

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Avis du 19 août 2026 relatif à la prévention du suicide en prison

NOR : CPLX2624760V

D'après les statistiques européennes recueillies dans l'étude SPACE du Conseil de l'Europe, la France figure parmi les pays dont le taux de suicide en détention est le plus élevé (1), s'établissant à 19,4 pour 10 000 détenus, quand la médiane européenne est à 7,3 suicides pour 10 000 détenus. Ce constat s'inscrit dans un contexte d'augmentation continue de la surpopulation carcérale (2) que le CGLPL observe depuis de nombreuses années (3).

Le ministère de la justice recense annuellement le nombre de morts au sein des lieux dont il a la responsabilité, sans rendre ces données systématiquement publiques. En prison, le suicide représente chaque année plus de 50 % des décès : 138 en 2022, 150 en 2023, 141 en 2024 et 136 en 2025.

Les données sur le nombre de suicides en détention varient selon les années et les sources, y compris parfois d'après une même source (4). Ces variations s'expliquent par la difficulté à déterminer l'intention de l'intéressé. Seules les pendants et les automutilations graves sont d'office considérées comme des suicides. Les décès causés par intoxication médicamenteuse ou par incendie sont considérés comme « litigieux » (5), et faisaient l'objet d'une analyse et d'une qualification par la commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires qui ne se réunit plus depuis 2017 (6). Il en résulte que le nombre exact de suicides est certainement sous-estimé. Leur récurrence a conduit, en 2020, les ministères de la justice et de la santé à solliciter une inspection conjointe de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de la justice (IGJ) sur la politique nationale de prévention du suicide en prison. Le rapport, de mai 2021, contient près de 40 recommandations, dont la majorité demeure d'actualité, faute de mise en œuvre concrète ou de modification *ad hoc* des textes réglementaires et législatifs (7).

Le CGLPL constate que le nombre de détenus souffrant de troubles mentaux augmente, sans évolution de l'offre de soins en santé mentale. La politique de prévention du passage à l'acte repose avant tout sur la surveillance et la gestion de crise. Pourtant, la prévention effective du suicide doit se situer bien plus en amont et passer par l'accompagnement et le soutien au long cours des personnes concernées. Les outils et les dispositifs existants restent insuffisants et, en tout état de cause, inefficaces.

1. Un nombre croissant de détenus atteints de troubles mentaux sévères sont incarcérés

Un nombre croissant de détenus atteints de troubles mentaux sévères sont incarcérés en dépit de sérieux doutes sur la compatibilité de leur état avec la prison voire de la certitude (8) qu'il est incompatible. Le personnel pénitentiaire relaie fréquemment son impuissance à communiquer avec ces personnes et dénonce leur présence en milieu carcéral alors que leur prise en charge relève de manière évidente de la psychiatrie. Le risque suicidaire de ces personnes, par ailleurs souvent qualifiées « d'hétéro-agressives », est régulièrement sous-évalué par le personnel pénitentiaire et les soignants eux-mêmes. La justice continue d'incarcérer massivement (9) des personnes qui requièrent des soins psychiatriques urgents, parfois le week-end, alors qu'aucune permanence des soins n'est organisée dans les établissements pénitentiaires.

D'après l'analyse des 184 comptes-rendus de retours sur expérience communiqués pour les années 2023 et 2024, 83 personnes décédées par suicide avaient un trouble psychiatrique connu, parfois dès l'incarcération, et signalé sur la notice individuelle par le magistrat (10).

Les personnes dont l'état psychiatrique est manifestement incompatible avec la détention ne doivent pas être incarcérées. Elles doivent bénéficier dans les plus brefs délais d'une prise en charge sanitaire adaptée.

Ces constats sont d'autant plus graves qu'ils s'inscrivent dans un contexte national d'accès dégradé aux soins psychiatriques en milieu carcéral par l'effet combiné du sous-dimensionnement des structures de soins face à la surpopulation carcérale, et de difficultés majeures de recrutement de personnel médical et soignant. Dans certains établissements, ces difficultés sont telles qu'aucun psychiatre n'intervient, ou qu'un psychiatre intervient à une fréquence insuffisante : dans un établissement, il n'est présent qu'un après-midi toutes les cinq semaines, alors que plusieurs cellules du quartier d'isolement sont occupées par des personnes souffrant de troubles psychiques. Selon les établissements, les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un psychiatre sont de quatre à six mois, et peuvent atteindre huit mois. L'accès à des soins psychiatriques de qualité en milieu carcéral est donc rarement garanti et l'hospitalisation souvent nécessaire.

D'après les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le nombre de détenus hospitalisés à temps complet en service de psychiatrie au cours de l'incarcération a crû de 2 150 en 2020, à 2 377 en 2022 et 2 709 en 2024 (soit + 26 %). Parallèlement, le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet de détenus est passé de 67 260 jours en 2020, à 76 435 jours en 2022, et 98 299 jours en 2024 (soit + 46 %).

Il n'existe que neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sur le territoire national. Plusieurs d'entre elles ont fermé une partie de leurs lits faute de ressource médicale et soignante. Dans les autres UHSA,

certaines lits sont occupés durablement par des détenus susceptibles d'être déclarés pénalement irresponsables. Les délais d'attente pour une place dans ces services varient de 10 jours à 4 semaines et des listes d'attente sont établies. Les hospitalisations dans l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont également compromises pour les mêmes raisons. En cas de danger, les personnes en crise suicidaire peuvent être extraites vers les urgences ou le service de psychiatrie de l'hôpital de rattachement, pour des durées souvent brèves. Il arrive qu'elles retournent en détention le jour-même. Parmi les personnes qui se sont suicidées en détention ces dernières années, plusieurs, après de très brefs séjours à l'hôpital de rattachement, étaient sur liste d'attente d'une UHSA. Une personne s'est suicidée au quartier disciplinaire (QD) alors qu'elle faisait l'objet d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation en soins sans consentement (SDRE), non exécuté faute de place à l'UHSA et dans le service de psychiatrie de rattachement.

Les retours d'hospitalisation sont souvent mis en œuvre sans articulation avec l'unité sanitaire de l'établissement, ni planification d'une consultation de suivi dans un délai raisonnable. En outre, il n'est pas rare que les détenus atteints de troubles psychiatriques sévères refusent de se rendre à l'unité sanitaire et se trouvent en rupture de soin, sans que le personnel soignant ne les rencontre pour évaluer leur état clinique et leur proposer de reprendre des soins. L'état de santé des intéressés s'aggrave à nouveau et il faut ensuite les prendre en charge en urgence, souvent dans les mêmes conditions.

L'accès et la prise en charge des patients doivent être garantis sans délai auprès des équipes de psychiatrie en prison, au SMPR, en UHSA, ou à l'hôpital de rattachement lorsqu'une indication médicale est posée. Le nombre de soignants doit être adapté au nombre de personnes incarcérées dans l'établissement. Une évaluation et un accompagnement doivent être proposés en bâtiment pour les détenus refusant de se rendre en consultation. L'organisation de la continuité des soins psychiatriques doit être effective lors du retour en détention.

2. La politique de prévention du suicide en détention repose principalement sur la surveillance et la gestion de crise

2.1. Le placement sous surveillance adaptée

Les décisions de placement sous surveillance renforcée, dite « *adaptée* », sont prises dans le cadre de commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) « *prévention du suicide* », qui se limitent souvent à un examen rapide et sériel bimensuel des dossiers pour statuer sur le maintien ou la levée de la surveillance.

Dans plusieurs établissements, le nombre de mesures de surveillance renforcée est élevé, parfois jusqu'à 12 % de la population pénale, pour des motifs divers, parfois dépourvus de lien avec le risque suicidaire (11), car l'administration pénitentiaire souhaite se prémunir contre l'engagement de sa responsabilité en cas de passage à l'acte. *A contrario*, le CGLPL a constaté que des personnes signalées comme suicidaires par leurs proches (12) ne sont pas toujours immédiatement placées sous surveillance adaptée.

Dans la majorité des établissements visités, le personnel de l'unité sanitaire participe aux CPU ou émet un avis sur l'opportunité du maintien de la surveillance. Lorsque ce n'est pas le cas, plusieurs motifs sont invoqués, tenant notamment au respect du secret médical, à la volonté de ne pas connaître les informations du dossier pénal parfois évoquées lors de ces CPU, ou encore à des contraintes d'effectifs. Or, une approche pluridisciplinaire est absolument nécessaire.

Tous les services qui participent à la prise en charge des détenus doivent se coordonner et échanger les informations utiles à la prévention du risque suicidaire afin que chacun puisse, dans son domaine, prendre toute mesure de nature à le prévenir. Dans le respect du secret médical, l'unité sanitaire doit être représentée lors des commissions pluridisciplinaires uniques de prévention du suicide.

La surveillance adaptée se traduit concrètement par la réalisation de quatre rondes de nuit à l'œilleton, avec éclairage de la cellule, au lieu de deux (13). Dans les situations les plus à risque, cette surveillance peut être horaire, de jour comme de nuit. Les réveils avec demandes de signes de vie perdurent dans certains établissements. Or, comme rappelé en 2019 (14), les personnes à risque suicidaire sont victimes d'un « phénomène paradoxal » : d'un côté la prescription de somnifères et, de l'autre, l'obligation d'être réveillé à plusieurs reprises au cours de la nuit afin de manifester un signe de vie à l'agent rondier. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) affirme pourtant que « *les contrôles visuels accompagnés de l'allumage systématique de la lumière durant la nuit peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la santé. La perpétuation de telles mesures sur plusieurs mois voire années est susceptible d'entraîner des troubles psychologiques ou d'aggraver des problèmes existants, notamment le risque suicidaire. Cette pratique encourage également l'oisiveté diurne, les personnes préférant dormir la journée, quitte à ne pas aller à la promenade ou aux activités* » (15). Lorsque cette surveillance est mise en œuvre, elle affecte également le sommeil des codétenus qui partagent la cellule de la personne vulnérable.

Les réveils successifs portent atteinte à l'intégrité physique et psychique des personnes détenues. Ils doivent être proscrits, sauf situation exceptionnelle et limitée.

2.2. Le recours à la cellule de protection d'urgence

En cas de geste suicidaire ou de verbalisation d'une telle intention, la cellule de protection d'urgence (CProU) peut être utilisée sur décision d'un gradé ou du chef d'établissement, le temps qu'un médecin puisse évaluer l'état de santé de l'intéressé et décider d'une éventuelle hospitalisation. Ces cellules « lisses », équipées *a minima*, souvent sales, sont particulièrement indignes, voire dangereuses (16).

Chaque placement doit être tracé et transmis à la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) compétente. Dans 4 des 10 DISP, 1 143 placements ont été recensés en 2023, avec, selon les DISP, un taux d'hospitalisation à l'issue variable, de 3 % à 36 %. Plusieurs mesures sont supérieures à la durée maximale de 24 heures (17) : la CProU est en réalité utilisée comme une chambre d'isolement de psychiatrie, souvent à la demande du médecin régulateur, voire du médecin des urgences qui reçoit la personne en crise et la renvoie en détention sans aucun soin. Certains médecins émettent des certificats de maintien en CProU. D'après les informations communiquées par la direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP), le nombre de placements en CProU a, sans explication, augmenté de manière significative dans les DISP de Rennes, Lyon et Paris entre 2023 et 2024.

Les détenus placés en cellule de protection d'urgence doivent faire l'objet d'un examen médical dans les plus brefs délais. Le temps de placement ne doit pas excéder celui, strictement nécessaire, de la prise en charge sanitaire adaptée de la personne détenue. La cellule de protection d'urgence doit être nettoyée entre chaque occupation, et équipée d'un matériel adapté et fonctionnel.

Une analyse régulière du nombre et de la durée des placements en cellule de protection d'urgence doit être effectuée par les DISP afin de limiter leur usage abusif.

3. La formation des agents pénitentiaires et l'analyse des gestes professionnels lors des interventions sont insuffisantes

3.1. La formation des agents

La formation des agents pénitentiaires en matière de prévention du suicide, décrite par la DGAP comme « *un rouage essentiel dans le cadre du dispositif de prévention du suicide des personnes détenues* » est insuffisante. Elle se résume à la formation initiale, sans aucune réactualisation, même dans les établissements confrontés à un nombre important de suicides.

La charge de travail des surveillants en sous-effectif ne leur permet pas d'assister à la formation continue, censée approfondir et actualiser ces acquis. Ainsi, la DISP de Rennes a annulé 6 des 16 sessions de formation continue TERRA organisées en 2025 faute de nombre suffisant d'agents inscrits.

Le binôme de référents (18), chargé d'impulser et de coordonner la politique interne de prévention du suicide dans chaque établissement, n'est pas systématiquement désigné et ses échanges ne sont pas toujours formalisés ni institutionnalisés lorsqu'il existe.

Enfin, s'agissant de la prise en charge des détenus lors d'un incendie de cellule, le CGLPL a constaté, à l'occasion de deux incidents similaires, que deux détenus sortis de leur cellule incendiée avaient été ensuite menottés dans le dos et allongés à plat ventre sur le sol, dans l'attente de l'arrivée du SAMU. Dans un cas, l'intéressé, décédé quelques jours plus tard de ses blessures, avait fait l'objet d'une palpation de sécurité par un agent alors qu'il était grièvement brûlé. Dans le second cas, les agents avaient exercé une pression sur le dos de la personne allongée, durant huit minutes, avant de réaliser qu'elle ne respirait plus et d'effectuer les gestes de premiers secours. Les gestes professionnels adoptés n'ont été ni analysés ni repris par le chef d'établissement, alors que le contrôle des gestes professionnels doit être effectué avec diligence.

D'après l'analyse de la DGAP, un décès sur cinq à la suite d'une tentative de suicide survient à l'hôpital malgré les gestes de réanimation initiés par les agents pénitentiaires, relayés par les services de secours. Une étude démontre qu'en France, après des gestes de réanimation, les détenus ont près de deux fois moins de chance de survie à trente jours que le reste de la population (19).

Le personnel pénitentiaire doit bénéficier d'une formation initiale complète, régulièrement actualisée, à la prévention du suicide, aux gestes de premier secours et à la prise en charge des détenus dans les suites d'un incendie. En particulier pour les agents affectés aux quartiers spécifiques.

Les personnes grièvement brûlées ou intoxiquées par les fumées ne doivent pas être menottées, entravées, ni faire l'objet de palpations de sécurité. Mais au contraire placées dans une position leur permettant de respirer sans aggraver leurs blessures, dans l'attente de l'arrivée des soignants de l'unité sanitaire et des dispositifs de secours.

3.2. Le pilotage des directions interrégionales des services pénitentiaires

Dans la majorité des situations observées, les DISP sont peu proactives : en cas de suicide dans un établissement pénitentiaire, elles sont chargées, en lien avec les chefs d'établissement, d'organiser et de piloter systématiquement un retour d'expérience (RETEX) permettant d'analyser la prise en charge de l'intéressé au cours de son incarcération, la découverte de son suicide, les gestes de premier secours mis en œuvre, ainsi que l'information des autorités et des proches. Il s'agit d'identifier des pistes d'amélioration et des mesures à mettre en œuvre dans un objectif de prévention.

Cependant, tous les suicides ne sont pas suivis d'un RETEX : d'après la DGAP, seuls 60 % le sont. Selon les DISP ou les établissements, la qualité des comptes-rendus de ces réunions est variable. Certains ne permettent de comprendre ni la prise en charge de la personne au cours de son incarcération, ni les circonstances de sa mort, ni le déroulé de l'intervention. Ils ne mentionnent pas systématiquement les modalités d'information des proches et de l'avocat. Dans le cas du suicide d'une personne placée au quartier disciplinaire alors qu'elle avait été hospitalisée en psychiatrie précisément en raison du risque suicidaire quinze jours plus tôt, le compte-rendu omettait certains éléments essentiels (20).

Lorsque des préconisations sont formulées dans ces documents, le suivi de leur mise en œuvre n'est pas assuré.

L'analyse des éléments communiqués au CGLPL révèle que le risque suicidaire avait été repéré dans 40 % des suicides.

Un retour d'expérience doit systématiquement être organisé lorsqu'un suicide survient en détention. Le suivi des préconisations qui y sont formulées doit être assuré.

4. Certains dispositifs de prévention du suicide sont sous-mobilisés

4.1. *Les plans de protection individualisés*

Les plans de protection individualisés (PPI) (21), qui permettent de lister des actions que l'administration doit mettre en place pour renforcer la prise en charge d'un détenu présentant un risque suicidaire majeur, sont insuffisamment investis. D'après les données communiquées par la DGAP, seule la DISP de Lyon exige des établissements de son ressort qu'un PPI soit systématique en cas de placement sous surveillance adaptée, conformément à la recommandation formulée conjointement par l'IGJ et l'IGAS (22). Le CGLPL a constaté au cours de de l'une de ses visites que tel n'est pas toujours le cas. Toutefois d'après la DGAP, en trois ans, cette systématisme a permis de faire diminuer de 70 % les inscriptions sur les listes de surveillance adaptée et d'accroître le dialogue avec les bénéficiaires de PPI dans les établissements de cette DISP.

Partout ailleurs, l'ouverture d'un PPI pour chaque personne inscrite sur la liste des surveillances adaptées ou d'une personne placée en CProU est très rare et ne survient parfois qu'en cas de placements itératifs. Le CGLPL a par exemple observé qu'une personne n'a bénéficié d'un PPI qu'après son sixième placement en CProU. De même, les personnes de retour d'hospitalisation ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique.

Dès lors, les critères à l'origine de l'ouverture des PPI manquent de clarté. La majorité des PPI auxquels le CGLPL a eu accès contient des mentions standardisées. L'absence de communication avec les services chargés des mesures décidées les réduit souvent à des coquilles vides alors qu'ils doivent permettre de renforcer la prise en charge pluridisciplinaire et coordonner les interventions. La pénurie de l'effectif soignant entrave parfois la tenue d'entretiens médicaux et infirmiers réguliers. Certains établissements ne mettent pas en place de dispositif permettant d'offrir aux détenus vulnérables du travail ou des activités protégées en raison de la surpopulation, de l'absence de concessions ou de partenariats socioculturels. Enfin, d'autres établissements ne mobilisent pas pleinement les ressources dont ils disposent (accès au sport, aux activités, à l'enseignement, au travail, aux soins, aux parloirs, au téléphone), alors même qu'ils sont confrontés à de multiples tentatives de suicide et à des décès.

Les personnes détenues identifiées comme étant à risque suicidaire doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée et coordonnée, précisément définie dans un plan de protection individualisé. Ce plan doit être adapté à la situation individuelle de chaque personne concernée, sans décliner des mentions standardisées.

4.2. *Le numéro national de prévention du suicide et le dispositif Vigilans*

Dans l'immense majorité des établissements pénitentiaires, les détenus n'ont toujours pas accès aux dispositifs nationaux de prévention du suicide, tels que le numéro vert 3114, ligne nationale de prévention du suicide inaugurée en 2021 (23), et le dispositif Vigilans, créé en 2015 (24), qui reprend contact et suit les personnes ayant fait une tentative de suicide après un passage au service des urgences.

Le déploiement en milieu carcéral du numéro vert 3114 demeure à l'étude depuis plusieurs années. Annoncée pour 2023, une phase d'expérimentation a été engagée dans cinq établissements pénitentiaires en 2024. Elle devait prendre fin en décembre 2025 (25), avant d'être prolongée d'un an. Durant cette phase, les détenus pouvaient appeler le 3114 seulement durant les horaires d'ouverture des unités sanitaires. Le premier bilan de ce dispositif déployé dans deux maisons d'arrêt du ressort de la DISP de Rennes met en évidence qu'un nombre restreint de personnes, identifiées comme vulnérables, émet de nombreux appels. Dans l'un de ces deux établissements, un appel a permis d'éviter un passage à l'acte suicidaire.

De même, le dispositif Vigilans, expérimenté en milieu carcéral depuis 2021 au sein de deux centres pénitentiaires de la DISP de Lille, n'a toujours pas été généralisé à l'ensemble des établissements pénitentiaires, en dépit des résultats prometteurs du premier bilan de l'expérimentation, qui relève un effet immédiat du dispositif avec « une réduction significative des taux de tentatives de suicide » dans ces deux établissements, « bien que l'effet sur le taux de suicides soit plus modeste et statistiquement non significatif » (26).

Les détenus majeurs comme mineurs doivent pouvoir s'adresser, en tant que de besoin, à un personnel spécifiquement formé à la prévention du suicide, notamment dans les quartiers spécifiques.

L'accès gratuit et confidentiel au numéro de téléphone 3114 doit être étendu à l'ensemble des établissements du territoire national sans délai. Les personnes détenues doivent pouvoir appeler 24h/24 et s'exprimer dans la langue de leur choix. Le dispositif Vigilans doit être généralisé à l'ensemble des établissements pénitentiaires.

5. Le dispositif du codétenu de soutien présente des limites

D'autres dispositifs de prévention du suicide existent dans certains établissements pénitentiaires, notamment, depuis 2009, le dispositif du codétenu de soutien (CDS) (27). La Croix-Rouge française et l'Union nationale de prévention du suicide assurent leur formation et leur suivi. La majorité des CDS rencontrés indique avoir bénéficié d'une formation complète leur permettant de disposer d'outils concrets pour exercer leur mission. Ils font état

d'une plus grande facilité des personnes vulnérables à se confier à des pairs plutôt qu'à une figure d'autorité. Ils expriment également un sentiment d'utilité.

En 2020, après le suicide de trois CDS, la Croix-Rouge française a toutefois suspendu l'accompagnement des nouvelles structures dans l'attente d'une évaluation du dispositif, avant de mettre fin à son engagement en septembre 2021. Une évaluation a été réalisée (28) et les interventions de l'association ont repris dans certains établissements. Des établissements qui ne bénéficient pas du dispositif se portent candidats. Toutefois, aucune grille d'évaluation n'est élaborée en vue de définir les critères nécessaires conditionnant le déploiement du dispositif, notamment l'adhésion du personnel soignant et la situation des effectifs médicaux et paramédicaux afin d'assurer un relais en cas de signalement.

D'autres limites du dispositif ont été identifiées lors des visites d'établissement. La vulnérabilité de certains candidats n'est pas toujours détectée. Les CDS demeurent soumis aux contraintes de l'organisation carcérale, notamment dans un contexte de surpopulation. Leurs interventions dépendent de la fluidité des mouvements, de la disponibilité des salles d'entretien, ainsi que de la volonté des surveillants de permettre la tenue de ces échanges. Lorsqu'il est mis en œuvre, le doublement en cellule opère un inacceptable transfert de responsabilité sur le CDS, qui porte alors la charge de la surveillance de la personne vulnérable et de la prévention de son passage à l'acte, de jour comme de nuit.

Aucun codétenu de soutien ne doit être placé en cellule avec une personne suicidaire à des fins de surveillance. La mise en place du dispositif du codétenu de soutien ne doit pas impliquer un transfert, même partiel, de la responsabilité de l'administration pénitentiaire en matière de surveillance et de protection de l'intégrité des personnes détenues présentant un risque suicidaire.

6. Des personnes détenues atteintes de troubles mentaux sont placées au quartier disciplinaire

En 2008, la CEDH a condamné la France pour violation des articles 2 et 3 de la Convention à la suite du suicide d'un détenu placé au QD alors qu'il souffrait de troubles mentaux (29). La Cour a estimé que les autorités avaient manqué à leur obligation de protection du droit à la vie et que la sanction prise à son égard n'était « *pas compatible avec le niveau de traitement exigé à l'égard d'un malade mental* », constituant ainsi « *un traitement et une peine inhumains et dégradants* ». Malgré cette jurisprudence, des personnes présentant des troubles psychiatriques avérés, ou à risque suicidaire, parfois dans l'attente d'une place en UHSA, sont régulièrement placées au QD ou en confinement cellulaire et y meurent. En 2024, 20 % des suicides sont survenus au QD, incluant pour la première fois trois femmes. D'après la DGAP, le risque de suicide est multiplié par 20 par rapport au reste de la détention et par 40 le jour du placement au QD. En 2025 et 2026, le CGLPL a constaté lors de ses visites que ces dérives persistaient. Une personne s'est pendue au QD quinze jours après une tentative de suicide au même quartier ; sans aucune levée de sanction par le médecin ni par le personnel pénitentiaire alors qu'une des dernières observations mentionne qu'il est vu « *en pleurs* » sur son lit. Dans un deuxième cas, le médecin avait signalé le risque suicidaire d'une personne placée au QD, sans que la mesure ne soit levée. Le détenu s'y est pendu le lendemain. D'autres exemples issus des RETEX montrent que l'idée de « *chantage au suicide* » demeure ancrée chez le personnel pénitentiaire et soignant.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou dont le risque suicidaire est connu de l'administration pénitentiaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire.

Toute personne sanctionnée de quartier disciplinaire ou de confinement en cellule doit faire l'objet d'une surveillance pénitentiaire et médicale renforcée, a minima deux fois par semaine, et, si un risque de passage à l'acte est identifié au cours de la mesure décidée à son encontre, celle-ci doit être immédiatement levée et non simplement suspendue. Les indications de levée de la sanction par le médecin doivent être prises en compte et appliquées sans délai.

*
* *

Le nombre de suicides dans les prisons françaises est alarmant ; il dépasse le double de la médiane européenne. Les graves défaillances et erreurs constatées dans le suivi des détenus à risque, qu'il s'agisse des pratiques ou des procédures, s'ajoutent au fléau de la surpopulation carcérale, laissant les plus vulnérables à une sorte d'abandon qui aggrave leurs maux. Or, si la DGAP n'est aucunement responsable du nombre intolérable de détenus qui lui sont confiés, elle doit se saisir énergiquement du drame que sont les suicides en prison ; ce n'est pas le cas. Les outils qu'elle a elle-même définis dans son guide national de prévention du suicide en milieu carcéral sont inégalement déployés et sous-mobilisés dans les établissements pénitentiaires. La gestion sécuritaire de l'urgence prend le pas sur une démarche efficace de prévention structurée, continue et pluridisciplinaire. La loi qui impose à l'administration de garantir la sécurité physique et psychique des détenus n'est donc pas respectée malgré l'alerte maximale que devraient représenter ces morts, dont beaucoup auraient dû être évitées si seulement une impulsion forte pour une véritable politique préventive avait été réfléchie et rendue effective.

(1) *Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe* – SPACE I 2024.

(2) CGLPL, Avis du 27 avril 2026 relatif à la surpopulation carcérale, publié au *Journal officiel* de la République française du 2 juillet 2026.

(3) CGLPL, Avis du 22 mai 2012 relatif à la surpopulation carcérale ; CGLPL, *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale*, 2018 ; CGLPL, Avis du 25 juillet 2023 relatif à la surpopulation carcérale.

(4) Ainsi, celles précédemment communiquées au CGLPL par la direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP) diffèrent : 125 suicides en 2022 et 157 en 2023, soit un écart de 13 suicides en 2022 et 7 en 2023. Celles du Conseil de l'Europe (*Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe* – SPACE I 2023 et 2024) recensant 138 suicides en 2022 et 148 en 2023, diffèrent également.

(5) Le terme « litigieux » est employé par la DGAP qui n'a pas connaissance des conclusions des autopsies. Selon les circonstances, la DGAP classe d'office certains types de décès comme des suicides, et ne se prononce pas immédiatement concernant les autres.

(6) La commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires est chargée notamment de statuer sur la nature des décès qualifiés de litigieux.

(7) La mission recommande par exemple d'étudier la possibilité de donner au magistrat qui décide de la mesure d'incarcération la possibilité d'ordonner en premier lieu, sur avis d'un psychiatre, l'hospitalisation de la personne afin d'assurer la stabilisation de son état de santé avant l'incarcération.

(8) Plusieurs constats attestent de la nouvelle incarcération de personnes déclarées irresponsables pénalement et hospitalisées pour ce motif antérieurement.

(9) D'après l'étude Fovet et al., réalisée en 2020 et publiée dans la revue *European Psychiatry*, la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes détenues est trois fois supérieure à la population générale. Voir : Fovet T, Plancke L, Amarié A, et al. Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*. 2020.

(10) Ce document comporte, outre les éléments d'ordre pénal ou relatifs aux modalités de détention, des informations sanitaires concernant la santé générale, les addictions et la santé mentale de la personne détenue. Il permet au magistrat de se prononcer sur l'existence de facteurs de risque suicidaire identifiés et solliciter une consultation médicale et/ou psychiatrique urgente à l'arrivée en détention.

(11) « Très jeune majeur », « semble agité », « schizophrène », etc.

(12) Signalé par courriel, par téléphone ou par une boîte aux lettres spécifiquement dédiée aux familles dans les accueils famille ou dans la zone des parloirs.

(13) Aucun agent n'est présent en coursive la nuit, à l'exception des moments où ils effectuent leurs rondes. Le contrôle à l'œilleton n'est effectué qu'en cas d'appel ou de placement sous surveillance adaptée.

(14) CGLPL, *La nuit dans les lieux de privation de liberté*, Rapport thématique, mai 2019.

(15) CPT, Rapport de visite périodique de la France, du 23 septembre au 4 octobre 2024, CPT/Inf (2026) 02, p. 76.

(16) Ces cellules, équipées d'un bloc sanitaire en inox similaire à ceux utilisés dans les QD, sans système d'aération ne sont par ailleurs, pas toujours dotées d'un dispositif d'interphonie fonctionnel. Les personnes détenues doivent systématiquement revêtir un vêtement déchirable. Des médicaments ont déjà pu être retrouvés par un détenu nouvellement affecté.

(17) Par exemple, dans la DISP de Rennes, 18 % des placements (72 sur 394) effectués en 2023 ont une durée supérieure à 24 heures.

(18) Composé d'un personnel d'encadrement de l'établissement et d'un personnel du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) avec, dans les établissements qui accueillent des mineurs, un membre des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

(19) Gardes N., Segond N., Benkerrou H. et al., « Outcomes of Cardiac Arrest Occurred in Detention : a French Nationwide Study », *Resuscitation*, juin 2026, Vol. 223.

(20) Le placement sous surveillance adaptée ou la mise en place d'un PPI ; l'heure du décès, qui d'après le compte-rendu semble être survenu dans la soirée alors que selon les témoignages recueillis, l'intéressé a été découvert au cours de la nuit ; la prise en charge de l'urgence par les agents pénitentiaires et l'intervention des secours ; la conduite à tenir ou les actions préventives à mettre en œuvre afin d'éviter la reproduction de tout événement de même nature.

(21) Le PPI mentionne le signalement du risque (notice individuelle, entretiens arrivant, SPIP, autres), sa nature (risque suicidaire ou d'automutilation), et les mesures prises (signalement unité sanitaire-psychiatrie, entretien avec le responsable de secteur, avec un membre de la direction, signalement SPIP pour démarches et lien avec la famille, placement seul en cellule, doublement en cellule, maintien au quartier arrivants pour évaluation, orientation vers un étage pour personnes vulnérables, classement priorisé au travail ou à la formation professionnelle, orientation vers le scolaire).

(22) IGAS-IGJ, Rapport d'inspection conjointe, *La prévention du risque suicidaire en milieu carcéral*, mai 2021.

(23) Numéro gratuit, confidentiel et disponible 7j/7, 24h/24 dans l'hexagone et certains territoires ultra-marins (La Réunion, Mayotte, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon). Il permet d'apporter une réponse professionnelle, d'informer, d'orienter et prendre médicalement en charge une personne exposée directement ou indirectement à un risque de passage à l'acte auto-agressif. Les répondants sont des professionnels de santé (infirmiers ou psychologues) spécifiquement formés à la désescalade de la crise suicidaire et de l'intervention urgente au téléphone.

(24) En février 2026, Vigilans est déployé dans 17 régions dont 4 d'outre-mer et dans 100 départements. Toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide se voit proposer son inclusion dans Vigilans au moment de sa sortie.

(25) En octobre 2024, les centres pénitentiaires de Poitiers-Vivonne et d'Uzerche. En novembre 2024, la maison d'arrêt d'Angers ; en décembre 2025, celle de Rouen et en janvier 2026, celle de Brest, dont le quartier des mineurs.

(26) F2RSM Psy, *Vigilans en milieu pénitentiaire, Evaluation d'une expérimentation menée dans les Hauts-de-France (2021-2023)*, décembre 2024.

(27) Ce dispositif vise à sélectionner et former des détenus volontaires afin qu'ils deviennent des acteurs de la prévention du suicide au sein de l'établissement où ils sont incarcérés.

(28) Planète publique, *Evaluation de la politique de prévention du suicide en milieu carcéral*, octobre 2021.

(29) CEDH, *Renolde c. France*, req. n° 5608/05, 2008, § 107 : « La Cour observe que le placement en cellule disciplinaire isole le détenu, en le privant de visites et de toute activité, ce qui est de nature à aggraver le risque de suicide lorsqu'il existe ».



**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Le garde des Sceaux
ministre de la Justice**

Madame Dominique Simonnot
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
12 rue Henri Rol-Tanguy
CS 30026
93 109 Montreuil cedex

Paris, le

24 SEP. 2026

Madame la Contrôleure générale,

Vous m'avez fait parvenir un avis relatif à la prévention du suicide dont j'ai pris connaissance avec le plus grand intérêt.

La population carcérale est majoritairement issue des segments les plus fragilisés de la société et de ce fait déjà marqués par un risque suicidaire accru avant incarcération. Ainsi, les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable au risque suicidaire. En 2025, au niveau national, 136 suicides en détention ont été recensés.

Le taux de mortalité par suicide est stable depuis les 15 dernières années et compris entre 15 et 20 pour 10 000. Les années 2024 et 2025 ont d'ailleurs montré une légère diminution du nombre de suicides déplorés, avec respectivement 141 et 136 suicides, ramenant le taux à 16,2 pour 10 000 en 2025. Les données du 1^{er} trimestre 2026 indiquent également une tendance à la baisse, comparativement aux années 2024 et 2025. Malgré cette baisse, les chiffres restent élevés : le taux de suicide en détention est 10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes par rapport à la population générale.

Ce constat tragique s'inscrit dans un contexte marqué par la suroccupation des établissements pénitentiaires. La population carcérale s'élève à plus de 90 000 personnes pour environ 63 300 places. Les conditions de détention sont dégradées, dans un contexte d'accueil de populations particulièrement vulnérables sur les plans personnel, social et sanitaire, à quoi s'ajoutent les effets du choc de l'incarcération.

La direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP) est pleinement mobilisée afin de prévenir les suicides en détention. En ce sens, des politiques proactives sont développées et mises en œuvre avec rigueur, en lien étroit avec les personnels sanitaires et dans le respect des compétences respectives.

La politique de prévention du suicide est pilotée par un comité de pilotage (COPIL) national pour permettre de dresser un bilan des actions menées et de définir de nouvelles orientations.

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone standard : 01 44 77 80 30
www.justice.gouv.fr

Je tiens à vous assurer que nous partageons le même objectif de prévention du suicide des personnes détenues. À ce titre, il m'apparaît utile de vous faire part des observations suivantes concernant l'action menée en ce sens par mes services.

I. L'incarcération de personnes atteintes de troubles mentaux sévères

L'étude relative à la santé mentale des personnes détenues, intitulée « Epidémiologie psychiatrique longitudinale en prison » (EPSYLON) a montré que 69 % des personnes présentaient un trouble psychiatrique ou un trouble de l'usage de substance à leur arrivée en détention.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale dispose que le ministère chargé de la Santé finance et organise les soins dispensés aux personnes détenues. À ce titre, seuls les personnels hospitaliers des unités sanitaires en milieu carcéral peuvent décider des modalités de prise en charge sanitaire d'une personne présentant des troubles psychiatriques ou repérée en situation d'urgence suicidaire. Il peut s'agir d'une mesure de prise en charge ambulatoire assurée au sein de l'établissement pénitentiaire, comme un suivi médical ou psychologique ou un traitement médicamenteux par exemple.

Lorsque l'état de santé mentale d'une personne détenue le justifie, une hospitalisation avec ou sans consentement en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) peut être décidée. Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues, qu'elles soient hommes ou femmes, majeures ou mineures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation complète. Leur fonctionnement ainsi que les modalités d'accès sont précisés par la circulaire DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011. Les soins y sont assurés par des équipes soignantes hospitalières.

À la suite des recommandations du rapport de l'inspection générale de la justice (IGJ) et de l'inspection générale des affaires sociales relatif à l'évaluation des UHSA pour les personnes détenues rendu en 2018, puis d'une décision conjointe des services sanitaires et pénitentiaires aux niveaux central et déconcentré (direction générale de l'administration pénitentiaire et direction générale de l'offre de soins (DGOS), directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et agences régionales de santé (ARS)), trois nouvelles unités vont être construites qui permettront la création de 160 lits s'ajoutant aux 440 lits déjà existants. L'arrêté du 10 juillet 2026 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des UHSA confirme cette orientation.

Ces UHSA seront implantées :

- en région Normandie, au sein du centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (60 places) ;
- en région Occitanie, sur la commune de Béziers (40 places), structure portée par le CH Béziers et la CHU Montpellier ;
- en région Île-de-France, au sein de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois (60 places).

Le développement des interactions entre les unités sanitaires en milieu carcéral et les équipes médicales des UHSA représente un enjeu fondamental. Ainsi, l'UHSA de Nancy développe la télésanté entre ses médecins spécialistes et les patients-détenus des unités sanitaires en milieu pénitentiaire du Grand-Est. En outre, le centre hospitalier universitaire de Lille porte un dispositif intitulé « DiligenS » visant à développer les liens opérationnels entre les équipes des unités sanitaires en établissement, des services médico-psychologiques régionaux, de l'UHSA et du secteur général de psychiatrie afin d'améliorer la qualité des soins aux personnes détenues. Ce dispositif a consisté en la création d'une équipe pluridisciplinaire de liaison qui connaît les particularités médicales et sociales des personnes détenues, les contraintes pénitentiaires et la répartition de l'offre de soins en région.

L'administration pénitentiaire et le ministère chargé de la Santé sont pleinement avertis de la prégnance des troubles de nature psychologique et psychiatrique parmi les personnes détenues ainsi que de leur incidence sur les comportements auto-agressifs. Elles travaillent de concert à leur prévention et à l'identification des personnes détenues qui en sont affectées.

Il convient enfin de rappeler que la décision d'incarcération n'est pas du ressort de l'administration pénitentiaire mais de celui de l'autorité judiciaire.

II. Une politique centrée sur la surveillance et la gestion de crise

a. Le placement sous surveillance adaptée

L'article D. 211-34 du code pénitentiaire dispose qu'il est institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire une commission pluridisciplinaire unique (CPU), qui se réunit notamment en matière de prévention du suicide. Le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine ainsi qu'un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement peuvent y assister.

La participation des professionnels de santé à ces réunions revêt une importance majeure au regard des enjeux liés à la prévention des actes auto-agressifs. Des contraintes de disponibilité des personnels soignants limitent toutefois leur présence effective à l'ensemble des réunions organisées.

Il convient de rappeler que la loi du 18 janvier 1994 a confié au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de Justice. À cet égard, la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales intervenant en détention relève de la compétence exclusive du ministère de la Santé. Le ministère de la Justice demeure pleinement mobilisé pour favoriser la coopération avec ses services.

Par ailleurs, vous soulignez que les réveils nocturnes répétés peuvent affecter la qualité du sommeil et avoir des conséquences sur le bien-être physique et psychique des personnes détenues. Si ce point est avéré, il doit être mis en balance avec l'impératif supérieur de prévention du suicide. L'absence de contrôle effectif pendant la nuit comporterait le risque qu'un acte auto-agressif ne soit constaté qu'avec un retard important, réduisant considérablement les possibilités d'intervention.

Dès lors, si ces contrôles doivent être réalisés de manière proportionnée et aussi peu intrusive que possible, l'atteinte limitée au confort et au sommeil est justifiée par l'obligation de protection de la vie et de la sécurité des personnes détenues qui incombe à l'administration pénitentiaire.

b. Le recours à la cellule de protection d'urgence

La dotation de protection d'urgence (DPU) et les cellules de protection d'urgence (CProU) s'inscrivent dans le cadre des mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire aiguë ou présentant un risque de passage suicidaire à l'acte imminent. Les CProU présentent des caractéristiques fonctionnelles et techniques spécifiques, de nature à empêcher le détenu en proie à une crise suicidaire de passer à l'acte. Elle ne doit présenter aucun point d'arrimage, et ne dispose par conséquent pas d'ouvertures sur l'extérieur mais d'un système de ventilation.

Ce dispositif répond à un impératif de protection de la personne détenue face à un risque suicidaire imminent. Sa mise en œuvre relève d'une logique de prévention et de sauvegarde de la vie humaine et n'intervient que dans les situations d'urgence où elle apparaît strictement nécessaire.

La durée maximale de maintien en CProU est de 24 heures. Toutefois, certains détenus présentent encore, à l'issue de ce délai, un risque suicidaire aigu. Cette situation met en évidence les difficultés liées à la prise en charge de ces personnes, notamment en raison du manque de places disponibles dans les structures psychiatriques et des délais d'attente parfois importants pour une admission en hospitalisation spécialisée.

III. La formation des agents et le pilotage des retours d'expérience (RETEX)

a. La formation des agents

La sensibilisation et les formations sur la thématique de la santé mentale font partie des actions prioritaires de formation de la direction générale de l'administration pénitentiaire depuis plusieurs années. En 2025, 1 559 personnels ont été formés. En 2026, cinq sessions de formations sont prévues auprès de cinq DISP (Paris, Strasbourg, DSPOM, Lyon et Rennes). Ce nombre marque une progression notable par rapport à 2025, où une seule session avait été organisée.

En formation initiale, l'école nationale d'administration pénitentiaire dispense une formation de sensibilisation à la prévention du suicide pour l'ensemble des corps de l'administration pénitentiaire.

En formation continue, le modèle Terra est une formation multi-catégorielle de deux jours, portée par l'administration pénitentiaire. Elle implique l'animation de toutes les formations prévention suicide par un binôme de formateurs composé d'un psychologue et d'un personnel de l'administration pénitentiaire. Elle est également dispensée aux intervenants en milieu carcéral. En outre, les agents peuvent suivre les formations « Sentinelle » relatives à la prévention du suicide organisées par les ARS.

Conformément à la circulaire de la direction générale de l'administration et de la fonction publique du 23 février 2022 relative aux actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale, l'administration pénitentiaire a renforcé et consolidé cette politique de formation. Celle-ci a pour objectif de contribuer au développement d'une culture de la prévention des situations de détresse psychique et à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques. L'administration pénitentiaire a fait le choix de former les agents au programme australien MHFA (Mental Health First Aid) adapté au contexte français par Premier secours en santé mentale (PSSM) France.

Enfin, afin de renforcer la prise en charge des questions sanitaires et notamment des troubles psychiques et de l'addiction, surreprésentés parmi les personnes détenues, la coopération entre les acteurs sanitaires et pénitentiaires constitue un axe prioritaire. Le projet des « hôpitaux-prisons » est à l'étude, afin de consolider l'offre pénitentiaire en matière de prise en charge adaptée des personnes détenues. Des formations spécifiques à destination du personnel pénitentiaire seraient également mises en place afin d'accompagner les personnes détenues atteintes de troubles pathologiques. Les modalités juridiques du projet seront à l'étude en 2027.

Le recours aux mesures de sécurité ne peut par principe être exclu à l'occasion de certains incidents, en raison de la nécessité de protéger les autres personnes détenues, les personnels pénitentiaires, les intervenants et la victime elle-même. Il convient de préciser que ces mesures ne sauraient être maintenues ou mises en œuvre lorsqu'elles compromettent manifestement l'accès aux soins, aggravent l'état de la victime ou font obstacle aux gestes de secours indispensables. La priorité demeure la préservation de la vie et de l'intégrité physique de la personne.

b. Le pilotage des directions interrégionales des services pénitentiaires

Le retour d'expérience (RETEX suicide) intervient un mois après le passage à l'acte suicidaire de la personne détenue. Il constitue un élément à part entière de la postvention. Son objectif principal est d'améliorer les procédures de prévention du suicide mises en place au sein d'un établissement pénitentiaire ayant connu un suicide. Il vise à analyser les pratiques professionnelles mises en œuvre, dans une perspective de réduction du risque du passage à l'acte suicidaire. Il se déroule en deux temps : un exposé dynamique des différents temps de prise en charge de la personne détenue, de son écrou sur l'établissement à son passage à l'acte suicidaire, suivi de la prise en charge du suicide.

Les RETEX constituent un lieu privilégié de partage et permettent de comprendre et de tirer des bonnes pratiques et recommandations de chaque cas individuel.

En 2025, sur les 136 suicides déplorés, 120 RETEX ont pu être réalisés, soit 88 % des suicides. 16 suicides n'ont pas fait l'objet de RETEX, pour différentes raisons – suicide survenu en UHSA et refus de cette dernière de procéder au RETEX, contraintes de disponibilité des différents personnels intervenants ou encore report du RETEX sur une période telle qu'elle fait perdre sa pertinence à l'exercice.

IV. Des dispositifs de prévention diversifiés

a. Les plans de protection individualisés

Si une vulnérabilité a été repérée chez une personne détenue, un « plan de protection individualisé » (PPI) est mis en place. Il s'agit d'un plan concerté, formalisé, évolutif, permettant de lister et tracer des actions à mettre en place pour une personne détenue présentant un potentiel suicidaire majeur ou mineur. Décidé après échanges pluridisciplinaires en CPU, il propose un accompagnement individualisé de la personne, à travers des actions concrètes et simples (doublement en cellule, surveillance adaptée, affectation d'un visiteur de prison pour rompre l'isolement). Il est réévalué toutes les deux semaines.

Les actions peuvent être mises en œuvre par le personnel pénitentiaire (affectation en cellule double, consigne de ne jamais laisser seul jour et nuit, classement rapide au travail), par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (entretiens rapprochés, affectation d'un visiteur de prison), par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (suivi spécifique, distribution adaptée de traitements...) ou par l'unité locale d'enseignement.

Cette démarche repose sur un accompagnement individualisé des personnes prises en charge.

b. Le numéro national de prévention du suicide et le dispositif Vigilans

Le programme Vigilans est actuellement en cours d'expérimentation dans 16 établissements pénitentiaires. Piloté par le COPIL national co-porté par la DGAP, la direction générale de la santé (DGS) et la direction de la protection judiciaire de la jeunesse depuis 2026, il permet de lutter contre la récurrence suicidaire et réduit l'isolement des personnes vulnérables. Il consiste en une veille épistolaire d'une durée de six mois, proposée aux personnes ayant fait une tentative de suicide en détention ou au cours de l'année précédant l'incarcération.

L'accès au numéro national de prévention du suicide 31 14 pour les personnes détenues fait l'objet d'une expérimentation dans cinq établissements pénitentiaires. Une convention a été signée fin 2023 entre la DGAP et le pôle national 31 14 afin de financer, à parts égales avec la DGS, un poste pour évaluer et coordonner cette expérimentation. Les résultats de l'évaluation de l'expérimentation sont attendus pour la fin d'année 2026, et un arbitrage sera réalisé pour déterminer la suite à donner à cette expérimentation.

Les lignes d'écoute « Croix Rouge Ecoute Détenus » et « SOS Amitié » mises en œuvre dans le cadre de la téléphonie sociale constituent des leviers complémentaires à la prévention du suicide en luttant contre l'isolement social.

Enfin, le Défenseur des droits a mis en œuvre un numéro d'appel gratuit, le 30 40. Les signalements de risque de passage à l'acte sont communiqués à l'administration pénitentiaire, qui relaie ces signalements à l'échelon local et à l'établissement. Ces derniers prennent alors toutes les mesures nécessaires à la prévention du passage à l'acte.

V. Le dispositif du codétenu de soutien

Le dispositif « codétenus de soutien », expérimenté depuis 2010 et déployé plus largement ensuite repose sur la pair-aidance. Des personnes détenues volontaires et formées repèrent, soutiennent et protègent les codétenus présentant une souffrance psychique et/ou un risque suicidaire. Constituant un moyen d'alerte et de repérage, ce dispositif est présent au sein de 25 établissements pénitentiaires et sera élargi via un guide diffusé au second semestre 2026.

Le dispositif du codétenu de soutien ne constitue en aucun cas un désengagement de l'administration pénitentiaire, mais un outil complémentaire de prévention du suicide. En effet, les codétenus de soutien partagent le quotidien des personnes vulnérables et sont susceptibles d'être témoins de changements de comportement qui peuvent échapper personnels pénitentiaires ou médical. Ils sont des acteurs relais, dont la présence permet de renforcer les capacités de repérage et d'alerte, sans se substituer aux professionnels.

VI. Le placement au quartier disciplinaire de personnes vulnérables

Enfin, concernant plus particulièrement le risque suicidaire au quartier disciplinaire (QD), il s'agit d'un axe de travail prioritaire de la DGAP. L'article R. 234-31 du code pénitentiaire prévoit que la liste des personnes détenues placées au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine. Il évalue la compatibilité du maintien au QD avec l'état de santé physique et psychique de la personne détenue. La suspension de l'exécution de la sanction peut être décidée si celle-ci est de nature à compromettre la santé de la personne détenue.

En 2025, 353 actes auto-agressifs (soit 14 % des cas) ont eu lieu au QD.

Afin de tenir compte des recommandations du rapport de l'IGJ de 2025, la DGAP mène un travail de réflexion sur le risque suicidaire au quartier disciplinaire, qui aboutira à des recommandations portées à l'attention des établissements. Celles-ci permettront de rappeler la nécessité de prendre en compte de manière systématique le risque suicidaire dès la faute commise, de valoriser les alternatives au QD, en particulier au moment de la mise en prévention qui constitue un moment critique. Enfin, elles permettront de rappeler les modalités de prise en charge tout au long du placement et au moment de la sortie du QD.

Je vous prie d'être assurée, Madame la Contrôleure générale, de ma parfaite considération.

Gérald DARMANIN