

engendrant des risques majeurs de santé publique [38]. La peine de prison, conditionnant par sa nature la privation de liberté, doit rester la seule et unique peine à laquelle la personne concernée doit faire face. La « double peine », dénoncée dans le rapport de l'ONGI (organisation non gouvernementale internationale) Human Rights Watch en 2016, rappelle le droit fondamental des personnes détenues de jouir du meilleur état de santé globale (physique et mentale) possible. Celui-ci est resitué par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ratifiée par la France en 2010.

À l'instar des difficultés et des retards d'accès aux soins de santé mentale en milieu libre, l'égalité d'accès aux soins et le respect de la dignité des personnes présentant des troubles psychiques en milieu pénitentiaire restent en partie impactés par un manque accru d'information en santé mentale en détention, et par une stigmatisation importante des personnes concernées. La formation auprès des personnels intervenant en détention (Assistance publique, Justice) doit perpétuellement être proposée afin d'améliorer les connaissances nécessaires au respect du droit à une bonne santé globale en détention.

La disponibilité des services de soins *ad hoc* et la réponse aux besoins sanitaires des personnes détenues

présentant un trouble psychique remplissent seulement les conditions de respect des droits fondamentaux de jouir de la meilleure santé mentale possible. Elle ne doit pas permettre de penser que la prison sera un lieu de soins optimal puisque les nombreux freins à la qualité de vie en son sein sont clairement identifiés et paraissent difficiles à neutraliser à court terme. Pour autant, il persiste un enjeu puissant autour de l'organisation des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire qui doit s'attacher à ne pas alimenter une quelconque « binarisation » des soins entre prison et hôpital psychiatrique, au risque de voir (re)naître les notions « d'asile pénitentiaire » ou de « prison psychiatrique ». Bien que la « loi de Penrose<sup>1</sup> » traduise le constat d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention dans de nombreux pays, contemporaine du mouvement de désinstitutionalisation psychiatrique, certains auteurs réaffirment que la suggestion selon laquelle le retour des structures hospitalières de type asilaire pourrait être une réponse politique appropriée aux inégalités socio-économiques qui sous-tendent des situations d'exclusion et d'incarcération doit être combattue de la manière la plus ferme qui soit [23]. ●

1. <https://psyzoom.blogspot.com/2015/04/population-carcerale-et-nombre-de-lits.html>

## Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral

**Pierre Thomas  
Thomas Fovet**

Pôle de psychiatrie,  
médecine légale et  
médecine en milieu  
pénitentiaire du CHU  
de Lille

**L**e suicide en population carcérale est plus fréquent qu'en population générale. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Les hommes et les femmes incarcérés constituent une population vulnérable.

Le taux moyen de suicide, sur l'ensemble des pays qui fournissent des chiffres, est de 109 suicides pour 100 000 personnes dans les prisons. Les taux de mortalité les plus bas sont trouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord, avec 23 à 67 décès par suicide pour 100 000 détenus.

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du

risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet.

Le taux de suicide reste très important dans la période suivant l'incarcération. Au cours des deux semaines suivant la libération, il est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention. Six mois après la libération, le taux de décès par suicide reste identique à celui observé en détention. La continuité des soins et de l'accompagnement est donc essentielle après la sortie, période où se concrétisent les difficultés sociales, financières et relationnelles.

Les suicides en prison sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou autostrangulation, le plus souvent lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. L'intoxication volontaire représente 7 % des cas, la phlébotomie 5 % et la défenestration 2 %.

Le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs.

### Facteurs individuels

Le fait d'être marié, le faible niveau d'éducation, l'isolement social et les relations familiales conflictuelles sont les principaux facteurs de risque individuels. Un détenu qui reçoit régulièrement la visite de ses proches a deux fois moins de risque de se suicider que celui qui n'en reçoit jamais. Les événements de vie négatifs ou stressants, le fort vécu de honte, de culpabilité ou de désespoir augmentent le risque de suicide.

Les troubles psychiatriques – au premier rang desquels figurent les dépressions, les psychoses et les troubles liés à l'usage de substances – sont connus comme étant d'importants facteurs de risque en détention. Le lien entre santé mentale et suicide en prison est d'autant plus important à considérer que la prévalence des troubles psychiatriques y est quatre à dix fois plus élevée qu'en population générale.

Ainsi les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide) sont des facteurs de risque de suicide très importants en détention.

### Facteurs environnementaux

Le niveau d'isolement physique constitue un facteur de risque suicidaire important : quinze fois plus de risque de mettre fin à ses jours dans une cellule en quartier disciplinaire que dans une cellule ordinaire. D'autres particularités environnementales qui illustrent les conditions de vie en détention peuvent être citées : relations de mauvaise qualité entre surveillants et détenus, harcèlement et menaces entre détenus, et inactivité contrainte liée au faible nombre d'emplois disponibles en détention. Quant à la surpopulation carcérale, elle constitue une difficulté à laquelle sont confrontés de très nombreux établissements pénitentiaires, notamment en France. Il existe une corrélation entre la densité carcérale et le taux de suicide en détention.

### Facteurs criminologiques et judiciaires

Les personnes « prévenues » se suicident deux fois plus que les condamnés. La majorité des suicides est observée dans les maisons d'arrêt, ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires destinés à accueillir les prévenus et les détenus condamnés à de courtes peines.

Le taux de mortalité par suicide est plus bas chez les individus condamnés à des peines d'une durée inférieure à un an, et augmente avec la longueur de la peine, passant de 35 pour 100 000 pour les peines inférieures à six mois à 163 pour 100 000 pour les peines supérieures à cinq ans. Le risque est significativement plus élevé chez les auteurs de crimes violents (homicides, viols et autres violences sexuelles).

Certaines périodes du parcours judiciaire sont aussi identifiées comme particulièrement à risque. Ainsi, 72 % des suicides surviennent au cours de la première année de détention, et le risque de suicide est majoré à la réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation pendant la période d'incarcération.

### Dispositifs de prévention du suicide en détention

La prévention du suicide en prison implique une série de mesures, allant du traitement des troubles psychiatriques au contrôle des facteurs de risque environnementaux et psychosociaux, en passant par l'utilisation d'outils spécifiques mis à la disposition des personnels de l'administration pénitentiaire. Une coordination des équipes sanitaires et des personnels de l'administration pénitentiaire est indispensable puisque, si certaines mesures peuvent être mises en place par les équipes de détention, d'autres peuvent être appliquées par les services médicaux (équipe de psychiatrie le plus souvent).

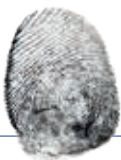
Malgré des évolutions significatives ces dernières années, l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention reste limité. Les détenus dont l'état de santé nécessite une prise en charge en hospitalisation complète peuvent être admis dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), accueillant les patients avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'État (SDRE). Les UHSA ont été instaurées par la loi de septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Aujourd'hui, neuf UHSA sont implantées sur le territoire français (soit 440 places).

### Outils spécifiques de prévention du suicide en prison

Un certain nombre d'établissements pénitentiaires mènent des programmes spécifiques de détection et de protection des détenus à risque de passage à l'acte suicidaire axés sur le contrôle de multiples facteurs de risque. L'évaluation de leur efficacité, aux États-Unis, au Canada, en Australie et au Royaume-Uni, a montré une réduction significative du taux de suicide, ainsi qu'une modification de l'attitude des détenus et des équipes de détention face aux personnes suicidaires. La plupart des programmes efficaces incluent les éléments clés suivants :

1. formation du personnel de l'administration pénitentiaire en matière de prévention du suicide et aux gestes de premiers secours ;
2. évaluation systématique du risque suicidaire chez tout détenu arrivant, puis surveillance personnalisée du risque suicidaire tout au long de la période d'incarcération ;
3. soutien psychologique des détenus suicidaires ;
4. facilitation du lien social ;
5. limitation du recours à l'isolement physique ;
6. mise à disposition de cellules sécurisées adéquates pour les personnes à haut risque.

Les procédures appliquées après un suicide ou une tentative de suicide, tels que le débriefing et le soutien des équipes et des détenus, peuvent également aider à prévenir d'autres incidents et à réduire le choc émotionnel engendré par ces événements. Enfin, les programmes visant à limiter les effets négatifs de l'isolement par l'utilisation de « codétenus de soutien », détenus bénévoles sélectionnés et formés à l'écoute active, semblent aussi présenter un intérêt.



En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport destiné aux établissements pénitentiaires dans le but d'améliorer et d'uniformiser la prévention du suicide en prison. Plus récemment, en France, un guide méthodologique, édité par le ministère de la Justice et le ministère des Solidarités et de la Santé, a rappelé les principes de prévention, de repérage et de prise en charge du suicide en détention. Ces propositions nécessitent la formation de tous les agents pénitentiaires, ainsi qu'une coopération de qualité entre tous les acteurs de la vie carcérale.

Les conditions d'incarcération peuvent majorer le risque suicidaire. Le maintien des liens familiaux et sociaux en prison est parfois très limité. En outre, les effectifs réduits des personnels pénitentiaires ne permettent pas aux surveillants d'assurer leur rôle de soutien aux détenus.

Ils limitent également les possibilités de mouvements de personnes détenues et leur accès aux activités. L'amélioration des conditions d'incarcération constitue un enjeu important pour la prévention du suicide en prison.

L'impact positif d'un maintien du contact à long terme entre les professionnels de santé et les personnes à risque suicidaire après un passage en milieu hospitalier a été démontré. Le dispositif de recontact Vigilans combine les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de réduction du nombre de récidives suicidaires : carte de crise, contact téléphonique et envoi régulier de cartes postales. Le déploiement d'un dispositif de recontact des suicidants en milieu carcéral pourrait s'avérer intéressant mais certaines contraintes inhérentes au fonctionnement des prisons françaises doivent être prises en compte. ●

## La continuité des soins à la sortie de prison

**Meoïn Hagège**  
Institut national  
d'études  
démographiques  
(Ined)

*Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 50.*

La recherche  
doctorale de Meoïn  
Hagège (2016) a  
été soutenue par  
Sidaction et l'Agence  
nationale pour la  
recherche sur le  
sida et les hépatites  
virales, et menée à  
l'École des hautes  
études en sciences  
sociales et l'Institut  
national d'études  
démographiques.

L' interruption de la prise en charge des sortants de prison est régulièrement dénoncée par les professionnels de santé et de l'aide sociale, et par les militants de la lutte contre le VIH/sida. Population identifiée comme vulnérable et parfois difficile par les professionnels de santé, les patients sortants sont de surcroît souvent dits « perdus de vue » par les équipes en milieu fermé. Ainsi, la santé postcarcérale est le plus souvent conçue, du point de vue des professionnels, comme un problème de santé publique, pris entre deux institutions, la prison et l'hôpital. Le problème ainsi formulé, il est attendu du patient qu'il soit autonome et responsable, deux principes clés de la prise en charge médicosociale aujourd'hui. Cependant, ces principes et ces attentes institutionnels ne permettent pas de comprendre pleinement les expériences et les comportements des patients sortants de prison.

Une recherche de sociologie de la santé permet d'apporter quelques éclairages sur ce problème, à partir du cas de patients atteints du VIH et/ou de l'hépatite C [18]<sup>1</sup>. Elle porte sur les parcours de soins de sortants de prison qui vivent avec ces pathologies, entre 2010 et 2014 en Île-de-France, et s'appuie sur : une série d'entretiens biographiques avec des patients avant et après leur sortie de prison (n = 20) ; une étude ethnographique des lieux de prise en charge dedans et dehors ; un questionnaire sur l'état de santé et le recours aux soins de détenus (n = 67). Cette enquête qualitative vise à apporter des données de première main sur une population dont l'expérience est méconnue.

### La continuité des soins, une priorité parmi d'autres pour les sortants de prison

La littérature de santé publique suggère que les interruptions de prise en charge postcarcérale sont fréquentes

et que le recours aux soins est tardif. Les résultats des différents volets de l'enquête suggèrent une situation plus complexe.

Dans le cas des détenus qui ont répondu au questionnaire, les interruptions de traitement ou de suivi lors de sorties antérieures sont peu nombreuses : près d'un sixième des détenus déclarent une interruption du suivi d'une pathologie somatique dans leur parcours, et aucun ne déclare d'interruption de son suivi en psychiatrie.

Le recours aux soins en toxicomanie se distingue des autres, car l'interruption est très courte, voire nulle, en Île-de-France. La prise en charge médicale de la dépendance, le traitement de la substitution (délivré en centre de soin ou acheté dans la rue) et les ressources liées à la prise en charge en centre de bas seuil d'exigence, où les conditions d'inclusion sont adaptées aux situations et aux capacités des usagers, suivent rapidement la sortie. Leur obtention n'est souvent pas liée à la continuité de la prise en charge du VIH ou de l'hépatite C, mais aux prises en charge institutionnelles de la toxicomanie, qui incluent souvent des services médicosociaux plus larges, tels que l'accompagnement dans les prises en charge médicales ou l'ouverture des droits sociaux (et par extension l'accès aux médicaments).

En ce qui concerne les sortants interrogés par entretiens biographiques, leurs parcours montrent que le plus grand nombre d'entre eux s'efforce de retrouver ses conditions de vie avant l'incarcération. Les autres doivent s'ajuster à de nouvelles situations et ce sont ces situations qui influent sur le délai de recours aux soins après la sortie. En effet, tous les détenus suivis à la sortie ont consulté un professionnel de santé ou ont renouvelé leur ordonnance lorsqu'ils en avaient une, et les autres n'évoquent pas de non-recours aux soins lors de leurs sorties précédentes. Certains ont fait mention