

Conduites suicidaires en milieu carcéral

Dr N. Papet

Pr J.L. Senon

Introduction

- Rapport annuel de AP : incidents individuels et collectifs
- un problème de santé publique
- Un sujet fortement médiatisé
- Une nécessaire réflexion sur l'évolution de la pénologie dans les pays industrialisés
- Stratégies thérapeutiques d'intervention

Des constats



La prison

- 51 364 détenus au 1er janvier 2000
- 48841 places
- 95% d 'hommes
- 185 établissements pénitentiaires en 2000 :
 - 117 MA
 - 23 CD, 26 CP et 6 MC,
 - 3 centres de semi-liberté

La prison et la santé

- loi 1994 : santé assurée par les hôpitaux
 - Secteurs de psychiatrie
 - SMPR
 - UMD
- Accueil d'une population de détenus constituée de plus en plus de délinquants sexuels, de malades relevant de la psychiatrie et d'auteurs d'ILS

Santé: constats des rapports parlementaires (2000)

- Visite médicale d'entrée souvent premier contact depuis l'enfance avec un médecin
- Multiplication des conduites addictives
- Pour une forte minorité, des entrants déprimés
- Augmentation des ages extrêmes
- Généralisation des conséquences psychologiques de l'incarcération

Les deux verrous régulateurs entre prison et hôpital

- Article 122-1 CP :
 - N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou entravé le contrôle de ses actes
- Article D 398 CPP :
 - les détenus présentant des troubles mentaux visés par le CSP ne peuvent être maintenus dans un établissements pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux même ou pour autrui.

Premiers constats

- Une préoccupation constante de l'Administration Pénitentiaire
- Des taux de suicide en augmentation constante depuis l'après-guerre et très supérieurs à ceux observés en milieu libre
- Un recensement effectué depuis le milieu du XIX^e siècle et jusqu'à ce jour uniquement par l'Administration Pénitentiaire

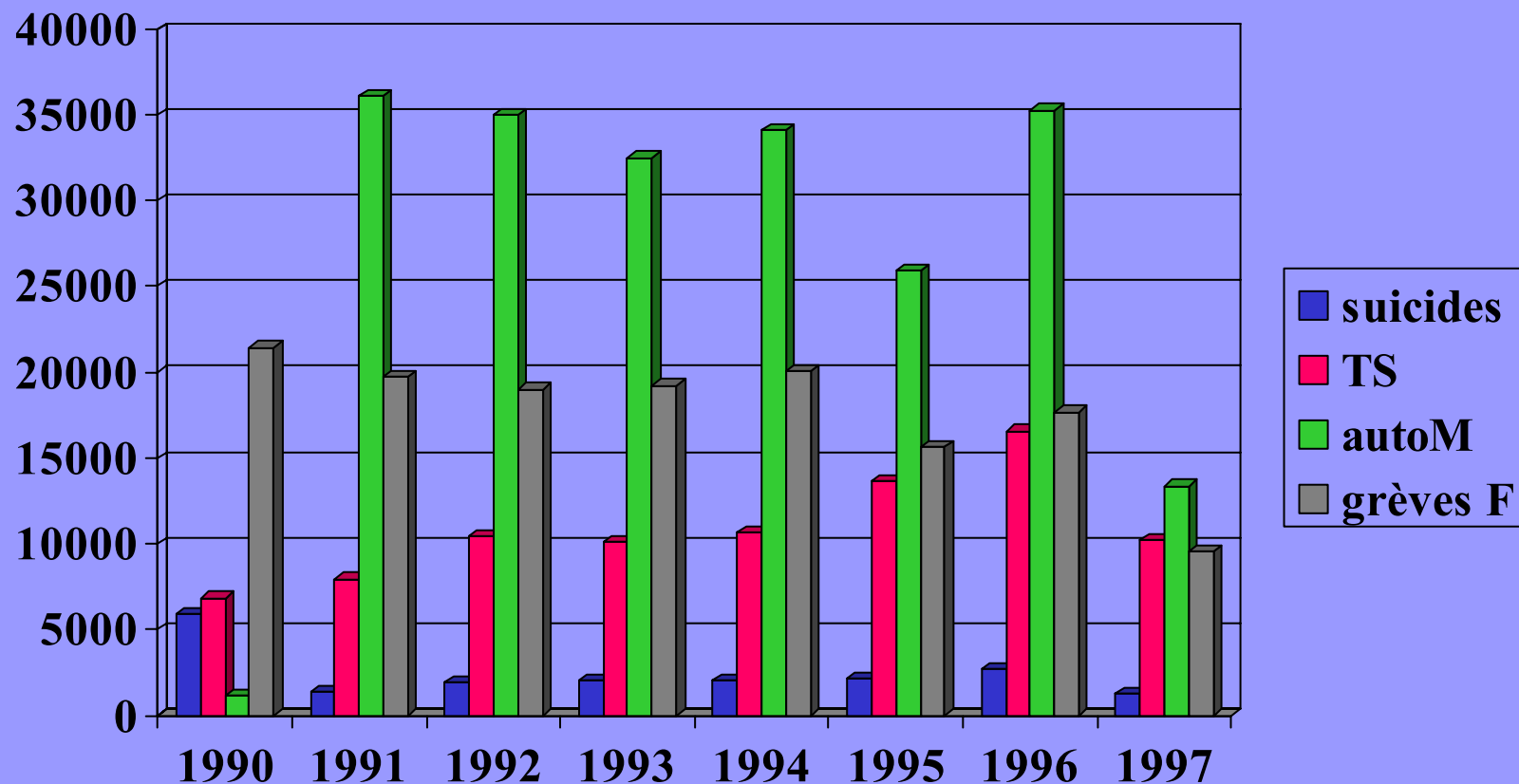
Incidents collectifs et individuels en détention

- Suicides
- TS
- « manœuvres dépourvues de gravité destinées soit à faire pression sur les autorités judiciaire ou administrative soit à obtenir un régime particulier » :
automutilations, grèves de la faim
- Mouvements collectifs
- Évasions

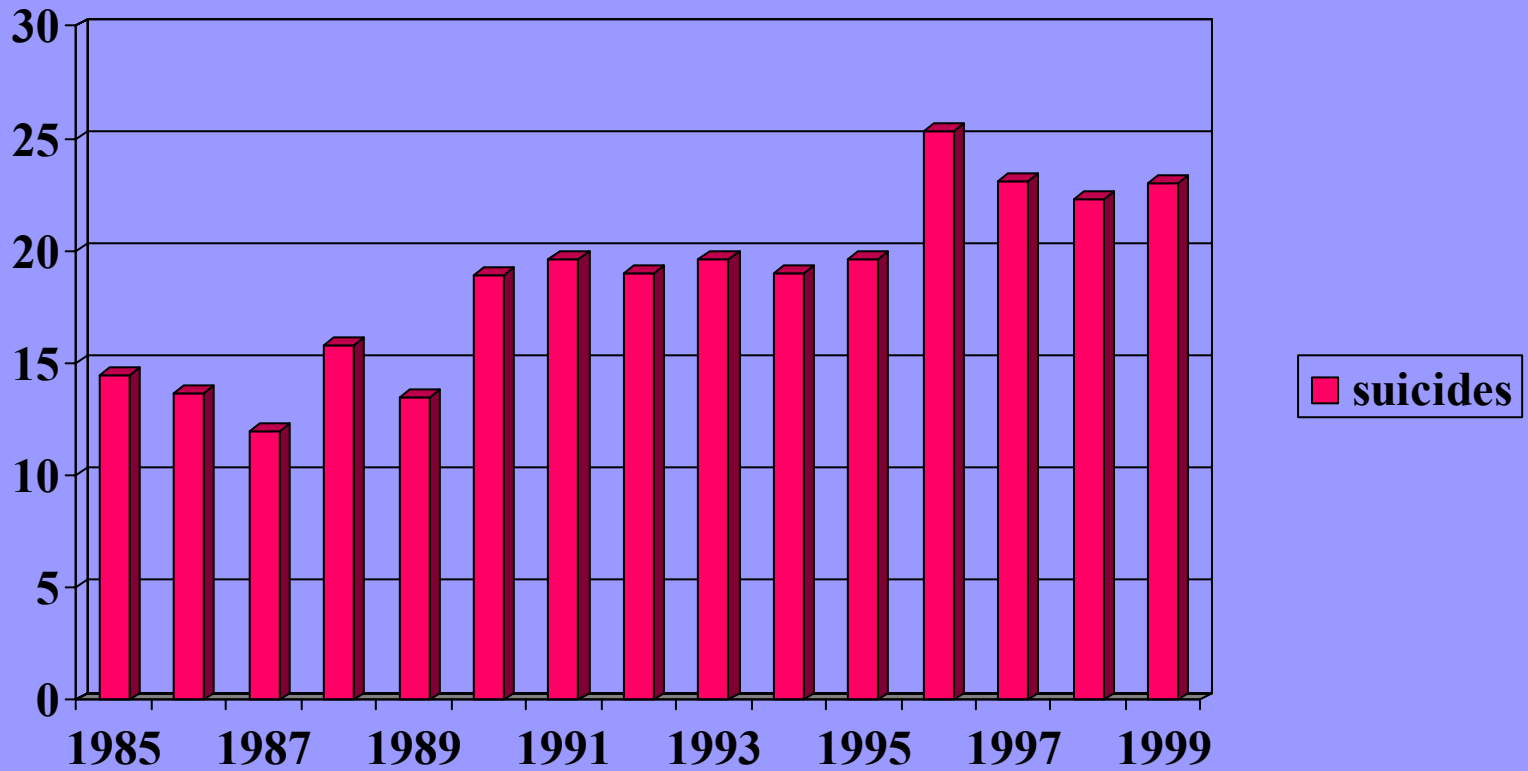
Evolution récente

- Des taux stables et élevés jusqu'aux années 1970
- Depuis lors, une progression constante des suicides et de TS
- Un glissement dans les données de l'Administration Pénitentiaire depuis 1990
 - **Augmentation des TS**
 - **Diminution des automutilations**

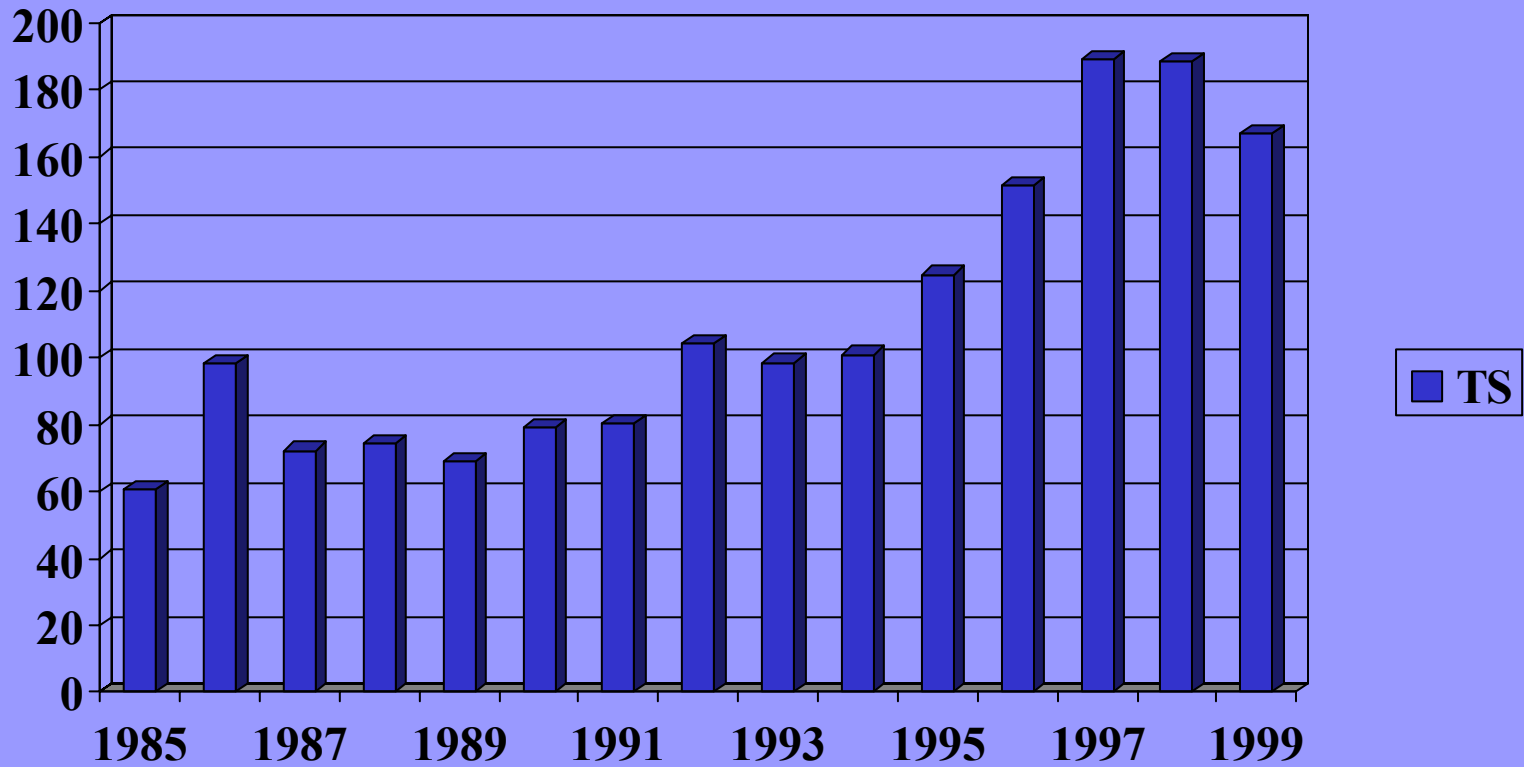
« Incidents » en détention



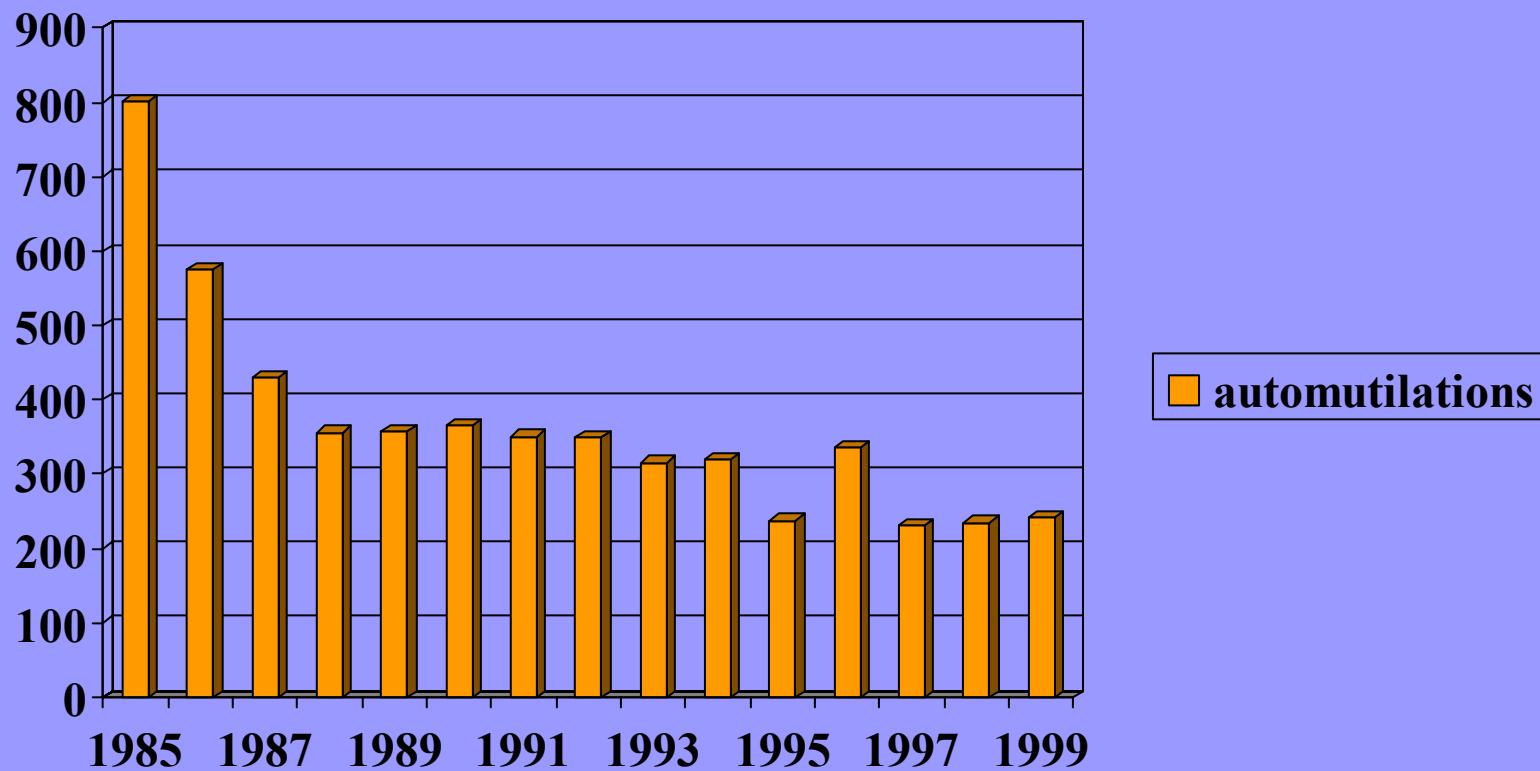
Evolution des taux de suicides



Evolution des taux de TS



Evolution des taux d'automutilations



Mortalité en prison (1994)

- 213 morts en 1994
- Suicides : 103
- Infections : 38 dont 22 chez les graciés
- Cardio-pulmonaires : 28 dont 24 chez écroués
- Cancer : 22 dont 15 graciés
- Overdose : 8

Suicides travaux de Pierre Tournier Annie Kensey

- 10 fois la population générale : 24/10 000
- Entre 120 et 200 suicides par an
- 404 suicides entre 92 et 96 (A Kensey)
 - 85% MA et prévenus premiers jours
 - risque majoré en cellule de punition
 - 91,6% pendaison
 - 2,7% automutilation
 - 1,7% toxiques
- Taux augmente avec âge

TS

- « Actes ayant mis en danger la vie de leur auteur »
- 870 en 1999 soient 166,7/10 000
- De 1980 à 1999, une augmentation de 121%
- Pendaison, phlébotomies
- prises médicamenteuses et toxiques (25%)
- sujet jeune

Automutilations

- 242/10 000 (1999) (régression sur 10 ans)
- méthode :
 - phlébotomies : 90%
 - ingestion de corps étrangers : 5%
 - ingestion de produits toxiques : 2%
- motifs apparents :
 - rupture familiale : 18%
 - intolérance à détention : 17%
 - tensions en détention : 16%

Grèves de la faim

- 957 en 1997
- 40% plus de 20 jours
- prévenus : 60%
- Glezer :
 - proclamation d 'innocence : 64%
 - lenteur de la procédure : 26%
 - revendications pénitentiaires : 17%

Pathologies retrouvées

- EL psychopathiques
- Toxicomanies
- Alcoolisme
- Réactions dépressives brutales
- Troubles anxieux et insomnie
- Troubles psychosomatiques
- « Psychoses carcérales »

Facteurs de risque

- Âge : 2 pics
 - Adolescent et adulte jeune
 - Sujet âgé
- Criminalité : 2 préoccupantes
 - ILS et toxicomanie
 - Criminalité sexuelle
- Temps de la détention :
 - Préventive : premiers jours et avant le jugement
 - Après transfert et avant la sortie

Suicides en prison un phénomène général

- Au niveau mondial : les taux sont 4 à 11 fois plus élevés qu'en milieu naturel
- EU: de 107 à 354/100 000 (29 fois tx ml)
- GB : 103/100 000 versus 16/100 000
- Canada : 185/100 000 1994
- Québec : 340/100 000 versus 44/100 000

« Gravité relative » (Daigle, 1999)

- Nombreux autres événements violents
- Exemple 1994-97 au Canada :
 - 41 suicides
 - 14 meurtres
 - 157 CBV
 - 11 agressions personnel
 - 6 prises d'otages...

Population carcérale à au haut risque suicidaire (Liebling)

- Hommes
- 20-40 ans
- Autopsies psychologiques :
 - Alcoolisme
 - Toxicomanie
 - Personnalité limites
 - Familles dysfonctionnelles
 - Délinquance chronique et violences graves

Prévision des TS
Wichmann, Serin, Motiuk,
Service correctionnel du Canada

- Enquête sur 152 délinquants
 - 76 TS
 - 76 sans TS
- Groupe TS :
 - Problèmes graves d'inadaptation
 - Famille dysfonctionnelle
 - ATCD psychiatriques
 - Problèmes disciplinaires

Étude Wichman et al : résultats

- Âge : sur-représentation des jeunes
- Infractions : homicide, vol (et non pas drogue et infractions sexuelles)
- Durée : longues peines et sécuritaires
- Santé mentale :
 - Risque criminel élevé
 - ATCD psychiatriques et problèmes d'intériorisation

Étude Wichman (2)

- Accumulation d'incidents :
 - Actes violents
 - Objets interdits
 - Tentative d'évasion
 - Demande d'isolement protecteur
 - Incidents disciplinaires

Variables permettant de prévoir les TS

- Intervention
psychologique/psychiatrique récente
- TS antérieure
- Incidents liés à des objets interdits
- Problèmes disciplinaires

Actions de prévention déjà menées (Hayes)

- Formation des équipes
- Identification des risques suicidaires chez les entrants
- Communication
- Surveillance: de toutes les 30 mn à l'observation constante
- Cellules suicide-safe
- Rapidité d'intervention
- Mais aussi, contrats no-suicide.....

Mesures de prévention proposées

- Processus d'évaluation initiale des délinquants (EID): échelle d'évaluation du risque suicidaire
- Formation des agents correctionnels (Daigle)
- Disponibilité des cliniciens
- Favoriser les contacts entre les deux institutions
- Considérer l'ensemble des conduites suicidaires
- Orienter dès que nécessaire vers un suivi psychosocial

Des questions



Un milieu suicidogène?

- Le choc à l'incarcération :
 - Perte des repères affectifs
 - Modification des sens :
 - Dépouillement sensoriel: dissociation voir-être vu, imprégnation de l'odorat, goût soumis à l'insipide
 - Hypertrophie d'autres sens comme l'ouïe et le toucher
 - Distorsions du temps
- La vie institutionnelle
 - Densité de la population carcérale
 - Précarité de l'intimité
 - Soumission et passivité du sujet

Des profils de détenus propices?

- De jeunes hommes
- Troubles mentaux
- Conduites de dépendance
- Conduites à risque
- Des personnalités marquées par l'impulsivité

Des corrélations ?

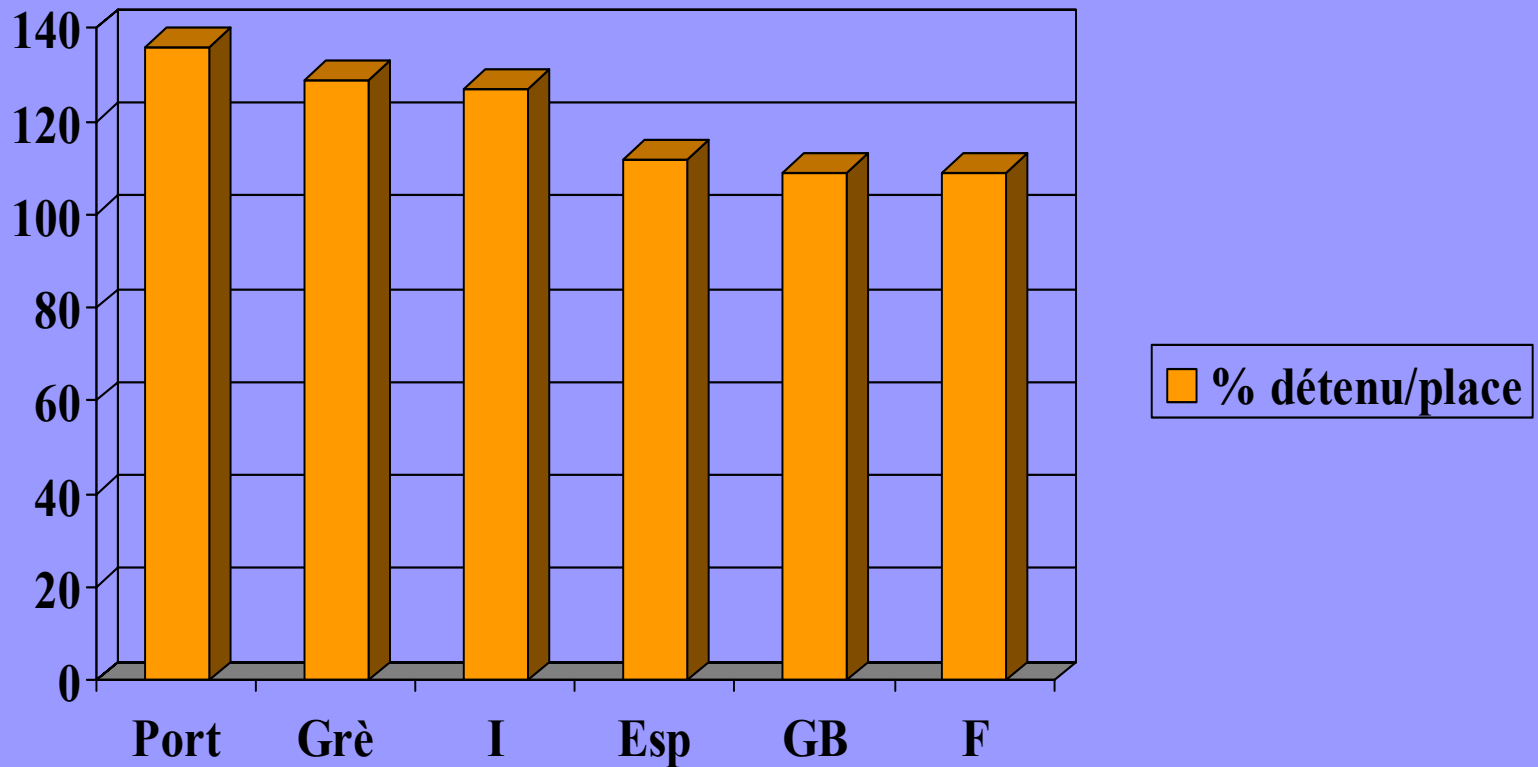
L'évolution des conduites suicidaires est contemporaine:

- De l'arrivée des droits de l'homme en prison
- D'un durcissement de la justice pénale (Tolérance zéro)

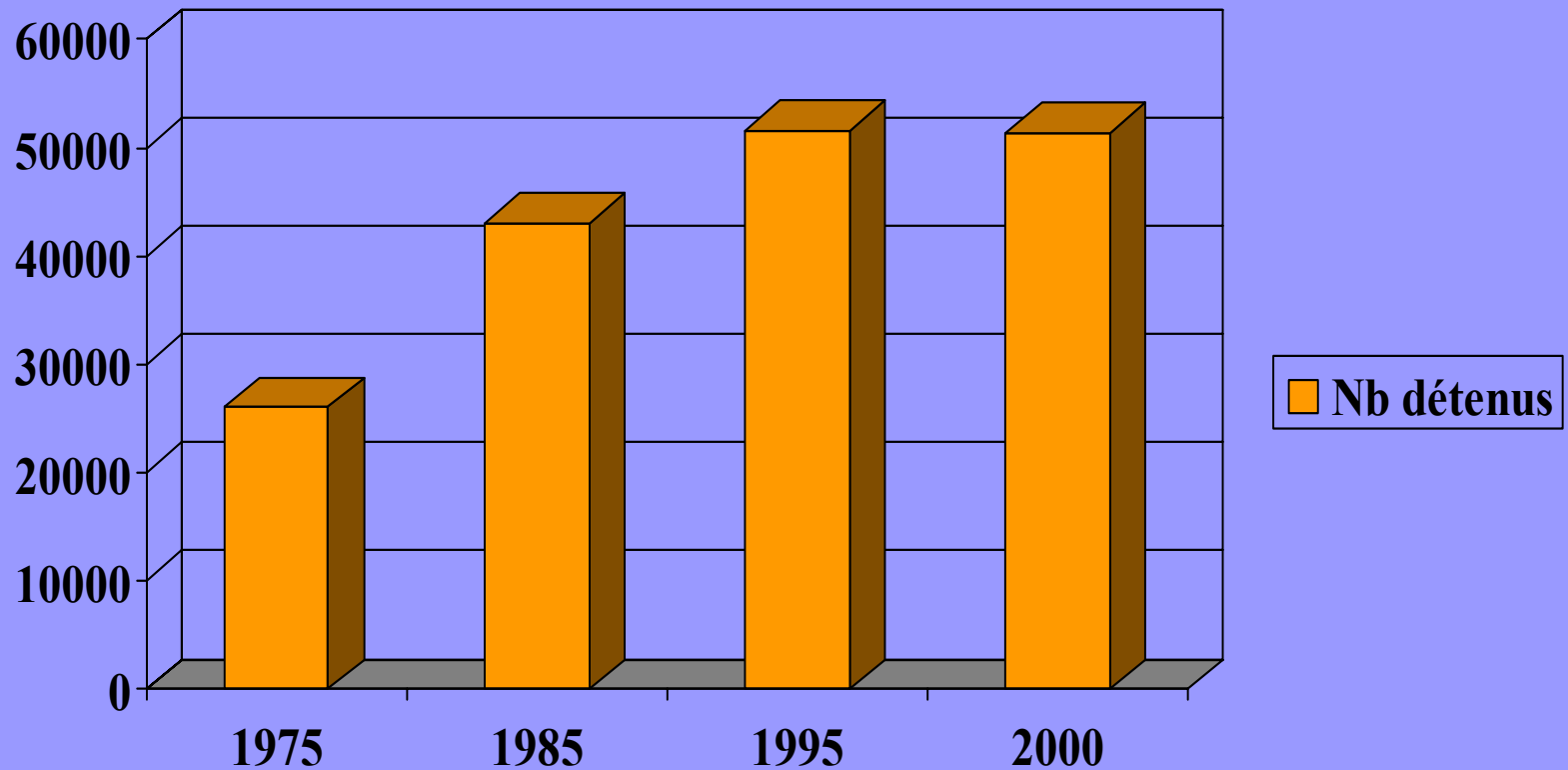
invitant à des corrélations :

- Évolution de l'hôpital psychiatrique
- Évolution de l'accueil social
- Évolution de la répression

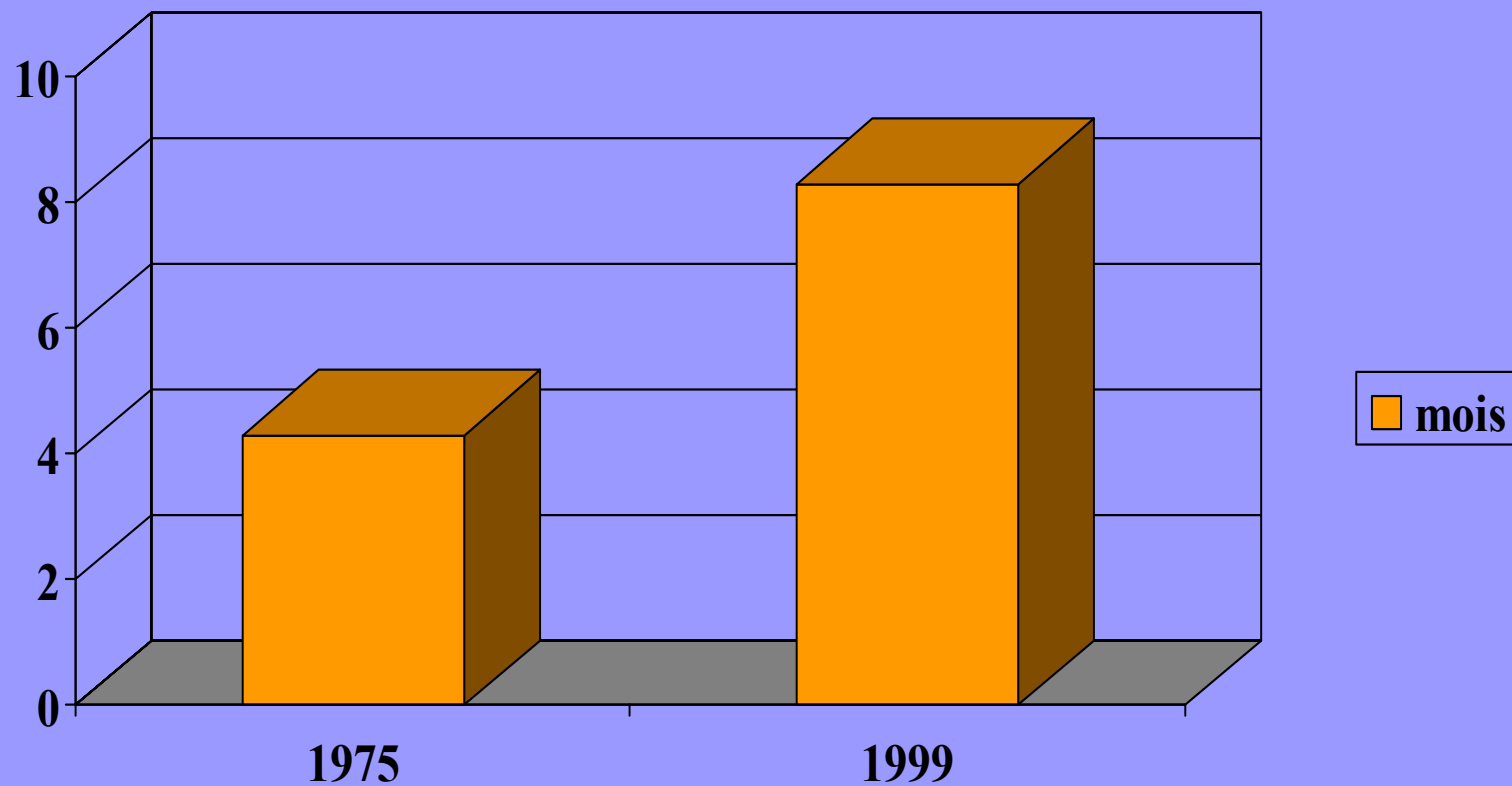
Surpeuplement carcéral 1997



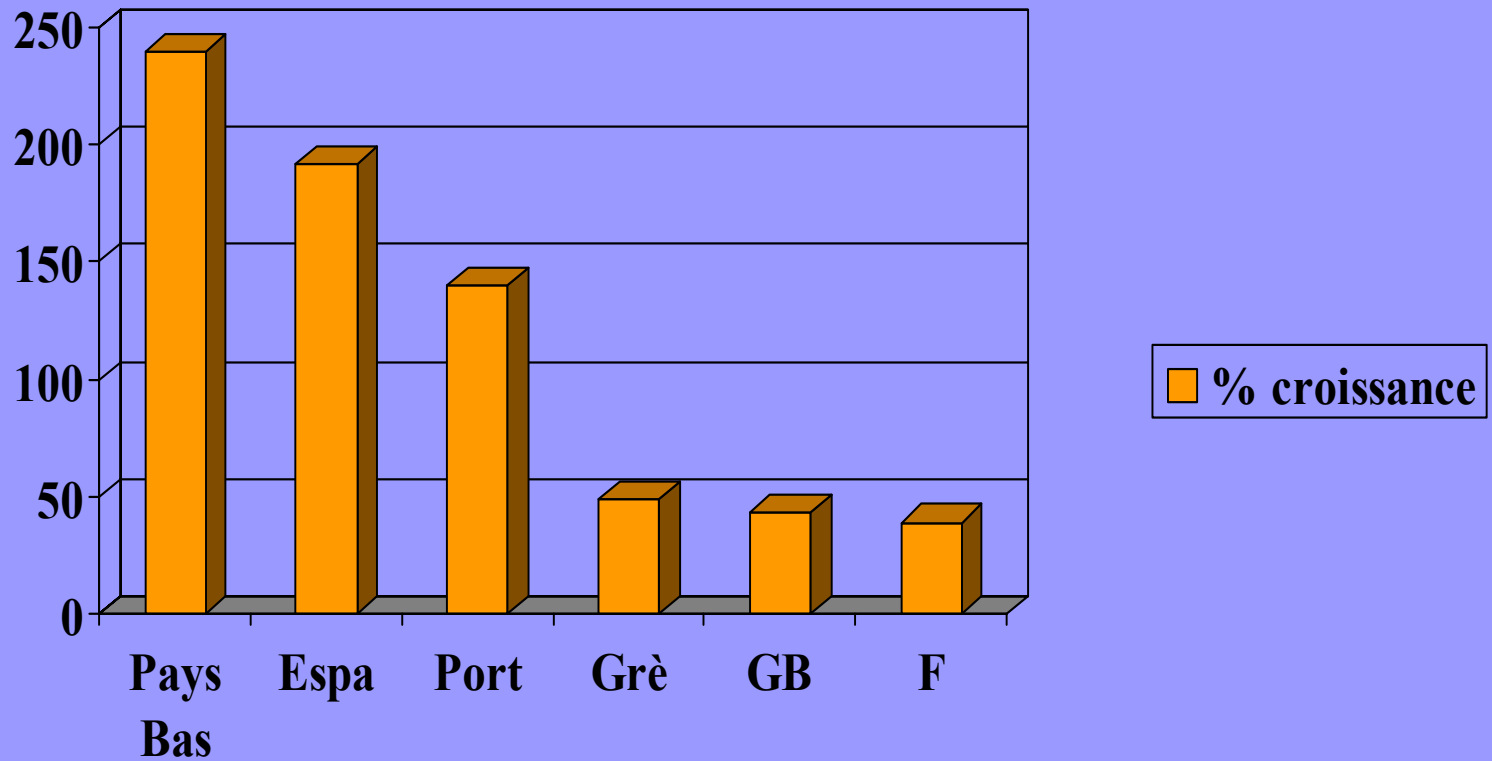
Evolution de la population pénale en France



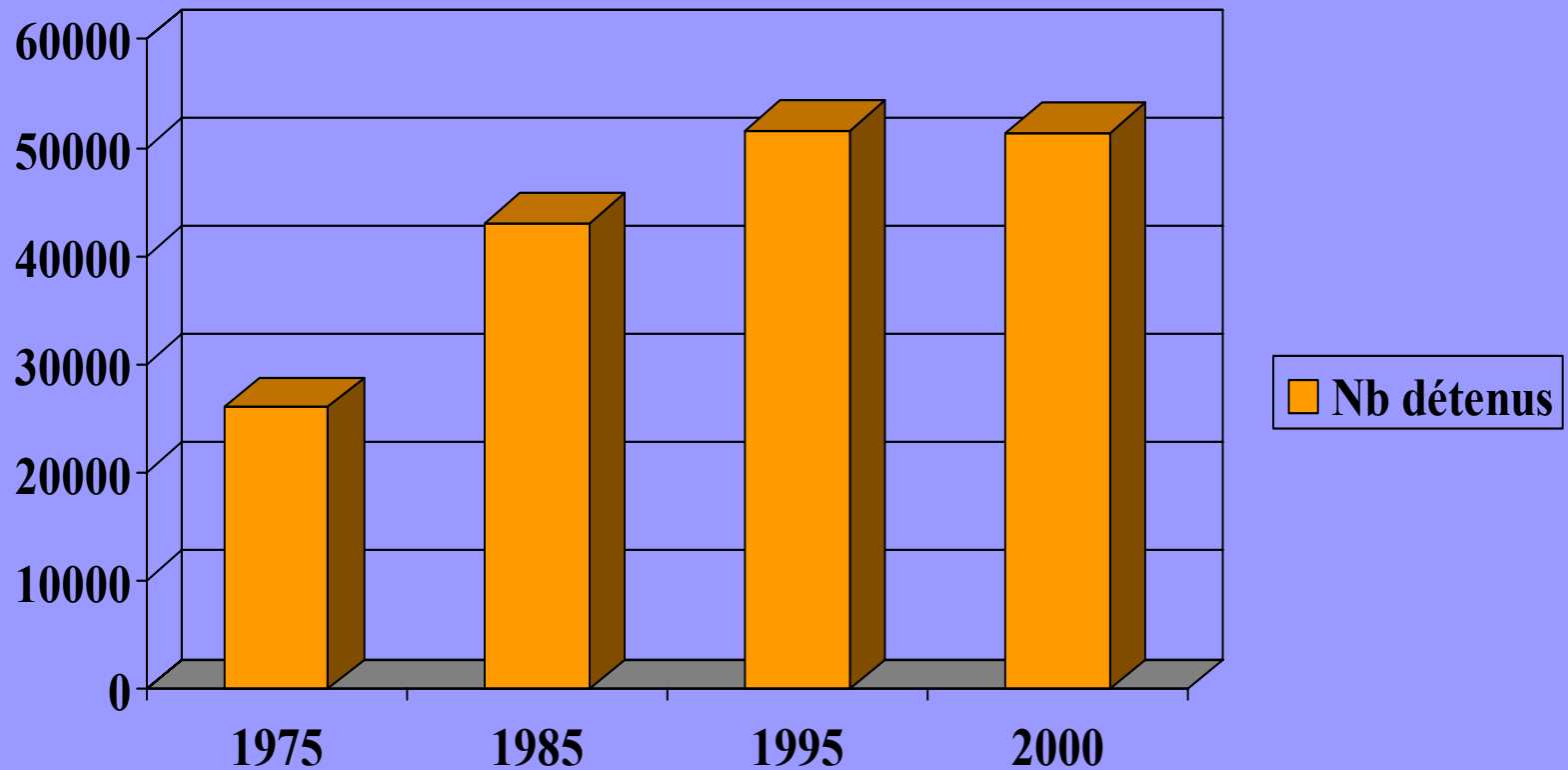
Durée moyenne de détention



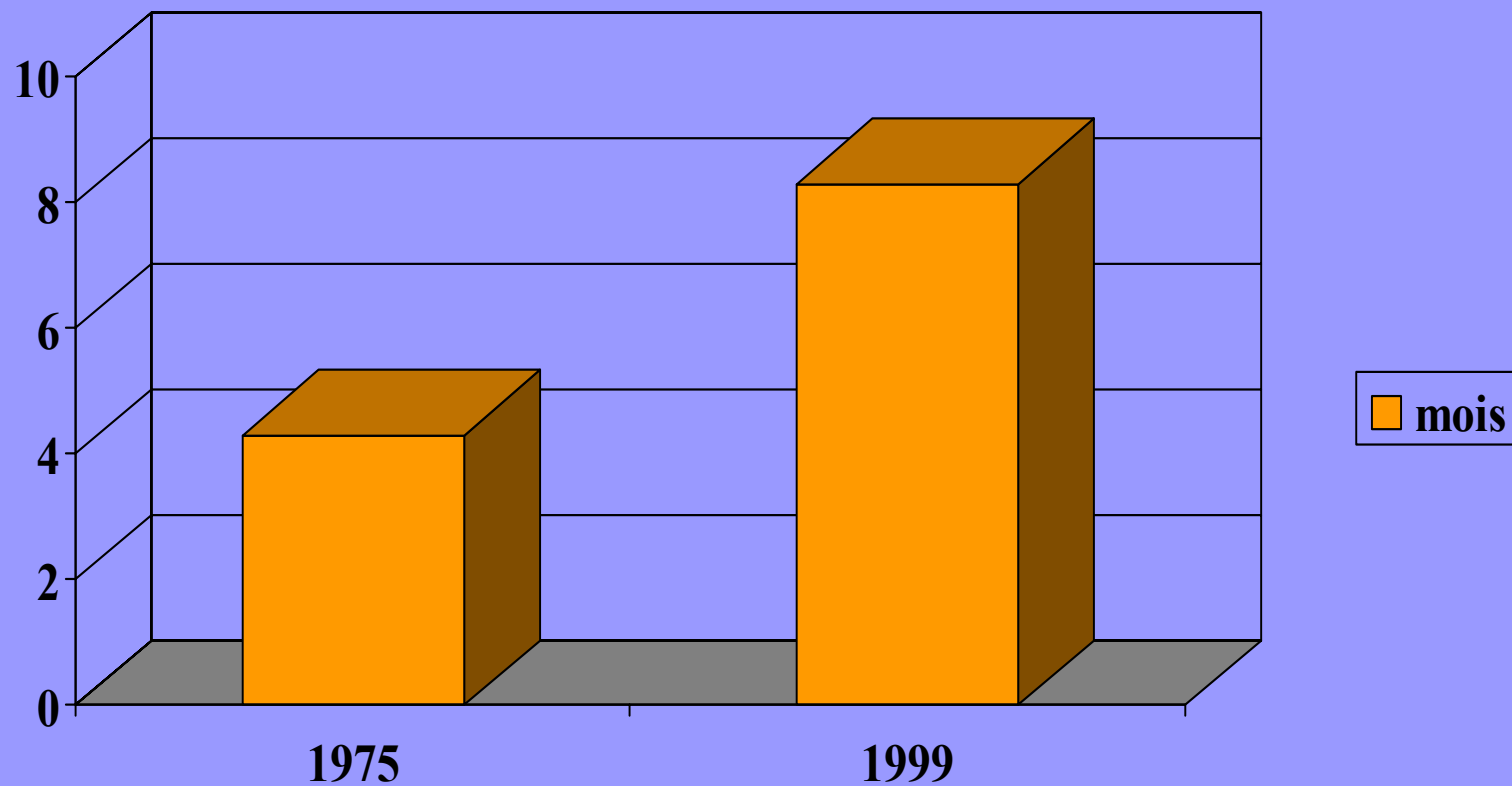
Inflation carcérale : 1983/1997



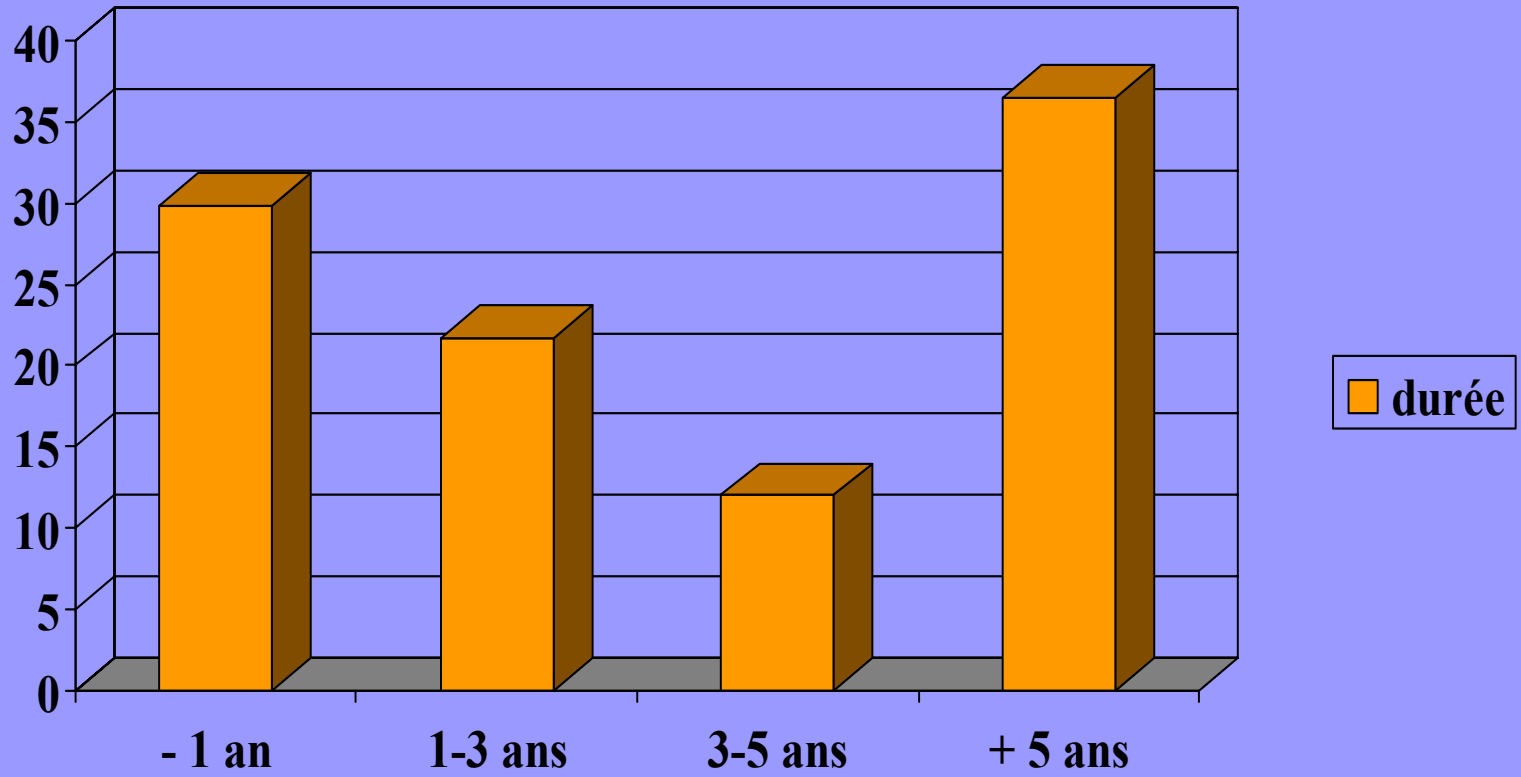
Evolution de la population pénale en France



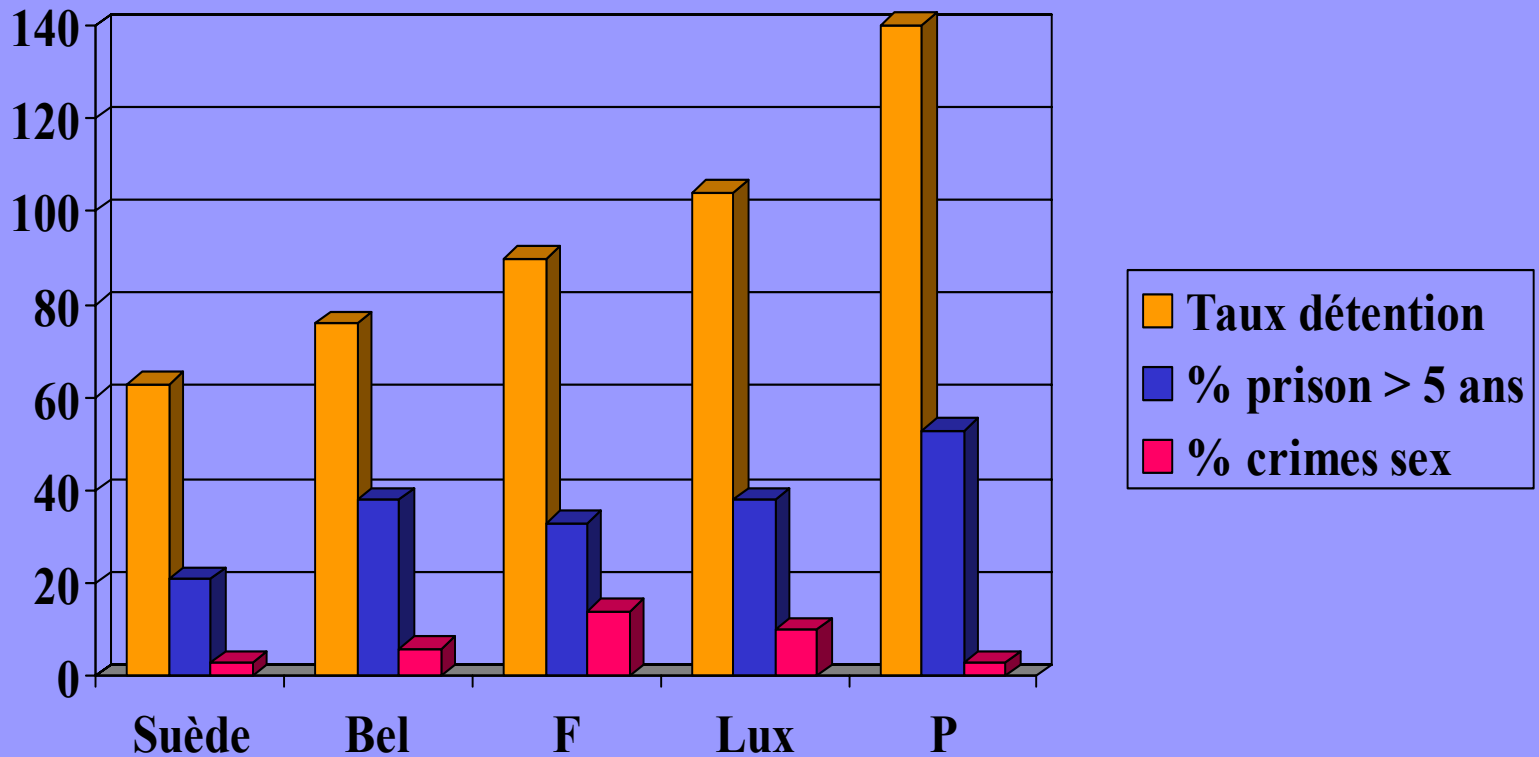
Durée moyenne de détention



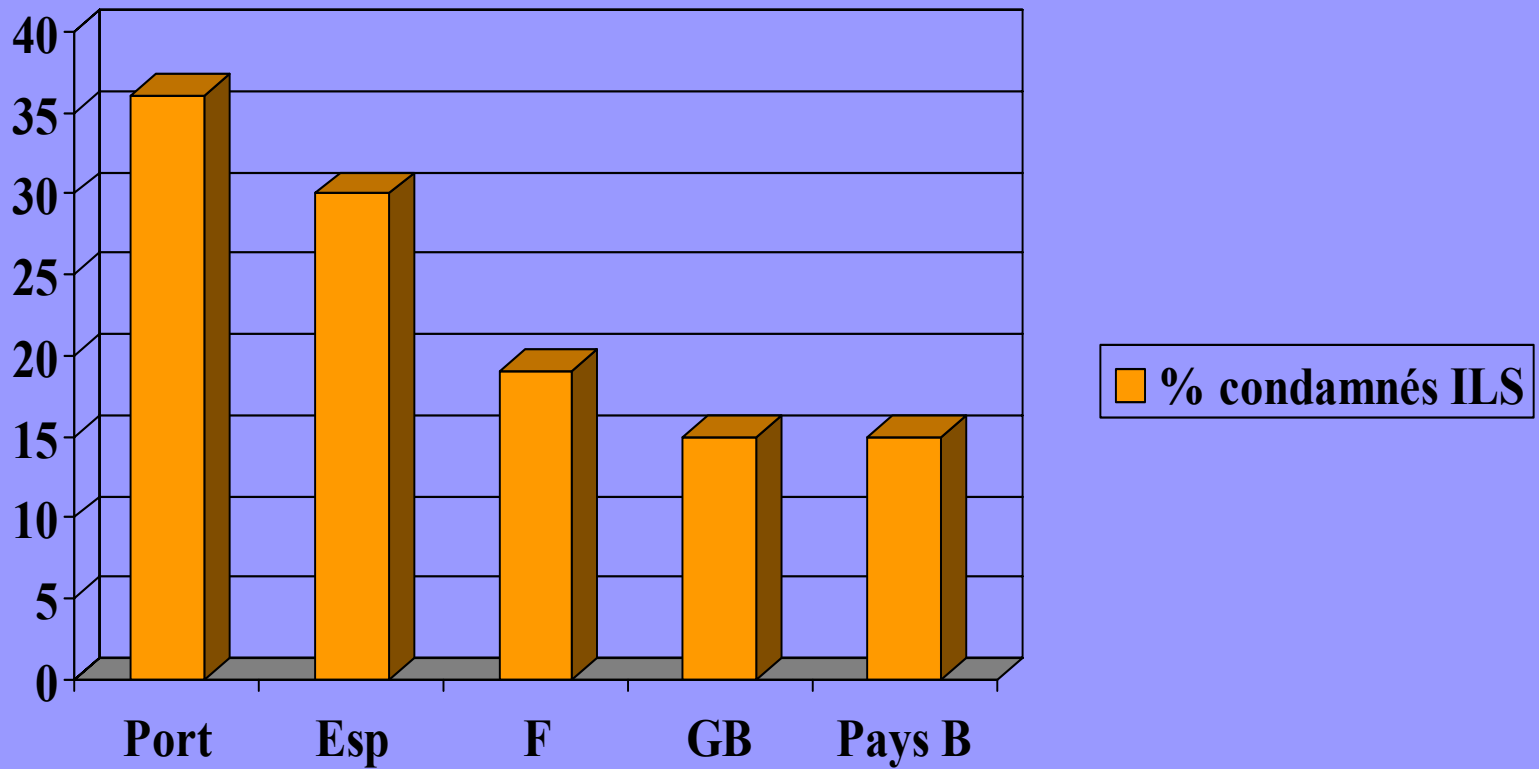
Peines prononcées



Détention et privation de liberté



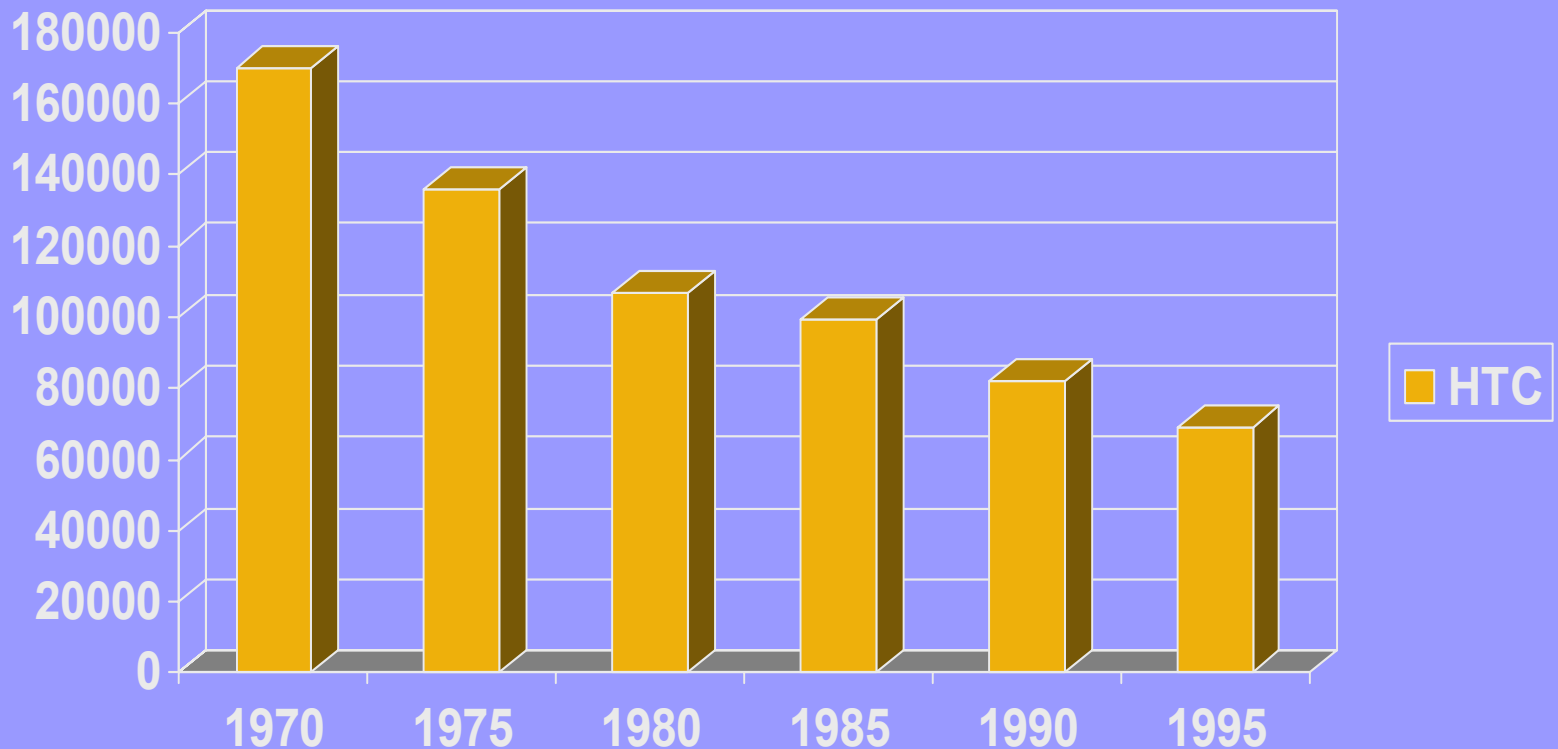
Condamnés pour ILS



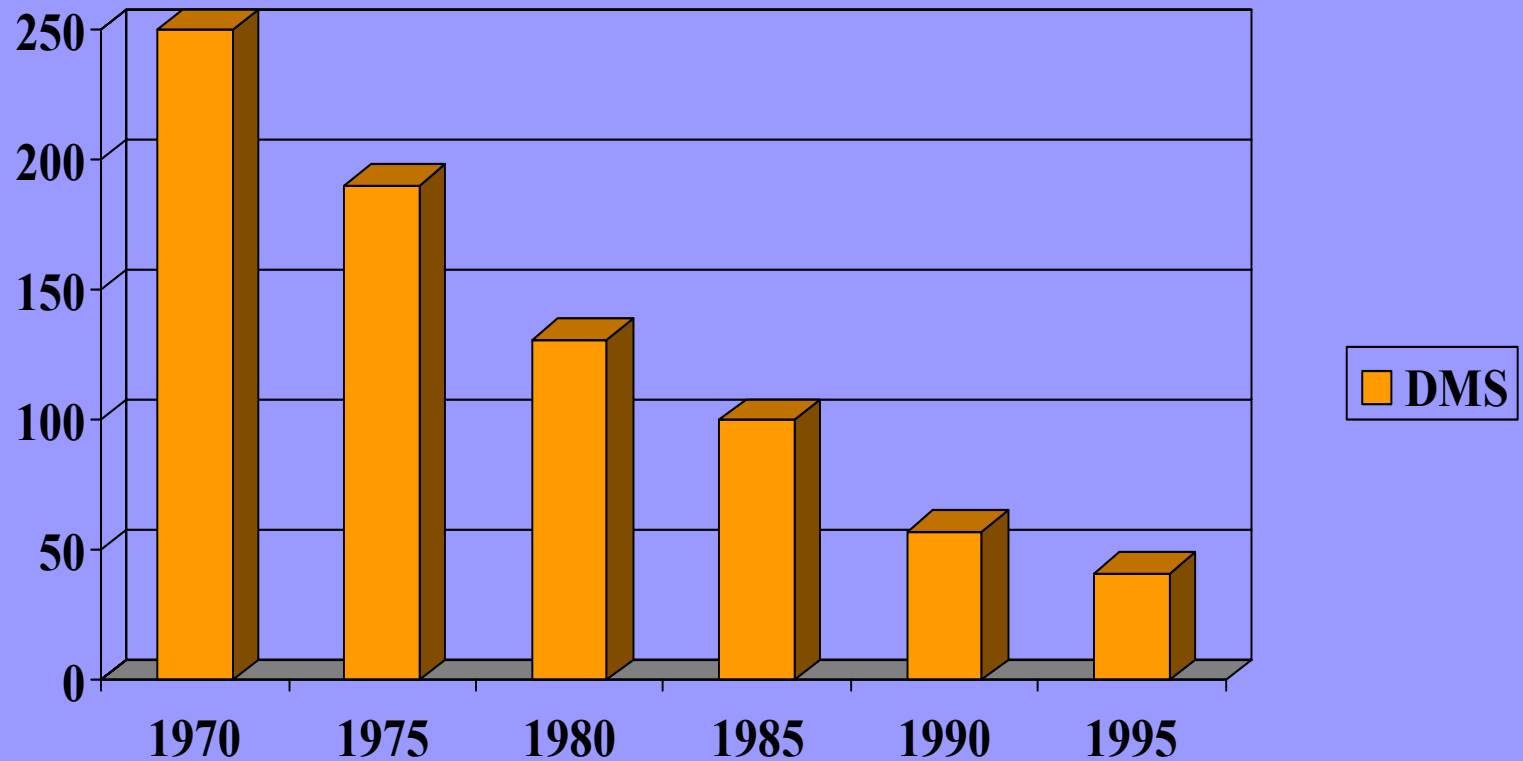
Un difficile équilibre...

- Toutes les sociétés industrialisées sont à la difficile recherche d'un équilibre entre prison, hôpital et hébergement social
- Corrélation avec la diminution de l'hospitalisation psychiatrique?
- Corrélation avec la diminution de l'hébergement social?
- Corrélation avec la précarisation sociale
- Evolution de la politique pénale

Evolution de l'hôpital psychiatrique



Durée Moyenne Séjour HTC



D'autres enjeux ?

- L'univers morbide de la faute ; conduites suicidaires comme autopunition?
- Place du corps, pris dans un système de contraintes, de privations, d'obligations et d'interdits
- La question de l'intentionnalité, centrale et souvent déniée en prison

Questions préalables à la recherche clinique

- Des représentations du sujet détenu, et notamment de son corps, sont-elles en jeu ?
- Les données statistiques utilisées sont celles de l'Administration Pénitentiaire. Il existe peu d'études sur ce thème du côté de l'institution soignante. Pourquoi?
- Les particularités de ces conduites ont-elles des effets sur la prise en charge de ces sujets et en terme de prévention ?

Des pistes de réflexion...



Évolutions de la pénologie

- Ancien régime : châtement corporel
- Assemblée constituante : privation de liberté comme peine
- Droit pénal des mineurs : mesures éducatives
- Conseil de l'Europe : réinsertion sociale et respect de la dignité
- Notion de traitement du délinquant
- Suppression de la peine de mort
- Prise en compte des intérêts des victimes

Buts et fonctions des sanctions

- Fonctions morales de la peine :
 - Fonction de **rétribution** : réparation du préjudice causé à la société : caractère expiatoire et rétributif
- Fonctions utilitaires :
 - **Exemplarité et intimidation** : Beccaria : de la cruauté aux peines modérées mais « promptes et sûres »
 - **Réadaptation sociale** : amender et redresser par le châtement
 - **Élimination** : peine de mort ou peines perpétuelles

Époque contemporaine

- Diversification des sanctions:
 - 1958 : Sursis mise à l'épreuve
 - 1971 : peine substitutives à l'emprisonnement
 - 1975 : limitation des courtes peines de prison et assouplissement du régime de sursis
- Durcissement des peines pour les grands criminels
 - 1978 : période sûreté
 - 1981 : loi sécurité et liberté
 - 1986 : réclusion criminelle à perpétuité

Au final, le corps en jeu

- Evolution de la peine reposant sur la représentation
Des supplices de l'Ancien Régime à la détention
Glissement du démonstratif au symbolique
- Résultant de ces transformations, le corps du sujet détenu se trouva pris dans un système de domination et d'observation inédit.
- Le corps redevenait ainsi ce par quoi s'exécutait la peine



Le corps du criminel

L'ajout de fonctions utilitaires à la peine telles que la réadaptation sociale nécessita au cours du XIX^e siècle le développement de la connaissance du sujet détenu.

Cette connaissance devait s'intéresser d'abord au corps du criminel dans un mouvement qui ne s'interrompt qu'au début du XX^e siècle ;

Ainsi en témoignent....

L'essor de l'anthropométrie



Et les débuts de la criminologie

- Gall et la phrénologie (1810)
- La théorie de la dégénérescence (1857)
- Les débuts de l'anthropologie criminelle
- Théorie du criminel-né de C. Lombroso (1876)

Au final, une théorie de la causalité physiologique autour du thème racial et héréditaire.

Le corps du délinquant devint ainsi le corps du crime et de la faute

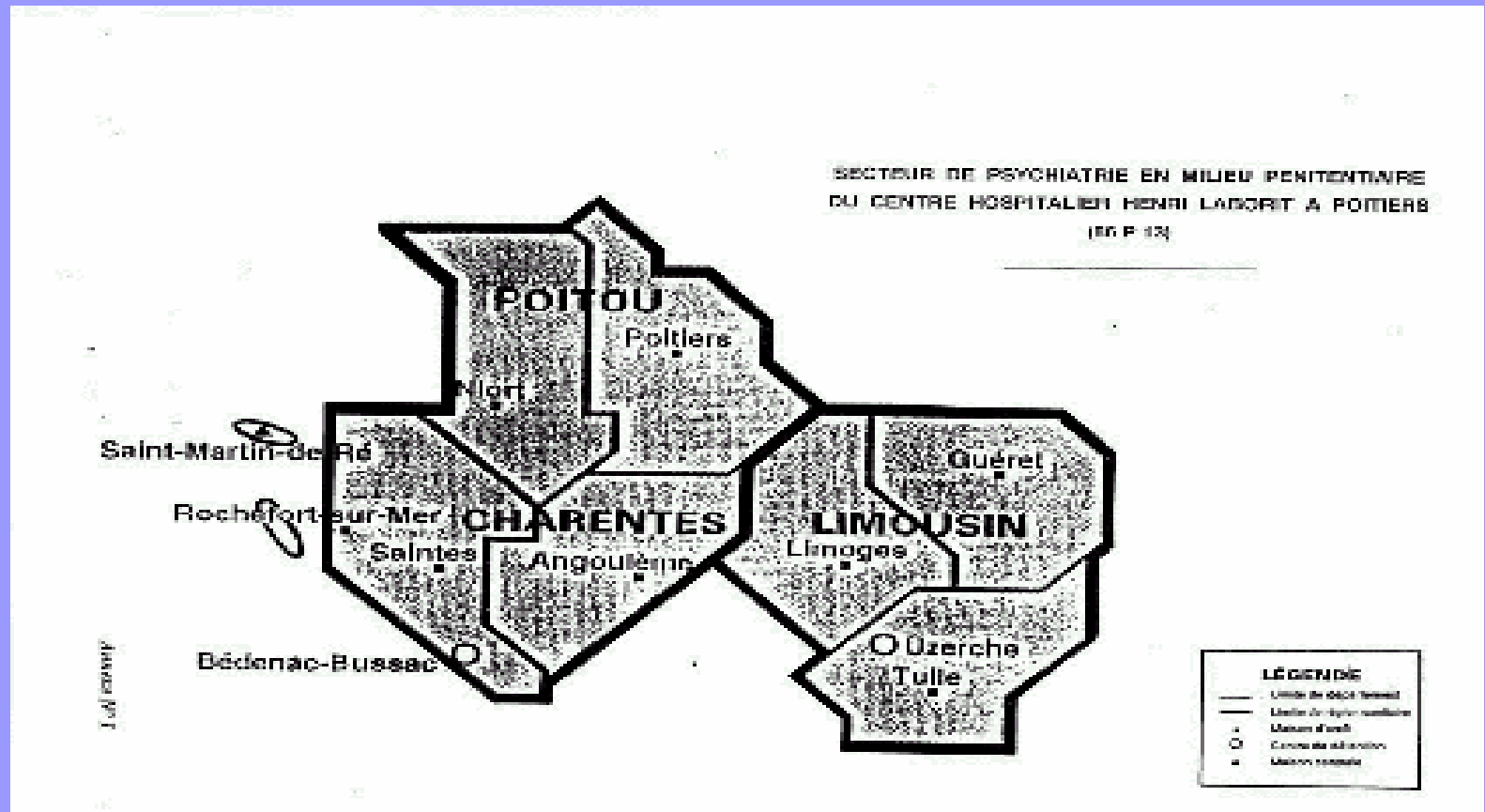
Le criminel suicidé

Dans le même temps, les conduites suicidaires en milieu carcéral étaient apparues avec le régime d'isolement cellulaire (Mazas) et concomitamment au développement du système panoptique de Bentham.

Le corps qui avait quitté la place qu'il occupait dans l'exécution de la peine sous l'Ancien régime et bien que dissimulé aux yeux de tous, occupait à nouveau une place centrale.

Recherche action

(SMMPR Poitiers . S. Lepinçon)



Absence de terminologie commune

- Des définitions différentes en fonction des sites :
 - Selon le but
 - Selon la gravité
 - Selon les antécédents
 - Selon la personnalité du sujet
- Pour bon nombre, ces définitions renvoient à celles de l'Administration Pénitentiaire
- Les équivalents suicidaires ne font l'objet d'aucun comptage ni des uns, ni des autres

Absence de protocole de recueil de données

- Les données sont recueillies toutefois de façon non systématique sur plusieurs sites :
 - Si ce recueil de données existe, les critères le concernant ne sont pas définis (pas de critères transversaux)
 - Difficultés de recensement
 - Mais des équipes avec des grandes capacités de remémoration ce qui témoigne de leur intérêt et de leur vigilance
- Aucun site ne dispose d'un protocole de recueil de données
 - Pourquoi cela n'existe pas?
 - Pourquoi faire? Pour quoi en faire? ->Prévention?

Autant de fonctionnements que de sites

- Chaque UCSA et service psychiatrique adopte des fonctionnements liés à la spécificité de chaque établissement et à son organisation
- Selon les sites, les soins en prison semblent aller de soi dans d'autres apparaissent comme une non priorité notamment en ce qui concerne la psychiatrie

Sentiment d'isolement des équipes

- L'ensemble des équipes nous a fait part d'un sentiment d'isolement
 - → rencontres régulières
 - → Formations communes

Des réflexions plus générales

- ❖ **Une représentation particulière des conduites suicidaires liée au lieu prison?**
 - Suicide comme crime et réprimé jusqu'en 1810
 - Représentations collectives: ceux qui ont de bonnes raisons (les criminels) peuvent mettre fin à leurs jours
- ❖ **Une représentation particulière du suicidant liée au lieu prison?**
 - Une représentation particulière du suicidant en lien avec son statut de détenu ?
 - Place de la culpabilité en lien avec la faute dans cette représentation ?
 - Suicide aurait valeur de protestation de l'innocence ou valeur d'aveu

des réflexions plus générales

- ❖ **Une représentation particulière au regard de la raison de l'incarcération?**
- ❖ **Une représentation de la valeur de l'acte particulière au milieu carcéral? Notion d'intentionnalité**
 - Des passages à l'acte référés à la notion de stratégie (chantage)
 - A ce titre, ils ne seraient pas « vrais »?
 - Le critère d'intentionnalité renvoie à des positionnements moraux et idéologiques
 - Cette question nous apparaît plus complexe et à réfléchir sur des bases cliniques et en terme de prévention

Des réflexions plus générales (3)

- ❖ Influence du fait que la dimension de prévention concerne deux institutions ?

Comment? Pourquoi?

Les logiques institutionnelles différentes et particulières à chaque institution feraient elles obstacle?

Maintenir un attachement et une vigilance à garantir une qualité de soins comparable à celle en milieu libre

Illustration clinique : Mr B., 37 ans

Une histoire « décousue »:

- Placement en institution à l'âge de 4 ans pour négligences
- Rupture progressive avec la famille naturelle, va d'institutions en institutions
- Première incarcération à l'âge de 12 ans
- Des incarcérations à répétition depuis pour vols avec effraction, braquages, qu'il réalise dès ses libérations prononcées.

Mr B., une « légende carcérale »

- 1° hospitalisation (1980): déjà 20 TS sérieuses
- Depuis une accumulation vertigineuse : ingestions de corps étrangers, coutures des paupières et de la bouche, insertions d'aiguilles dans les masses musculaires, mutilations de phalanges, découpe du tablier abdominal, auto-strangulations, feux de cellule, phlébotomies...
- contracte le VIH au décours de l'une d'entre elles
- Et une réelle accroche avec l'équipe soignante à laquelle il adresse régulièrement des nouvelles

Des questions soulevées...

- La dimension de répétition : entre effets de la pathologie de la personnalité et effets de l'incarcération, masque l'essentiel de la psychopathologie.
- L'effet de fascination exercé sur les soignants pourrait réaliser une entrave au questionnement au lieu de la pathologie propre.
- Le corps devient aussi lieu d'inscription et de mémoire renvoyant à la Loi, à la punition et au jugement.
- Adresse de ces conduites au delà de l'interpellation de l'institution judiciaire ou soignante: une dimension identifiante et de reconstruction ?

Difficultés de prise en charge

- Absence de demande
- Dépendance paradoxale
- Carence d'élaboration et de mentalisation
- Prépondérance de l'agir sur le penser
- Peur de l'abandon // crainte de l'intrusion
- Fusion // rupture
- Difficulté des prises en charges longitudinales

Travail d'élaboration

- Lire le PA : travail de mise en mots
- Restauration du penser face l'agir
- Éviter de reproduire fusion-rupture
- Travailler la relation soignant-soigné
- Travail de la fonction contenante
- Restauration du système de pare-excitation
- Travailler sur la loi et ses limites

Éthique et déontologie du psychiatre de liaison

Éthique et stratégies de la psychiatrie de liaison

- réécrire la clinique du descriptif à l'élaboration
- structurer les thérapies :
 - établir le cadre
 - ne pas favoriser le clivage
 - travailler chez l'autre
 - établir la valeur des soignants et conforter la loi de la justice pénale

Conclusion (1)

- Des représentations individuelles et collectives attachées au sujet détenu liées à ces conduites
- Les études sur ce thème du côté de l'institution soignante pour l'heure entravées par l'absence d'une terminologie commune sur ce thème.
- Un savoir à constituer car garant de la spécificité d'une position soignante autonome conformément à l'esprit de la loi et de la déontologie.

Conclusion (2)

- Une question à éclairer différemment autour de la recherche du sens.
- Actes comme témoignage sur la nature du lien à l'institution
- nécessité de réintroduire la dimension du sujet dans une complexité qui ne se réduit pas aux actes qu'il pose, lui donner la parole en tant que l'auto-agression est aussi tentative de reconstruction.

D'indispensables confrontations

- Nécessité dès lors pour les soignants de s'appuyer sur des règles éthiques et déontologiques, de réécrire la clinique du descriptif à l'élaboration, au prix d'un recours au sujet.
- S'ouvrir à d'indispensables confrontations multidisciplinaires : criminologiques, psychosociologiques, socio-politiques...