

## AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

- SEPTEMBRE 2017 -

Soins en unité hospitalière spécialement aménagée chargée des soins psychiatriques aux personnes sous écrou :  
**Entre sécurité et intimité au sein d'une UHSA.**

*Face au risque suicidaire important au sein de la population des détenus, comment adapter la structure hospitalière qu'est l'UHSA pour éviter les suicides des patients, tout en préservant un esprit et un environnement soignant ? Comment concilier le soin aux détenus avec le respect de l'intimité et la sécurité nécessaire ?*

### Plan de l'avis :

<b>La saisine : « Entre sécurité et intimité au sein de l'UHSA »</b>	<b>Page 2</b>
<b>L'analyse</b>	<b>Page 4</b>
<b>L'UHSA - Une concentration de risques en réponse à un contexte spécifique</b>	<b>Page 5</b>
<i>Un double milieu</i>	<i>Page 5</i>
<i>L'hospitalisation en UHSA</i>	<i>Page 6</i>
<i>Punir et/ou soigner</i>	<i>Page 6</i>
<b>Les acteurs : détermination et rôle</b>	<b>Page 8</b>
<i>Administration pénitentiaire et administration hospitalière</i>	<i>Page 8</i>
<i>L'équipe soignante, ses compétences, son vécu</i>	<i>Page 10</i>
<i>Les patients-détenus : un statut complexe et pluriel</i>	<i>Page 12</i>
<i>Les proches, la famille</i>	<i>Page 13</i>
<b>Le suicide</b>	<b>Page 14</b>
<i>Approches philosophiques et sociologiques : quelques exemples</i>	<i>Page 14</i>
<i>Le suicide en prison</i>	<i>Page 15</i>
<i>Le suicide en UHSA</i>	<i>Page 17</i>
<i>Ce que le suicide dit, ce que le suicide est ... Un échec thérapeutique ? Un événement indésirable ?</i>	
<i>L'évaluation et la surveillance du risque suicidaire en UHSA</i>	
<b>La nature, la proportionnalité et la visée des mesures de prévention du risque suicidaire</b>	<b>Page 19</b>
<i>D'abord repérer les troubles psychiatriques pour repérer les troubles suicidaires</i>	<i>Page 19</i>
<i>Prédiction – prévention</i>	<i>Page 20</i>
<i>Favoriser le lien social</i>	<i>Page 21</i>
<i>Sécurisation des locaux hospitaliers</i>	<i>Page 22</i>
<i>Limites et proportionnalité, bienveillance et inquiétude</i>	<i>Page 22</i>
<i>Cohésion, formation, supervision des équipes</i>	<i>Page 24</i>
<i>De la prévention à la post-vention</i>	<i>Page 25</i>
<i>Positionner l'offre de soin en amont de la prison</i>	<i>Page 26</i>
<i>Les soins ne s'arrêtent pas à la sortie de l'UHSA</i>	<i>Page 26</i>
<i>Différencier les pouvoirs</i>	<i>Page 27</i>
<b>Conclusion</b>	<b>Page 28</b>

Rédactrice pour la commission consultative d'éthique : Sylvie Vandoolaeghe, coordinatrice adjointe de l'EEHU de Lille

## La saisine : « Entre sécurité et intimité au sein de l'UHSA »

L'UHSA est l'unité hospitalière spécialement aménagée chargée des soins psychiatriques aux personnes sous écrou souffrant de troubles psychiatriques justifiant d'une hospitalisation à temps plein (l'UHSI étant l'unité chargée des soins somatiques). Elle permet de réunir les détenus en hospitalisation en une même unité de soins interrégionale, pour le Nord, le Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie. Rassembler des détenus dans un même établissement de soins comme l'UHSA constitue une pratique récente. Le projet des UHSA date de septembre 2002 (instauré par la loi de programmation et d'orientation de la justice) ; la première a été mise en place à Lyon en 2010. La circulaire ministérielle relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées date du 18 mars 2011 (DGOS/R4/PMJ12 n°2011-105). 17 UHSA sont prévues dans ce dispositif ; à ce jour, 8 unités sont opérationnelles en France.

Pourquoi des UHSA et des UHSI ? De manière générale, l'état de santé des détenus était déplorable à tout niveau (global, psychologique, dentaire ...). Aujourd'hui, selon le demandeur, 1 détenu sur 7 présente des troubles de santé mentale et le suicide est 7 à 10 fois plus fréquent que dans la population générale.

L'UHSA dont il est question dans cette saisine est une unité récente, elle date de 2013 et est rattachée au centre hospitalier où siège le SMPR (service médico-psychologique régional de psychiatrie en milieu pénitentiaire). Elle dispose de 3 unités : une unité pour les hospitalisations sans consentement, une unité mixte de crise (pour hommes, femmes, adolescents) et une unité pour les soins courants. A l'extérieur du bâtiment, la sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire qui est chargée des transferts et du contrôle des entrées et sorties. L'administration pénitentiaire n'est pas présente au sein de l'unité de soins (sauf en cas de nécessité, sur demande du personnel soignant). Les détenus peuvent être accueillis avec leur consentement ou sans et donc sur décision du représentant de l'état. L'admission s'effectue sur demande d'un médecin intervenant en milieu pénitentiaire, après acceptation et validation par le psychiatre coordonnateur de l'UHSA. En fin d'hospitalisation, les sorties se font en transfert vers le SMPR pour des soins de suite, ou en établissement pénitentiaire jusqu'en fin de peine, ou encore en sortie par levée d'écrou (libération).

Au sein de l'UHSA, suite à une série de 4 décès par suicide en 2015, l'équipe soignante mène une réflexion sur la prévention du suicide. Parmi ces 4 personnes décédées, 1 était en chambre d'isolement, 3 en hospitalisation libre (elles pouvaient sortir si elles allaient mieux). Toutes les 4 se sont pendues avec leur drap, en se servant de la porte de la salle de bain (drap bloqué par un nœud ou en se servant des gonds). Ce mode opératoire revient à se jeter pour se briser les vertèbres ou à décéder par asphyxie. Ce n'est pas une pratique exceptionnelle au sein de la population des détenus pour laquelle la suicidalité<sup>1</sup> reste importante (95% des suicides en prison se font par pendaison) - la tentative de suicide (TS) est la première cause d'appel du SAMU par la prison.

3 des 4 suicidés étaient en hospitalisation libre, ce qui signifie que les détenus avaient donné leur consentement, ils avaient donc la possibilité de retourner en détention s'ils le souhaitaient. Il est à préciser qu'être soigné en psychiatrie est très stigmatisant pour le détenu en prison : « lui, il est dingue ». On n'a donc pas intérêt à demander une hospitalisation en psychiatrie. Parler de détenu libre de partir de psychiatrie pour retourner en prison est donc à relativiser. Ce n'est pas sans conséquence. Il arrive également que des détenus parvenus en fin de peine se suicident.

---

<sup>1</sup> Un rapport sur le suicide en prison a été publié en 2009. On constate que plus le nombre de chambres d'UHSA augmente, plus le nombre de suicides en prison diminue.

Dès le premier suicide, l'équipe s'est questionnée sur ses pratiques concernant la prévention du risque suicidaire. Suite à ces suicides, des visites de l'ARS et du contrôleur général ont eu lieu, préconisant que des actions fortes soient mises en œuvre. Une des recommandations émises consiste à enlever les portes de salles de bain et de placard (identiques aux portes de salle de bain). Mais la simple « idée » d'ôter ces portes a beaucoup questionné l'équipe sur le plan éthique.

Ces événements ont donc été culpabilisants et traumatisants pour l'équipe de l'UHSA. Le suicide d'un patient s'apparente à un échec et vient questionner la surveillance et le soin : *y a-t-il eu défaut de surveillance ? Cela revient-il à un refus de soin du patient ?* Dans ce contexte, les soignants ont remis en question leurs pratiques de prévention et de surveillance dans les différentes unités ; ils travaillent encore sur les risques environnementaux et s'interrogent sur les moyens d'éviter les TS par pendaison. *Faut-il enlever tout ce qui peut permettre l'accrochage du drap et le drap lui-même ? Faut-il ôter systématiquement pour tous les portes de salle de bain et de placard ?* Cela reviendrait au dénuement des chambres d'hospitalisation au détriment de l'intimité du patient. En effet, les portes d'entrées sont munies d'un hublot pour la surveillance : les affaires seraient donc visibles dans le placard ; les patients pourraient être vus dans la salle de bain (le problème se poserait également par rapport à la mixité). Or la chambre d'hôpital demeure un espace privé, même s'il s'agit d'une chambre de psychiatrie dans laquelle le patient n'a pas vocation à rester. Par ailleurs, enlever ces portes serait paradoxal avec le discours des soignants à l'arrivée du patient, destiné à créer un climat favorable au soin et à la relation thérapeutique qui lui est nécessaire. Plusieurs hypothèses ont été envisagées pour aménager les portes sans pourtant parvenir à une solution sans risque. *Faut-il aller jusqu'à réduire le mobilier à un matelas sur le sol et le matériel à disposition à un vêtement anti-suicide ? Faut-il aller jusqu'à transformer la chambre d'hôpital en cellule carcérale ?* En prison, le détenu qui est identifié par un acteur pénitentiaire comme présentant un risque suicidaire est mis dans une cellule lisse, uniquement vêtu d'un pyjama en papier (ce dispositif a été mis en place indépendamment de l'avis du secteur sanitaire). Mais alors, à l'hôpital, **jusqu'où aller ?** Le respect de l'intimité est une préoccupation prégnante pour l'institution sanitaire (une intimité est-elle possible en institution pénitentiaire ?). Or l'UHSA veut se garder de devenir un hôpital-prison – le demandeur de préciser : « céder à la tentation d'être de plus en plus carcéral, ce serait perdre notre âme ».

Depuis cette vague de 4 suicides en 18-24 mois (le dernier date de fin 2015), des verrous ont été installés en haut des portes de salles de bain, ce qui rend plus difficile le passage d'un drap noué. Il n'y a depuis pas eu d'autres suicides, uniquement des tentatives. Les tutelles restent vigilantes et ont été informées de la démarche de saisine auprès de l'espace éthique.

Dans la réflexion, une question pourrait se poser sur un contre-argument potentiel à la prévention elle-même, à savoir : *Peut-on parler d'un droit ou d'une liberté à se suicider ?* Selon le demandeur, cette idée est incompatible avec ce qui anime la médecine en général et la psychiatrie en particulier : admettre une liberté au suicide, ce serait comme accepter une liberté à commettre un homicide (et certains de considérer le suicide comme une forme d'homicide). Pour le demandeur, le suicide est contraire à la liberté, c'est une atteinte à la liberté. Il n'a pas connaissance d'un exemple de suicide décidé et réalisé dans la joie. Le suicide est lié à une souffrance morale importante, insurmontable.

**Face au risque suicidaire important au sein de la population des détenus, comment adapter la structure hospitalière qu'est l'UHSA pour éviter les suicides des patients, tout en préservant un esprit et un environnement soignant ? Comment concilier le soin aux détenus avec le respect de l'intimité et la sécurité nécessaire ?**

La formulation de la saisine, en tension entre intimité et sécurité, situe d'emblée la réflexion éthique dans le champ de l'hospitalier et du soin : on parle de « structure hospitalière », d'« un esprit et un environnement soignant », de « soin aux détenus ». Dans ce champ, il n'est pas rare d'avoir à concilier des valeurs et objectifs qui, s'ils ne s'excluent, se limitent les uns les autres. La commission consultative a déjà abordé cette question à plusieurs reprises : par exemple dans une saisine relative aux comportements sexuels désinhibés en EHPAD<sup>2</sup> où il s'agissait de concilier le droit individuel à une vie privée et intime avec le respect des règles de vie collective et la sécurité de chaque résident, celle-ci relevant de la responsabilité de l'établissement. Dans une autre saisine relative aux moyens d'identification des patients en Soins de Suite et Rééducation et en Soins de Longue Durée<sup>3</sup>, la conciliation concernait le respect de la liberté et la sécurité des patients, dont la vulnérabilité nécessitait que l'hôpital assure cette exigence. L'analyse de cette saisine citait un article de 2009 explicitant le dilemme comme tel : « admettre que la protection du patient puisse déboucher sur une restriction de liberté ou accepter que le respect de cette liberté puisse mettre en danger la protection que l'on doit à la personne vulnérable »<sup>4</sup> - liberté à entendre « non pas seulement dans le sens restrictif d'un mouvement physique mais dans celui plus général de décider pour soi-même ». Pour autant, malgré l'existence de cette question au cœur des lieux de soins, le contexte de la présente saisine nous semble ici à souligner : la sécurité relevant de la responsabilité de l'établissement est non seulement liée à l'état du patient mais aussi à son statut particulier en tant que personne sous écrou. Il conviendra donc d'abord de s'intéresser à ce **contexte** spécifique.

L'on s'intéressera, ensuite, aux différents acteurs en jeu – patients, soignants, y compris à la double tutelle qui complexifie le questionnement. Pourquoi les administrations pénitentiaires et sanitaires doivent empêcher le suicide alors que la loi ne l'interdit pas ? Dans le champ hospitalier, ne s'agit-il pas de ce devoir moral et professionnel guidé par la dimension de secours naturellement liée au soin ? Et, si la prison est un lieu de privation de liberté, cette privation s'étend-elle jusqu'à la liberté de se suicider ? – à supposer qu'il y ait une liberté telle. Jusqu'où la privation de liberté s'applique-t-elle ?

Enfin, bien qu'il soit incontournable d'aborder le sujet du suicide afin d'envisager la mesure de la surveillance du risque suicidaire, il ne s'agira pas de proposer une revue de littérature sur cette notion. Indépendamment des conceptions philosophiques et personnelles, quels moyens et actions sont envisageables depuis la prévention jusqu'à la postvention des tentatives de suicide, dans le respect des valeurs soignantes ? Quels enjeux éthiques, quels écueils ?

---

<sup>2</sup> Avis de la commission consultative de l'EEHU de Lille, « Comment les équipes soignantes peuvent-elles faire face aux comportements sexuels de résidents désinhibés liés à des pathologies démentielles, ou à des comportements avec une incertitude quant au consentement de l'un des résidents ? Comment y faire face dans le cadre des soins et de la vie collective en EHPAD, dans le cadre de l'institution hospitalière ? Quels questionnements éthiques cela pose-t-il ? », mai 2016.

<sup>3</sup> Avis de la commission consultative de l'EEHU de Lille, « Quels sont les enjeux éthiques et les limites aux moyens d'identification des patients en Soins de Suite et Rééducation (SSR) et en Soins de Longue Durée (SLD) ? Exemple du bracelet », janvier 2016. Téléchargeable depuis [www.eehu-lille.fr](http://www.eehu-lille.fr).

<sup>4</sup> Article « Liberté ou sécurité : faut-il choisir ? », de Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA, Gestions hospitalières, nov. 2009.

## L'UHSA<sup>5</sup> - UNE CONCENTRATION DE RISQUES EN REPONSE A UN CONTEXTE SPECIFIQUE.

### ***Un double milieu.***

A la différence des UMD (unités pour malades difficiles - services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le traitement des personnes présentant des troubles mentaux avec un danger pour eux-mêmes ou pour autrui), les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ne travaillent qu'en lien direct avec les établissements pénitentiaires. Instaurées par la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002, ces unités ont vocation à prendre en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Les détenus peuvent être accueillis avec leur consentement ou sans, et donc sur décision du représentant de l'Etat, au vu d'un certificat médical circonstancié (art. L. 3214-3 du Code de la santé publique).

Les modalités générales de fonctionnement des USHA ont été définies conjointement par les trois ministères impliqués (en charge de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur) et sont détaillées dans la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 (article L. 3214-1 du Code de la santé publique).

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Celle-ci assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties, les parloirs, mais n'est pas présente au sein de l'unité de soins sauf en cas de demande du personnel soignant. L'USHA peut accueillir des hommes, des femmes et des personnes mineures, par exception aux principes pénitentiaires de séparation des détenus majeurs et mineurs, femmes et hommes.

Soigner des détenus en UHSA revient à **regrouper, dans un même lieu, les particularités et les difficultés de la population carcérale et de la psychiatrie**. Dans ce contexte, de nombreuses déclarations d'événements indésirables (EI) sont réalisées en UHSA. En 2 ans environ, pour approximativement 2000 patients pris en charge (Durée Moyenne de Séjour de 21 jours sur les 60 lits), l'UHSA a vécu 4 suicides de patients par pendaison. Pourrait-on comparer ces chiffres avec les taux de suicide de la population générale, ceux de la population carcérale et ceux de la population psychiatrique ? Parce que l'UHSA cumule 2 milieux particulièrement à risque (environnement carcéral et psychiatrie), il s'avère difficile d'établir des comparaisons significatives des taux de suicide selon les milieux. Si l'on voulait caricaturer, l'on pourrait supposer que, d'une part, l'on se suicide plus en prison puisque l'on est enfermé et privé de ses libertés et que, d'autre part, l'on se suicide plus en hôpital psychiatrique puisque celui-ci concentre une population souffrant de troubles mentaux.

Lors d'un forum sur « le suicide en établissement » en 2016, l'on a pu entendre que : « Le suicide peut être dû à **plusieurs facteurs** selon le rapport de l'Observatoire national du suicide : les **troubles psychiatriques**, le fait d'être **dans un milieu carcéral**, d'appartenir au milieu agricole, d'être âgé, mais aussi l'isolement social et la perte de rôle social (chômage, divorce). Une étude publiée dans le journal *Encéphale* en 2011, rapporte un taux de suicide de 5 pour 40 000 admissions. Les patients ayant un trouble mental présentent un risque suicidaire de 5 à 15 fois plus élevé que les sujets de population générale. Environ 3 à 4,5% de l'ensemble des suicides sont réalisés lors d'une hospitalisation en psychiatrie ou dans les 24 heures qui suivent la sortie. »<sup>6</sup>

<sup>5</sup> <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-hospitaliere-specialement-amenagee-UHSA>

<sup>6</sup> 6<sup>ème</sup> forum du groupe de recherche éthique, du 21 avril 2016, Fondation Vincent de Paul, Groupe hospitalier Saint Vincent et Espace de réflexion éthique Région Alsace (ERERAL), citant : [http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04\\_PS\\_Struct\\_sante/409\\_CVAGS/40904\\_Vigil\\_Secur\\_soins/4090402\\_Gestion\\_glob\\_risques/03\\_Reflexe/REFLEXE\\_08\\_psychiatrie.pdf](http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/409_CVAGS/40904_Vigil_Secur_soins/4090402_Gestion_glob_risques/03_Reflexe/REFLEXE_08_psychiatrie.pdf)

A l'UHSA, l'on réunit donc ces paramètres en prenant en charge des patients incarcérés, privés de leur liberté, présentant des troubles mentaux dont des troubles dépressifs – des patients avant tout avec un statut non-ordinaire. **Dès lors, les mesures de surveillance des risques suicidaires doivent-elles différer d'un service de psychiatrie ordinaire ?**

### *L'hospitalisation en UHSA*

A l'UHSA, les chambres sont individuelles et sont considérées comme un espace privé (le demandeur de préciser « encore plus qu'à l'hôpital »). En réponse à une volonté forte de l'équipe soignante, celles-ci ressemblent beaucoup à des chambres d'hôpital. Mais aujourd'hui, l'équipe se questionne : les lits médicaux pourraient-ils être remplacés à l'avenir par des lits scellés ? Des télévisions sont présentes dans chaque chambre, ce qui est relativement inhabituel dans le milieu de la psychiatrie où l'objectif est de faire sortir les patients de leur chambre. Cette mesure a été décidée en raison de l'interdiction de sortie de la chambre la nuit, car l'administration pénitentiaire impose que les patients soient enfermés dans leur chambre de 20h à 8h.

La nuit, tout comme le jour, si un patient « sonne », c'est un soignant et non un agent pénitentiaire qui se déplace. Les 12 heures d'enfermement nocturne sont perçues comme délétères par les soignants, même si ces 12 heures sont bien inférieures aux 20 heures d'enfermement dans un environnement pénitentiaire classique. En cas de très forte angoisse d'un patient la nuit, les soignants peuvent exceptionnellement le faire sortir de sa chambre.

En journée, en revanche, les chambres sont ouvertes et les patients peuvent circuler dans l'unité s'ils le souhaitent. Cela n'est pas conforme aux pratiques en prison où les détenus sont enfermés au moins 20 heures sur 24. En UHSA, des journaux sont mis à leur disposition et des activités leur sont proposées.

A l'UHSA, le lien avec les proches des détenus est préservé ; ils peuvent avoir des visites au parloir, tout comme en prison. La décision d'autoriser ou non un parloir est du ressort de l'administration pénitentiaire. Les patients-détenus sont amenés au parloir par les soignants puis c'est le personnel pénitentiaire qui prend le relais (pour la surveillance et la fouille). Les familles ne peuvent pas accéder à l'unité de soins, les parloirs ne sont donc possibles que lorsque le patient est en mesure de se déplacer (le demandeur de préciser que cela a pu poser des problèmes dans des contextes de fin de vie par exemple).

Ainsi, l'UHSA que certains nomment parfois « l'hôpital-prison » peut être perçue comme une « bulle d'hôpital » dans un cadre extérieur carcéral, à l'exception du contexte des visites des proches, des sorties à l'extérieur (pour aller fumer par exemple) et de la contrainte d'enfermement nocturne. S'agit-il pour autant d'une bulle d'hospitalité ? Cela semble apparaître comme un horizon de soin que le demandeur et plusieurs membres des équipes soignantes tiennent à maintenir. **Malgré le statut non-ordinaire du patient-détenu et la spécificité de l'UHSA hôpital-en-prison, les pratiques et préoccupations des soignants demeurent dans le champ du « soigner » et non dans celui du « punir ».**

### *Punir et/ou soigner*

**Concilier intimité et sécurité ne peut être conçu à l'identique dans une logique soignante et dans une logique carcérale**, les fins et moyens de ces deux logiques étant évidemment différents. La question de l'intimité se pose dans l'univers des soins pour tout service soignant hospitalier et elle se pose de plus en plus de par la place accordée aux usagers. Parce que l'intimité peut se trouver dévoilée, voire fragilisée dans les soins, l'on a pris conscience de l'importance de l'attention portée à la respecter. C'est une question qui semble moins présente dans l'univers carcéral. Mais alors, **bulle d'hôpital en prison, l'UHSA doit-elle concilier ces 2 logiques ?**

De la même manière, la question de la sécurité ne se pose pas à l'identique dans ces 2 logiques : si la logique soignante cherche à concilier intimité et sécurité, la logique carcérale privilégie la sécurité. Pour autant, l'existence des asiles psychiatriques n'est pas si loin. Nous n'entrerons pas dans les débats sur ces sujets. Il convient toutefois de se demander si la prévalence de la sécurité sur le respect de l'intimité ne représente pas, d'une certaine manière, un saut dans le passé de l'hôpital et plus encore de la psychiatrie ? Les psychiatres craindraient-ils une *redisciplinarisation*<sup>7</sup> de leur spécialité ? C'est une hypothèse qui se pose plus particulièrement pour les psychiatres exerçant en prison : l'on parle de mouvement de « carcéralisation » du soin psychiatrique : « Par cette notion, nous désignons la **pression sécuritaire** exercée par le pouvoir politique sur les psychiatres qui travaillent en prison, pression qui consiste à **exiger d'eux qu'ils deviennent des experts du risque** et de la dangerosité ; cette nouvelle exigence met à l'épreuve l'éthique et la déontologie du soin qu'ils cherchent à conserver. Plus de trente années après un effort de réflexivité critique des psychiatres sur le fonctionnement disciplinaire de l'hôpital, une **redisciplinarisation de la psychiatrie** est à l'œuvre, imposée cette fois de l'extérieur (surdétermination politique), et enfermée entre quatre murs »<sup>8</sup>. Une idée similaire est également développée par Anne Lécu, dans son livre « La prison, un lieu de soins ? »<sup>9</sup> ; nous y reviendrons plus loin lorsque nous parlerons du psychiatre et de son rôle.

Un texte de 2009, qui s'intitule : « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », revient sur l'histoire de l'enfermement du « fou » et de son isolement : « C'est au nom de l'humanisme que l'on a dès lors enfermé les « fous criminels » et les « fous à soigner » dans les mêmes lieux. C'est au nom de beaux principes que l'on a transformé de facto les futurs hôpitaux psychiatriques en prison, dès 1838, dans la loi qui permet le « placement d'office » et le « placement volontaire » des aliénés. C'est pour sauver de la guillotine ceux qui avaient déjà perdu la tête que l'asile fut créé et que la confusion entre soin et peine, hôpital et prison fut intégrée dans l'esprit des Français, puis du monde entier »<sup>10</sup>.

Dans la continuité et pour terminer sur ce contexte spécifique, il faut savoir que le concept même d'UHSA a parfois été remis en cause. En 2006, dans un texte intitulé « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? », Gérard Dubret qualifie les UHSA comme « un formidable effort dans la mauvaise direction ». A ce sujet, il écrit : « C'est bien évidemment pour remédier aux problèmes que posent les malades mentaux incarcérés que l'article 48 de la loi de programmation de la justice instaure des UHSA qui auront vocation à recevoir en hospitalisation des personnes détenues, avec une surveillance périmétrique de l'administration pénitentiaire. Si on peut admettre que l'importance de la morbidité que nous avons décrite chez les personnes détenues réclame des réponses soignantes qui comprennent des possibilités d'hospitalisation, chacun aura compris que cette évolution cautionne la présence de malades mentaux en prison et comporte le risque d'accroître encore leur nombre. »<sup>11</sup> Dans son article de 2009, J.-L. Roelandt explique que : « Au XIXe siècle, le psychiatre Sérieux disait déjà qu'il y avait 30% de malades mentaux en prison ! Aujourd'hui, plus de 200

<sup>7</sup> « Redisciplinarisation » est employé ici pour signifier le retour à la psychiatrie disciplinaire.

<sup>8</sup> Gilles Chantraine, « De la prison post-disciplinaire en général et de la carcéralisation du soin psychiatrique en particulier : le cas français », *actes de colloques, Montréal, 5-6-7 décembre 2007, équipe de recherche sur la pénalité (EREP), Centre International de Criminologie Comparée*.

<sup>9</sup> Anne Lécu, « La prison, un lieu de soins ? », *Les Belles Lettres, 2013*. Anne LÉCU, médecin à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en Ile de France depuis 1997 (également docteure en philosophie) était l'invitée d'un Midi éthique, organisé par l'EEHU de Lille, le 18 octobre 2016. Vidéo en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=wHSERm-RZ-Y>.

<sup>10</sup> Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique 2009/6 (Volume 85)*, p. 526.

<sup>11</sup> Gérard Dubret, « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? », *L'information psychiatrique 2006/8 (Volume 82)*, p. 667.

psychiatres exercent en prison et réalisent l'évaluation diagnostique de la population carcérale. En fonction des enquêtes, 10 à 60% des personnes emprisonnées auraient des troubles psychiques », tout en précisant que ces chiffres sont à regarder avec précaution, au regard des conditions de détention qui génèrent souvent au moins une souffrance psychique. Il écrit encore : « on peut craindre que les projets d'UHSA actuels ne soient détournés de leur but et servent de simple soupape à la prison. Leur implantation dans les hôpitaux généraux couplée aux UHSI aurait permis la prise en charge conjointe d'une psyché et d'un soma souvent très intriqués. »<sup>12</sup>

En 2013, Gérard Dubret publie de nouveau un texte sur ce sujet, sous la question : « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? ». Nous ne pouvons ici aborder de front ce problème. Toutefois, il nous semble intéressant de souligner le questionnement relatif à la mise en place des UHSA : « Soigner et punir (...) cette proposition appelle la création d'unités mixtes, à double compétence, à la fois psychiatrique et pénitentiaire au sein desquels les malades mentaux incarcérés pourront tout à la fois recevoir les soins qui leur sont nécessaires et purger les peines qui leur auront été infligées. Ce type de « prison hôpital » ou « d'hôpital prison » se développe inexorablement sous le vocable aseptisé d'UHSA ». Selon l'auteur, de telles unités remettent en cause le principe d'irresponsabilité pénale et si l'on peut trouver « chacun de sa place » des avantages à celles-ci, c'est en « méconnaissant les conséquences à long terme d'un tel dispositif »<sup>13</sup>.

Ainsi, concernant les UHSA, l'on peut parler de double compétence (citation précédente), de double tutelle, voire de double logique. Concernant les patients qui y sont hospitalisés, l'on peut parler de double statut, voire triple : détenu (avant tout), malade, mais pas n'importe quel malade, malade avec troubles mentaux – ce qui pèse lourd en matière de représentations sociales négatives et marque indéniablement l'identité de la personne. Intéressons-nous à présent aux acteurs concernés dans la présente saisine.

## **LES ACTEURS : DETERMINATION ET ROLE.**

### **Administration pénitentiaire et administration hospitalière**

L'UHSA est une unité hospitalière, qui dépend de la direction du centre hospitalier universitaire dont la tutelle est l'Agence Régionale de Santé. La mission de surveillance du périmètre extérieur et de sécurité des locaux de l'UHSA dépend de l'administration pénitentiaire. Lorsqu'un patient se suicide au sein de l'UHSA, l'annonce de son décès auprès de sa famille est réalisée par l'administration pénitentiaire. La famille peut ensuite être reçue par l'équipe médicale si elle le souhaite. De même, c'est encore l'administration pénitentiaire qui répond à la presse. Tout récemment dans un journal, sous la rubrique « prison », le directeur interrégional des services pénitentiaires confirme le suicide d'un détenu au sein d'une « structure qui accueille des personnes détenues à l'occasion d'un placement psychiatrique »<sup>14</sup> (il s'agit d'un suicide survenu au cours de l'examen de la saisine). Réitérons qu'il peut également s'agir d'une hospitalisation consentie.

Nous avons évoqué les logiques multiples, spécifiques à chaque institution. **Les missions de l'institution pénitentiaire relèvent de la sanction, de la sécurité et de la réinsertion, les missions sanitaires relèvent de la prévention de la santé, du soin et du secours. Ces missions peuvent-elles être assurées de manière indépendante ou sont-elles à concilier au sein de l'UHSA, et par qui ?**

<sup>12</sup> Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique* 2009/6 (Volume 85), p. 531-532.

<sup>13</sup> Gérard Dubret, « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? », *L'information psychiatrique* 2013/9 (Vol. 89), p. 707.

<sup>14</sup> « Prison. Accusé d'aide aux migrants, un détenu vietnamien se suicide », dans *20 minutes*, le 07 juin 2017.



L'on peut également se demander ce qui a motivé la mobilisation et les visites de ces institutions de tutelle et de contrôle au cours et à la suite de la série de suicides au sein de l'UHSA : une inquiétude quant à leur responsabilité, un souci altruiste envers les patients-détenus, la nécessité de ne pas perdre le bénéfice social de la punition par la Justice et la prison (Anne Lécu parlerait d'utilitarisme<sup>15</sup>), un questionnement ou un doute vis-à-vis de l'équipe, de ses compétences, de ses moyens, de son organisation, ou encore une crainte face au risque médiatique (indéniable de nos jours) et à ses potentielles conséquences ? **Lorsque des investigations sont sollicitées auprès des professionnels par les tutelles afin de déterminer les causes et de proposer des moyens pour diminuer le risque suicidaire, est-ce motivé par une logique soignante ou par une logique pénitentiaire ?** Quelles fins vise-t-on ? En vertu de quelles valeurs ? Quels moyens sont ou deviennent acceptables ? **Y a-t-il véritablement une double tutelle, pour qui, à quel endroit ?** Y a-t-il un équilibre entre les institutions, un dialogue ? Comment se représentent-elles l'une l'autre ? Quelles sont leurs relations et engagements ? Quelles sont leurs responsabilités respectives et l'une vis-à-vis de l'autre ? L'hôpital peut-il être tenu responsable en cas de suicide d'un de ses patients ?

Dans une revue de droit, on peut lire un commentaire d'une décision de la Cour de cassation de 2012 : « contrairement à certaines idées reçues, la faute de surveillance d'un établissement spécialisé en psychiatrie n'est pas plus sévèrement appréciée que celle d'un établissement de soins ordinaires en cas de suicide d'un patient au cours de son hospitalisation »<sup>16</sup>. Plus loin, « les cliniques psychiatriques ne sont tenues à l'égard des malades qui leur sont confiés que d'une obligation de moyens, consistant à assurer leur surveillance et à leur donner des soins d'après les prescriptions d'un médecin ». L'établissement doit prendre « les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité (...). Lorsque le patient présente des risques suicidaires qui ont été décelés par le médecin psychiatre (...), l'établissement doit se montrer particulièrement vigilant. » Plusieurs exemples de défaut de vigilance sont donnés dans le texte. « En revanche, lorsque la clinique a pris toutes les précautions nécessaires pour prévenir le dommage, elle n'est pas tenue pour responsable du suicide du patient (...). On peut, en effet, comprendre qu'il ne puisse être imposé aux cliniques psychiatriques de surveiller en permanence leur patient. La Cour de cassation a d'ailleurs précisé que la notion de surveillance constante (...) signifie qu'une personne soignante, engagée dans un projet thérapeutique, doit pouvoir intervenir à tout moment auprès du patient en cas de besoin ». L'auteure conclut son commentaire par : « Sauf à inciter les établissements spécialisés en psychiatrie à adopter des mesures attentatoires à la dignité de la personne humaine, on ne peut qu'approuver la Cour de cassation d'adapter ainsi sa jurisprudence à la difficulté que rencontrent ces établissements dans l'exercice de leur mission face à des patients parfois très déterminés (...) »<sup>17</sup>.

Nous reviendrons, dans une dernière partie, sur la vigilance, la surveillance et les mesures potentielles en matière de prévention du risque suicidaire. Pour le moment, la commission remarque que **si, dans ses missions de sanction, de sécurité et de réinsertion, la prison est un lieu de privation de liberté, elle a néanmoins accepté que les soins soient délégués au secteur sanitaire, à l'hôpital** – ce qui peut être interprété par certains comme un « bon » signal. **L'hôpital, lieu de soin, de prévention et de secours, a à s'interroger sur les mesures et moyens adaptés au contexte et aux patients qu'il prend en charge, tout en maintenant l'intimité à respecter pour chacun de ses patients** – certains d'y voir une **non-résignation** de l'hôpital, voire un rôle de **résistance**, pour **préserver la dignité de chaque être humain, indépendamment de son statut social et de son état de santé.**

<sup>15</sup> « La prison, un lieu de soin ? », Anne Lécu, Les Belles Lettres, 2013. Page 135 : « Finalement il s'agit bien d'utilitarisme puisque l'enjeu est une balance entre le bénéfice social de la mise à l'écart de certains et la somme de leurs souffrances qui ne doit pas venir ternir ce « bénéfice » - qui risque de l'être dès qu'il y a trop de suicide par exemple ».

<sup>16</sup> Sophie Hocquet-Berg\*, « La responsabilité d'un établissement spécialisé en psychiatrie en cas de suicide d'un patient hospitalisé à la demande d'un tiers, Cass. 1<sup>re</sup> cov., 13 décembre 2012, n°11-27616, non publié au bulletin », Revue générale du droit on line, 2013, n°4481 ([www.revuegeneraledudroit.eu/?p=4481](http://www.revuegeneraledudroit.eu/?p=4481)). \* L'auteure est professeure de droit privé et de sciences criminelles – Université de Lorraine (Metz), avocat au barreau de Metz.

<sup>17</sup> Voir le texte de Sophie Hocquet-Berg pour les références des différentes décisions de la Cour de Cassation.

Serait-ce un rôle plus encore dédié à la psychiatrie (par elle-même ou par d'autres) ? L'analyse des sujets impliqués dans la saisine permettra d'envisager des pistes de réponses. Mais avant de poursuivre cette analyse, il convient de préciser qu'il ne s'agit pas ici de caricaturer la logique carcérale au profit de la logique soignante. Anne Lécu explique que pour assurer le châtement, la mission des professionnels pénitentiaires consiste à : « empêcher les évasions (...), d'une part, maintenir l'intégrité physique de la personne détenue d'autre part (ce qui explique l'importance qu'ont pris les mesures contre les suicides depuis une dizaine d'années) »<sup>18</sup>. Une note vient préciser que « ce maintien de l'intégrité physique, dans la société carcérale qui est dangereuse, ne doit pas être regardé à la légère : des surveillants ont déjà déployé des actes d'héroïsme pour arracher les prisonniers à la mort (feux de cellule par exemple) ».

### **L'équipe soignante, ses compétences, son vécu**

L'équipe soignante de l'UHSA est composée de psychiatres, de psychologues et de professionnels paramédicaux. Les 4 cas de suicides ont été analysés et les investigations montrent qu'il n'y a pas eu défaut de surveillance de la part de l'équipe : les soignants sont passés à intervalle régulier mais les suicides se sont déroulés dans un temps très court, entre deux tours soignants. Cependant, aux yeux de l'équipe soignante, il semble que ces 4 suicides s'apparentent à 4 échecs thérapeutiques – ce qui peut également être lié au fait que cela apparaisse comme une « série » (4 en peu de temps). D'autant plus qu'en psychiatrie, il semble que le suicide d'un patient soit souvent considéré comme un échec thérapeutique évitable, contrairement aux échecs de traitements dans les autres disciplines médicales. **Mais qui est tenu responsable de quoi et par qui ?**

L'équipe paramédicale est constituée de jeunes professionnels récemment sortis des instituts de formations (moyenne d'âge de 25 ans). Sont-ils des professionnels volontaires ou contraints ? Sont-ils suffisamment expérimentés pour faire face à de telles réalités ? Une formation spécifique à la prise de fonction dans ce milieu est-elle prévue ? Au regard des mouvements fréquents de personnels qui nous ont été rapportés pour ce secteur, l'on peut aussi s'interroger sur l'attractivité de ces postes. Appellent-ils et apportent-ils des compétences spécifiques ou, au contraire, sont-ils discriminants, voire stigmatisants, pour le parcours professionnel ? Y postule-t-on par choix, par dépit, par obligation ? Y reste-t-on par choix et pendant combien de temps ? Ces questions concernent les champs des ressources humaines, de la gestion des compétences et du management d'équipe. Loin d'être anodines, elles sont soulignées dans la littérature, y compris sous l'angle de la cohésion, de la stabilité et de la dynamique de l'équipe de soin : « Le personnel soignant qui devra être volontaire, pour travailler dans ce lieu très particulier (UHSA), devra aussi avoir la possibilité de se « choisir », puisque au moins autant qu'ailleurs, il est nécessaire de mettre en place une dynamique d'équipe, préalable nécessaire au fait de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres. »<sup>19</sup> Elles représentent une piste de réflexion pour les professionnels eux-mêmes, pour l'équipe managériale mais également pour l'institution hospitalière. Les rôles peuvent être rappelés afin de clarifier les responsabilités au sein de ce secteur et en cas de tentative de suicide d'un patient – pour le professionnel lui-même (ce qui peut freiner un sentiment de culpabilité non justifié), pour la hiérarchie, pour la tutelle.

Quant à l'équipe médicale, si le psychiatre se doit de donner les explications nécessaires à l'institution et aux tutelles, il a aussi des « comptes à rendre » à la famille. Or « l'ambivalence des proches envers le psychiatre se transforme parfois en rancœur et expose le psychiatre au reproche de n'avoir pas tout tenté - par exemple en recourant à l'enfermement – pour l'éviter »<sup>20</sup>. L'on peut penser, en effet, que le patient soit en sécurité à l'hôpital – comment, dans ce contexte, le suicide de celui-ci peut-il être concevable aux yeux de ses proches ? Précisons

<sup>18</sup> « La prison, un lieu de soin ? », Anne Lécu, Les Belles Lettres, 2013, page 27.

<sup>19</sup> Angelo Poli, « Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique », *Perspectives Psy* 2006/4 (Vol. 45), p.372.

<sup>20</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.anps.ch](http://www.anps.ch)

toutefois que l'administration pénitentiaire est garante de la sécurité du détenu, que cette sécurité est déléguée à l'hôpital dans le cadre des soins au patient-détenu, et que ce patient demeure avant tout détenu puisque c'est l'administration pénitentiaire et non le médecin qui informe la famille. Néanmoins, à l'issue de cette annonce, le psychiatre propose systématiquement à la famille une rencontre (seule 1 des 4 familles a accepté cette rencontre avec l'équipe de l'UHSA).

Le lieu du suicide est déterminant de la **responsabilité** et du sentiment de **culpabilité** qui lui est associé : à l'inverse des suicides en prison (hors du champ d'action des soignants hospitaliers), les suicides en UHSA s'avèrent culpabilisants pour les soignants puisqu'il reste possible de se demander ce qu'ils n'ont pas fait, ce qu'ils ont mal fait, ce qu'ils auraient pu faire ou ne pas faire. Il nous semble important de souligner que ce sentiment de culpabilité révèle un engagement de la part du soignant – seul celui qui se sent concerné peut se sentir coupable. Il ne s'agit pas ici d'inciter les soignants à ressentir de la culpabilité. Il ne s'agit pas non plus, a contrario, d'empêcher ou de lisser ce sentiment. Entendre l'expression du sentiment de culpabilité peut induire une réflexion éthique au cas par cas et permettre à l'équipe de porter un regard constructif sur ses pratiques et ses responsabilités. Il en est de même de la **souffrance** éprouvée par le soignant et suscitée dans le contexte professionnel. Dans un texte de 1992, Paul Ricœur nous invite à réfléchir à ce que la souffrance apprend. Il explique, en parlant des soignants, que « **seuls les agissants peuvent être aussi souffrants** »<sup>21</sup> et que le souffrir altère à la fois le rapport à soi et le rapport à l'autre. Un des pièges de la souffrance est le repli sur soi, l'aveuglement par la souffrance, l'enfermement dans le sentiment d'impuissance. La souffrance engendrent « **des blessures qui affectent tour à tour le pouvoir de dire, le pouvoir de faire, le pouvoir de (se) raconter, le pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral** ». Néanmoins la souffrance interroge et enseigne, elle est révélatrice de tensions, à la fois d'une **compassion** et d'une **résistance** nécessaire face à l'injustice. Là encore, il n'est pas question de tomber dans « **les pièges du moralisme et aussi du dolorisme** », mais d'inciter à comprendre ce que les sentiments véhiculent. Selon Pierre Le Coz, les émotions permettent à chacun de découvrir les valeurs auxquelles il tient. Les émotions révèlent et réactualisent nos valeurs (elles sont des « modes d'accès à ... »), et donnent l'énergie affective pour les mettre en œuvre. Des échanges en équipe peuvent faciliter la compréhension de ces émotions et de ces valeurs.

Parmi ces valeurs – nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, apparaît la **résistance** du soignant, la **non-résignation** guidée par la nécessité de **persévérer dans le soin**. Dans sa réflexion sur la médecine carcérale, le Docteur Anne Lécu parle de la **perplexité** du médecin qui exerce en prison et à qui l'on demande d'être un expert plus qu'un soignant. Elle propose alors de « **se demander si la question posée est ou non médicale** »<sup>22</sup> et fait appel à ce qu'elle nomme *l'inquiétude morale* pour garder le cap des soins et éviter l'instrumentalisation (cette inquiétude sera abordée dans la dernière partie de l'avis). Cela rejoint ce qui a été précédemment évoqué sur les craintes d'un glissement vers un retour à la psychiatrie disciplinaire – questionnement d'actualité par ailleurs (cf. lien entre psychiatrie et dangerosité).

Ainsi, **la logique et les valeurs soignantes** peuvent servir de **repères dans le questionnement éthique** que le psychiatre et son équipe mènent relativement à des actions et moyens de prévention du risque suicidaire en UHSA, relativement à leur rôle, leur positionnement et leur responsabilité, en premier lieu vis-à-vis du patient.

<sup>21</sup> « La souffrance n'est pas la douleur », Paul Ricœur, communication de 1992 réalisée dans le cadre du colloque : « le psychiatre devant la souffrance ».

<sup>22</sup> « La prison, un lieu de soin ? », Anne Lécu, Les Belles Lettres, 2013, pages 125 et 126.

Comme nous l'avons souligné, le patient-détenu est un patient spécifique puisqu'il est et demeure détenu avant tout (et même après tout, l'administration pénitentiaire informant la famille du détenu en cas de suicide et quel que soit le lieu de celui-ci). De ce fait, le détenu est-il un patient comme les autres ? Est-il soigné comme les autres patients ? Dans quelles mesures les contraintes structurelles et organisationnelles en UHSA impactent-elles le soin et la relation thérapeutique ? Dans quelles mesures cela semble-t-il acceptable si l'on reste attaché à la logique soignante qui guide le questionnement de l'équipe de l'UHSA ?

La primauté du statut pénal réduit-elle la dignité de la personne hospitalisée ? La question ne peut être ignorée. De manière générale, il peut être utile de se rappeler que les missions du service public hospitalier sont entre autres définies par les principes d'égalité d'accès et de traitement. Ceux-ci sont issus de valeurs humanistes fondatrices de notre pacte social et traduisent en termes de santé physique et morale le respect de la dignité de tout individu, la non-discrimination et l'égalité de traitement dus à chaque citoyen. Dignité fait ici écho à la valeur universelle d'humanité conférée à chacun d'entre nous. Cette notion trouve ses racines dans la pensée stoïcienne et dans la philosophie des Lumières ; elle est déterminante dans la philosophie morale et politique de Kant : « (...) Kant soutient que chaque être humain est doté de dignité (Würde) en vertu de sa nature rationnelle (...). A certains moments, Kant semble suggérer que seule une personne douée d'une 'bonne volonté' parfaite peut avoir de la dignité, mais le point de vue qui domine la plupart de ses écrits éthiques est que **la valeur morale qu'il nomme 'dignité' doit être attribuée à tous les agents moraux, y compris ceux que leurs actions en rendent indignes.** (...) La dignité est 'une valeur inconditionnelle et incomparable' (...). Cela implique, par exemple, que la dignité d'une personne est indépendante de son statut social, de sa popularité ou de son utilité pour les autres, car les facteurs peuvent varier lorsque les circonstances changent. En outre, du fait que la dignité est 'incomparable', l'on ne peut dire qu'une personne a plus de dignité humaine qu'une autre ...»<sup>23</sup>. Si le concept philosophique est édicté dans une sphère théorique, il peut pourtant s'avérer un repère utile pour les questions que les soignants peuvent sans doute rencontrer concrètement au quotidien, dans la part relationnelle du soin au patient-détenu, mais aussi dans sa part technique, dans l'utilisation des moyens disponibles. Un repère pour questionner les représentations, les usages, les pratiques.

Revenons au statut complexe et pluriel du patient-détenu, un statut que nous avons qualifié de non-ordinaire et qui fait écho à ce que nous avons développé plus haut sur l'UHSA, ce *double milieu*. L'éthique soignante a coutume de prêter attention à la vulnérabilité du patient qui vient caractériser l'asymétrie de la relation médecin-malade (la vulnérabilité du patient d'une part appelle la responsabilité d'une posture ajustée de la part du soignant d'autre part). Le patient est considéré comme vulnérable parce qu'il est une personne blessée ou qui peut être blessée – Armelle Debru disant de la vulnérabilité : « **Sans le paraître, elle entame toujours l'intégrité de celui qui est atteint** »<sup>24</sup>. A la vulnérabilité du patient vient s'ajouter la fragilité du détenu (cette fragilité qui « **fissure et sape la solidité de l'être** »), une fragilité majorée pour le patient-détenu de par les troubles psychiques qui justifient une hospitalisation en UHSA. C'est un sujet qui fait débat de longue date - « **Les malades mentaux sont en prison** »<sup>25</sup> - et la saisine ne nécessite pas qu'on le développe davantage. Cela représente toutefois une réalité que l'on ne peut ignorer, qui vient préciser le contexte des soins en UHSA : « En

<sup>23</sup> Voir l'article « dignité » dans le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (tome 1, pages 523 à 528), sous la direction de Monique Canto-Sperber.

<sup>24</sup> Définition du mot « vulnérabilité » par Armelle Debru, professeure émérite d'histoire de la médecine, Magazine de l'espace éthique Ile-de-France, numéro 1, juin 2017.

<sup>25</sup> Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique* 2009/6 (Volume 85), p. 529.

fonction des enquêtes, 10 à 60 % des personnes emprisonnées auraient des troubles psychiques »<sup>26</sup>. En avril 2017, dans une tribune du Monde, Guillaume Monod abordait ce sujet en parlant de la surpopulation carcérale : « Elle doit imposer un questionnement sur la véritable nature d'une institution qui accueille une population caractérisée autant par la délinquance que par la pathologie psychiatrique. Ainsi, 10 à 20% des détenus en France souffrent d'un trouble psychotique, soit cinq à dix fois plus que dans la population générale »<sup>27</sup>. Sans réduire les tentatives de suicide aux pathologies psychiatriques, l'on pourrait également évoquer les troubles psychiques générés par l'incarcération, dont les troubles anxio-dépressifs. Nous y reviendrons dans la suite de l'analyse lorsque nous aborderons le suicide en prison et en UHSA.

### Les proches, les familles

Parmi les acteurs concernés, il y a les proches du patient. Ceux-ci ne peuvent occuper à l'UHSA la place qu'ils occuperaient dans un service de psychiatrie générale, en raison du statut pénal du patient et des contraintes fonctionnelles qui lui sont liées. Le rôle de ceux que l'on appelle aujourd'hui les aidants familiaux ou aidants naturels se trouve au cœur de réflexions éthiques actuelles (dans la prise en charge hospitalière et au domicile). L'UHSA porte déjà une attention particulière aux familles en cas de suicide de leur proche au sein de leur unité (une rencontre leur est proposée par le psychiatre). Sans présumé aucun et bien que l'on puisse imaginer que la famille ne soit pas forcément aidante dans certaines situations de tentative de suicide (intentionnellement ou pas d'ailleurs), l'on peut se demander si la complexité organisationnelle empêche toute réflexion sur la place des proches pour les patients suicidaires hospitalisés en UHSA, en amont de la tentative effective de suicide. Les visites en chambre étant exclues, n'y a-t-il pas d'autres moyens à imaginer (ou peut-être déjà en place) pour favoriser le lien, lorsque celui-ci peut évidemment s'avérer bénéfique à la prévention du suicide ? La commission consultative préconise non pas d'emblée de mettre en œuvre ces moyens de manière systématique (cela pourrait mener à des dérives), mais de réfléchir<sup>28</sup> à leur possibilité, leur légitimité, leur cadre.

Ainsi, à l'issue de l'analyse des acteurs concernés par le sujet de la saisine, l'on comprend que **certains paramètres relatifs au contexte et au patient ne dépendent pas des professionnels soignants de l'UHSA et qui, pour autant, ne peuvent être ignorés par ces derniers, ni par les institutions qui les encadrent.**

---

<sup>26</sup> Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique* 2009/6 (Volume 85), p. 530.

<sup>27</sup> Guillaume Monod, psychiatre à la maison d'arrêt de Villepinte et docteur en philosophie, « A Villepinte, il y a autant de malade que dans un hôpital psychiatrique », *Le Monde*, 11.04.2017, [www.lemonde.fr/idees/article/2017/04/011](http://www.lemonde.fr/idees/article/2017/04/011).

<sup>28</sup> Une référence éventuelle en sociologie : Caroline Touraut, « La famille à l'épreuve de la prison », PUF, 2012, collection Le lien social.

## LE SUICIDE

### Approches philosophiques et sociologiques : quelques exemples

Il ne convient pas, pour la commission consultative d'éthique, d'écrire une revue de littérature sur le très vaste sujet du suicide. Pour autant, l'analyse de la saisine nécessite que l'on s'y penche. Le suicide n'est-il que pathologique ? Répond-il à un désespoir métaphysique ? Représente-t-il, en prison, un moyen de contourner le système ou encore l'ultime évasion ? Traduit-il une rupture sociale ou un besoin de rupture sociale ?

Dans son recueil de textes intitulé « La mort », Patrick Dupouey écrit : « Il existe, pour se suicider, autant de raisons que de moyens. La philosophie s'est principalement demandé s'il pouvait y avoir de bonnes raisons de se donner délibérément la mort. (...) Comment un être peut-il désirer son propre anéantissement ? Faut-il supposer, comme Freud, une 'pulsion de mort' ? Ou bien n'attente-t-on à sa vie que parce que les forces vitales ne trouvent plus le chemin de leur accomplissement ? »<sup>29</sup>. Et de citer Pascal qui fait l'hypothèse du suicide par recherche du bonheur : « Tous les hommes recherchent d'être heureux (...). C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes, jusqu'à ceux qui vont se pendre ». Pour Schopenhauer, il s'agirait davantage d'une « exacerbation du vouloir-vivre : on ne se tue pas faute de désirer vivre, mais parce que le monde n'offre plus rien qui réponde à ce désir » explique P. Dupouey. Il évoque la prohibition religieuse du suicide (qu'il conviendrait de nuancer en fonction des cultes) à laquelle le philosophe Hume répond au 18<sup>ème</sup> siècle en expliquant que quoique l'homme fasse, il collabore à l'action de la Providence. Pour Hume, le suicide n'est pas non plus une transgression de ses devoirs moraux. Au contraire, dans l'éthique dite maximaliste de Kant<sup>30</sup>, il n'y pas de droit au suicide, le suicide est toujours immoral : le suicide est un meurtre, car la personne humaine n'est pas une chose, nul n'est propriétaire de soi-même. Par ailleurs, le suicide supprime la possibilité d'accomplir ses devoirs non seulement envers soi-même mais aussi envers autrui. Platon parle d'abandon de poste tout en admettant la possibilité du suicide lorsqu'exceptionnellement, il n'y a pas d'autre choix. L'on trouve l'idée de « sortie raisonnable » pour le sage dans la philosophie stoïcienne, tout comme chez Rousseau qui reconnaît la légitimité du suicide dans certaines situations. De ce point de vue, le suicide n'est moralement pas permis (il est parfois estimé lâche), tout en restant légitime *dans des conditions extrêmes*. A l'inverse, des éthiques minimalistes, pour lesquelles il n'y a pas de devoir moral envers soi-même, reconnaîtront une liberté individuelle à disposer de son corps et donc à se suicider. « Le matérialisme athée tient en général le suicide pour licite »<sup>31</sup>.

L'on ne peut aborder le sujet du suicide sans évoquer le sociologue français Émile Durkheim qui publie « Le Suicide » en 1897, s'intéressant à la construction de la cohésion sociale dans les nouvelles sociétés industrialisées de son époque. L'étude de Durkheim montre que le suicide augmente au 19<sup>ème</sup> siècle et il y voit « l'indice d'une misère morale ». Selon lui, « le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des

<sup>29</sup> Patrick Dupouey, « La mort » GF Flammarion, Corpus, 2004 - extrait du vade-mecum : « Suicide », pages 230-231.

<sup>30</sup> Emmanuel Kant, « Fondements de la métaphysique des mœurs », 1785 : « Un homme, à la suite d'une série de maux qui ont fini par le réduire au désespoir, ressent du dégoût pour la vie, tout en restant maître de sa raison pour pouvoir se demander à lui-même si ce ne serait pas une violation du devoir envers soi que d'attenter à ses jours. Ce qu'il cherche alors, c'est si la maxime de son action peut bien devenir une loi universelle de la nature. (...) Mais alors on voit bientôt qu'une nature dont ce serait la loi de détruire la vie même, juste par le sentiment dont la fonction spéciale est de pousser au développement de la vie, serait en contradiction avec elle-même, et ainsi ne subsisterait pas comme nature ; (...) elle est en conséquence contraire au principe suprême de tout devoir ».

<sup>31</sup> Patrick Dupouey, « La mort » GF Flammarion, Corpus, 2004 - extrait du vade-mecum : « Suicide », pages 230-231.

groupes sociaux dont fait partie l'individu »<sup>32</sup>. Les instances d'intégration comme la famille, la religion, les enjeux nationaux ... induisent un interdit moral au suicide. Le pouvoir de régulation d'une société, par les règles qu'elle impose aux individus, est également déterminant. C'est à partir de ces 2 facteurs – intégration et régulation – que Durkheim établit une typologie des suicides selon le défaut ou l'excès d'intégration sociale (manque de lien à autrui ou effacement de soi pour une cause plus grande) et selon le défaut ou l'excès de régulation sociale (repères et normes trop floues ou contrôle normatif trop important). **Le suicide devient un « fait social » causé par un déséquilibre du lien social.** Cette thèse sociologique permet une approche intéressante des suicides en UHSA, notamment pour les suicides qui surviennent peu avant la levée d'écrous. Cette approche pourrait fort probablement être utile pour l'institution hospitalière dans sa réflexion sur le choix des moyens de prévention du suicide, voire, pour l'administration carcérale notamment, pour ses missions d'intégration et de réintégration.

Un siècle après le décès de Durkheim, les statistiques présente le suicide en quelques chiffres : En 2010, 10 509 personnes se sont suicidées en France.<sup>33</sup> En 2012, 9715 personnes se sont suicidées en France métropolitaine, notamment en zones rurales, soit environ 27 décès par jour.<sup>34</sup> On retrouve également des données épidémiologiques (entre autres) dans le 2ème rapport de l'Observatoire national du suicide publié en 2016<sup>35</sup>.

### **Le suicide en prison**

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) publie, en avril 2011, un rapport intitulé « Suicide et tentatives de suicide dans le Nord/Pas-De-Calais, dont une partie intitulée « Autopsie du suicide dans les prisons du NPDC ». L'on peut y lire : « **Le taux de suicide augmente depuis 50 ans en population carcérale. Malgré la publication de nombreux rapports commandités par les ministères, par le Sénat, l'OMS ou par des organisations non gouvernementales, malgré les déclarations des ministres de la justice et des responsables de l'administration pénitentiaire soulignant que les suicides en prison sont des drames humains et doivent faire l'objet d'une priorité d'action, malgré un savoir grandissant sur le suicide et sa prévention, malgré les intentions affichées, malgré tout cela, l'incidence du suicide reste dix fois plus élevée qu'en population générale.** »<sup>36</sup>. La F2RSM identifie de nombreux facteurs de risque : des facteurs de risque liés à l'isolement et à la rupture, des facteurs de risque liés à la santé mentale, des facteurs de risque liés à la prison.

Parmi ces facteurs, l'on trouve la surpopulation carcérale qui aggrave le manque d'intimité et les violences, mettant à mal la dignité et l'identité des personnes : « **Plusieurs rapports ont identifié la surpopulation carcérale comme facteur de risque environnemental majeur du suicide. Les conséquences de la surpopulation sont multiples : la promiscuité et le manque d'intimité, mais aussi la menace permanente de violence dans les lieux communs (douches, cours de promenade) et parfois dans les cellules** »<sup>37</sup> (ce qui n'est pas le cas à l'UHSA).

---

<sup>32</sup> Emile Durkheim, « Le suicide », publié en 1897, réédité aux Presses universitaires de France, collection « Quadrige Grands textes », 2002 et 2007.

<sup>33</sup> <http://www.infosuicide.eu/pointdevue/statistique/index.htm> [archive] Infosuicide

<sup>34</sup> Anne Jeanblanc, « Suicide : près de 27 décès par jour en France » [archive], sur Le Point (consulté le 16 février 2016)

<sup>35</sup> « SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives », 2e rapport de l'Observatoire national du suicide, février 2016

<sup>36</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p13 « Suicide en prison : prévenir le désespoir »

<sup>37</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p13 « Suicide en prison : prévenir le désespoir »

Nous l'avons dit, parmi la population carcérale, l'on trouve des détenus avec des antécédents et/ou des pathologies psychiatriques, tout en ajoutant que l'incarcération et l'enfermement génèrent des troubles mentaux : « Souffrir d'un trouble mental est un facteur de risque de suicide, surtout si les soins manquent ou ne sont pas adaptés. Or, la prévalence des troubles mentaux augmente considérablement en milieu carcéral, milieu dans lequel l'accès aux soins est significativement plus restreint. Cette augmentation est d'autant plus spectaculaire qu'elle concerne les pathologies considérées comme les plus graves, c'est-à-dire les psychoses, les troubles bipolaires et surtout les comorbidités troubles psychiatriques - addictions. Au moins 1 détenu sur 5 souffre d'un trouble mental justifiant de soins. »<sup>38</sup>

Les investigations en santé mentale rappelle que 95 % des crimes sont commis par des personnes qui n'ont pas de trouble mental, que les patients psychiatriques sont 12 fois plus souvent victimes de crimes que la population générale, et que 90 % des suicides sont associés à des troubles mentaux<sup>39</sup> : « La population de détenus décédés par suicide est composée en grande partie d'individus vulnérables aux nombreux antécédents psychiatriques. En effet, plus de 2/3 d'entre eux avaient des antécédents d'hospitalisation et de suivi psychiatrique avant l'incarcération et environ 2 détenus sur 5 avaient déjà tenté de se suicider avant d'être incarcérés. De plus, 2 détenus sur 5 avaient des antécédents d'alcoolodépendance à l'entrée en prison et 2 détenus sur 5 avaient consommé et/ou continuaient à consommer des toxiques tels que le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. »<sup>40</sup>

Une autre notion semble incontournable si l'on aborde le sujet des suicides en prison : il s'agit du choc carcéral<sup>41</sup>. Ce choc est un facteur de risque de suicide du détenu que l'on situe entre les premières 24 heures et la première semaine vécue en cellule (*entre quatre murs*) en ayant perdu la possibilité de décider d'ouvrir la porte (ou de ne pas l'ouvrir). La personne détenue arrive dans un milieu inconnu, violent et qui appelle la violence (pour ne pas subir la violence des autres, il n'y a pas d'autre choix que de se livrer à des démonstrations de force). Les odeurs, le manque de lumière et le bruit permanent sont souvent décrits comme insupportables dans les témoignages. Ne plus être appelé par son nom mais être réduit à un numéro d'écrou s'avère objectivant pour l'individu<sup>42 et 43</sup>.

Sans l'expliciter, le présent avis se doit d'évoquer l'existence d'une politique de prévention du suicide des personnes détenues. Le rapport de l'Observatoire national du suicide de 2016 présente un historique de la politique de prévention du suicide des personnes détenues ainsi que le plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du garde des Sceaux de juin 2009.

---

<sup>38</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p13 « Suicide en prison : prévenir le désespoir »

<sup>39</sup> Rapport de la Commission « Violence et santé mentale » présidée par Anne Lovell, [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf)

<sup>40</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p15 « Autopsie du suicide dans les prisons du NPDC »

<sup>41</sup> Dominique LHUILIER et Aldona LEMISZEWSKA, « Le choc carcéral : survivre en prison », Paris, Éditions Bayard, 2001

<sup>42</sup> [https://omnilogie.fr/O/Qu'est-ce\\_que\\_le\\_choc\\_carc%C3%A9ral?!l'inhumanité\\_du\\_lieu](https://omnilogie.fr/O/Qu'est-ce_que_le_choc_carc%C3%A9ral?!l'inhumanité_du_lieu).

<sup>43</sup> Une autre référence éventuelle sur le choc carcéral : Pierre Botton, ex-détenu condamné il y a vingt ans pour abus de biens sociaux, qui a tenté de se suicider au cours des six cent deux jours de détention. Depuis, il milite pour limiter le choc carcéral, humaniser la prison et empêcher la récidive.



Quelques données chiffrées pour l'hôpital et la psychiatrie générale pour commencer : « L'incidence du suicide en milieu hospitalier est de 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques. Elle est de 1,8 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux généraux, soit quatre à cinq fois plus qu'en population générale. De 5 à 6,5% des suicides sont ainsi commis à l'hôpital : 3 à 5,5% en hôpitaux psychiatriques et environ 2% en hôpital général ». Ainsi, il y a « un risque suicidaire plus élevé chez les patients psychiatriques que chez les patients hospitalisés dans les services de MCO »<sup>44</sup>.

Les 4 patients-détenus qui se sont suicidés à l'UHSA sont passés à l'acte dans leur chambre - cet espace qui se veut, dans la mesure du possible imposée par les contraintes, un espace privé donc intime. Comment y conçoit-on la liberté d'agir et l'acte de suicide entre-t-il dans le champ de cette liberté ? La question de la libre disposition de notre corps et de notre propre vie ne sera pas résolue ici car, nous l'avons très rapidement abordé, les conceptions philosophiques ne sont pas unanimes. Du point de vue du droit, en France, le suicide n'est plus réprimé depuis le Code pénal de 1791<sup>45</sup>. Une tentative de suicide peut toutefois motiver une hospitalisation sans consentement. Pourtant, à défaut de l'interdire, la loi essaie de prévenir le suicide, particulièrement dans les lieux de privation de liberté. La loi de 2011 permet d'hospitaliser des individus contre leur gré, même si la famille n'est pas d'accord. Si ce « pouvoir » est conféré aux psychiatres (avec les responsabilités qui en découlent et sous le contrôle du juge), cela n'exclut pas la question de la mesure et des limites (qui s'intègre d'ailleurs dans le champ de ce pouvoir et de ces responsabilités) : jusqu'où faut-il aller dans les soins ? Prévenir, mais à quel prix ?

Au sein de l'UHSA, et pour la psychiatrie en général, l'on part du principe que **le discernement du patient qui passe à l'acte (tentative de suicide) est mis à mal, altéré, voire aboli**. Indépendamment des convictions personnelles de chacun, **cela représente a priori le seul positionnement professionnel possible**. Ceci dit, les raisons qui motivent ce passage à l'acte ne sont pas forcément uniquement pathologiques (même si ces raisons induisent des souffrances et des troubles psychiques). En effet, « le suicide est un événement complexe qui résulte de circonstances existentielles multiples que la psychopathologie ne saurait circonscrire, et un choix intime d'une personne dont le libre arbitre ne peut être complètement exclu en vertu de l'existence d'un trouble psychique »<sup>46</sup>. Un fait matériel est également à relever : si, en prison, le détenu a plus de « moyens » pour se suicider qu'en UHSA, il n'est pourtant pas seul (co-détenu) et ne dispose pas d'espace privé. Toutefois rien de tout cela ne suffit à expliquer le sens du suicide et la question de sa valeur demeure dans le cadre des soins psychiatriques pendant la peine carcérale. Comment considère-t-on le suicide, comment le qualifie-t-on ? Quels sont les moyens dont l'UHSA dispose pour le prévenir ?

<sup>44</sup> C. Martelli, H. Awad, P. Hardy, « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention », L'Encéphale, 2010, 36S, D83-D91

<sup>45</sup> Sébastien Annen, « Dominique Godineau. S'abrégé les jours. Le suicide en France au XVIIIe siècle », Annales historiques de la Révolution française - <http://ahrf.revues.org/12814> : *Le premier chapitre (« Le cadavre devant ses juges ») éclaire le traitement juridique et judiciaire du suicide, appréhendé par l'Ordonnance criminelle de 1670 comme un crime atroce de lèse-majesté humaine et faisant à ce titre l'objet d'une enquête du commissaire de police et de poursuites pénales post mortem – tout du moins lorsque les suicides ne sont pas désamorçés par les solidarités familiales et parviennent aux oreilles de la justice, c'est-à-dire peu souvent. La répression – quand elle a lieu – connaît un recul notable à partir de la seconde moitié du siècle et l'on remarque que les condamnations sont moins fréquentes lors du procès en appel devant les parlements de Paris et de Rennes. Dominique Godineau insiste sur la « décorporalisation » de la peine (p. 63) : le corps des suicidés n'est alors plus supplicié dans la rue et la confiscation des biens est minimale tandis que l'essentiel du châtement se focalise sur la damnation mémorielle. Cette évolution trouve un premier achèvement sous la Révolution lorsque le suicide est dépénalisé de façon « silencieuse » (p. 73). Sans grands débats, c'est par l'adoption du Code pénal (1791), supprimant l'Ordonnance criminelle, que le suicide n'est plus considéré comme un crime. Le Directoire quant à lui réaffirme dans le Code des délits et des peines (1795) que la mort éteint toute poursuite. Désormais considérés comme étant plus à plaindre qu'à punir, le suicidaire et le suicidé sont progressivement déresponsabilisés.*

<sup>46</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.ansp.ch](http://www.ansp.ch)

**Ce que le suicide dit, ce que le suicide est ... ?***Un échec thérapeutique ?*

Le suicide en psychiatrie, et plus particulièrement en UHSA, pourrait-il être un échec thérapeutique évitable ? « Alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation est souvent considéré comme ayant pu ou dû être empêché »<sup>47</sup>. L'échec thérapeutique se définit comme une situation dans laquelle se trouve un patient dont le traitement est devenu inefficace. Mais peut-on réduire le suicide à une inefficacité de traitement ? Pourtant, si l'on considère la thèse de Durkheim, cela signifierait que la prise en charge médicale puisse non seulement agir sur les troubles engendrés par les déséquilibres des liens sociaux mais également sur ces liens – ce qui ne peut être le cas, évidemment. Pour le dire autrement, suffit-il de revoir le traitement et de surveiller plus pour éviter le passage à l'acte et pour le rendre impossible ? Qu'est-ce qui relève du champ de la psychiatrie, qu'est-ce qui se trouve hors de ce champ et donc de sa responsabilité ?

*Un événement indésirable ?*

Pourquoi le suicide d'un patient-détenu est-il déclaré comme un événement indésirable en UHSA ? Cela a-t-il un rapport avec le statut pénal du patient ? En effet, légalement, tout suicide en détention doit être déclaré au procureur. Pour autant, faut-il le déclarer à l'Agence Régionale de Santé et pourquoi (et qui se doit de le faire) ? Considère-t-on le suicide comme un événement indésirable comme les autres et comme *un événement indésirable évitable* ? Pour qui est-il « indésirable » et comment devient-il « évitable » ? Si l'on rejoint ici le questionnement relatif aux investigations des institutions tutélaires, on l'étend à présent aux moyens qui pourraient rendre « évitable » l'événement « indésirable » ? (terme qui nous semble inapproprié)

**L'évaluation et la surveillance du risque suicidaire en UHSA.**

Selon le demandeur, environ la moitié des patients de l'UHSA sont hospitalisés pour risque suicidaire. Le risque suicidaire est évalué par l'équipe soignante en fonction des antécédents et des facteurs de risque. Pour les 4 suicides ayant eu lieu à l'UHSA, les patients avaient été identifiés comme présentant un risque suicidaire (non psychotiques), mais ils étaient hospitalisés depuis un certain temps et semblaient aller mieux. L'un des patients avait déjà tenté de se suicider ; deux autres avaient été admis à l'UHSA pour des syndromes dépressifs à tendance impulsive ; le dernier était un patient souffrant d'addiction. 3 des 4 patients sont passés à l'acte en journée (et donc en dehors des 12 heures d'enfermement de la nuit). Cela semble prendre très peu de temps et pouvoir échapper à la vigilance des soignants malgré une surveillance humaine accrue.

Comme dans les établissements pénitentiaires, l'UHSA dispose de chambres d'isolement, qui limitent matériellement le risque de suicide. Néanmoins, conformément aux recommandations relatives à l'utilisation de ces chambres en prison, la mesure ne peut être que transitoire. Il est à noter que certaines structures hospitalières prennent des mesures supplémentaires au nom de la sécurité, en recourant à la vidéo-surveillance dans les chambres d'isolement. A l'UHSA, il y a des caméras dans le service qui peuvent être activées dans certaines situations liées à la sécurité ; toutefois, les chambres n'en sont pas équipées – cela serait contraire au respect de l'intimité de la personne et à la conception de la chambre hospitalière comme un lieu privé. Pourrait-on imaginer privilégier la sécurité à l'intimité et utiliser la vidéosurveillance dans la prévention des suicides ? Quel en serait l'usage, quelles en seraient les limites ? Quels sont les autres moyens ?

<sup>47</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.ansp.ch](http://www.ansp.ch)

## **LA NATURE, LA PROPORTIONNALITE ET LA VISEE DES MESURES DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE**

L'analyse qui précède nous a permis de mieux situer le suicide en UHSA et de pressentir la complexité de sa prévention. Il y a une **gradation dans la surveillance du risque suicidaire** : les soignants peuvent être conduits à prendre des mesures exceptionnelles allant de la contention physique ou médicamenteuse à l'utilisation d'un pyjama anti-suicide, à l'absence de drap, ou encore, dans d'autres structures psychiatriques et lorsque les ressources humaines dédiées le permettent, à la surveillance rapprochée (1 soignant pour 1 patient, mais cela est impossible à l'UHSA), mais aussi à la chambre d'isolement. Ces mesures peuvent être prescrites et mises en place en cas de crise aiguë mais ne peuvent en aucun cas durer dans le temps, sous peine de devenir maltraitantes, contraire au respect de la dignité dû à tout patient dans le cadre des soins. Cela risquerait de briser l'alliance thérapeutique (difficile à créer) indispensable pour prendre en charge les patients, particulièrement en psychiatrie et d'autant plus avec des personnes vulnérables et fragilisées.

Il semble donc exister des moyens médicamenteux, techniques et architecturaux pour contribuer à la prévention des suicides, du moins lorsque la crise est repérée (et repérable) – ce qui dépend de l'évaluation par le psychiatre et de l'expression du patient (l'on ne peut obliger le patient à se livrer). « *L'évaluation du risque du passage à l'acte doit s'inscrire dans le cadre d'une relation thérapeutique ouverte et sincère et reste tributaire de l'appréciation subjective du clinicien. Les décisions qui en découlent exigent de tolérer une marge de manœuvre pour le patient et le médecin quant aux mesures thérapeutiques et de protection optimales à prendre* »<sup>48</sup>. L'existence de ces divers moyens n'empêche toutefois pas de s'interroger sur leur légitimité : qu'est-ce qui les justifie ? Sont-ils réellement adaptés ? Jusqu'où aller dans leurs usages ? (certains de dire « on ne va pas les attacher tout de même »). Comment évaluer la proportionnalité des mesures ?

La littérature propose plusieurs champs d'action possible en matière de prévention du suicide. Le présent avis n'a pas la prétention de se montrer exhaustif sur le sujet, mais souhaite davantage citer les champs qui pourraient être exploités par l'UHSA ou proposés par l'UHSA dans le cadre d'une réflexion plus large, avec les différents acteurs institutionnels concernés.

### ***D'abord repérer les troubles psychiatriques pour repérer les troubles suicidaires***

Dans son rapport, la F2RSM explique qu'il existe « *de nombreux programmes de prévention. Leur évaluation souligne que toutes les interventions ne sont pas équivalentes, l'intervention *potentiellement* la plus efficace étant le repérage systématique des troubles psychiatriques* »<sup>49</sup>. S'agissant des personnes détenues, l'on sait par ailleurs que « *pour les moments de passage à l'acte, deux périodes sont "facilement repérables" : les premiers jours d'incarcération eux-mêmes ; le moment du passage en jugement. La troisième « période à risque » est celle (qui survient hélas presque toujours) « de la rupture familiale » ; ce qui nous demande d'être attentifs puisqu'on n'est pas du tout certain que le détenu pensera à nous en parler* »<sup>50</sup>. Si le patient-détenu est hospitalisé en UHSA, c'est bien que les troubles psychiatriques ont été posés. Le risque suicidaire fait sans doute

<sup>48</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.anp.ch](http://www.anp.ch)

<sup>49</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p18 « La prévention du suicide : une éthique de l'inquiétude »

<sup>50</sup> Angelo Poli, « Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique », *Perspectives Psy* 2006/4 (Vol. 45), p.370.

l'objet d'une **évaluation systématique et répétée** lors d'entretiens avec le psychiatre, voire lors d'entretiens infirmiers. La période de détention semble déterminante, tout comme les **facteurs biographiques et psychopathologiques**. Car « les phénomènes suicidaires répondent à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Enfin ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque, mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Toute politique de prévention doit évidemment tenir compte de ces données (**corrélation, plurifactorialité, interaction**) au risque de passer à côté de son objectif »<sup>51</sup>. Si cela est bien connu des psychiatres, il n'est pourtant pas inutile de le rappeler pour décider, au niveau institutionnel, des objectifs et des moyens appropriés à la prévention, la protection et la surveillance des patients-détenus présentant un risque suicidaire.

De cette évaluation et du **partage** de celle-ci **en équipe** dépend aussi l'ajustement des moyens de prévention et de surveillance au niveau individuel, dont le degré d'attention portée par les soignants au patient (la réitération des contacts visuels est soulignée dans certains articles). La singularité de chaque patient-détenu représente, on l'imagine, un paramètre déterminant de ces moyens, de cette attention et, plus généralement, de la prise en charge. Cette singularité peut être plus ou moins dévoilée, selon l'interlocuteur, selon le moment, selon la durée d'hospitalisation ou encore la temporalité du patient, et l'on ne peut que **valoriser les échanges pluridisciplinaires** répétés dans le temps au sein de l'équipe (fréquents en psychiatrie) pour multiplier les informations relatives au patient, dans le respect du secret médical partagé.

### Prédiction - prévention

Si le psychiatre et son équipe peuvent évaluer le risque suicidaire et les moments de crise, cela reste *dans une certaine mesure*, il faut le souligner. Car, nous situant dans le champ de l'humain et de l'interrelationnel, il nous faut rappeler d'une part, **l'incertitude de ce risque** et, d'autre part, **l'incertitude de sa prévention**. Sur la prédictibilité du suicide, l'on peut lire, par exemple : « Il est largement reconnu que la capacité du psychiatre d'identifier le patient qui va mettre fin à ses jours est faible »<sup>52</sup>. Quant à sa prévention : « Le point de vue selon lequel un suicide ne peut jamais être absolument empêché même lorsque toutes les conditions optimales de soins sont offertes et que tous les moyens de surveillance humainement réalisables et médicalement justifiés sont mis en œuvre est largement admis ».<sup>53</sup>

Pour autant, l'on ne doit pas minimiser l'importance du repérage du risque suicidaire, ni celle des efforts réalisés dans l'intention de le réduire. En effet, pour la psychiatrie en général, il est recommandé, autant que faire se peut, d'interrompre le processus avant le passage à l'acte : « Les interventions de prévention secondaire reposent sur le constat que moins de 10% des personnes suicidaires parlent spontanément de leurs intentions alors que, dans l'année qui suit l'émergence de telles idées et en l'absence d'intervention, les probabilités cumulées de passage des idées de suicide au geste sont de 26%, des idées au plan de 34% et du plan au geste de

<sup>51</sup> Michel Walter, « La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention » dans le dossier « Prévention du suicide », adsp n°45, décembre 2003

<sup>52</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.anps.ch](http://www.anps.ch)

<sup>53</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.anps.ch](http://www.anps.ch)

72% »<sup>54</sup>. Ces chiffres concernent la population générale, et non pas les patients-détenus de l'UHSA. Néanmoins, force est de constater l'importance du repérage rendu possible par l'expression du patient, elle-même rendue possible dans une **relation thérapeutique de confiance** : « Il importe donc de repérer systématiquement l'émergence d'idées ou de plans suicidaires en posant la question de l'existence de telles intentions, ce qui permet d'engager un lien thérapeutique et entraîne un effet de soulagement »<sup>55</sup>.

### **Favoriser le lien social**

La rupture avec les proches a été identifiée ci-dessus comme un moment particulièrement à risque et très fréquent (souvent inévitable). Or, dans une étude publiée en 2014, l'on peut lire « l'importance du lien social entretenu entre le détenu et ses proches dans la mesure où le fait d'avoir reçu au moins une visite d'un parent ou d'un ami amoindrit le risque de suicide (0,4). Ces résultats confirment le rôle du soutien social mis en avant dans les études plus qualitatives, notamment au Royaume-Uni auprès des femmes (Marzano *et al.*, 2011) et de jeunes (Liebling, 1993) en prison. Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement sont socialement plus isolées que les autres, ce qui peut renforcer l'association entre l'absence de visite et le risque suicidaire »<sup>56</sup>. Dans notre analyse précédente relative aux acteurs concernés, les proches ont été identifiés comme tels. Nous avons suggéré de réfléchir à des moyens de préserver ce lien social, voire le redynamiser, qui soient compatibles avec le statut pénal des patients et avec leur sécurité, et cela particulièrement lorsque des moments de crise sont clairement repérés. Conserver des liens sociaux, c'est aussi garder une place auprès des autres, pour les autres, soumise à leur regard ; ce qui représente un objectif non négligeable si l'on fonde le raisonnement sur la thèse sociologique de Durkheim. D'un point de vue philosophique, **rester un être-pour-autrui** permet une continuité dans le processus de subjectivation de la personne (du sujet) : *Etre-pour-soi* nécessite d'*être-pour-autrui*<sup>57</sup>. Pour le dire autrement, les mesures permettant les interactions sociales, dont celles avec les proches, contribuent à lutter contre l'objectivation (l'on réduit le sujet à un objet) générée par l'enfermement, mais aussi contre une certaine objectivation générée par les soins<sup>58</sup>.

Une place est ici disponible pour la créativité du soignant<sup>59</sup>. Pourquoi ne pas également recourir à des personnes-ressources dans les domaines culturels ou associatifs ? Favoriser le lien social, c'est aussi créer les conditions de possibilité, au sein de la « bulle d'hôpital », de relations humaines et de relations de confiance, c'est répondre au devoir de **non-abandon** ...

<sup>54</sup> Vedrinne J, Weber D. Les étapes de la crise suicidaire. In : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris, John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie, 2001 : 9-19

<sup>55</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p18 « La prévention du suicide : une éthique de l'inquiétude »

<sup>56</sup> Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kenzey, Institut national d'études démographiques (INED), « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », Population, 2014, volume 69, pages 519 à 549. Disponible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-population-2014-4-page519.htm>

<sup>57</sup> En référence à la philosophie existentialiste de Jean-Paul Sartre (*L'Être et le Néant*) par exemple. Dans le registre théâtral, *Huis clos* illustre l'importance de l'autre.

<sup>58</sup> Dans leur dimension technique, les soins *objectivent* nécessairement le patient – objet de soin (cela vaut, pour partie, pour établir le diagnostic médical). Pourtant si cette objectivation se voit parfois renforcée par certaines pratiques injustes, elle peut aussi être relativisée par la dimension relationnelle des soins (créant les conditions d'une intersubjectivité).

<sup>59</sup> Une expérience avait été menée en réanimation avec la mise en place de cahiers de liaison que les proches remplissaient pendant le coma du patient ; le patient pouvait ainsi en prendre connaissance à son réveil afin d'instaurer une continuité dans la temporalité de celui-ci et d'éviter des moments de *vide* (de rupture) dans son histoire. L'on pourrait imaginer d'autres supports pour inciter les proches à s'exprimer.

### **Sécurisation des locaux hospitaliers**

Les mesures de sécurisation de l'environnement hospitalier vise à **réduire l'accessibilité aux moyens qui permettraient le passage à l'acte** : « (...) les points d'accrochages en hauteur (douches, radiateurs, lits, TV, sonnettes d'appel) doivent être supprimés, sinon limités et fragiles. Les fenêtres doivent être étroites, en verre incassable et munies d'une fermeture sécurisée ». Il s'agit également de **faciliter la surveillance** : « Les chambres doivent être visibles en totalité lors du passage de l'infirmier de nuit, les cabinets de toilette accessibles par les soignants, la salle des infirmiers doit permettre de surveiller les allées et venues dans le service. La surveillance est au mieux réalisée dans les chambres ou unités de "surveillance rapprochée", particulièrement sécurisées et situées à proximité immédiate de la salle des infirmiers ».<sup>60</sup> Ces mesures sont connues des équipes de psychiatrie et, a fortiori, de l'UHSA. Mais les rappeler ici peut servir à montrer que les mesures en matière de sécurité des locaux sont mises en place, tout en permettant une certaine intimité du patient. Aller plus loin en matière sécuritaire, ne serait-ce pas aller trop loin ?

### **Limites et proportionnalité, bienveillance et inquiétude**

Certaines préconisations sécuritaires maximales seraient possibles sur le plan architectural et sur le plan technologique par exemple : des chambres lisses, vides, entièrement visibles, filmées en permanence, ou encore des détecteurs de mouvements pendant la nuit, des traceurs d'activité cardiaque inhabituelle, etc. Et pourquoi pas encore attacher les patients jusqu'à ce qu'ils s'engagent à revenir à la raison ? Bien évidemment, il s'agit ici de propos volontairement ironiques dont l'intention est de montrer que l'on peut aller toujours plus loin dans les mesures sécuritaires. Mais alors est-ce encore le patient que l'on souhaite protéger ?

Si des **mesures coercitives** doivent être mises en place, elles ne peuvent être volontairement maltraitantes et ne peuvent être envisagées que **provisoirement, en dernier recours, pendant une durée limitée, en concertation et jamais seules**. Les mesures « anti-suicide » sont probablement comparables, pour partie au moins, aux soins psychiatriques sous contraintes. Ces mesures, comme ces soins, sont prescrits et encadrés – une réflexion sur la collégialité trouverait ici sa place. Dans un article de 2017<sup>61</sup>, contention et isolement (« ces pratiques qui mettent à mal les droits des patients ») font encore l'objet de questionnement et de recommandations dans les services psychiatriques<sup>62</sup>. « Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui » tout en sachant que « l'isolement et la contention ne peuvent être envisagés que lorsque des mesures alternatives, différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées (...). L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques ». Et la HAS de préciser que des explications doivent être données au patient « concernant les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée ». La HAS met en garde contre le mésusage de telles pratiques, expliquant les contre-indications : « aucune contention ne doit être entreprise "pour punir, infliger des souffrances ou humilier, ou établir une domination. Et surtout, en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou

<sup>60</sup> C. Martelli, H. Awad, P. Hardy, « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention », L'Encéphale, 2010, 36S, D83-D91

<sup>61</sup> Article d'Eric Faveau, Libération, le 20 mars 2017 - [http://www.liberation.fr/france/2017/03/20/contention-et-isolement-la-haute-autorite-de-sante-met-des-garde-fous\\_1556959](http://www.liberation.fr/france/2017/03/20/contention-et-isolement-la-haute-autorite-de-sante-met-des-garde-fous_1556959)

<sup>62</sup> Recommandations de la Haute Autorité de Santé : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2751206/fr/limiter-les-mesures-d-isolement-et-de-contention-en-service-psychiatrique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2751206/fr/limiter-les-mesures-d-isolement-et-de-contention-en-service-psychiatrique)

*organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels* ». Pour finir, la traçabilité de ces pratiques est recommandée (*déclarer, inscrire dans un registre*).

La réaffirmation actuelle de garde-fous en matière de pratiques coercitives met en évidence l'écueil toujours présent d'un **basculement non conciliable avec le soin et avec la bienveillance qui l'anime**. Cela pose la question essentielle des limites du soin, du pouvoir, mais aussi de la puissance et de la possibilité.

Toute mesure anti-suicides nécessite d'être examinée sous cet angle car de telles mesures peuvent s'avérer contre-productives, aggravantes, angoissantes, voire même tentatrices : « *Hormis les situations cliniques suraiguës et de péril en la demeure, par exemple lorsqu'un patient sur le point de se jeter d'une fenêtre doit être retenu ou lors d'une agitation avec menaces de se tuer immédiatement, qui peuvent légitimement exiger l'administration contrainte d'une médication sédatrice en urgence, les mesures de contraintes (fixation ou enfermement) ne sont plus considérées appropriées pour prévenir le suicide. Elles peuvent compromettre la thérapie par les effets néfastes sur la relation thérapeutique, risquent de rendre le suicide encore plus probable et n'ont pas démontré qu'elles en diminuaient le taux* »<sup>63</sup>.

Ainsi, c'est la **cohérence avec les missions et les valeurs soignantes** qui doit guider la réflexion, comme cela avait été suggéré déjà dans l'analyse des acteurs concernés notamment. Rappelons que dans son livre, Anne Lécu propose des pistes pour évaluer les demandes adressées au psychiatre (à qui l'on demande d'être un expert) et les mesures de protection ; l'auteure interroge : « *Quand on lui demande de préciser à l'administration pénitentiaire si X est un homme ou une femme, quand on lui demande si Y est ou non suicidaire et s'il faut le réveiller toutes les 2 heures, si W est dangereux, que doit-il répondre ?* ». Bien que le psychiatre de l'UHSA ne soit pas le psychiatre exerçant en prison, la réponse d'Anne Lécu peut être éclairante pour mieux situer la place du médecin, son rôle et la responsabilité qui lui incombe : « *La seule façon de se situer, c'est de se demander si la question posée est ou non médicale ; et si elle ne l'est pas, comment trouver une réponse qui le soit. C'est dire que dès la confrontation entre logique pénitentiaire et soignante, un petit clignotant s'allume. Il ne faut pas faire ni dire n'importe quoi. Il faut ruser (...). Cependant, à un moment, la ruse ne suffit pas et l'inquiétude, l'inquiétude morale surgit (elle n'a d'ailleurs pas à être résolue, mais à demeurer un aiguillon) : est-il possible de continuer à travailler là ? N'est-on pas instrumentalisé ? Notre présence ne sert-elle pas l'institution carcérale plus que les personnes détenues ?* »<sup>64</sup>.

Dans une perspective similaire, l'on parle aussi de **clinique de l'inquiétude**, sachant que « *l'éthique de l'inquiétude se traduit par une absence de repos vis-à-vis de l'autre, c'est-à-dire par le souci de l'autre* »<sup>65</sup>. Souci de l'autre, inquiétude morale, respect de la dignité comme une valeur universelle, attention à la singularité du patient, bienveillance, relation thérapeutique de confiance ... autant de repères délimitant l'éthique soignante.

<sup>63</sup> Georges Klein, institutions psychiatriques du Valais Romand, Suisse, « Le suicide à l'hôpital psychiatrique. L'enfermement le prévient-il ? », Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012 ;163(3) : 85-91 – [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch) – [www.anasp.ch](http://www.anasp.ch)

<sup>64</sup> « La prison, un lieu de soin ? », Anne Lécu, Les Belles Lettres, 2013, pages 125 et 126.

<sup>65</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p17-18 « La prévention du suicide : une éthique de l'inquiétude »

Les personnels de santé qui exercent à l'UHSA sont confrontés à la souffrance psychique des patients-détenus qui présentent un risque suicidaire. L'on peut imaginer que, dans certaines situations extrêmes, de jeunes professionnels se sentent démunis, voire impuissants – ce qui n'est pas sans risque et peut inciter des postures professionnelles inadaptées (hypo ou hyper-compassion, souffrance professionnelle, etc.).

C'est pourquoi, plus haut dans cet avis, une réflexion managériale institutionnellement soutenue a été suggérée afin de rendre possible une **cohésion d'équipe** permettant de faire face à de telles situations. Car « La prévention du suicide exige des soins de qualité, réalisés par des équipes soignantes en nombre suffisant, formées aux techniques de prise en charge psychiatriques et dotées d'une bonne cohésion »<sup>66</sup>.

Des **formations** sont également préconisées **pour repérer** le risque suicidaire, **pour accompagner et prendre en charge** des patients présentant ce risque, d'autant plus dans ce contexte spécifique de l'UHSA. Dans « Suicide ou tentative de suicide en psychiatrie », l'on peut lire s'agissant de la formation des équipes soignantes à l'évaluation et la prévention du risque suicidaire : « La formation de ces équipes vise à **renforcer leurs compétences soignantes** générales et dans la prise en charge du patient suicidaire (...) »<sup>67</sup>. Le plan de formation doit se voir renouveler (prévoir des « piqûres de rappel ») : « La formation à l'évaluation et à la prévention du risque est un des axes de la prévention du suicide : le plan anglais prévoit une formation tous les trois ans »<sup>68</sup>. L'on retrouve différentes dimensions dans la déclinaison du programme : « le renforcement de la cohésion des équipes (réalisation de « staffs » réguliers) ; le repérage et la gestion des mouvements contre-transférentiels vis-à-vis des sujets à risque ; l'établissement de relations de qualité avec les patients (infirmiers référents) ; le maintien d'un cadre thérapeutique stable : tout changement de thérapeute, même transitoire, doit être annoncé et préparé à l'avance avec le patient ; le repérage des situations à risque, qui doivent être préparées (...) »<sup>69</sup>.

La participation des professionnels de l'UHSA à des actions de sensibilisation, de **partage d'expériences et de savoirs** pourrait être encouragée (si ce n'est le cas) : « Depuis maintenant plus de 10 ans, l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Iréps) Nord-Pas-de-Calais organise des formations auprès d'un public toujours pluri catégoriel, dans différents milieux institutionnels : lieux d'enseignement (secondaire ou universitaire), établissements publics de santé mentale, établissements pénitentiaires, services hospitaliers, missions locales, gendarmeries. (...) Par ailleurs, l'Union nationale de prévention du suicide a favorisé la mise en place d'un Collectif régional, qui organise chaque année la journée régionale de prévention du suicide »<sup>70</sup>. Des **journées spécifiques aux soins en UHSA** seraient fort probablement d'une grande richesse (peut-être de telles initiatives ont déjà eu lieu).

Ainsi, de la compétence des professionnels dépend l'ajustement de leur pratique et de leur posture professionnelle. La stabilité de l'équipe ou encore le lien entre les métiers, au sein des équipes et entre elles, sont reconnus d'intérêt réel pour la qualité des soins apportés aux patients et pour que l'équipe puisse faire face aux souffrances et situations de crises.

<sup>66</sup> C. Martelli, H. Awad, P. Hardy, « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention », L'Encéphale, 2010, 36S, D83-D91

<sup>67</sup> « Suicide ou tentative de suicide en psychiatrie », PRAGE Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables – Aquitaine, n°8, juin 2013

<sup>68</sup> et <sup>67</sup> C. Martelli, H. Awad, P. Hardy, « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention », L'Encéphale, 2010, 36S, D83-D91

<sup>70</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p20 « Prévention des conduites suicidaires et interventions de crise »



La supervision, les groupes de parole, l'analyse des pratiques ou la relecture éthique de cas cliniques fait également partie des recommandations de la littérature et conférences de consensus : « les équipes doivent pouvoir bénéficier de séances de supervision clinique ou d'analyse de la pratique régulière, ajoutées à un solide renforcement des connaissances sur les pathologies psychiatriques »<sup>71</sup>. Dans cette perspective, l'on parle encore de *postvention*.

### **De la prévention à la post-vention**

La post-vention recouvre différentes actions proposées aux personnes ayant été exposées au suicide : non seulement l'entourage familial et amical, mais aussi les professionnels, voire les autres patients. Certains de parler de « procédures "post-événementielles" destinées aux équipes soignantes, aux proches du patient, aux autres patients »<sup>72</sup>. La post-vention participe aussi aux actions de prévention puisqu'un de ses objectifs est de prévenir les conséquences néfastes causées par la tentative de suicide ou le suicide d'un proche ou d'un patient, dont les comportements suicidaires.

Ces mesures post-événementielles s'adressent :

« - aux équipes soignantes : l'organisation d'une ou plusieurs réunions associant l'ensemble des soignants (chef de service, médecins, infirmières) doit permettre l'expression du ressenti de chacun (émotions, culpabilité ...), mais aussi l'analyse des conditions de survenue de l'événement et l'identification d'éventuels erreurs ou dysfonctionnements ;

- aux proches du patient, qui doivent être reçus dans le cadre d'un entretien, qui rend compte des circonstances du suicide. Il permet également aux proches d'exprimer leur souffrance, leur culpabilité ou leur ressentiment, et de poser leurs questions ;

- aux autres patients : l'attitude à leur égard doit être individualisée, prudente et nuancée, sans excès d'information mais sans déni d'une réalité souvent connue d'eux.

Dans tous les cas, une attention particulière sera portée à ceux qui ont découvert la scène (qui ont parfois tenté de porter secours), qui ont annoncé le décès aux proches, aux endeuillés : ceux-là devront être aidés. Une prévention des phénomènes de contagion suicidaire, puis d'imitation suicidaire, sera entreprise »<sup>73</sup>.

L'on peut également évoquer l'existence, dans le champ de la psychiatrie générale, d'une nouvelle prise en charge : le dispositif Vigilans, en adéquation avec une clinique de l'inquiétude évoquée plus haut. Un dispositif de veille a été mis en place sur Lille depuis 2015 et permet de « manifester plus durablement notre "inquiétude" pour le patient. En Belgique, on parle de "clinique du souci" pour dire cette intention de proximité si nécessaire. Les 6 premiers mois après la sortie de l'hôpital, le réseau Vigilans multiplie les moyens de rester en contact avec la personne. (...) montrer qu'on est là sans être envahissant, proactif mais pas intrusif »<sup>74</sup>. Cela permet en effet de diminuer la récurrence. « Certaines interventions, appelées systèmes de veille<sup>75</sup>, se sont révélées pertinentes en diminuant le taux de récurrence. Leur point commun est de proposer, dans les suites du passage à l'acte, de garder

---

<sup>71</sup> Angelo Poli, « Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique », *Perspectives Psy* 2006/4 (Vol. 45), p.372.

<sup>72</sup> « Suicide ou tentative de suicide en psychiatrie », PRAGE Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables – Aquitaine, n°8, juin 2013

<sup>73</sup> C. Martelli, H. Awad, P. Hardy, « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention », *L'Encéphale*, 2010, 36S, D83-D91

<sup>74</sup> « Tentative de suicide. Une nouvelle prise en charge très encourageante » (interview du Pr Guillaume Vaiva) – *Le cahier médecine, Top Santé* n°320, mars 2017

<sup>75</sup> Vaiva G., Walter M et Jardon V. Rester inquiet : les dispositifs de veille après une tentative de suicide. In : Courtet P, Eds. *Suicides et tentatives de suicide*. Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2010 : 277-282.

un lien avec le sujet sans pour autant se substituer à lui : remise d'une carte d'urgence avec un numéro de téléphone joignable 24h sur 24, envoi d'un courrier plus ou moins personnalisé par le service des urgences ou par le médecin qui a rencontré le patient, recontact téléphonique à type d'entretien de soutien, ajustant si nécessaire, le recours aux soins »<sup>76</sup>. Certes, cela dépasse largement le contexte si particulier de l'UHSA. Pour autant, n'est-il pas possible de s'en inspirer, voire de l'étendre à cette population si particulière ?

### **Positionner l'offre de soin en amont de la prison**

La réflexion portée par l'UHSA ne peut se limiter aux soins prodigués dans cette structure ; si elle concerne directement les équipes soignantes, elle dépasse largement leur responsabilité. Certains de dire : « D'abord et avant tout, il importe que l'essentiel des efforts soit porté en amont de la prison, c'est-à-dire avant l'incarcération, mais si possible aussi avant le passage à l'acte médico-légal. À la différence de la justice, la psychiatrie peut et doit avoir une action préventive. C'est donc en amont de la prison qu'il convient de placer les moyens, et non durant l'incarcération comme le font les UHSA »<sup>77</sup>.

Sans prendre parti dans ce débat, il nous faut toutefois préciser que toutes les actions qui pourraient être entreprises au sein de l'UHSA pour prévenir les tentatives de suicide ne pourront suffire à résoudre ce problème. Sans minimiser leur importance, la psychiatre Valentine Riehl reconnaît en effet le caractère parcellaire des moyens de protection et de surveillance du risque suicidaire. A eux seuls, ils ne peuvent suffire à prévenir le suicide des personnes en grande souffrance. C'est en ce sens qu'elle propose une re-subjectivation du détenu en prison : « Ainsi, la promotion de la santé semble être un autre outil de prévention complémentaire et indispensable ; elle consiste à faire de la prison un lieu de vie où le détenu est restauré dans sa dimension de sujet et reste auteur de sa vie »<sup>78</sup>. L'on suppose que le maintien de la subjectivité représente une authentique préoccupation dans les soins prodigués en UHSA. Sans doute cela mériterait-il d'apparaître comme tel dans la **culture de prévention et de prise en charge** des soignants qui implique et dépasse l'UHSA. Certains de poser la nécessité de construire une culture commune sur le suicide et sa prévention, pour dépasser les idées reçues et former les professionnels<sup>79</sup>.

### **Les soins ne s'arrêtent pas à la sortie de l'UHSA**

A la sortie de l'UHSA, un détenu qui n'a pas fini de purger sa peine est pris en charge par le DSP ou dispositif de soins psychiatriques au sein de l'administration pénitentiaire, par l'intermédiaire de la consultation de jour et du suivi psychologique (le dispositif dépendant du lieu de détention). Le retour en incarcération est difficile (sans doute peut-il apparaître insurmontable) de par la stigmatisation du patient psychiatrique – stigmatisation valable hors les murs de la prison. La continuité de la vigilance reste nécessaire. Cela fait-il l'objet d'une transmission spécifique ?

Si le détenu a purgé sa peine, la continuité des soins est automatique à la sortie de l'UHSA. Il peut alors être transféré en hôpital psychiatrique, être pris en charge par son psychiatre référent, être adressé par l'UHSA à un psychiatre, mais aussi être pris en charge en SMPR ou en hôpital de jour. Il est important de préciser que l'UHSA ne peut pas continuer à prendre en charge un patient qui n'est pas sous écrou.

---

<sup>76</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p18 « La prévention du suicide : une éthique de l'inquiétude »

<sup>77</sup> Gérard Dubret, « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? », *L'information psychiatrique* 2013/9 (Vol. 89), p. 710.

<sup>78</sup> Rapport F2RSM « Suicide et tentatives de suicide dans le NPDC – Avril 2011 p16

<sup>79</sup> « Prévenir le suicide : repérer et agir », adsp n°45, décembre 2003

Il semble important de rappeler ici que : « (...) les UHSA ne doivent surtout pas devenir des “lieux d’isolement” mais constituer une simple étape pour le patient détenu, la plus courte possible, dans la continuité de ses soins. Une grande articulation est donc nécessaire pour l’UHSA, à la fois en amont, avec le secteur psychiatrique en milieu carcéral (les SMPR, les UHSI, les établissements pénitentiaires) ou en aval, avec les secteurs de psychiatrie générale car ces patients ont vocation à ressortir un jour aussi du milieu carcéral ... ; et du milieu soignant ... »<sup>80</sup>.

### **Différencier les pouvoirs**

Pour qu’*un clignotant s’allume*, comme le préconise Anne Lécu, lorsque les logiques pénitentiaires et soignantes s’entrechoquent et se confrontent, reprenons les propos de Jean-Luc Roelandt qui parle d’un « changement de paradigme radical : au « soigner ou punir », qui a engendré la confusion (la prison qui soigne et l’hôpital qui enferme), il faudrait préférer le « soigner et punir », qui laisse à la psychiatrie le soin et à la justice la punition et l’enfermement – si nécessaire – pour les délinquants. Dans cette option, soigner et punir, la réinsertion et la réhabilitation doivent être au cœur de l’action des professionnels de chaque champ, afin d’œuvrer avec la personne concernée à sa réinsertion et ses soins. Pour y parvenir, il faudrait différencier clairement les pouvoirs :

- à la justice et la police le pouvoir de préserver ou supprimer la liberté ;
- **à la psychiatrie le pouvoir de soigner** – en n’importe quels lieux et situations, même et surtout en prison ;
- aux associations d’usagers de psychiatrie le pouvoir de se battre pour défendre leurs droits et être reconnus comme des citoyens à part entière »<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> Angelo Poli, « Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique », *Perspectives Psy* 2006/4 (Vol. 45), p.372.

<sup>81</sup> Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L’information psychiatrique* 2009/6 (Volume 85), p. 532.

Soigner des patients-détenus en UHSA revient à regrouper, dans un même lieu, les particularités et les difficultés de la population carcérale et de la population psychiatrique. Le risque suicidaire y est en permanence présent (les troubles psychiques, l’incarcération, l’isolement, la privation de liberté, la perte de rôle et la rupture du lien social représentent des facteurs déclenchant ou aggravant le risque suicidaire). Le statut du patient est lui aussi particulier, pluriel et complexe. Bien que l’on ne puisse faire fi de son statut pénal, y compris au sein de l’UHSA, il n’empêche que, comme pour n’importe quel autre patient, l’équipe psychiatrique se doit de le soigner dans le respect de sa dignité – valeur morale universelle et incompressible attribuée à tout individu, y compris à celui que les actions rendraient indigne. Parce que l’UHSA prend en charge des patients-détenus et que la sécurité du périmètre extérieur et des locaux de cette « bulle d’hôpital » dépendent de l’administration pénitentiaire, il arrive que logique pénitentiaire et logique hospitalière se confrontent. Comment donc concilier sécurité et intimité dans la prévention du risque suicidaire au sein de l’UHSA ? Comment demeurer dans le soin sans basculer dans les écueils de la coercition et de la maltraitance ? C’est le questionnement qui a été confié à la commission consultative d’éthique.

Notre avis ne prétend pas apporter une réponse définitive et unanime. Au contraire, à travers l’analyse du contexte, des acteurs, des mesures de prévention et de surveillance du risque suicidaire, nous avons tenté de montrer la complexité du sujet et, sans nous y attarder, l’existence des débats sous-jacents – des débats tantôt anciens, tantôt renouvelés sur les UHSA et sur la psychiatrie (punir et/ou soigner, la re-disciplinarisation de la psychiatrie, le psychiatre-expert ...). Nous avons tenu à mettre en exergue les valeurs chères au soin dont la non-résignation du soignant et sa volonté de **persévérer dans le soin**.

Après nous être rapidement penchés sur le suicide, nous avons tenté de proposer des pistes de réflexion et d’action, en rappelant la nécessaire **proportionnalité des mesures de prévention, de surveillance et de protection**. La cohérence avec les missions et les valeurs soignantes est apparue comme un repère fiable pour déterminer les limites de ces mesures – *se demander si la question posée est ou non médicale et trouver une réponse qui le soit*, comme le propose Anne Lécu. Progressivement se sont dessinés les contours éthiques d’une **clinique de l’inquiétude morale** des soignants à l’égard des patients qui nous oblige à porter un regard sur le suicide dépassant « l’événement indésirable évitable ».

Il est apparu important de parler de la gradation des mesures de surveillance du risque suicidaire, fondée sur des critères cliniques, pour éviter les mésusages. Plus la mesure apparaît contraignante, plus elle doit faire l’objet d’attention et de consensus : elle ne peut être qu’exceptionnelle, transitoire, de courte durée, doit faire l’objet de collégialité, d’encadrement, de suivi et d’explication. Une telle mesure ne doit pas être mise en œuvre dans une optique maltraitante, pour punir ou humilier. Car le « pouvoir » de la psychiatrie s’inscrit dans le champ du *soigner*. Un champ qui nécessite des compétences, des formations, une culture commune, une supervision. Mais nous avons rappelé l’incertitude du suicide, l’incertitude de son évaluation et de sa prévention, ainsi que les **limites de la responsabilité et des possibilités d’action de l’UHSA**. La réflexion déborde du cadre de l’UHSA, de nombreux paramètres ne dépendant pas des équipes de psychiatrie qui y travaillent au quotidien. Idéalement il serait sans doute fructueux que les 2 institutions – sanitaire et pénitentiaire – instaurent un dialogue entre elles pour mettre en place des actions cohérentes, tout en maintenant chacune leurs missions respectives et légitimes dans chacun de leur domaine. Prévenir le risque suicidaire ne s’arrête donc pas aux portes des salles de bain, ni aux portes de l’UHSA ...