

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/330578400>

# Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention

Article in *La Presse médicale* · January 2019

DOI: 10.1016/j.lpm.2018.11.009

CITATIONS

0

READS

178

9 authors, including:



**Marion Eck**

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

3 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Tatiana Scouffaire**

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Christophe Debien**

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

26 PUBLICATIONS 46 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Ali Amad**

Université de Lille

145 PUBLICATIONS 813 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Didactique et sémiologie psychiatrique [View project](#)



Connected Health [View project](#)

## Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention

Marion Eck<sup>1</sup>, Tatiana Scoufflaire<sup>1</sup>, Christophe Debien<sup>1</sup>, Ali Amad<sup>1,2</sup>, Olivier Sannier<sup>3</sup>, Christine Chan Chee<sup>4</sup>, Pierre Thomas<sup>1,2</sup>, Guillaume Vaiva<sup>1,2</sup>, Thomas Fovet<sup>1,2</sup>

Disponible sur internet le :

1. CHU Lille, Pôle de Psychiatrie, unité CURE, 59000 Lille, France
2. Univ. Lille, CNRS UMR 9193, laboratoire de sciences cognitives et sciences affectives (SCALab-PsyCHIC), 59000 Lille, France
3. Médecin conseil, Ecopolis, 53, avenue de l'Europe, 80000 Amiens, France
4. Santé publique France, direction des maladies non transmissibles et traumatismes, 94415 Saint Maurice, France

### Correspondance :

Marion Eck, Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Seclin, Chemin du Bois de l'hôpital, 59113 Seclin, France.  
[eckmarion@yahoo.fr](mailto:eckmarion@yahoo.fr)

### ■ Points essentiels

Le suicide est l'une des causes les plus importantes de décès en prison à travers le monde. En France, le taux de décès par suicide en prison est de 18,5 pour 10 000 (détenus), soit 7 fois plus qu'en population générale.

Parmi les facteurs de risque identifiés dans la littérature, ceux qui sont les plus fortement associés au suicide en prison sont l'isolement physique en détention, les antécédents de troubles psychiatriques et les antécédents de tentatives de suicide.

La prévention du suicide en prison implique toute une série de mesures comprenant le traitement des troubles psychiatriques, l'amélioration des conditions de détention, l'accompagnement social des personnes détenues et l'utilisation d'outils spécifiques mis à la disposition des personnels de l'administration pénitentiaire.

Aucun dispositif de veille pour les suicidants n'a jamais été implanté en prison. Nous proposons ici une adaptation du programme « Vigilans », actuellement appliqué en population générale, pour la population carcérale.

### ■ Key points

#### Suicide in prison: Epidemiology and prevention

*Suicide is one of the most important causes of death in prison around the world. In France, suicide rate for prisoners is 18.5 suicides per 10,000 inmates: seven times more common than in the general population.*

*Among the risk factors identified in the literature, those most strongly associated with suicide in prison are physical isolation in custody, psychiatric history and history of suicide attempts.*

*The prevention of suicide in prison involves several measures including treatment of psychiatric disorders, improvement of living conditions in custody, social support of prisoners and use of specific tools and programs by prison supervisors.*

*No program for prevention of suicidal recurrence has ever been implemented. We propose to adapt « VigilanS », a program already applied in the general population, to the prison population.*

## Introduction

Chaque année, plus de 800 000 personnes décèdent par suicide dans le monde. Il s'agit donc d'un problème de santé publique majeur dont la prévention constitue une priorité pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. Au cours des dernières décennies, de nombreux travaux en épidémiologie du suicide ont permis l'identification de facteurs de risque et de protection. Ainsi, il existe un certain nombre de sous-groupes dits « vulnérables » (ex. présentant un risque élevé de suicide), dont les hommes et les femmes incarcérés.

Actuellement, 11 millions de personnes sont incarcérées à travers le monde. En France, le nombre de personnes écrouées et détenues a doublé depuis 1980, passant de 36 000 à 70 000 [2]. Les comportements suicidaires sont largement plus fréquents en population carcérale qu'en population générale [3-5] et le suicide constitue l'une des premières causes de décès en prison malgré un accès en apparence « limité » aux moyens létaux. Cet article propose une mise au point sur l'épidémiologie du suicide en population carcérale. Dans un premier temps, les taux de mortalité par suicide en prison seront présentés. Puis, les principaux facteurs de risque et de protection seront analysés. Enfin, les dispositifs de prévention actuellement validés ou à l'étude seront décrits.

## Épidémiologie du suicide en population carcérale

### Taux de mortalité par suicide en population carcérale

Les comportements suicidaires en prison ont été étudiés dans plusieurs pays [5-11]. Les résultats des principales études descriptives évaluant le taux de décès par suicide en milieu carcéral sont résumés dans le *tableau 1*. Compte tenu de l'hétérogénéité méthodologique des études présentées, il est difficile d'établir des comparaisons entre pays à partir de ces données. Toutefois, le constat d'une surmortalité par suicide en prison ne fait aucun doute puisque le taux de mortalité par suicide est, au minimum multiplié par un facteur 3,5 par rapport à la population générale. Récemment, une étude internationale a analysé 2810 décès par suicide en prison (2607 hommes et 203 femmes) survenus entre 2011 et 2014, au sein de 24 pays [12]. Parmi les pays étudiés, ce sont ceux du Nord de l'Europe (Norvège, Finlande, Suède, Pays-Bas), excepté le Danemark, ainsi que les pays d'Europe de l'Ouest (France, Belgique) qui présentent les taux de mortalité par suicide en prison les plus importants, avec plus de 100 décès par suicide pour 100 000 détenus. Les taux de mortalité les plus bas sont retrouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord (Canada

TABLEAU 1

Résultats des principales études ayant évalué le taux de décès par suicide en détention [5-11]

Référence	Période d'étude	Pays	Taux de suicide /100 000 détenu(e)s H : hommes F : femmes	Surmortalité par suicide en prison par rapport à la population générale <sup>1</sup>
Fruehwald et al., 2000	1975-1997	Autriche	130,8 (H) 102 (F)	3,5 7
Wobeser et al., 2002	1990-1999	Canada	85,45 (H)	7
Fazel et al., 2005	1978-2003	Angleterre & Pays de Galles	75 (H)	5
Fazel & Benning, 2009	1978-2004	Angleterre & Pays de Galles	83 (F)	21
Duthé et al., 2013 Duthé et al., 2014	2006-2009	France	179 (H)	6,7
Austin et al., 2014	1996-2010	Australie	106,3 (H & F)	8

<sup>1</sup>Exemple de lecture : une surmortalité par suicide égale à 7 signifie que le taux de suicide en prison est 7 fois supérieur à celui observé en population générale.

et États-Unis), avec 23 à 67 décès par suicide pour 100,000 détenus.

En France, le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies (figure 1). Le taux de suicide est ainsi passé de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010 [6]. Le taux le plus élevé a été observé au début des années 2000 (25 pour 10 000). La baisse 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 en 2010 : de la mise en place de dispositifs de lutte contre le suicide en prison, à l'implantation à Lyon, de la première Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), destinée à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet [14].

Enfin, il est important de souligner que le taux de suicide dans la période suivant l'incarcération est majeur. Au cours de la période post-libération immédiate (dans les deux semaines suivant la libération), il est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention [13]. S'ajoute à cette augmentation du risque suicidaire un nombre important de décès par overdose, cause la plus fréquente de décès à cette période [13]. Ce constat montre à quel point la continuité des soins est essentielle dans la prise en charge des patients détenus, en particulier pendant la phase post-libération immédiate souvent caractérisée par une

confrontation à des difficultés sociales, financières et professionnelles.

### Modalités des gestes suicidaires en prison

Plusieurs études ont décrit les caractéristiques des décès auto-infligés en prison. Ces suicides sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou auto-strangulation, le plus souvent avec des draps fixés aux barreaux de fenêtre [7-9,14,15] lorsque le sujet se retrouve seul(e) en cellule. Dans une moindre mesure, on retrouve l'ingestion médicamenteuse ou l'intoxication volontaire (dans 7 % des cas environ), la phlébotomie (5 %) et la défenestration (2 %) [7].

### Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral

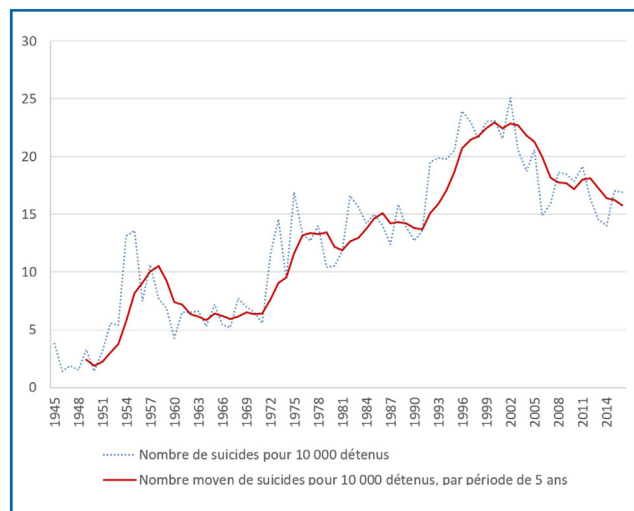
Les études visant à identifier les facteurs de risque de suicide en prison sont particulièrement difficiles à mener, notamment du fait d'un accès limité aux données cliniques et socio-démographiques des personnes incarcérées. Ainsi, ces travaux, bien qu'essentiels pour mieux cibler et adapter les mesures de prévention dans cette population, ne permettent que très rarement l'attribution d'un niveau de preuve élevé [6]. Les études actuellement disponibles dans la littérature internationale utilisent une méthodologie basée sur la comparaison des caractéristiques des détenus suicidés par rapport à l'ensemble de la population carcérale, ou par rapport à un groupe témoin. Elles montrent que le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs types de facteurs (résumés dans le tableau II) et identifient des facteurs spécifiques liés à l'environnement carcéral caractérisé par l'isolement et le confinement [16-18].

### Facteurs individuels

#### Facteurs démographiques

Le sexe masculin, le statut de marié et le faible niveau d'éducation sont les principaux facteurs de risque démographiques identifiés dans la littérature [5,14,15,18,19]. Selon l'origine ethnique, des différences quant au taux de suicide sont également constatées : le risque de suicide en prison serait plus élevé chez les personnes d'origine caucasienne [14-16,19]. À l'inverse, l'origine afro-américaine (essentiellement dans les études menées aux États-Unis et correspondant donc à l'origine « minoritaire » du pays étudié) ou le statut d'étranger, seraient des facteurs de protection du suicide [6,16]. Toutefois, ces facteurs sont à considérer avec précaution, car toutes les études portant sur le sujet ont été menées dans des pays occidentaux. De plus, afin de dégager des hypothèses explicatives, il serait intéressant de prendre en compte des facteurs sociologiques plus pertinents (par exemple, la pratique d'une religion) et de distinguer le statut général d'« étranger » de plusieurs autres notions connexes, comme celles d'immigré, de réfugié, de demandeur d'asile, de clandestin, etc.

En ce qui concerne l'âge à risque de suicide en détention, des résultats contradictoires ont été obtenus. Alors que certaines



**FIGURE 1**  
**Evolution du taux de suicide\* en prison de 1945 à 2016 en France métropolitaine**

Taux calculé en rapportant le nombre de décès par suicide de l'année à la population moyenne écrouée, exprimé en nombre de suicide pour 10 000 détenus (d'après les données mises à disposition par le ministère de la justice et la direction de l'administration pénitentiaire et d'après [39]).

TABLEAU II

**Facteurs de risque des conduites suicidaires (tentative de suicide et suicide) en détention. D'après [5-7,10-15,17-22,28-31,16]**

**Facteurs individuels**

<i>Démographiques</i>
Sexe masculin
Statut marital (être marié)
Faible niveau d'éducation
Origine caucasienne
<i>Psychosociaux</i>
Relations familiales conflictuelles
Isolement social
Evènements de vie négatifs et/ou stressants
Désespoir, honte, culpabilité
Peu de stratégies de coping, faible estime de soi
Impulsivité

*Cliniques*

Antécédents psychiatriques personnels (troubles liés à l'usage de substances psychoactives, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, prise de traitements psychotropes, tentatives de suicide, gestes auto-agressifs)
Antécédents psychiatriques familiaux (tentatives de suicide, suicides)

**Facteurs environnementaux**

Mauvaises relations avec les équipes de détention (conflits, sanctions disciplinaires récentes, absence de communication entre détenus et surveillants)
Mauvaises relations avec les autres détenus (conflits, harcèlement subi, agressions)
Isolement physique
Absence d'emploi en détention, inactivité contrainte

**Facteurs criminologiques et judiciaires**

Périodes à risque (détention provisoire, début d'incarcération, réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation, audience récente)
Condamnation à une longue peine d'emprisonnement
Motifs d'incarcération à risque (homicide, viol et autres violences sexuelles)
Antécédents judiciaire (autres condamnation)

études montrent que les jeunes adultes sont plus vulnérables [10,11,19], il a été mis en évidence dans un travail récent que le risque de décéder par suicide en prison est significativement plus élevé chez les sujets de plus de 30 ans (par rapport à ceux âgés de 18 à 29 ans) [5].

**Facteurs psycho-sociaux**

Il s'agit essentiellement de l'isolement social et des relations familiales conflictuelles. On considère ainsi qu'un détenu qui reçoit régulièrement la visite de ses proches a deux fois moins de risque de mettre fin à ses jours qu'un individu qui n'en reçoit jamais [5].

De même, les évènements de vie négatifs et/ou stressants et en particulier les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance chez les hommes [20], l'expérimentation de la honte, de la culpabilité ou du désespoir constituent des facteurs de risque de suicide. Enfin, des études montrent qu'une « vulnérabilité psychologique » se traduisant par une faible estime de soi et des stratégies de coping inefficaces, ainsi qu'un comportement impulsif peuvent entraîner un sur-risque de décès par suicide chez les détenus [18-20].

**Facteurs cliniques**

Les troubles psychiatriques—au premier rang desquelles figurent les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les troubles anxieux—, la prise de traitements psychotropes, les troubles liés à l'usage de substances et les gestes auto-agressifs répétés sont connus comme étant d'importants facteurs de risque en détention [20-22]. Le lien entre santé mentale et suicide en prison est d'autant plus important à considérer que la prévalence des troubles psychiatriques en détention est élevée. D'après les travaux, désormais célèbres, de Fazel et collaborateurs, les détenus présenteraient effectivement 4 à 10 fois plus de troubles mentaux que la population générale [23,24]. Plus précisément, la prévalence des pathologies psychotiques et des épisodes dépressifs caractérisés serait 2 à 4 fois supérieure à celle observée dans la population générale. En France, 1 détenu sur 2 bénéficierait d'un traitement psychotrope [25] et 36 % des prisonniers masculins souffriraient d'au moins une maladie psychiatrique [26].

Conformément à ce qui est retrouvé en milieu libre, les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide, suicides) sont également des facteurs de risque de suicide très importants en détention [18,19].

**Facteurs environnementaux**

L'environnement carcéral constitue un véritable concentré de facteurs de stress [27]. Plusieurs de ces facteurs peuvent majorer considérablement le risque suicidaire.

Le niveau d'isolement physique constitue un facteur de risque suicidaire important [5,6,18,19,28]. Par exemple, il y a 15 fois plus de risque de mettre fin à ses jours dans une cellule disciplinaire que dans une cellule ordinaire [5], la cellule disciplinaire représentant le niveau le plus extrême de privation sensorielle. D'autres particularités environnementales qui illustrent les conditions de vie difficiles en détention peuvent être citées ici : relations de mauvaise qualité entre surveillants et détenus (parfois liées au faible effectif du personnel pénitentiaire),

harcèlement et menaces entre détenus et inactivité contrainte liée au faible nombre d'emplois disponibles en détention [18,19].

Quant à la surpopulation carcérale, elle constitue une difficulté à laquelle sont confrontés de très nombreux établissements pénitentiaires, notamment en France [2]. Un certain nombre d'études trouvent une corrélation positive entre la densité carcérale et le taux de suicide en détention [29,30], mais des résultats inverses ont également été publiés [6,31]. L'hypothèse du rôle protecteur d'un codétenu est avancée : sa présence diminuerait le sentiment d'isolement ou pourrait empêcher concrètement un passage à l'acte suicidaire. Mais des explications alternatives ont également pu être proposées. Par exemple, dans les pays avec des taux d'incarcération élevés, la population carcérale serait plus hétérogène, avec une « dilution » plus importante des groupes à haut-risque de suicide (détenus ayant commis des crimes violents, ou présentant des troubles du comportement notamment) [12].

### Facteurs criminologiques et judiciaires

La situation judiciaire doit être prise en compte pour l'évaluation du risque suicidaire en détention.

Les personnes placées en détention provisoire en attente de leur jugement (« prévenues » dans le cadre d'une procédure délictuelle, et « accusées » dans le cadre d'une procédure criminelle) se suicident deux fois plus que les condamnés [6,18]. La majorité des suicides en détention sont donc observés dans les maisons d'arrêt (i.e. prisons destinées à accueillir les personnes en attente de jugement et celles condamnées à de courtes peines), ou dans les « quartiers maison d'arrêt » des centres pénitentiaires.

Chez les détenus condamnés, le taux de mortalité par suicide est plus bas chez les individus condamnés à de courtes peines (ex. peines d'une durée inférieure à un an) et augmente avec la longueur de la peine [7,17]. Ainsi, le taux de mortalité par suicide passe de 35 pour 100 000 sujets condamnés à une peine inférieure à 6 mois, à 163 pour 10 000 individus emprisonnés pour une durée supérieure à 5 ans [7]. Les détenus condamnés à une peine de réclusion à perpétuité sont également particulièrement à risque de suicide [17].

À l'égard des motifs d'incarcération, des différences sont également retrouvées en matière de risque suicidaire : les prisonniers qui se suicident le plus sont ceux incarcérés pour des crimes violents. Le risque est significativement plus élevé chez les auteurs d'homicide, de viol et d'autres violences sexuelles [5].

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 [7] et le risque de suicide est majoré à la réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation pendant la période d'incarcération [19].

TABLEAU III

Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral, d'après la méta-analyse de Fazel et collaborateurs [16]

Facteurs de risque	Force d'association Odds ratio (IC 95 %) <sup>1</sup>
Isolement physique	9,1 (6,1-13,5)
Antécédents de tentatives de suicide	8,4 (6,2-11,4)
Antécédents psychiatriques	5,9 (2,3-15,4)
Prise de traitements psychotropes	4,2 (2,9-6,0)
Détention provisoire	4,1 (3,5-4,8)
Réclusion à perpétuité	3,9 (1,1-13,3)
Incarcération pour homicide	3,6 (1,6-8,3)
Trouble lié à l'usage d'alcool	3,0 (1,9-4,6)
Sexe masculin	1,9 (1,4-2,5)
Origine caucasienne	1,9 (1,7-2,2)
Statut « marié »	1,5 (1,3-1,7)

Les facteurs de risque sélectionnés sont classés par ordre décroissant, en fonction de la force avec laquelle ils sont associés au suicide en détention.

<sup>1</sup>IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Enfin, les antécédents judiciaires et en particulier les antécédents d'incarcération, constituent également un facteur de risque de suicide en prison [18,19].

En conclusion, le *tableau III* présente les facteurs de risque identifiés comme étant les plus fortement associés au suicide en détention, d'après une méta-analyse menée en 2008 par Fazel et al. à partir de 34 études publiées dans 12 pays différents [16]. Les résultats obtenus montrent un excès de risque statistiquement significatif et une force d'association particulièrement élevée pour certains des facteurs de risque évoqués précédemment, en particulier l'isolement physique en détention, les antécédents de tentatives de suicide et les autres antécédents psychiatriques.

### Dispositifs de prévention du suicide en détention

La prévention du suicide en prison implique toute 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 bonne articulation entre équipes sanitaires et 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).



## Prise en charge des troubles psychiatriques en prison

Il s'agit d'une mesure fondamentale dans la prévention du suicide en prison. Par souci de simplicité, et puisque l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire diffère entre les pays en raison de particularités nationales, historiques et culturelles, nous abordons ici la prise en charge des troubles mentaux dans les prisons françaises uniquement. Malgré des évolutions ces dernières années, l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention reste limité <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29191374>.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les soins aux personnes détenues dépendent du ministère de la santé et des locaux sont mis à disposition des soignants au sein de chaque prison. En France, cette dichotomie entre le système judiciaire et sanitaire est constitutionnelle. Intramuros, on retrouve les unités sanitaires de niveau 1 (anciennement Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires, UCSA) consacrées aux activités ambulatoires, consultations et activités de groupe (qu'elles soient psychiatriques ou non) et de niveau 2 permettant l'hospitalisation à temps partiel, de jour en Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) pour les soins psychiatriques. 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), qui permettent d'accueillir les patients avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : c'est le niveau 3. Les UHSA ont été instaurées par la loi de septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, et c'est en 2010 que leur construction a débuté. Aujourd'hui, neuf UHSA sont implantées sur le territoire français (soit 440 places) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28476429> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30126611> [32].

## Outils spécifiques de prévention du suicide en prison

La détection et la protection des détenus à risque de passage à l'acte suicidaire ne peuvent ressortir uniquement à la vigilance du personnel soignant. Ainsi, un certain nombre d'établissements pénitentiaires mènent des programmes spécifiques et complets (i.e. axés sur le contrôle de multiples facteurs de risque) de prévention du suicide. L'évaluation de leur efficacité, menée en particulier aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Grande-Bretagne, 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 [19]. Bien que ces programmes soient différents, spécifiques aux besoins des détenus concernés et aux ressources locales des centres dans lesquels ils sont mis en œuvre, certaines propositions apparaissent incontournables.

La plupart des programmes efficaces incluent les éléments-clés suivants :

- Formation du personnel de l'administration pénitentiaire en matière de prévention du suicide et aux gestes de premiers secours ;
- Évaluation systématique du risque suicidaire chez tout détenu arrivant, puis surveillance personnalisée du risque suicidaire tout au long de la période d'incarcération ;
- Soutien psychologique des détenus suicidaires ;
- Facilitation du lien social ;
- Limitation du recours à l'isolement physique ;
- 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 [19].

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport destiné aux établissements correctionnels, dans le but d'améliorer et d'uniformiser la prévention du suicide en prison [33]. 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 risque suicidaire en détention [34]. Leurs principales recommandations sont résumées dans le [tableau IV](#). Rappelons que ces propositions, pour être efficaces, nécessitent la formation de l'ensemble des agents pénitentiaires, ainsi qu'une coopération de qualité entre tous les acteurs de la vie carcérale.

## Contrôle des facteurs de risque psychosociaux et environnementaux

Comme déjà évoqué, les conditions d'incarcération difficiles peuvent majorer le risque suicidaire. Le maintien des liens familiaux et sociaux en prison est parfois très limité. En outre, les effectifs réduits de personnel pénitentiaire 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 à des activités. L'Observation International des Prisons-Section Française (OIP-SF) a demandé, s'agissant de plusieurs établissements pénitentiaires français, la mise en place de mesures visant à améliorer les conditions de détention jugées contraires aux exigences de la dignité humaine (surpopulation, insuffisance d'activités, de travail ou de formation en détention, conditions matérielles d'incarcération précaires). À ce propos, 35 établissements ont à ce jour été condamnés par la justice française et 9 autres ont été considérés comme exposant les personnes détenues à des traitements

TABLEAU IV

**Recommandations de bonne pratique en matière de prévention du suicide en détention, à la destination du personnel pénitentiaire (adapté de [33,34])**

Repérage de l'urgence suicidaire	Repérage des situations à risque (arrivée, changement d'affectation, transfèrement, décision de justice, 1 <sup>er</sup> mois d'incarcération, période de post-libération immédiate, etc.) Mise à disposition d'une grille d'évaluation permettant l'appréciation de l'urgence suicidaire
Gestion de l'urgence suicidaire par le personnel pénitentiaire	Si le risque suicidaire est élevé : signalement sans délai du sujet à risque au personnel de santé ; placement de la personne détenue sous dotation de protection d'urgence (DPU) <sup>1</sup> et/ou en cellule de protection d'urgence (CProU) <sup>2</sup> ; si une mesure d'hospitalisation est prononcée par un membre du personnel médical, mise en œuvre de tous les moyens pour que cette mesure soit effective sans délai Si le risque suicidaire est faible ou moyen : signalement du sujet à risque aux personnels de santé, dans un délai inférieur à 24 heures Quel que soit le risque suicidaire : en cas de signalement, et pour favoriser l'adhésion aux soins, il est important que la personne soit informée de ce signalement
Gestion au long cours d'une personne à risque suicidaire par le personnel pénitentiaire	Maintien d'une interaction sociale significative avec le sujet : dialogue, écoute, mise en place d'un codétenu de soutien (CDS) <sup>3</sup> , parloirs, etc. Facilitation de l'accès aux soins de santé mentale Réévaluations régulières du risque suicidaire Attention constante portée au sujet à risque
En cas de tentative de suicide	Mise à disposition d'un équipement d'urgence Premiers soins d'urgence délivrés par le personnel pénitentiaire Appel du service médical ou, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, appel du centre 15
En cas de suicide abouti	Rédaction d'un rapport circonstancié Application d'un protocole de postvention aux personnes endeuillées ou touchées par le suicide : prise en charge des personnes qui ont été témoins du passage à l'acte, qui ont assuré les premiers secours, qui avaient noué une relation avec la personne décédée dans l'objectif de soutenir ces personnes pendant l'éventuel travail de deuil, de réduire la détresse émotionnelle immédiate et le risque d'imitation des comportements suicidaires

<sup>1</sup>Dotation de protection d'urgence (DPU) : dotation constituée de couvertures indéchirables et résistantes au feu, ainsi que de vêtements déchirables à usage unique. La DPU doit être utilisée pour les personnes placées en CProU.

<sup>2</sup>Cellule de protection d'urgence (CProU) : cellule lisse, configurée pour limiter les risques de pendaison.

<sup>3</sup>CDS : détenu bénévole dont la candidature a été retenue pour soutenir une personne à risque suicidaire. Ces détenus sont spécifiquement formés à l'écoute active, au repérage du risque suicidaire et aux premiers secours, et fournissent un retour à la direction pénitentiaire lors de débriefings qui ont lieu tous les 15 jours en moyenne.

inhumains ou dégradants par la cour européenne des droits de l'homme [35]. L'amélioration des conditions d'incarcération constitue ainsi un enjeu important pour la prévention du suicide en prison.

## Proposition d'un dispositif de veille pour les suicidants en milieu pénitentiaire

### Le dispositif Vigilans

L'idée d'un dispositif de veille pour la prise en charge du risque suicidaire n'est pas nouvelle en milieu libre : le premier centre d'assistance téléphonique de crise à visée de prévention du suicide a été créé en 1953 en Angleterre par Edward Chad Varah ; il s'agissait des Samaritans. Plus tard, aux États-Unis, l'équipe de Motto est la première à démontrer l'impact positif d'un maintien du contact à long terme par lettres personnalisées entre les professionnels de santé et les personnes à risque suicidaire après un passage en milieu hospitalier [36]. Enfin, s'il a été montré que le contact téléphonique n'avait pas d'effet bénéfique sur les récives suicidaires des primo-suicidants,

Evans et al. ont mis en évidence que, dans ce sous-groupe, le fait de recevoir une carte de crise avec le numéro de téléphone d'un professionnel de santé mentale joignable 24 h/24 avait un effet bénéfique significatif sur le taux de récive suicidaire à 6 mois par rapport à un groupe contrôle [37].

C'est à la lumière de ces données, que le dispositif Vigilans a été créé, combinant les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de réduction du nombre de récives suicidaires : carte de crise, contact téléphonique et envoi régulier de cartes postales <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30424863> [38]. Actuellement, ces mesures, appliquées dans 28 centres hospitaliers et coordonnées par des équipes composées de professionnels de la santé mentale dédiés à cette activité, permet à plus de 6 000 personnes de bénéficier du dispositif dans le Nord et le Pas-de-Calais.

### Adaptation du dispositif Vigilans en détention

L'adaptation du dispositif Vigilans en milieu carcéral est très prometteuse, mais certaines contraintes inhérentes au



fonctionnement des prisons françaises doivent être prises en compte. Une adaptation du dispositif dont la description est présentée en *figure 2* est actuellement en cours au CHU de Lille dans le cadre d'une étude pilote sur deux établissements pénitentiaires.

En prison, les détenus ne sont pas autorisés à utiliser un téléphone portable et recevoir des appels leur est actuellement impossible (même si cela pourrait être modifié par le ministère de la justice ces prochaines années). Les appels émis sont aussi contrôlés et limités par l'administration pénitentiaire en fonction de la situation pénale de la personne. L'accessibilité et la

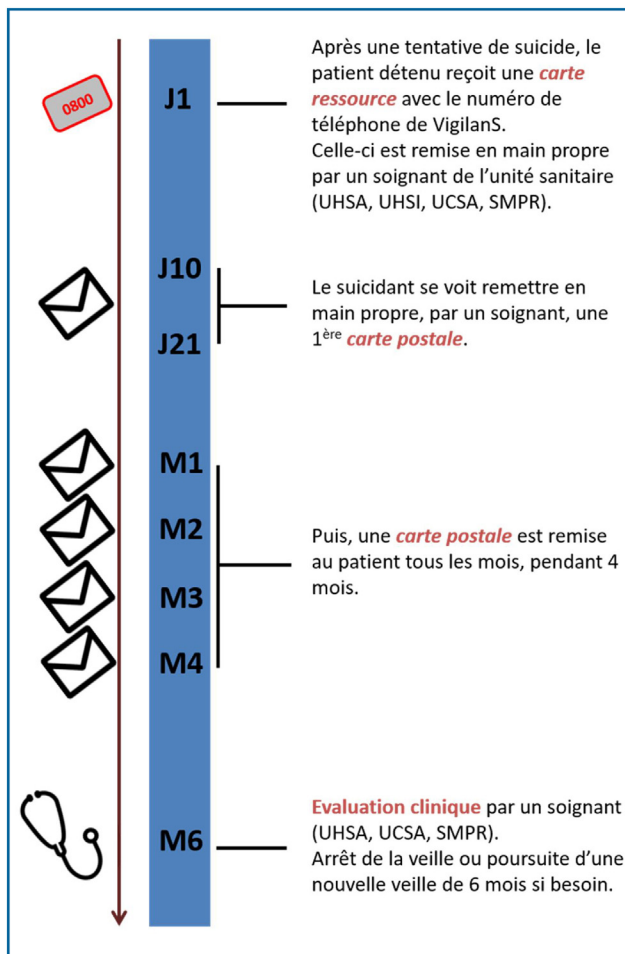


FIGURE 2

### Schéma opératoire du dispositif « Vigilans en prison »

L'entrée dans le dispositif est signalée à l'équipe Vigilans par fax ou par mail par un soignant qui remet ensuite une carte ressource au patient, sur laquelle est inscrit un numéro vert permettant au patient de joindre un soignant aux horaires d'accès à la cabine téléphonique de l'établissement. Des cartes postales sont remises au patient entre le 10<sup>e</sup> jour et le 21<sup>e</sup> jour suivant le geste suicidaire, puis tous les mois. Au terme de 6 mois de suivi, et après évaluation clinique, le dispositif de veille peut s'arrêter avec l'accord du patient. UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale ; UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires ; SMPR : service médico-psychologique régional.

disponibilité du téléphone restent, dans la majorité des établissements pénitentiaires, contraintes par l'organisation des mouvements des personnes détenues. Néanmoins, des numéros de téléphone gratuits et non écoutés sont déjà mis en place sur d'autres thématiques (VIH, hépatites, addictions, etc.). Dans le cadre du dispositif « Vigilans en prison », l'ouverture d'un numéro vert pour joindre une équipe composée de professionnels de la santé mentale (l'équipe « Vigilans ») sera discutée. Le dispositif Vigilans tel qu'il a été initialement pensé prévoit aussi l'envoi de cartes postales entre les professionnels de santé et la personne à risque suicidaire. En prison, le droit de correspondre avec des personnes extérieures est reconnu à toutes les personnes détenues, mais sous réserve, là encore, de restrictions prononcées par l'autorité judiciaire. La confidentialité des correspondances n'est pas garantie, car la plupart des courriers envoyés ou reçus font l'objet d'un contrôle par l'administration pénitentiaire. Ainsi, il est indispensable que les cartes postales du dispositif « Vigilans en prison » soient remises en mains propres, par les soignants des unités sanitaires, à l'intéressé. En conclusion, le déploiement du dispositif Vigilans en milieu carcéral pourrait s'avérer extrêmement intéressant afin de permettre aux personnes détenues présentant un haut risque de suicide d'être contactées (via l'envoi régulier de cartes postales) ou de contacter (via des contacts téléphoniques) les membres d'une équipe de professionnels de la santé mentale.

Le dispositif pilote proposé ici fera très prochainement l'objet d'une évaluation et des optimisations pourront être proposées. Nous avons vu par exemple que le temps carcéral est marqué par des périodes à risque de suicide. Il est tout à fait imaginable, dans le cadre d'améliorations futures, que le programme prenne en compte ces situations risquées, en organisant l'envoi de cartes postales avant un jugement, et en permettant l'articulation avec le dispositif Vigilans après la période d'emprisonnement.

### Conclusion

En France, le suicide est sept fois plus fréquent en détention qu'en milieu libre [5-11]. Au cours des dernières décennies, la recherche en épidémiologie a permis l'identification de facteurs de risque de suicide en milieu pénitentiaire. Toutefois, d'autres travaux, notamment ceux basés sur des méthodologies particulières comme l'autopsie psychologique (enquête rétrospective utilisée pour déterminer les caractéristiques psychologiques et sociales des personnes suicidées) apparaissent nécessaires pour améliorer les programmes de prévention. Dans le but de juguler la problématique du suicide en population carcérale, le dispositif de veille « Vigilans en prison » sera bientôt testé dans certains établissements pénitentiaires de la région des Hauts de France.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative; 2014.
- [2] Ministère de la Justice. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice:1980-2014; 2014.
- [3] Joukamaa M. Prison suicide in Finland, 1969-992. *Forensic Sci Int* 1997;89:167-74.
- [4] Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:191-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4>.
- [5] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon J-LPK. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Sci Int* 2013;233:273-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.09.014>.
- [6] Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France: évolution et facteurs de risque. *Population* 2014;69:519-49. <http://dx.doi.org/10.3917/popu.1404.0519>.
- [7] Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K. Prison suicides in Austria, 1975-1997. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:360-9.
- [8] Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *CMAJ Can Med Assoc J* 2002;167:1109-13.
- [9] Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Prison suicides in South Australia: 1996-2010. *J Forensic Sci* 2014;59:1260-2. <http://dx.doi.org/10.1111/1556-4029.12454>.
- [10] Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet Lond Engl* 2005;366:1301-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67325-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67325-4).
- [11] Fazel S, Benning R. Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978-2004. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2009;194:183-4. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046490>.
- [12] Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017;4:946-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3).
- [13] Karimnia A, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners-1988 to 2002: a data-linkage study. *Int J Epidemiol* 2007;36:310-6. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyl225>.
- [14] Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners. National clinical survey. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2004;184:263-7.
- [15] O'Driscoll C, Samuels A, Zacka M. Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:519-24. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670701341863>.
- [16] Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1721-31.
- [17] Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing Suicide in Prisons. Part I *Crisis* 2007;28:113-21. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>.
- [18] Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis* 2016;37:323-34. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>.
- [19] Barker E, Kölves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Arch Suicide Res Off J* 2014;18:227-40. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.824830>.
- [20] Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry* 2017;17. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1320-4>.
- [21] Fazel S, Wolf A, Geddes JR. Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disord* 2013;15:491-5. <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12053>.
- [22] 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 Lond Engl* 2014;383:1147-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2).
- [23] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Lond Engl* 2002;359:545-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1).
- [24] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2012;200:364-73. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.
- [25] Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropic drugs in prison. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2014;43:520-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.08.005>.
- [26] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaupaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>.
- [27] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire: une sémiologie à part ? *Ann Med-Psychol Rev Psychiatr* 2015;173:726-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>.
- [28] Roma P, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S. Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Sci Int* 2013;233:e1-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.08.016>.
- [29] Rabe K. Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry* 2012;35:222-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.012>.
- [30] van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *Int J Law Psychiatry* 2017;50:76-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.005>.
- [31] 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* 2002;25:119-28.
- [32] Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry* 2015;2:e20. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00272-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00272-2).
- [33] World Health Organization (WHO), International Association for Suicide Prevention (IASP). Preventing suicide in jails and prisons 2007.
- [34] Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, Guide méthodologique. *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Paris: Dicom 17075; 2017.
- [35] Observatoire International des Prisons - Section Française (OIP - SF). 37 prisons condamnées pour conditions de détention indignes. *Obs Int Prisons n.d.* <https://oip.org/infographie/36-prisons-condamnees-pour-conditions-de-detention-indignes/>
- [36] Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv Wash DC* 2001;52:828-33. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.8281176>.
- [37] Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2005;187:186-7. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.2.186>.
- [38] Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011;11. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-1>.
- [39] Chan Chee C, Moutengou E. Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. *Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité*; 2016.