



## MBD

# LA PRÉVENTION DU SUICIDE

## Indications pour le personnel pénitentiaire

### Publications disponibles :

- La Prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes  
(ref. WHO/MNH/MBD/00.1)
- La Prévention du suicide : Indications pour les professionnels des médias  
(ref. WHO/MNH/MBD/00.2)
- La Prévention du suicide : Indications pour professions de santé primaire  
(ref. WHO/MNH/MBD/00.4)
- La Prévention du suicide : Indications pour le personnel pénitentiaire  
(ref. WHO/MNH/MBD/00.5)
- Deuil et suicide : Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent  
(ref. WHO/MNH/MBD/00.6)

PB 15459 - 0202 © Laboratoire GlaxoSmithKline

Traduit et remis avec le concours  
du Laboratoire GlaxoSmithKline



Département de Santé Mentale  
et Toxicomanies

Organisation Mondiale de la Santé  
Genève





## **LA PRÉVENTION DU SUICIDE**

### **Indications pour le personnel pénitentiaire**

Ce document fait partie d'une série de recommandations éditées à l'intention de groupes professionnels et sociaux, particulièrement concernés par la Prévention du Suicide.

Ce document est un des produits du Programme SUPRE, une initiative internationale de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide.

Mots clés : Suicide / Prévention / Indications / Établissements pénitentiaires / Prisons / Lieux de détention

Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques

Département de Santé Mentale et Toxicomanies

**Organisation Mondiale de la Santé**

**Genève 2002**

## TABLE DES MATIÈRES

Note du traducteur .....	1
Avant propos .....	3
Généralités sur le suicide .....	6
Les détenus représentent un groupe à haut risque de suicide .....	7
Prévention du suicide en milieu pénitentiaire .....	8
Description de profils de personnalité suicidaire.....	8
Évaluation à l'admission .....	11
Observation après admission .....	13
Conduite à tenir après le repérage .....	14
Dans le cas d'une tentative de suicide .....	17
Dans le cas d'un suicide commis .....	18
Résumé des meilleures méthodes pratiques .....	19
Bibliographie .....	21

© Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits afférents sont réservés par l'Organisation . S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément, n'engagent que les dits auteurs.

## NOTE DU TRADUCTEUR

La question du suicide en milieu pénitentiaire suscite un nombre considérable d'interrogations auxquelles il est parfois difficile de répondre tant le sujet est empli de paradoxes.

Il est un fait qu'il existe une sursuicidalité carcérale différente pour ne pas dire paradoxale de la suicidalité en milieu « libre ».

Les hypothèses sont nombreuses. Elles comprennent indifféremment non pas tant la surpopulation carcérale que la surreprésentation de troubles mentaux des détenus incarcérés et non reconnus comme tels ou non traités, l'insuffisance de formation du personnel et du système de pratique et d'intervention en cas de crise suicidaire, la circulation de produits médicaux et toxiques peu compréhensible, la perte des contacts affectifs avec l'entourage familial, et parfois la longue attente avant le jugement.

Ajoutons encore la rareté de l'existence organisée d'équipe médico-psychologique orientée vers la prévention du suicide.

Quoi qu'il en soit, le suicide en milieu pénitentiaire est reconnu comme étant grave, engageant la responsabilité de l'état et reconnu comme étant très traumatisant pour le personnel pénitentiaire ainsi que pour les co-détenus.

« Pour la société, la prison a un rôle de punition ou de surveillance mais sûrement pas de mort ». <sup>(1)</sup>

Une réflexion a été engagée en France, bien avant le décret connu de 1998 et a été récemment précisée dans une importante circulaire signée conjointement par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et le Ministre de la Santé. <sup>(2)</sup>

Cette circulaire innove en précisant de plus, la nécessité d'organisation de la « gestion de l'après suicide avec aide à la famille et à tout l'entourage, co-détenus compris, dans le cas d'un suicide survenu en prison ».

Cette réflexion fait partie d'un vaste programme de prévention du suicide mis en place en septembre 2000 avec l'adoption d'une stratégie nationale d'action pour 2000-2005, organisée par la Direction Générale de la Santé.

Il ne s'agit pas d'un hasard si cette réflexion et cette décision française s'est établie en parallèle des travaux et des décisions prises et proposées par l'OMS selon les conseils du Comité de Recherche International qui a pu bénéficier de l'expérience française.

Cette brochure est donc à considérer comme étant un document indispensable et complémentaire à la circulaire ministérielle.

Il est espéré que sa diffusion sera étendue aux nombreuses professions concernées et francophones.

Enfin, signalons que cette traduction a pu bénéficier d'une expérience clinique et judiciaire comprenant comme pour les autres traductions des brochures du Programme SUPRE, l'adjonction de notes du traducteur <sup>(NT)</sup> en bas de certaines pages.

**Professeur Jean Pierre SOUBRIER**  
**Président de l'Association Internationale pour la Prévention**  
**du Suicide (1995-1997)**  
**Membre du Comité International de l'O.M.S. pour la Prévention**  
**du Suicide et la Recherche**

<sup>(1)</sup> S. BARON-LAFORET, Repérage du Suicide en prison et éléments contextuels, in La Crise Suicidaire, Reconnaître et Prendre en Charge, John LIBBEY EUROTEXT, Paris, 2001, p.111-118.

<sup>(2)</sup> Circulaire Justice /Santé n°2002/258 du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

## AVANT PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention au cours des siècles, des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes.

Selon le philosophe français Albert CAMUS, dans le « MYTHE DE SISYPHE » : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux c'est le suicide... »<sup>(N°)</sup>

S'agissant d'un problème grave de santé publique, le suicide demande notre attention ainsi que sa prévention, son contrôle, ce qui représente une tâche peu facile.

La recherche scientifique de haut niveau nous indique que la prévention du suicide bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour nos enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement.

Une diffusion plus appropriée de l'information et une prise de conscience du phénomène, sont les éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ a lancé son programme SUPRE qui est une initiative mondiale pour la prévention du suicide. Cette brochure fait partie d'une série de recommandations présentées dans le programme SUPRE et s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques qui sont impliqués dans la prévention du suicide.

Ce programme constitue le lien d'une chaîne longue et variée à laquelle participe un vaste ensemble de personnes et de groupes, comportant les professions de santé, les éducateurs, les dispensaires, les gouvernements, les législateurs, les travailleurs sociaux, la police, les familles et les communautés.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Dr Heather L. STUART, Santé Publique et Epidémiologie, de l'Université de Queen, Kingston, Ontario, Canada, qui a produit une première version de cette brochure. Le texte fut ensuite revu par les membres du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche que nous remercions et dont voici la liste :

- Dr Annette BEAUTRAIS, Ecole de Médecine de Christchurch, Christchurch, Nouvelle Zélande
- Pr Oivind EKEBERG, Ullevål Hospital, Université d'Oslo, Norvège
- Professeur Robert GOLDNEY, Université d'Adélaïde, Gilberton, Australie
- Dr Richard RAMSAY, Université de Calgary, Calgary, Canada.
- Pr Lourens SCHLEBUSCH, Université de Natal, Durban, Afrique du Sud
- Dr Airi VARNIK, Université de Tartu, Tallinn, Estonie

Nous sommes également reconnaissants au Professeur Julio ARBOLEDA-FLOREZ, de l'Université de Queen, Kingston, Ontario, Canada, pour sa contribution à cette brochure.

Ces documents sont actuellement largement diffusés dans l'espoir qu'ils seront traduits et adaptés aux nécessités locales, la condition fondamentale pour une plus grande efficacité. Tous les commentaires, demandes d'autorisation de traduction et d'adaptation seront les bienvenus.

**Dr J.M. BERTOLOTE**  
**Coordinateur, Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques**  
**Département de Santé Mentale et Toxicomanies**  
**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

<sup>(N°)</sup> Cette phrase est issue du chapitre « Un raisonnement absurde », située dans la première page du sous-chapitre « L'absurde et le Suicide » - Editions Gallimard - 1942.

## LA PRÉVENTION DU SUICIDE

### INDICATIONS POUR LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

Le suicide est la cause de mort la plus fréquente en milieu pénitentiaire. Les lieux de détention, maisons d'arrêt et prisons ont une responsabilité dans la protection sanitaire et la sécurité de leur population carcérale et en cas d'échec, des poursuites légales peuvent être entamées. Alimenté par l'intérêt que portent les médias à cette question, un suicide dans un lieu de détention peut aisément aboutir à une polémique politique. C'est pourquoi, la mise en place de programmes de prévention du suicide et d'intervention en cas de crise suicidaire est à la fois utile aux détenus et à l'institution pénitentiaire qui les organise. C'est dans ce contexte que, dans le monde entier, les établissements pénitentiaires luttent pour prévenir le suicide des détenus.

Les lieux de détention varient selon les populations carcérales et les conditions locales :

détenus pour une courte durée, détenus en préventive, prisonniers condamnés, jugements sévères, surpopulation, hygiène, conditions socioculturelles au sens large, prédominance de l'infection HIV (SIDA), accès aux services classiques de santé mentale et de soins. Chacun de ces facteurs peut influencer les taux de suicide de façon différente. Néanmoins, il est encore possible de réduire le nombre de suicides dans les lieux de détention et les prisons en adoptant certains principes et conduites fondamentaux. <sup>(1)</sup>

Ce document est destiné à l'administration pénitentiaire responsable du développement et de la mise en place de programmes de santé mentale en milieu carcéral ainsi qu'au personnel pénitentiaire responsable de la sécurité et de la détention de prisonniers suicidaires. Il fournit quelques généralités sur le suicide et précise un certain nombre d'activités primordiales pouvant être utilisées comme faisant partie d'un programme de compréhension de la prévention du suicide permettant de réduire le taux de suicide dans les établissements pénitentiaires.

## GÉNÉRALITÉS SUR LE SUICIDE

Le suicide est un problème de santé majeur. L'organisation Mondiale de la Santé estime qu'il se produit une tentative de suicide environ toutes les trois secondes et qu'il y a un décès par suicide à peu près chaque minute. Cela signifie que les morts par suicide dépassent en nombre celles des conflits armés. En conséquence, la réduction du taux de suicide est devenue un important objectif sanitaire international. <sup>(2)</sup>

Les causes du suicide sont complexes. <sup>(3)</sup> Certains individus semblent particulièrement vulnérables au suicide lorsqu'ils sont confrontés à un événement de vie difficile ou à un ensemble de facteurs de stress. La difficulté de la prévention du suicide réside dans l'identification des personnes les plus vulnérables selon certaines circonstances afin d'intervenir efficacement. Dans cette perspective, la recherche scientifique a précisé un certain nombre de facteurs globaux qui précipitent un individu dans une situation à haut risque de suicide et comprenant les facteurs socioculturels, les troubles mentaux, la biologie, la génétique et le stress social.

Le système par lequel l'ensemble de ces facteurs s'associent pour favoriser le suicide et les conduites suicidantes, est complexe voire mal compris. Néanmoins, à partir de conjugaisons variées, les facteurs suivants ont été utilisés pour préciser les groupes spécifiques à haut risque, population particulière possédant un taux élevé de suicide :

- Hommes jeunes (15-49 ans) ;
- Personnes âgées, principalement de sexe masculin ;
- Indigènes ;
- Personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Alcooliques et dépendants toxiques ;
- Personnes avec antécédents de tentative de suicide ;
- Population carcérale.

## LES DÉTENUS RÉPRÉSENTENT UN GROUPE À HAUT RISQUE DE SUICIDE

En tant que groupe, les détenus ont un taux de suicide plus élevé que la population libre dans la même communauté. <sup>(N°)</sup> Par exemple, dans les maisons d'arrêt où séjournent des détenus pour une courte période, le taux de suicide est dix fois plus élevé que dans la population non carcérale. Dans les établissements pénitentiaires où séjournent des prisonniers condamnés, le taux de suicide est trois fois plus élevé que dans la population générale. De même, pour toute mort par suicide, il y aura encore plus de tentatives de suicide <sup>(4)</sup>.

Toutes les conjugaisons des facteurs suivants peuvent être responsables des taux élevés de suicide dans les centres pénitentiaires :

- Les prisons et les lieux de détention sont des lieux d'hébergement particuliers pour des groupes vulnérables présentant traditionnellement le plus haut risque de suicide tels que les hommes jeunes, les malades mentaux, les marginaux et les isolés sociaux, les dépendants toxiques ou ceux qui ont déjà tenté de se suicider.
- L'impact psychologique produit par l'arrestation et l'incarcération ou le stress quotidien associé à la vie en prison peut dépasser les possibilités d'adaptation chez les personnes vulnérables.
- Il peut ne pas exister de programmes officiels ou de procédures pour le repérage et la prise en charge des détenus suicidaires.
- Même dans le cas où ces programmes et procédures existent, le personnel pénitentiaire surmené ou non formé, peut « passer à côté » des premiers signes d'alerte suicidaire.
- Les établissements pénitentiaires peuvent être isolés des programmes sectoriels de santé mentale et par ce fait n'ont peu ou pas d'accès aux professionnels et aux diverses thérapeutiques utilisées.

<sup>(N°)</sup> Pour la France : le nombre de suicides est passé de 39 en 1980 à 104 en 2001 avec un point aigu de 138 en 1996. Le taux de suicide était passé de 10 pour 10.000 détenus à 21,6 pour 10.000 en 2001.

## PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Un certain nombre de prisons et de lieux de détention ont mis en œuvre des programmes complets de prévention du suicide et dans certains pays, des règlements nationaux standards et des indications précises pour la prévention du suicide en milieu pénitentiaire ont été établis. Des informations en provenance de ces régions montrent qu'une réduction significative du nombre des suicides et des tentatives de suicide peut être obtenue dès lors que des programmes complets de prévention du suicide ont été mis en place. <sup>(1)</sup> Bien que les caractéristiques de ces programmes diffèrent en fonction des possibilités locales et des besoins des détenus, il existe parmi eux, un certain nombre d'activités et d'éléments communs qui peuvent servir de base à une compréhension des meilleures modalités pratiques dans ce domaine.

### DESCRIPTION DE PROFILS DE PERSONNALITÉ SUICIDAIRE

Une première étape importante visant à la réduction du suicide chez les détenus, consiste en une description des profils de personnalité suicidaire qui peut être utile au dépistage des groupes et des situations à haut risque. Par exemple, les études montrent qu'il existe une différence dans le risque suicidaire entre les détenus en préventive et les détenus condamnés. Cependant, dans certains lieux, les populations de détenus représentant ces deux types de profils seront incarcérés dans le même établissement. <sup>(5)</sup>

#### *Profile 1 : Détenus en préventive*

Les détenus en attente de jugement qui se suicident dans les postes de police ou dans les maisons d'arrêt sont généralement des hommes jeunes (20-25 ans), célibataires, primo-délinquants arrêtés pour un délit mineur souvent en rapport avec un abus toxique. L'une des caractéristiques est l'existence d'une intoxication au moment de leur arrestation et le fait qu'ils se suicident dans les 24 heures suivant leur détention, souvent pendant les toutes premières heures. Une deuxième phase de risque chez les per-

sonnes en détention préventive se situe au moment de leur présentation devant le tribunal, particulièrement lorsqu'un verdict de culpabilité et une condamnation sévère sont prévisibles.

### Profile 2 : Prisonniers condamnés

Par comparaison avec les prévenus, les prisonniers condamnés qui se suicident en prison sont généralement plus âgés (30-35 ans), délinquants violents ayant effectué un séjour prolongé en prison (souvent quatre ou cinq ans). Leur suicide peut être provoqué par un conflit au sein de la prison soit avec d'autres détenus ou avec l'administration pénitentiaire, lors d'un conflit familial ou d'une rupture, à l'occasion d'une décision légale négative telle qu'une perte en appel ou le refus d'une liberté conditionnelle.

L'incarcération peut représenter une privation de liberté, une perte du soutien familial et social, une peur de l'inconnu, une crainte de violences sexuelles ou physiques, une incertitude et une peur de l'avenir et encore la honte et la culpabilité pour le délit commis ainsi que l'angoisse et le stress liés aux conditions précaires de l'environnement. Au fil du temps, l'incarcération apporte son cortège de stress avec les conflits intra-pénitentiaires, la victimisation, la frustration causée par les problèmes légaux et l'effondrement émotionnel et physique.

### Facteurs de risque communs aux lieux de détention et établissements pénitentiaires

En plus des profils spécifiques décrits précédemment, toutes les personnes détenues ont en commun un nombre de caractéristiques pouvant être retenues pour la mise en place de programmes de prévention du suicide.

#### *Facteurs situationnels*

A la fois dans les lieux de détention et les établissements pénitentiaires, la pendaison est la méthode la plus courante de suicide alors que les victimes sont en quartier d'isolement ou en isolement non disciplinaire et au moment où le personnel est réduit comme par exemple la nuit ou le week-end. <sup>(N7)</sup>

<sup>(N7)</sup> La sursuicidalité est multipliée par 7 en quartier disciplinaire par rapport au régime de détention normale.

### *Facteurs psychosociaux*

Un soutien social et familial médiocre précédant le comportement suicidaire (particulièrement pendant les deux dernières années) et des antécédents de maladie mentale et de problèmes émotionnels sont fréquents chez le détenu qui se suicide. Quels que soient les facteurs de stress individuel et de vulnérabilité en cause, la démarche finale habituelle qui conduit un détenu au suicide semble s'accompagner de sentiments de désespoir, de rétrécissement des projets d'avenir et de la perte des facultés d'adaptation. Le suicide est alors envisagé comme la seule réponse à une situation désespérée et sans issue. Dans ces conditions, toute personne exprimant des pensées désespérées ou reconnaissant une intentionnalité suicidaire ou des projets de suicide doit être considérée à haut risque de mort par suicide.

### Population féminine

Bien que la vaste majorité des suicides en milieu pénitentiaire concerne la population masculine (la vaste majorité des détenus étant des hommes), les femmes détenues présentent également un risque élevé de suicide. Les femmes détenues font cinq fois plus de tentatives de suicide que leurs équivalents dans la population générale <sup>(6)</sup> et deux fois plus que leurs équivalents masculins incarcérés. Elles présentent également des taux élevés de troubles mentaux sévères. <sup>(7)</sup> Bien qu'il n'existe pas encore de profil de risque spécifique chez les femmes en préventive et les détenues condamnées, celles qui ne possèdent qu'un soutien social et familial médiocre, des antécédents de tentatives de suicide, de maladies mentales et de troubles émotionnels, doivent pouvoir bénéficier de modalités de prévention du suicide.

### Jeunes détenus

L'expérience d'une incarcération peut être particulièrement éprouvante pour les jeunes détenus, séparés de leur famille et de leurs amis. Les jeunes incarcérés dans les établissements pénitentiaires pour adultes doivent être considérés comme présentant un risque particulièrement élevé de suicide. <sup>(8)</sup>



## Les profils peuvent changer au fil du temps

Les profils décrits permettent le repérage des groupes à haut risque potentiel de suicide et pouvant nécessiter une évaluation et une intervention ultérieures. Lorsque des programmes de prévention du suicide sont mis en place avec succès, les profils de personnes à haut risque peuvent évoluer avec le temps.<sup>(9)</sup> De la même façon, des conditions locales particulières peuvent modifier le profil traditionnel du détenu à haut risque quel que soit le lieu de détention. Aussi, les profils décrits doivent être utilisés uniquement pour aider au repérage des groupes à haut risque et des situations suicidogènes. Autant que faire se peut, ils doivent être élaborés afin de préciser les conditions locales et doivent être régulièrement réactualisés afin d'authentifier tout changement possible.

## ÉVALUATION À L'ADMISSION

Une fois le personnel pénitentiaire formé et habitué aux facteurs de risque de suicide, l'étape suivante est la mise en place d'une évaluation du suicide lors de l'admission des détenus.<sup>(10)</sup> Sachant que les suicides en prison peuvent se produire dans les premières heures de l'arrestation et de l'incarcération, l'évaluation de ce risque devra s'effectuer presque immédiatement à l'accueil afin d'être efficace. Pour une plus grande efficacité chaque nouveau détenu devra être évalué à l'admission et à nouveau par la suite, si les circonstances ou les conditions changent. Dans les centres pénitentiaires possédant un important volant d'admission et des possibilités réduites, l'évaluation d'un risque de suicide pour tous les nouveaux détenus peut s'avérer impossible. Une solution pratique serait d'effectuer une évaluation précise sur les détenus reconnus comme présentant un profil de haut risque suicidaire ou manifestant une intentionnalité suicidaire.<sup>(NT)</sup>

Lorsque les possibilités le permettent, l'évaluation du risque de suicide pourra être effectuée dans le cadre d'un examen d'admission pratiqué par le personnel médical de la prison. Dans le cas où l'évaluation est effectuée sous la responsabilité du personnel pénitentiaire, ils devront avoir acquis

une formation spécifique<sup>(11)</sup> et s'aider d'une échelle de risque suicidaire.<sup>(10-12)</sup> Par exemple, dans le cadre d'une évaluation en milieu pénitentiaire, des réponses positives à un ou plusieurs des points suivants pourront indiquer un risque de suicide élevé et nécessiter une approche ultérieure :

- 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.

Les échelles de risque suicidaire constituent un part importante d'un programme complet de prévention du suicide pour un certain nombre de raisons suivantes :

- Elles fournissent au personnel d'admission des questions structurées sur les sujets de préoccupation qui nécessitent d'être abordés.
- Lorsqu'il existe peu de temps disponible pour effectuer cette évaluation, elles constituent un aide-mémoire pour le personnel d'admission surchargé de travail.

<sup>(NT)</sup> Dans le circulaire ministérielle d'avril 2002 on peut lire : « A terme, le but est de doter les établissements pénitentiaires de quartiers arrivants aptes à accueillir durant une période optimale, les entrants. »

- Elles facilitent la communication entre le personnel pénitentiaire et tous les services de l'établissement.
- Elles constituent un document légal prouvant que l'évaluation du risque de suicide d'un détenu a été effectuée dès son admission au centre pénitentiaire et encore à distance si les conditions ont changées.

Même lorsque les examens d'entrée sont pratiqués par l'équipe médicale de la prison, il est important d'utiliser une échelle de risque précise pour les mêmes raisons que pré-citées. Dès qu'une augmentation du risque suicidaire a été décelée, elle devra être inscrite dans le dossier du détenu afin que cette information soit communiquée au personnel lors d'un changement d'équipe ou d'un transfert vers un autre établissement pénitentiaire. Finalement, l'utilité des échelles de risque suicidaire n'est pas limitée à l'admission. Elles ne prétendent pas être un unique instrument clinique d'estimation de ce risque. Elles peuvent être utilisées à tout moment lors du jugement du détenu afin d'évaluer le risque de suicide et la nécessité d'une approche ultérieure effectuée par un personnel pénitentiaire élargi qui a bénéficié d'une formation spécifique.

## OBSERVATION APRÈS ADMISSION

Parce que le suicide en prison se produit après la période initiale d'incarcération (certains après de nombreuses années), il n'est pas suffisant d'évaluer les détenus uniquement lors de l'admission, mais également à des intervalles réguliers. Afin d'être efficace, la prévention du suicide implique une observation régulière. Le personnel pénitentiaire doit être formé à une vigilance particulière durant toute la détention.<sup>(13)</sup> Pour ce faire, le personnel pénitentiaire peut recueillir des indices quant à la suicidalité éventuelle d'un détenu lors des activités suivantes :

- Routine de contrôle de sécurité afin d'observer des signes d'intentionnalité suicidaire ou de désordre mental tels que : pleurs, insomnie, apathie, nervosité extrême ou faire les cents pas ; changement soudain de

l'humeur de l'appétit ou du sommeil ; désinvestissement tel que don d'objets personnels ; désintérêt dans les activités et les relations avec autrui ; refus de traitement médicamenteux ou demande d'augmentation des doses d'un médicament.<sup>(N7)</sup>

- Entretiens avec le détenu au moment de sa condamnation ou à d'autres périodes critiques (telles que décès d'un membre de sa famille ou divorce) afin de repérer les sentiments de désespoir ou d'intentionnalité de suicide.
- Supervision des visites des proches, famille et amis afin de repérer les discordes ou les problèmes pouvant apparaître lors de celles-ci. Les familles doivent être encouragées à signaler au personnel de la prison l'existence d'idées de suicide de la part de leur parent détenu et leur crainte de passage à l'acte.

## CONDUITE À TENIR APRÈS LE REPÉRAGE

Après le repérage, un contrôle et un suivi adapté et approprié sera nécessaire. C'est pourquoi une ligne de conduite doit être établie avec des procédures et des stratégies clairement définies précisant les responsabilités pour la mise en sécurité, la surveillance continue et l'intervention psychologique pour des détenus considérés comme étant à haut risque de suicide.

### Contrôle

Le contrôle adapté des détenus suicidaires est vital, particulièrement pendant les changements d'équipe nocturne (lorsque le personnel est réduit) et dans les lieux où le personnel n'est pas forcément en poste constant (comme dans un poste de police). Le niveau de contrôle doit s'adapter au niveau de risque. Les détenus considérés comme étant en crise suicidaire doivent être sous surveillance constante. Les détenus qui apparaissent suicidaires au personnel mais qui ne reconnaissent pas être en crise pourront nécessiter un contrôle régulier toutes les 10 à 15 minutes.

<sup>(N7)</sup> Il faut rappeler la consommation importante de psychotropes et le trafic paradoxal des produits tels que somnifères et tranquillisants appelés dans le jargon pénitentiaire « les sucrètes ».

### *Intervention Sociale*

Les détenus arrivent en milieu pénitentiaire avec une certaine vulnérabilité suicidaire. Cet état de fait, venant s'ajouter à la crise psychologique liée à l'incarcération et aux facteurs de stress inhérents à la vie carcérale, peut entraîner une décompensation émotionnelle et sociale pouvant aboutir à un suicide. L'isolement social et physique ainsi que l'absence d'accessibilité à un soutien augmente le risque de suicide. C'est ainsi qu'un élément important de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire réside dans une communication sociale significative.

La majorité des suicides en milieu pénitentiaire a lieu lorsqu'un détenu se trouve isolé du personnel et de ses co-détenus. C'est pourquoi la mise en quartier disciplinaire ou en cellule d'isolement pour des raisons de sécurité, peut augmenter le risque de suicide. Placer en dortoir ou en cellule à plusieurs, un détenu considéré comme à haut risque suicidaire peut réduire ce risque de façon significative, particulièrement lorsque ce placement s'effectue auprès de détenus bienveillants « dits de soutien ». <sup>(N<sup>o</sup>)</sup> Dans certains centres, le soutien social s'effectue avec l'aide de détenus spécialement formés, « détenus confidents ». Les visites familiales peuvent être à la fois une source d'information sur les intentions suicidaires d'un détenu ainsi qu'un moyen de renforcer le soutien socio-affectif.

Il est cependant important de noter que des interventions sociales imprudemment planifiées ou contrôlées peuvent aussi comporter des risques. Par exemple, des détenus à haut risque suicidaire partageant une cellule avec d'autres pourront se procurer plus facilement des instruments létaux. Des compagnons de cellule malveillants peuvent ne pas alerter le personnel pénitentiaire lors d'une tentative de suicide. Aussi le placement d'un détenu suicidaire dans une cellule avec d'autres détenus ne doit jamais se substituer au contrôle prudent du soutien social par le personnel pénitentiaire formé. <sup>(14)</sup>

### *Environnement physique et architecture*

La plupart des détenus se suicident par pendaison à l'aide d'objets pris dans l'habillement (chaussettes, sous-vêtements, ceintures, lacets de

chaussure, chemises) ou à l'aide de draps ou de serviettes de toilette. Un environnement anti-suicide sera celui d'une cellule ou d'un dortoir qui a éliminé ou réduit les points d'ancrage et l'accès non contrôlable à des moyens létaux.

Pour les détenus en crise suicidaire majeure il peut être prévu des vêtements de contention ou des camisoles de force. Etant donné la nature controversée de telles méthodes, des règlements clairs et des procédures doivent être instaurés pour leur utilisation. Ils préciseront les situations dans lesquelles une contention est appropriée ou inappropriée ainsi que les méthodes s'assurant que le moyen le moins restrictif est utilisé en premier lieu. Les conditions ou problèmes de sécurité, la durée d'utilisation des ces contentions, la nécessité de contrôle et de surveillance durant la contention et enfin l'accès aux services des professionnels de santé mentale seront à codifier également.

Avec l'évolution de la technologie, la caméra de surveillance a remplacé dans certains endroits, les contrôles visuels effectués par les surveillants dans les cas de détenus en crise suicidaire. Cependant, l'existence de points aveugles dans la caméra associée à l'hyperactivité des surveillants opérateurs peut toujours poser quelques difficultés. C'est pourquoi, la surveillance par caméra devra être doublée par des contrôles visuels réguliers (c'est à dire toutes les 10 à 15 minutes).

### *Traitement psychologique*

Une fois qu'un détenu a été reconnu comme étant à haut risque de suicide, une évaluation complémentaire et un traitement préconisé par le personnel de santé mentale présent peuvent être indiqués. Cependant, dans beaucoup de centres pénitentiaires, l'accès à des soins spécialisés de santé mentale est compliqué par le fait de possibilités restreintes sur place et peu, s'il en existe, sont reliés au dispositif de secteur de santé mentale, comprenant des possibilités d'hospitalisation dans le cas de la nécessité du transfert d'un détenu.

Il est peu probable que les centres pénitentiaires posséderont les ressources suffisantes pour satisfaire tous les besoins de santé et de

<sup>(N<sup>o</sup>)</sup> Le doublement « en cellule » doit donc être prudent et non accepté de tous.

santé mentale de leur population carcérale. Il n'est pas toujours jugé utile pour ces centres de mettre en place un tel dispositif alors que leurs responsabilités premières sont la détention et la surveillance de personnes jugées ou en cours de jugement. C'est ainsi, qu'afin de répondre pleinement aux besoins de santé physique et mentale des détenus, les centres pénitentiaires nécessiteront l'établissement de liaisons solides avec les programmes sanitaires locaux. Cela signifie que les systèmes judiciaires de santé et de santé mentale doivent s'associer intégralement au programmes de prévention du suicide établis dans les centres pénitentiaires. Selon la situation géographique, ceci demandera un éventuel partenariat élargi avec les hôpitaux généraux, les services d'urgence médicale, les dispositifs de santé mentale de secteur ainsi que des programmes spécifiques pour les dépendances toxiques.

### DANS LE CAS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Lors d'une tentative de suicide, le personnel pénitentiaire doit être suffisamment formé pour prendre les mesures de sécurité nécessaires et fournir les premiers secours au détenu dans l'attente de la venue de l'équipe médicale d'urgence locale ou venant de l'extérieur. La formation du personnel pénitentiaire pour le secours d'urgence est un élément capital de la prévention du suicide. En effet, l'apport des premiers secours par le personnel pénitentiaire présent sur place devrait faire partie d'une procédure d'action standard clairement codifiée. Afin d'éviter de perdre du temps, des réseaux efficaces de communication avec l'équipe médicale et les programmes de réponse à l'urgence, doivent être mis en place en prévision d'un accident. L'équipement de secours d'urgence doit être prêt à l'emploi, contrôlé régulièrement et disponible sur place. Des exercices pratiques permettront de s'assurer que le personnel pénitentiaire et l'équipe médicale d'urgence seront capable de fournir la meilleure réponse.<sup>(15)</sup>

#### *Manipulations*

Dans certains cas, les gestes suicidaires ou les tentatives de suicide de détenus peuvent être considérés comme des manipulations. Leurs

tentatives de suicide peuvent être utilisées pour essayer d'obtenir un contrôle sur leur environnement afin par exemple d'être transférés dans un hôpital ou déplacés dans un lieu de détention moins coercitif.<sup>(16) (17)</sup> L'éventualité de la simulation d'une tentative de suicide pour faciliter une évasion ou pour toute autre action maligne, doit aussi être un souci constant pour les surveillants préoccupés par la sécurité, particulièrement ceux travaillant dans les quartiers de haute sécurité. Les détenus masculins présentant des personnalités antisociales ou sociopathes peuvent être plus enclins à présenter des conduites manipulatrices du fait de leur difficulté probable à s'adapter au régime pénitentiaire sur-contrôlé et collectivement réglementé. Quant aux femmes détenues, les auto-mutilations répétées (telles que de s'ouvrir les veines ou de se brûler) peuvent être une réponse au stress de l'enfermement et de la vie pénitentiaire en général.

Lorsque le personnel pénitentiaire estime que certains détenus tentent de contrôler ou de manipuler leur entourage par des conduites auto-destructrices, la tendance est de ne pas considérer comme sérieux ce geste et de ne pas tomber dans le piège de cette simulation. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'un détenu ayant des antécédents d'atteinte au règlement et d'infractions. Cependant, les tentatives de suicide, quelle que soit leur motivation, peuvent aboutir à la mort même si cela n'était pas le but recherché initialement. L'indifférence devant des comportements auto-destructeurs ou les punitions en isolant les détenus présentant ce comportement peuvent aggraver le problème en forçant le détenu à prendre des risques encore plus dramatiques. Aussi, pour les détenus à la propension au passage à l'acte et potentiellement autodestructeurs, il s'avère vital de renforcer les programmes encourageant une supervision, un soutien social et tout accès aux possibilités d'aide psychosociale.<sup>(NT)</sup>

### DANS LE CAS D'UN SUICIDE COMMIS

Lors d'une mort par suicide, des procédures doivent être mises en place afin à la fois de documenter et de rapporter l'évènement et de fournir une analyse constructive nécessaire à l'amélioration des programmes futurs de prévention du suicide. C'est ainsi que le personnel pénitentiaire et l'équipe

<sup>(NT)</sup> On a suggéré l'appel à l'aide de partenaires associatifs tels que : Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS), [infosuicide.org](http://infosuicide.org) La Croix Rouge Française.



médicale doivent discuter ensemble de chaque accident afin de :

- faire un récapitulatif des évènements ayant conduit au suicide ;
- identifier les facteurs ayant conduit le détenu à la mort, qui ont pu passer inaperçus ou n'ont pas été suffisamment abordés ;
- voir si la réponse à l'urgence a été appropriée ;
- supprimer toute procédure négative ou futile afin d'améliorer les efforts futurs de prévention.

De plus, le personnel pénitentiaire et tout autre personnel sur place ayant vécu l'expérience du suicide d'un détenu sous leur surveillance peuvent éprouver des sentiments allant de la colère au ressentiment en passant par la culpabilité et la tristesse. Ces personnes pourraient bénéficier de séances de discussion sur le cas plus approfondies et d'un soutien par leurs collègues ou par des professionnels dans le cadre d'une structure organisée spécifiquement. <sup>(N7)</sup>

Les prisons procurent un environnement dans lequel des suicide groupés peuvent se produire. L'étude de ces suicides chez des détenus suggère que l'augmentation du risque de suicide ultérieur paraît se limiter à une période de quatre semaines suivant le suicide initial et se réduit avec le temps. <sup>(19)</sup> Le personnel pénitentiaire doit être averti de cette période de risque élevé. Des stratégies permettant de réduire le risque de contagiosité des conduites suicidantes comprennent des soins psychiatriques apportés aux détenus souffrant de troubles mentaux, le transfert ou le traitement de ceux particulièrement sensibles ainsi que la gestion prudente par les autorités de la transmission des informations concernant un suicide qui s'est produit dans l'établissement.

## RÉSUMÉ DES MEILLEURES MÉTHODES PRATIQUES

Les meilleures méthodes de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires et tous lieux de détention sont basées sur le développement

<sup>(N7)</sup> Voir Note du Traducteur en début de brochure.

et la documentation d'un programme complet de prévention du suicide comprenant les éléments suivants :

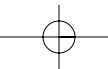
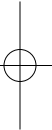
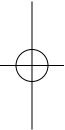
- Un programme de formation (comprenant des recyclages) pour le personnel pénitentiaire leur permettant de repérer les détenus suicidaires et de répondre de façon appropriée à ceux en crise suicidaire.
- Des procédures d'évaluation systématique des détenus dès leur arrivée sur le lieu de détention et tout au long de leur séjour afin d'identifier ceux qui ont un risque de suicide élevé.
- Une méthode permettant de maintenir la communication entre les membres du personnel concernant les détenus à haut risque de suicide.
- Des procédures écrites précisant les besoins minimum pour l'hébergement des détenus à haut risque ; une offre de soutien social ; un contrôle visuel régulier et une surveillance constante pour les détenus les plus suicidaires ; un usage approprié des méthodes de contention.
- Le développement de pratiques internes suffisantes et de liaisons avec les établissements psychiatriques de secteur afin de bénéficier de l'aide des professionnels de santé mentale lorsqu'une évaluation complémentaire et un traitement s'avère nécessaire.
- Une stratégie pour l'analyse des cas de suicide afin de préciser les méthodes d'amélioration de repérage des détenus suicidaires, le contrôle et la prise en charge en milieu pénitentiaire de toute personne présentant un risque élevé de suicide.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1994, 22(4): 477-488.
- 2- World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
- 3- Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- 4- Danto B. The role of the forensic psychiatrist in jail and prison suicide litigation. In : Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 61-88.
- 5- Bonner RL. Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, The Guilford Press, 1992, 398-419.
- 6- Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
- 7- Fryers T, Brugha T, Grounds A, Melzer D. Severe mental illness in prisoners. *British medical journal*, 1998, 317: 1025-1026.
- 8- Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community mental health journal*, 1992, 28(4): 317-326.
- 9- Farmer KA, Felthous AR, Holzer CE. Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of forensic sciences*, 1996, 41(2): 240-246.
- 10- Landsberg G, Cox JF, McCarthy DW, Paravati MP. The New York State Model of Suicide Prevention and Crisis Intervention with local jails and police lockups. In: Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 89-108.
- 11- Farrell G, Mainprize B. Update on suicide prevention training : Correctional Service of Canada. Communications and Corporate Development, Program and Information Analysis, Ottawa, Canada, 1990.
- 12- Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
- 13- Landsberg G. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: Rosner R. *Principles and practice of forensic psychiatry*. New York: Chapman and Hall, 1994, 393-397.
- 14- Danto BL. Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: an initial report. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15: 415-425.
- 15- Hayes LM. From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15: 399-413.
- 16- Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.
- 17- Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International journal of law and psychiatry*, 1998, 22: 167-178.
- 18- O'Carroll PW, Mercy JA, Steward JA. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and mortality weekly report*, 1988, 43(N° RR-6), 1-9.
- 19- Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of epidemiology and community health*, 1993, 47:69-72.

**Notes**

**Notes**



# Notes

