

BILAN DES PLANS D' ACTIONS

DGS, MSA, DAP

Depuis près de 20 ans, la prévention du suicide est inscrite au cœur des politiques publiques. Après un premier plan en 1998, une stratégie nationale d'actions face au suicide est lancée en 2000 avec quatre axes prioritaires autour d'un meilleur dépistage des risques suicidaires, d'une diminution de l'accès aux moyens létaux, d'une amélioration de la prise en charge des personnes en crise suicidaire et de l'accompagnement des familles, et d'une meilleure connaissance de la situation épidémiologique du suicide en France. Cette politique active s'est poursuivie par le Programme national de prévention du suicide (2011-2014) dont les grandes lignes et le bilan réalisé par la Direction générale de la santé, sont détaillés ici. Fruit d'une collaboration interministérielle, ce programme national s'est articulé avec d'autres plans dont le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole et le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral de 2009, présentés ci-après.

Le Programme national de la prévention du suicide (2011-2014), piloté par la Direction générale de la santé (DGS), s'appuie sur un partenariat multiple qui lui permet de couvrir un champ très large tant en termes de domaines d'intervention que de publics visés. Une synthèse du « bilan du Programme national d'actions contre le suicide » est parue en juin 2015¹. Elle résume pour chacun des six axes du programme, « Développement de la prévention et de la postvention » (axe 1), « Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire » (axe 2), « Information et communication autour de la prévention du suicide » (axe 3), « Formation des professionnels » (axe 4), « Études et recherche » (axe 5), « Animation du programme au niveau local » (axe 6), les principales actions mises en œuvre de 2011 à 2014 et en précise les pilotes et autres intervenants.

L'axe 1, « Développement de la prévention et de la postvention », concentre près de la moitié des 49 actions entreprises dans le cadre du plan, la plupart étant pilotées

1. Le bilan réalisé par la Direction générale de la santé est disponible *in extenso* à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). C'est dans ce cadre qu'a été mis en place un processus de professionnalisation des dispositifs d'intervention à distance, via la création du label de qualité de l'INPES, « Aide en Santé ». Les actions de prévention ont plus particulièrement visé les populations à risque, en luttant contre l'isolement social et en s'appuyant sur les relais que peuvent constituer certains professionnels en contact avec des publics spécifiques (personnels des établissements pénitentiaires ou des établissements pour personnes âgées, responsables de sites Internet...). Les actions de prévention passant par la limitation de l'accès aux moyens létaux sont, en raison de leur complexité, moins avancées.

Comme l'axe 1, l'axe 2 « Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire » concerne en priorité les personnes les plus exposées (personnes en situation de précarité, jeunes...). De même, les actions de « formation des professionnels » (axe 4) s'adressent à la fois au personnel soignant et au personnel des milieux professionnels en contact avec les populations cibles des axes 1 et 2 (enseignement, milieu carcéral...).

L'axe 3, « Information et communication autour de la prévention du suicide », et l'axe 5, « Études et recherche », s'intéressent à la fois à la population générale et à des populations spécifiques.

Enfin, l'axe 6 met l'accent sur la nécessité de décliner à un niveau local les différentes actions entreprises au plan national dans le cadre des 5 premiers axes. Cette animation du programme au niveau local s'appuie essentiellement sur le réseau des agences régionales de santé.

Le bilan du Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole passe en revue les actions entreprises dans le cadre des trois axes de son plan national d'actions contre le suicide.

L'axe 1, « Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole », qui apparaît comme une déclinaison de l'axe 5 du programme national de la DGS, a débouché sur une étude, menée en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), sur la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants.

L'axe 2, « Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse », s'inscrit dans les objectifs de l'axe 1 du programme national « Développement de la prévention et de la postvention ». Il a abouti à la mise en place, en octobre 2014, d'un numéro national d'appel pour les ressortissants agricoles dont le déploiement s'est poursuivi au cours de l'année 2015.

L'axe 3, qui consiste en la création de cellules de prévention dans chaque MSA est une autre déclinaison du même objectif de développement de la prévention du suicide, sous une forme particulièrement innovante, avec en particulier la mise en place d'un réseau de « sentinelles », composé de bénévoles d'origines diverses.

L'administration pénitentiaire resitue son Plan 2009 d'actions de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral dans le cadre global de la politique de prévention du suicide qu'elle mène depuis 1967.

Le Plan 2009 s'articule autour de cinq axes qui précisent des domaines d'intervention – formation du personnel pénitentiaire (axe 1), application des mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (axe 2) et lutte contre le sentiment d'isolement du quartier disciplinaire (axe 4) – ou des modalités de mise en œuvre des actions de prévention : développement de la pluridisciplinarité (axe 3) et mobilisation de l'ensemble de la communauté carcérale (axe 5).

Certaines actions sont détaillées comme les dispositifs de limitation des moyens létaux, consistant en une dotation de vêtements déchirables et jetables pour les détenus et un aménagement de cellules spécifiques (mis en place dans le cadre de l'axe 2), l'instauration de codétenus de soutien, qui fait écho au réseau de « sentinelles » de la MSA et qui répond à l'objectif de mobilisation de la communauté carcérale porté par l'axe 5 du plan, tout comme l'adoption de protocoles d'échange d'informations entre services du ministère de la Justice : services pénitentiaires, de la protection judiciaire de la jeunesse et autorités judiciaires...

La ministre chargée de la Santé a annoncé, en décembre 2014, la poursuite de la politique de prévention avec un nouveau programme national d'actions. La MSA annonce également un nouveau plan de prévention du suicide pour 2016-2020 et l'administration pénitentiaire la mise en œuvre, courant 2016, des recommandations issues de l'audit interne du plan d'actions, réalisé par le ministère de la Justice au cours du 1^{er} semestre 2015.

1. Le Programme national de prévention du suicide (2011-2014)

Fort de son périmètre interministériel, le Programme national de prévention du suicide (2011-2014), riche et diversifié, a couvert un champ continu, de la prévention à la prise en charge, incluant la recherche. Piloté par la Direction générale de la santé, il s'est appuyé sur un comité national de pilotage et sur un partenariat multiple.

Il s'est articulé à d'autres plans tels que le Plan de 2009 d'actions de prévention du suicide des personnes détenues du ministère de la Justice, le Plan stratégique de prise en charge des détenus (2010-2014), le Plan national d'actions contre le suicide de la Mutualité sociale agricole (MSA) 2011-2014, le plan Santé au travail (2010-2014), et à certaines actions du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

L'axe 1, orienté sur le développement de la prévention et de la postvention, comportait le plus grand nombre d'actions. Il s'est fortement appuyé sur l'Institut national

de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui a piloté la déclinaison de près d'un tiers des actions de cet axe.

Les dispositifs d'intervention à distance ou lignes d'appel, reconnus par la littérature internationale comme interventions probantes, se sont professionnalisés avec la mise en place d'un processus de labellisation (SOS Amitié a été le premier attributaire, en novembre 2014, du nouveau label de qualité de l'INPES « Aide en santé »). D'autres outils tels que des brochures d'information, un numéro cristal, des cartes com'thématiques, des publications scientifiques et de vulgarisation sur les interventions efficaces, ou des actions de promotion de la santé mentale et prévention du suicide, ont été mis en place.

Par ailleurs, des actions de prévention de l'isolement social et de la détresse psychique de certains publics fragiles ont été menées : soutien et renforcement des groupements d'entraide mutuelle, actions à destination des personnes sourdes et malentendantes, outils pour prévenir les comportements homophobes et leurs conséquences sur les jeunes...

De même, ont été réalisées des actions de prévention du suicide en milieu institutionnel : milieu carcéral, établissements ou services intervenant auprès des personnes âgées. Elles visaient à renforcer la collaboration entre les professionnels et à améliorer les pratiques professionnelles, notamment autour de la dépression chez le sujet âgé.

S'agissant des moyens de communication (Internet en particulier, très utilisé par les jeunes), des travaux ont été menés avec les responsables de sites Internet tels que Doctissimo ou encore Skyrock ; leurs modérateurs et administrateurs de forums ont été sensibilisés à la question du suicide dans le cadre d'un partenariat avec une association, ce qui a permis de multiplier par deux les signalements.

Enfin, la limitation de l'accès aux moyens létaux a sans doute été la mesure la plus complexe à mettre en œuvre. Des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques encourus par la détention d'armes à feu ont été menées, notamment auprès des chasseurs (diffusion de plaquettes et introduction d'éléments de sensibilisation dans les ouvrages spécialisés comme le *Petit livre vert*, ou le *Guide des armes de chasse* en complément). En revanche, le projet de réaliser une cartographie des lieux à risque (notamment les voies ferrées) pour sécuriser des lieux de passage à l'acte suicidaire n'a pas pu être mené à bien en raison de sa complexité. Il en est de même concernant la proposition de dispensation à l'unité de certains médicaments psychotropes. Des marges de progrès restent sans doute à explorer pour ce type d'interventions reconnues, elles aussi, comme prometteuses par la littérature internationale.

L'axe 2 relatif à l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire a permis de mettre en place des interventions auprès de publics spécifiques : les adolescents et les personnes en situation de précarité. Pour ces dernières, des dispositifs dédiés à la coordination psychiatrique et somatique ont été renforcés, avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en milieu psychiatrique et les équipes mobiles en psychiatrie précarité (EPP). Enfin, en lien avec le plan Santé au travail, au niveau des entreprises, le repérage et la prise en charge de la souffrance au travail ont été pris en compte dans le cadre plus global de la qualité de vie au travail.

L'axe 3 portait sur l'information et la communication autour de la prévention du suicide. L'INPES a été très impliqué dans la mise en œuvre de cet axe. Une campagne d'information du grand public sur les facteurs de risque de suicide a été déployée, ainsi que la diffusion d'un guide, *La dépression, en savoir plus pour en sortir*, réactualisé en partenariat avec le Psycom (organisme public d'information). D'autres outils pour prévenir des addictions à destination des adolescents et des parents ont vu le jour (Guide d'aide à l'arrêt du cannabis, synthèse de la littérature portant sur les interventions de prévention des addictions et consommations chez les jeunes...). La mise en œuvre de cet axe a été particulièrement soutenue par la Direction générale de la santé qui contribue au financement d'actions d'information et de communication, menées par des associations nationales comme le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS), SOS Amitié ou la Fédération européenne vivre son deuil (FEVSD).

Une action innovante (« Papageno ») a également été engagée avec succès auprès des étudiants en journalisme, initiée par la Fédération de recherche en santé mentale du Nord - Pas-de-Calais (F2RSM), en partenariat avec l'École supérieure de journalisme de Lille (ESJ) et le GEPS. Sous la supervision d'experts, cette action qui sera, à terme, menée auprès de 19 écoles de journalisme, consiste à proposer un regard différent, moins stigmatisant, sur la maladie psychiatrique et à communiquer de façon moins « sensationnelle » sur les actes suicidaires.

L'axe 4, sur la formation des professionnels, a été très largement déployé et a revêtu de nombreuses modalités : formations de formateurs, formations de certaines catégories de professionnels ou formations pluridisciplinaires... Ainsi, pour les professionnels de l'Éducation nationale, les enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire ont été complétés par l'édition de guides (*Guide de repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*, *Une école bienveillante face au mal-être des élèves*) diffusés auprès des équipes éducatives des collèges et lycées. En milieu pénitentiaire, des sessions de formations pluridisciplinaires sont proposées aux personnels des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Pour les personnels soignants, l'Agence nationale pour

la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) organise, dans le cadre de la formation continue, des sessions de formation à la crise suicidaire. Enfin, dans le milieu de l'entreprise, la formation proposée porte plus globalement sur la santé au travail et l'exposition aux facteurs des risques psychosociaux liés à l'entreprise.

Le programme de formation structurant s'appuie sur un référentiel (Seguin/Terra) qui permet de former des personnes-ressources (psychiatres/psychologues) à l'intervention de la crise suicidaire. Ce programme est toujours actif et principalement déployé en région.

L'axe 5, spécifique aux études et la recherche, visait à améliorer la qualité des données et du suivi des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide, en population générale et selon des lieux de vie spécifiques. Il a été piloté par l'InVS et la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Une dynamique de travail a également été engagée entre l'administration pénitentiaire et l'InVS afin de mieux appréhender les données de décès par suicide en détention, à partir des certificats de décès, dont le rapport est à paraître. Par ailleurs, les différentes actions de surveillance et de suivi des indicateurs du suicide et des tentatives de suicide inscrites dans le programme national se poursuivent et s'enrichissent dans le cadre du groupe de travail « Surveillance » de l'Observatoire national du suicide piloté par l'InVS.

La recherche, quant à elle, se développe. La prévention du suicide devient une priorité nationale des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). La création de l'Observatoire national du suicide devrait donner davantage de visibilité aux travaux de recherche, puisqu'il a notamment pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide.

Enfin, l'axe 6 portait sur l'animation du programme au niveau local. Les agences régionales de santé, très actives depuis de nombreuses années dans la mise en œuvre de la politique de prévention du suicide ont assuré la coordination des acteurs pour la mise en œuvre d'actions adaptées aux spécificités régionales. Elles ont également intégré la thématique du suicide dans le volet santé mentale de leurs projets régionaux de santé. Leurs actions se sont principalement structurées autour d'une dynamique de formation et de travail en milieu scolaire. Des actions innovantes, soit en population générale (initiatives de recontact de personnes ayant effectué une tentative de suicide, partenariats avec des délégations régionales de la Mutualité française, mobilisation des contrats locaux de santé...), soit auprès de populations spécifiques (personnes âgées, femmes victimes de violence, jeunes homosexuels) ont été également mises en œuvre.

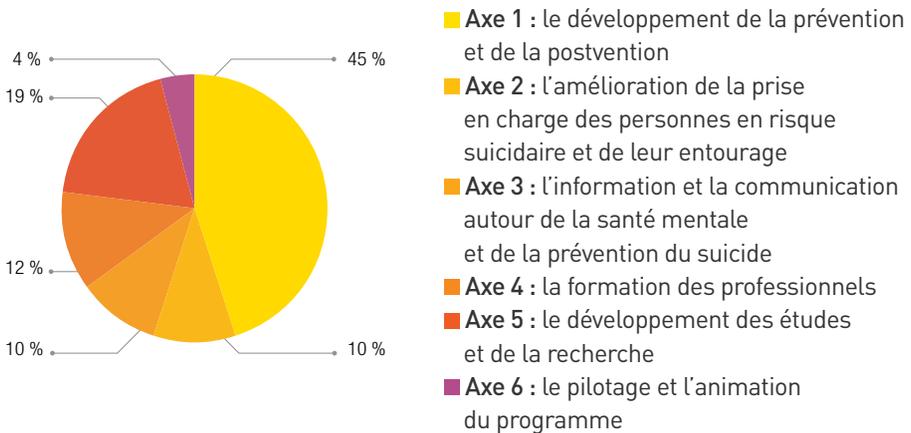
Pour en savoir plus :

Se reporter à la synthèse des initiatives régionales contre le suicide :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

Il importe de signaler que la période de mise en œuvre du Programme national d'actions contre le suicide a coïncidé avec la création des agences régionales de santé, leur montée en charge sur leurs différentes missions, ainsi que la mise en place de leur pilotage, confié au Secrétariat général des ministères sociaux, facteurs qui ont pu impacter les diverses politiques régionales de santé publique.

Le Programme national d'actions contre le suicide a impliqué la mobilisation d'un nombre important de partenaires institutionnels (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs, tant au niveau local que national. Le présent bilan est réalisé à partir des contributions de chacun des pilotes d'actions.

Les 49 actions étaient regroupées autour des six axes suivants² :



2. Le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole

Le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole (MSA) est le volet du Programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole. Il comporte trois axes :

2. Extrait du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 – juin 2015 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

- **Axe 1** : Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole ;
- **Axe 2** : Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
- **Axe 3** : Créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

Dans le cadre de l'axe 1, l'action principale, menée en partenariat avec l'InVS, est d'analyser la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants (chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation). L'objectif est de décrire périodiquement la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants, selon des variables démographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution. La première analyse a été réalisée sur 3 ans (2007-2008-2009). Les premiers résultats ont été publiés en octobre 2013. L'InVS publiera très prochainement les données relatives aux années 2010-2011. Une récente convention financière signée avec l'InVS complètera l'étude menée sur les non-salariés agricoles, par une étude sur les salariés agricoles.

Dans le cadre de l'axe 2, les travaux entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les associations d'aide en ligne (SOS Amitié, SOS Suicide Phénix), la DGS, le ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire (MAAPRAT) et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ont abouti au lancement, le 13 octobre 2014, d'un numéro national d'appel pour les ressortissants agricoles : Agri'écoute. Accessible au 09 69 39 29 19, il permet à ses ressortissants de contacter, à tout moment, 24 heures/24 et 7 jours/7, des écoutants formés aux situations de souffrance ou de détresse. La MSA fait appel aux associations partenaires, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix, ainsi qu'à l'INPES, pour assurer la mise en œuvre et la gestion de la plateforme technique. Vingt postes d'écoute sont reliés à ce jour au numéro d'appel. Le service devrait être prochainement étendu à une cinquantaine de postes.

29 MSA sur 35 ont relayé la campagne de communication nationale élaborée par la CCMSA, avec 22 000 dépliants et 320 affiches distribués. Depuis l'ouverture de la ligne en octobre 2014, Agri'écoute a enregistré 1 118 appels, avec des durées moyennes d'appels de 9 à 10 minutes. De janvier 2015 au 2 août 2015, les appels ont eu lieu tous les jours de la semaine. Ils sont beaucoup plus nombreux les lundis et les mercredis (160 et 101) que les autres jours (45 à 60). La durée des appels est plus longue le week-end, 17 minutes en moyenne, contre une durée moyenne de 8 minutes en semaine. Le créneau horaire de 12 heures à 16 heures est privilégié.

Dans le cadre de l'axe 3, la création des cellules de prévention constitue une action innovante. Les cellules pluridisciplinaires de prévention ont trois missions : détecter, accompagner et orienter.

Elles sont composées de différents services : action sociale, santé sécurité au travail, contrôle médical/médecine préventive, services techniques.

Dans le cadre de la mise en place de ces cellules, il a été nécessaire :

- de former les personnels : les membres de la cellule pluridisciplinaire de prévention mais aussi le personnel MSA en contact avec les assurés ;
- de définir une gestion de l'urgence : que fait-on face à une personne en crise suicidaire ?
- de rédiger une charte de confidentialité secret professionnel/secret partagé.

Le nombre de cellules actives en 2014 était de 31. Le « guichet unique » de la MSA permet un travail en pluridisciplinarité : assistants sociaux, médecins du travail, médecins-conseil, services administratifs, pour analyser et poser un diagnostic sur les difficultés des personnes. Certaines cellules collaborent avec des psychologues en interne. La moitié des cellules travaillent également avec un réseau de professionnels extérieurs à la MSA, psychologues et psychiatres.

Les évaluations de l'activité des cellules, réalisées depuis 2012, mettent en avant une montée en charge importante du dispositif, avec 1 009 situations détectées en 2014, contre 838 en 2013 et 408 en 2012. Dans 83 % des cas, il s'agit de l'accompagnement de nouvelles situations ; dans 30 % des cas, ce sont des situations urgentes avec des risques suicidaires. Les principaux déterminants cités sont les difficultés économiques, l'isolement, la crise dans le secteur d'activité, les conditions de travail et les crises familiales. Les exploitants agricoles sont les plus concernés par ces situations à risque, avec 74 % des cas (68 % en 2013 et 73 % en 2012) contre 22,1 % (25,6 % en 2013 et 22 % en 2012) pour les salariés agricoles.

Les cellules touchent autant les hommes que les femmes puisque l'on retrouve 73 % d'hommes parmi les personnes concernées par une situation à risque, ce qui correspond à la part qu'ils occupent dans le secteur de l'agriculture.

Il est important de souligner que cela représente un total de 1 489 situations accompagnées cumulées depuis 2012.

Ces cellules sont à l'origine de la construction d'un réseau de sentinelles composé de bénévoles d'origines très diverses : élus MSA sur les territoires, entourage, famille, soignants paramédicaux locaux, médecins généralistes, etc. Des sessions de sensibilisation à la crise suicidaire ont été organisées dans les caisses avec des intervenants extérieurs pour tous les bénévoles « sentinelles », le plus souvent avec les psychologues ou les psychiatres locaux. Cette mise en œuvre des cellules et des sentinelles a permis de créer de véritables réseaux partenariaux.

C'est ce réseau de sentinelles qui constitue la richesse des cellules et qui contribue à leur efficacité. Sans cette détection multisources, les cellules ne pourraient pas identifier les personnes en difficulté.

Les membres des cellules ont été formés au fil du temps et les élus MSA ont été sensibilisés. Il convient de souligner ici le rôle primordial de ces derniers dans la détection des situations à risque et le maillage du territoire à cette fin. Des partenariats ont été mis en place avec des psychologues, des associations, des institutions (agences régionales de santé)...

Conclusion

Ce plan permet une forte mobilisation des Mutualités sociales agricoles en faveur de la prévention du suicide. Il a prouvé la nécessité et l'utilité d'une démarche pluridisciplinaire et transversale. Il a fédéré les équipes, mis en valeur le travail des cellules et l'efficacité d'un travail en réseau, avec des personnels et des élus MSA motivés, formés et des partenaires impliqués. Les MSA mobilisent des personnes non spécialisées (les sentinelles) dans la gestion de la crise suicidaire. Ce qui semble permettre de repérer des hommes en risque suicidaire, ce qui est rare, car les dispositifs sont généralement plus efficaces pour repérer en population générale des femmes en risque suicidaire. Il a également mis en valeur la prise en charge globale de la personne et de son environnement et l'adaptation de la prévention aux contextes locaux.

Le projet de plan de prévention du suicide de la MSA 2016-2020 est en cours de préparation.

3. La politique de prévention du suicide des personnes détenues

Historique de la politique de prévention du suicide des personnes détenues

Depuis 1967, date de la première circulaire en la matière, l'administration pénitentiaire mène une politique volontariste de prévention du suicide des personnes détenues. D'autres notes ou circulaires ont suivi, notamment la note du 12 novembre 1991. Intervenue dans un contexte de hausse des suicides, elle démontrait une volonté ancienne d'associer l'ensemble des intervenants et des personnalités extérieures dans la définition d'une politique de prévention efficace.

Cette volonté d'association a été reprise en 1995 avec la mise en place d'un groupe de travail composé notamment de représentants du ministère de la Santé, dont le rapport de mai 1996 a constitué le point de départ d'une série d'expérimentations

permettant la définition d'un plan d'actions formalisé par la circulaire du 29 mai 1998. Cette circulaire marque une étape importante dans la mobilisation de l'institution et de ses personnels face aux suicides. Confrontée à un nombre élevé de suicides deux années de suite (avec le triste record de l'année 1996 : taux de 24,4 pour 10 000 détenus), l'administration pénitentiaire rappelle que s'il n'y a pas « de solution unique et radicale » face au problème du suicide, une politique de prévention « n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ». Elle revient sur l'idée que le suicide est le dernier acte de liberté d'une personne détenue et qu'on ne doit « pas contraindre le détenu à ne pas mourir ». Plus classiquement, la circulaire reprend les conclusions du groupe de travail de 1996 sur la phase d'accueil et les nombreuses nouvelles mesures à prendre pour prévenir le choc carcéral, le caractère exceptionnel de la mise en prévention au quartier disciplinaire et la prise en charge individualisée des personnes détenues ayant commis un acte auto-agressif quelle qu'en soit la gravité. Enfin, la circulaire trace les grandes lignes d'une politique de postvention efficace (en direction de la famille, des personnels mais aussi des codétenus).

L'administration pénitentiaire a considérablement renforcé son action depuis 2002, avec la signature de la circulaire interministérielle de prévention du suicide en établissements pénitentiaires du 26 avril 2002, et en 2004 à la suite du rapport du professeur Jean-Louis Terra, expert international sur la question de la prévention du suicide. Ce rapport relatif à la prévention du suicide des personnes détenues, demandé par les ministres de la Santé et de la Justice en 2003, avait pour vocation d'évaluer les actions mises en place et de développer un programme complet de prévention. En application des préconisations développées dans ce rapport, des orientations novatrices ont été mises en œuvre au début de l'année 2004 par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé.

Trois grands axes d'actions ont alors été retenus :

- la formation initiale et continue des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire, dont la mise en œuvre a entraîné de nouvelles pratiques professionnelles, notamment lors de l'accueil des personnes détenues dans les établissements ou encore au moment de leur placement au quartier disciplinaire ;
- l'élaboration, au plan local, de procédures de détection de la crise suicidaire et le déploiement de plans de prévention ;
- la réduction dans la conception des nouveaux établissements des moyens d'accès au suicide (par exemple, « les potences » soutenant les postes TV).

Enfin, une attention particulière a été portée à la prise en charge des familles de personnes détenues suicidées et des personnels témoins de ces suicides.

Malgré les efforts réalisés et une baisse du taux de suicide jusqu'en 2008, la recrudescence du nombre de suicides³ a conduit la garde des Sceaux à demander à une commission d'experts la réalisation d'un bilan des actions entreprises afin de renforcer les dispositifs mis en place et d'intensifier la lutte contre les suicides en milieu carcéral.

À la suite des recommandations de cette commission, un plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral a été élaboré.

Le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du garde des Sceaux du 15 juin 2009

Le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du 15 juin 2009 est toujours appliqué dans l'ensemble des établissements pénitentiaires et services pénitentiaires d'insertion et de probation.

Les 20 mesures du plan d'actions se définissent autour de cinq axes : le renforcement de la formation du personnel pénitentiaire à l'évaluation du potentiel suicidaire, l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (cellules de protection d'urgence, dotations de protection d'urgence composées de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, interphones...), le développement de la pluridisciplinarité, la lutte contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire (procédure d'accueil, accès au téléphone et mise à disposition de postes radio) et la mobilisation de l'ensemble de la « communauté carcérale ».

Les dispositifs mis en place, généralisant d'anciennes mesures et en expérimentant de nouvelles, sont issus du constat de la nécessité d'une prise en charge de la personne détenue à risque suicidaire par l'ensemble des acteurs de la vie carcérale : personnels pénitentiaires, médicaux, partenaires du ministère de la Justice, intervenants, ainsi que les familles et proches et les codétenus.

La plupart des mesures expérimentales ont été généralisées. La mission de prévention et de lutte contre le suicide (MPLS), créée en 2010 au sein de l'administration pénitentiaire, est chargée de piloter le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral et d'accompagner sa mise en œuvre dans les services déconcentrés.

Le plan d'actions fait l'objet d'un suivi régulier par un groupe de pilotage national coprésidé par le directeur de l'administration pénitentiaire et le professeur Jean-Louis Terra.

3. Au 31 décembre 2008, 115 suicides de personnes écrouées, soit par rapport à 2007, une augmentation de 20 % en chiffres bruts et de 13,6 % du taux de suicide dans la population écrouée.

Focus sur certaines mesures de prévention du suicide des personnes détenues

Les mesures de protection (axe 2)

Une des mesures de protection est la dotation de protection d'urgence (DPU). Ce matériel adapté, composé de couvertures spécifiques indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, équipe depuis la fin du premier trimestre 2010 la totalité des établissements pénitentiaires. L'utilisation de la DPU doit être justifiée et limitée dans le temps puisqu'elle répond à un état de situation extrême : risque imminent de passage à l'acte suicidaire et/ou de crise suicidaire aiguë. Ce dispositif ne présente pas de garantie absolue contre un passage à l'acte suicidaire : il ne constitue donc pas un « kit antisuicide », mais a pour objectif de retarder l'issue de la crise suicidaire en raison de la nature des éléments qui le composent.

100 établissements pénitentiaires sont actuellement dotés d'au moins une cellule de protection d'urgence opérationnelle (144 CProU). Une cellule de protection d'urgence est une cellule « lisse », dans laquelle aucun point d'accroche n'existe. La cellule est destinée à accueillir les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'un risque suicidaire imminent ou lors d'une crise suicidaire aiguë, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire, pour une durée limitée (24 heures), dans l'attente d'une prise en charge sanitaire adaptée.

L'arrêté du 23 décembre 2014 portant création de traitements de données à caractère personnel relatif à la vidéoprotection dans les cellules de protection d'urgence est paru au Journal officiel du 28 décembre 2014.

Un nouvel outil a été expérimenté en 2014 au sein de deux établissements pénitentiaires : les cutters de sécurité/protection. Dans des moments nécessitant une action rapide et efficace où un geste adapté peut sauver une vie, le cutter de sécurité/protection est un outil efficace et pratique. Il permet aux personnels de surveillance de couper en toute sécurité des matières pouvant concourir à une tentative de suicide par pendaison, tout en étant compatible avec la sécurité en détention. Une étude d'impact de sa généralisation est en cours.

Le dispositif des codétenus de soutien (axe 5)

Le dispositif des codétenus de soutien (CDS) est l'une des mesures les plus novatrices du plan d'actions du 15 juin 2009. Elle est issue du constat de la nécessaire prise en charge de la personne détenue à risque suicidaire par l'ensemble de la « communauté carcérale ».

L'idée existe depuis de nombreuses années et le projet s'est inspiré des exemples de pays européens qui ont connu une baisse sensible de leur nombre de suicides en

détention après avoir mis en place des politiques actives de prévention comprenant le dispositif de codétenus de soutien (« anges gardiens » en Espagne, *Listeners* – écoutants en Grande-Bretagne).

La mission des personnes détenues appelées « codétenus de soutien » consiste à repérer et écouter les détenus en situation de difficultés ou de souffrance, voire de crise suicidaire, et à les accompagner, s'ils le souhaitent, jusqu'à la sortie de ce passage difficile. Ils agissent dans une posture « contenante » par leur écoute et leur proposition éventuelle de mise en relation avec les différents personnels et services.

L'expérimentation des codétenus de soutien, mise en œuvre depuis 2010 sur trois établissements, a été étendue par décision du garde des Sceaux suite à une évaluation positive menée par une équipe indépendante et pluridisciplinaire de chercheurs universitaires. Ainsi, huit établissements pénitentiaires ont mis en place ce dispositif innovant. Il est désormais étendu aux établissements pénitentiaires qui manifesteront le souhait de l'intégrer comme mesure complémentaire à leur dispositif de prévention du suicide.

La détection du risque suicidaire chez les personnes détenues, notamment dans les périodes les plus sensibles (axes 4 et 5)

Des initiatives visent en outre à améliorer encore la détection du risque suicidaire chez les personnes détenues, notamment dans les périodes les plus sensibles, en particulier à l'arrivée en prison ou lors d'un placement en cellule disciplinaire. Plusieurs moments sont en effet identifiés comme particulièrement fragilisants et présentant un risque de passage à l'acte suicidaire : l'incarcération, les confrontations, le procès, la mise à exécution des peines, les aménagements de peine... À ce titre, une continuité et une traçabilité dans l'échange d'informations entre les différents services relevant du ministère de la Justice sont de nature à améliorer la détection du risque de suicide.

Dans ce contexte, et conformément à la circulaire DAP/DACG/DPJJ du 2 août 2011, des protocoles locaux entre les chefs de juridictions, la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et les chefs d'établissements pénitentiaires ont été signés. Ils ont pour objet la communication de données permettant d'améliorer la détection du risque suicidaire et de prendre en compte plus efficacement l'état réel de la personne détenue à son arrivée dans l'établissement⁴.

4. Les différents services qui prennent en charge les personnes détenues ou qui ont pris en charge les personnes en amont de leur détention, depuis la garde à vue, disposent d'une partie de l'information relative à ces personnes.

Un modèle national de protocole local d'échange d'informations entre les différents services relevant du ministère de la Justice a été diffusé début juin 2015 afin d'accompagner et de favoriser la signature des protocoles locaux.

Ces améliorations au dispositif de prévention des suicides prévues dans le plan d'actions de 2009 ont été rapidement mises en place, car les mesures étaient majoritairement d'application immédiate : en matière de formation, de détection du risque suicidaire, de protection des personnes détenues en souffrance, enfin de post-vention⁵ à l'égard des personnels pénitentiaires, des familles et des codétenus.

Le plan d'actions a permis d'installer durablement une attention particulière autour de cette problématique par l'ensemble des professionnels. Conjugué aux bénéfices de la certification des procédures d'accueil des arrivants et de l'ouverture des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)⁶, le plan d'actions a concouru à contenir le nombre de suicides en détention.

L'évolution en données brutes des suicides en détention est marquée en 2014 par une baisse du nombre de décès par suicide par rapport aux années 2012 et 2013. Le nombre de suicides en 2014 est de 94 en détention et de 16 hors détention (8 sous placement sous surveillance électronique – bracelet électronique –, 4 à l'unité hospitalière spécialement aménagée UHSA, 3 à l'hôpital et 1 en permission de sortie). Le taux global de mortalité par suicide a sensiblement baissé, passant de 18,3 pour 10 000 en 2009 à 13,9 pour 10 000 en 2014

L'administration maintient ses efforts et réinterroge régulièrement ses pratiques pour que la prévention du suicide reste une priorité. Ainsi, six ans après l'adoption du plan d'actions, son évaluation scientifique externe est en cours avec l'appui du Haut Conseil de santé publique. En outre, le plan d'actions a fait l'objet d'un audit interne ministériel au cours du premier semestre 2015. Le rapport définitif a été remis en septembre 2015 et les recommandations seront mises en œuvre courant 2016 avec l'ensemble des partenaires du ministère de la Justice.

Références

- **Observatoire national du suicide (ONS)**, 2014, *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 1^{er} rapport*, fiche 8 : « Le suicide des personnes détenues en France », novembre, p. 167-172.

5. Actions mises en œuvre pour réduire l'impact psychologique d'un suicide pour tous ceux touchés ou concernés par cet événement.

6. Ouverture entre 2012 et 2013 de 7 UHSA.

- Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J.-L., 2009, « Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens », *Population et Sociétés*, 462.
- Duthé G., Hazard A., Kensey A., 2014, « Suicides des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Revue Populations*, INED, 69 (4).