

Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A. et Pan Ké Shon, J.L. (2011) L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945. *BEH (InVS)* n°47-48 (13 dec 2011), pp 504-508

Falissard B., Loze JY., Gasquet I. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006, 6:33.

Fazel S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 46.3 (2011): 191-195.

Fernandez F., « Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison », Bulletin Amades [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2010, Consulté le 07 mai 2013.

Florentine JB and Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine* 70.10 (2010): 1626-1632.

Forgeard L., Meunier F., et Lamothe P. Suicides à la Maison d'arrêt de Lyon. *Perspectives Psy* 45, n°. 4 (2006): 389-398.

Forrester A, Slade K. Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. *Lancet*. 2014 Mar 29;383(9923):1109-11.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Mesnil-sur-l'Estrée, France : Editions Gallimard, 2011, 360 pages.

Freud S. (1901). « Méprises et maladroites » In : Freud S. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001, 370 pages.

Freud S. (1910). « Pour introduire la discussion sur le suicide » Dans *Résultats, Idées, Problèmes*. Paris : PUF, 1984.

Freud, S. (1915) “Deuil et mélancolie.” In *Métapsychologie*, 145-171. folio essais. La Flèche (Sarthe), France : Gallimard. (2006).

Freud S. (1920). « Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine ». In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF

Fruehwald S., Frottier P., Matschnig T., Eher R., et al. The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry* 18.4 (2003): 161-165.

Fruehwald S., Frottier P., Ritter K., Eher R., Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody Experiences in Austria, 1967–1996. *International Journal of Law and Psychiatry* 25 (2002) 119–128.

Godet-Mardirossian H, Jehel L, Falissard B. Suicidality in male prisoners: influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *J Forensic Sci.* 2011 Jul;56(4):942-9.

Goffman E. *Asiles : Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Editions de minuit. 1968, 452 pages.

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2012.

Barry H. and Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis* 25.1 (2004): 19-26.

Hansen A. Correctional suicide: has progress ended? *J Am Acad Psychiatry Law* 38:6–10, 2010.

Harcouët L., Hazebroucq G. Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2000;19(2):149-56.

Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. British Journal of Psychiatry. 1997; 170:205–28.

Hawton K., Linsell L., Adeniji T., Sariaslan A., Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet* 2014; 383: 1147–54.

Hayes LM. *National study of jail suicide: 20 years later*. US Department of Justice, National Institute of Corrections, 2010.

Hayes LM. Suicide in adult correctional facilities: key ingredients to prevention and overcoming the obstacles. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 27 (1999): 260-68.

Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry* 36.3 (2013): 188-194.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 2001, Baromètre santé 2000, volume II, les résultats.

Jarosz, Maria. *Suicides*. L'Harmattan. Paris, 2005, 190 pages.

Jenkins R. et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, n°. 35 (2005): 257-269.

Jougla, Eric, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Martine Bouvet, et Marc Mellah. "Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide." *Actualités et dossiers en santé publique*, n°. 45 (Décembre 2003): 31-34.

Kaes, R. (1979). Introduction à l'analyse transactionnelle. In R. Kaes, A. Missenard, R. Kaspi, D. Anzieu, J. Guillemin, J. Bleger & E. Jaques (Ed) *Crises, rupture et dépassement* (pp 1-83) (2004). Paris : Dunod.

Konrad N., Daigle M., Daniel A., Dear G., Frottier P., Hayes L., Kerkhof A., Liebling A., et Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis* 28, n°. 3 (2007): 113-121.

Kovaszny B., Miraglia R., Beer R. & Way B. Reducing suicides in New York State correctional facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75.1 (2004): 61-70.

*La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus. Paris, Pitié-Salpêtrière: ANAES, FFP, Octobre 20, 2000.

Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory/Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.

Le Caisne L., *Prison Une ethnologie en centrale*. Editions Odile Jacob. Paris, 2000, 394 pages.

Legendre, P. (1996). *La fabrique de l'homme occidental*. (2000) Espagne: mille et une nuits, 55 pages.

Lekka N., Argyriou A., et Beratis B. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, n°. 256 (2006): 87-92.

Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54: 276-86.

Maltsberger J.T. Outpatient treatment. In: Simon R.I., Halles R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1084–1088.

Mishara B, Chagnon F. Les défis en évaluation des actions de prévention du suicide. In Chagnon F, Mishara B. *L'évaluation de programmes en prévention du suicide*. PUQ, 1 janv. 2004, 192 pages.

Metzner J.L., Hayes L.M., Suicide Prevention in jails and prisons. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

Morissette P. and Corbeil SC. *Le suicide : démythification, intervention, prévention*. Centre de prévention du suicide de Québec, 1984.

Moron, P. (1975). *Le suicide*. Paris : Que sais-je ?, 2006, 126 pages.

Moron P. "Impact du suicide en prison." *Revue française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* VII, n°. 78 (Septembre 2004): 60.

Nock MK., Hwang I., Sampson NA., and Kessler RC. Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 August ; 15(8): 868–876. doi:10.1038/mp.2009.29.

Niveau, G. (2006). Psychiatrie en milieu de détention. In *Médecine Santé et Prison*, 267-275. Chêne-Bourg, Suisse : Médecine et Hygiène.

Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Sep-Dec;36(5-6):386-9.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, 2001.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide, Indications pour le personnel pénitentiaire. Genève, 2002.

Pedinielli J-L., (2006) « Mort et Résilience » (p.289-304) Dans *Psychanalyse et Résilience* Cyrulnik B., Duval P. (2006). Paris : Odile Jacob.

Quenard, O., et Rolland, J.-C. (1982). “Aspects cliniques et état de crise suicidaire.” In *Suicides et conduites suicidaires, tome II : aspects cliniques et institutionnels*, II:13-47. Paris: Masson.

Racamier, P-C. *Le génie des origines*. Paris : Payot et Rivages, 1992, 420 pages.

Rutman L. Recherche formative et évaluabilité de programme. In Lecomte R., Rutman L. *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Presses Université Laval, 1 janv. 1982 - 187 pages.

Séguin M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? « *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », 2000.

Shaw J., Baker D., Hunt I., Moloney A., et Appleby L. "Suicide by prisoners." *British Journal of Psychiatry*, n°. 184 (2004): 263-267.

Shea, SC. *Evaluation du potentiel suicidaire*. Elsevier Masson. Issy les Moulineaux, France, 2008.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Simon R.I. Suicide Risk, Assessing the unpredictable. In: Simon R.I., Hales R.E. *Suicide assessment et management*. American psychiatric publishing, Inc. Washington, DC, 2006.

Sorel, P., Vedrinne, J., ET Weber, D. *Le geste ultime. Essai sur l'énigme du suicide*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 2003, 143 pages.

Strosahl K., Chilesa JA., Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr Psychiatry*. 1992 Nov-Dec;33(6):366-73.

Taïeb, O. *Les histoires des toxicomanes : récits et identités dans les addictions*. Presses universitaires de France, 2011. 364 pages.

Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., et Polidori G. "Prison suicides in Italy in 1996-1997." *European Psychiatry*, n°. 14 (1999): 109-110.

Terra JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. n° 45 décembre 2003 : p20-24.

Terra, Jean-Louis. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Mission du ministère de la Justice et du ministère de la Santé, Décembre 2003.

Thomas, A., et al. Revue de mortalité-morbidité en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide ». *L'Encéphale* 36 (2010): D32-D40.

Tournier P.V. Les décès sous écrou, in *Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP)*, Chapitre « Réponses pénales », Editions du CNRS, 2011, 473-488.

Way BB., Miraglia R., Sawyer DA., Beer R. & Eddy J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International journal of law and psychiatry*, 28(3), 207-221.

Weishaar, M., & Beck, A. T. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir ? *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 109-123.

Zientara-Logeay, Sandrine. *Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire*. Paris: Ministère de la Justice-Sous-Direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires, 1996.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=98&ref\\_id=Suicide](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=Suicide)

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html>



Groupe à médiation artistique avec des femmes incarcérées à Réau par  
Mishell Evouna professeur de danse et Florence Nilsson sophrologue

(crédit photos : Sandrine Jonvel)