

suicides en milieu carcéral: modalités d'aide et de soutien

Philippe PEYRON

Le contexte du suicide en milieu carcéral :

L'administration pénitentiaire est confrontée depuis longtemps au phénomène suicidaire en établissement pénitentiaire. Mais si on ne dénombrait, jusqu'en 1984, pas plus de 60 suicides par an, à compter de 1993, ce sont au moins 100 suicides par an qui se sont produits en milieu carcéral, sans que la population pénale ne connaisse proportionnellement la même inflation.

Des réflexions, recommandations, préconisations et instructions ont vu le jour à compter des années 1990 et il est intéressant de noter en particulier, dans le domaine précis qui concerne les modalités d'aide et de soutien à l'entourage concerné, la note du 29 mai 1998, la circulaire interministérielle du 26 avril 2002 et enfin, plus récemment les rapports « TERRA » et la commission « ALBRAND ».

Le milieu pénitentiaire est par définition un milieu d'exclusion hébergeant deux populations différentes : les personnes détenues et les personnels avec une appartenance multicatégorielle (personnels pénitentiaires, médicaux, enseignants, secteurs associatifs, etc....).

Un suicide qui se produit en milieu carcéral impacte donc, à un degré plus ou moins élevé l'ensemble de ces communautés.

En premier lieu, il m'apparaît nécessaire de décrire le processus d'information et de prise en charge de la famille lors d'un suicide : cette tâche incombe au Chef d'Etablissement concerné qui doit prévenir « immédiatement » la famille aux termes de l'article D427 du code de procédure.

Dans les faits, les Chefs d'Etablissements portent une attention particulière à la transmission de cette information particulièrement douloureuse , notamment par une connaissance rapide de l'environnement familial en consultant, entre autres les différents permis de visite de l'intéressé et, suivant l'heure, en se faisant communiquer des éléments d'information par le service d'insertion et de probation.

Pour avoir été confronté à de très (trop) nombreuses reprises au suicide en établissement, il m'est souvent arrivé, lors de la survenance d'un tel acte en pleine nuit, d'attendre le tout début de la matinée pour prévenir la famille, notamment devant des parents âgés ou des membres de la famille dont on connaissait une certaine vulnérabilité.

Mais pour mettre en place cette procédure, il est indispensable de l'adapter à chaque cas d'espèce ; De même, il n'est pas inutile de s'entourer de personnes ressources (médecin, conseiller d'insertion et de probation, etc..) dès la transmission de cette information.

La prise en charge de la famille nécessite la mise en place d'un certain nombre de précautions :

Tout d'abord il convient de faire adhérer la famille à l'obtention très rapide d'un entretien avec le Chef d'établissement au besoin lors d'une seconde communication téléphonique car l'impact induit par une telle annonce génère bien évidemment un traumatisme important, laissant le plus souvent sans voix, sans réaction ou alors, au contraire une virulence immédiate dans les propos « vous l'avez tué ! » « vous l'avez laissé mourir » du en grande partie parce que ce que l'on peut entendre d'un établissement de soins, on ne peut pas l'entendre de la prison, milieu suspect par définition et lieu de fantasmes.

L'entretien avec la famille conditionne bien évidemment le degré d'acceptation du deuil qui évoluera sur les phases suivantes.

Lors de cet entretien, il est recommandé au chef d'établissement de s'entourer de personnes susceptibles d'apporter une aide à l'apaisement de la famille et de soutien audit Chef d'établissement.

Il ne s'agit pas forcément d'une aide institutionnelle mais plutôt liée à l'élaboration d'un lien avec la famille de nature à engager une discussion valorisant le défunt et pouvant reprendre les étapes de sa vie en détention. Ainsi il est possible de s'entourer d'un aumônier ayant particulièrement bien connu la personne détenue, un visiteur de prison qui le suivait régulièrement, un médecin ou un psychiatre si la personne était incarcérée dans un secteur spécialisée (type SMPR), etc....

Le fait que la personne choisie pour cette aide ne soit pas un personnel pénitentiaire est d'une importance fondamentale ; en effet, elle ne représente pas l'institution avec sa vision réductrice de « l'uniforme ».

Lors de l'entretien, même si la réglementation préconise la remise des effets vestimentaires, des bijoux et valeurs du défunt, il est nécessaire de prendre un certain nombre de précautions allant jusqu'à la nature de l'emballage choisi pour emballer les vêtements (j'ai déjà constaté des remises où les vêtements étaient remis dans un sac « poubelle ») : l'impact sur la famille peut être là aussi important, notamment sur la crédibilité de l'institution et le respect de la personne.

Enfin, concernant les familles, depuis la circulaire interministérielle de avril 2002, il est proposé à la famille de visualiser la cellule où le détenu était hébergé, pour entamer un travail de deuil car on sait quelles sont les complications judiciaires pour approcher le corps, en général dirigé vers l'institut médico-légal.

Récemment, lors d'un suicide survenu à la Maison Centrale de Saint-Maur, le Chef d'Etablissement a non seulement présenté la cellule à la famille du défunt mais, lors d'un parcours interne, lui a présenté les différents lieux de vie où était présent l'intéressé

(notamment le lieu de formation professionnel où était très investi cette personne) afin que la famille puisse « reconstituer » l'activité humaine du disparu.

Il s'agit là d'une initiative très intéressante qui a également permis à certains de ses co-détenus de travailler cette disparition : en effet, la visite de la famille a représenté aux yeux de tous une affection que celle-ci portait au disparu en la rendant visible et structurante. Cela est d'autant plus important dans un milieu où les liens familiaux sont souvent difficiles et où l'on assiste fréquemment à des déstructurations de la cellule familiale.

Le contact proposé également entre les familles et le médecin de l'établissement permet d'indiquer à ces dernières les coordonnées de réseaux d'aide et d'assistance (souvent associatifs) pour effectuer ce travail de deuil. Dans la pratique, on observe que ces réseaux sont encore trop souvent méconnus des professionnels de santé et des personnels pénitentiaires.

Concernant les co-détenus :

Il nous faut distinguer les détenus proches de l'intéressé (co-détenus de cellule, d'activité, de travail, etc...) de l'ensemble de la population pénale de l'établissement.

Pour les co-détenus proches, un travail important de communication est mis en place à l'heure actuelle, notamment à la suite des recommandations préconisées par le rapport «ALBRAND »

C'est ainsi que le Chef d'établissement a obligation de recevoir en entretien (ou les) co-détenus du suicidé. Cet entretien doit se faire le plus rapidement possible et, en règle générale, ces personnes font également l'objet d'un entretien avec un acteur médical ou un psychologue. Compte tenu de l'environnement « contraint » du milieu carcéral et de la nature de l'établissement concerné (Maison d'Arrêt, Maison Centrale ou Centre de Déention) cette opération peut se faire plus ou moins rapidement mais des mesures impératives (telles que le changement de cellule par exemple) doivent être quasi immédiates.

L'heure de la survenance du suicide est également un facteur déterminant sur les actions de postvention à mener : en effet, on sait que la plupart des suicides réalisés en milieu pénitentiaires surviennent en service de nuit, c'est-à-dire dans un créneau de 19h00 à 7h00, ce qui complexifie la nature des actions à mettre en place.

Les équipes de direction des établissements font en sorte d'informer rapidement l'ensemble de la population pénale, dans un souci de transparence et d'apaisement. Ce travail n'est pas forcément facilité par les nombreux mouvements occasionnés par la venue des autorités concernés (magistrats, OPJ, légiste puis services funèbres).

L'univers carcéral et plus particulièrement l'établissement pénitentiaire est une véritable « caisse de résonance ». à cet égard, à la suite de la survenance d'un cas de suicide, il est impératif de procéder à une vigilance de tous les instants, notamment par rapport à des profils de personnes fragilisées.

L'analyse actuelle des choses nous fait penser qu'il est indispensable de mettre en place des groupes de paroles vis-à-vis des détenus si l'établissement pénitentiaire à connu au moins deux suicides en moins de 6 mois. Il s'agit là de contrer l'effet « WERTHER », bien connu des spécialistes.

Cette évolution est récente, même si, dans les faits, ce type de disposition pouvait déjà exister, notamment sous l'impulsion des services d'insertion et de probation, des services médicaux ou des personnels de détention eux-mêmes. Toute la problématique réside dans le fait de savoir comment l'organiser, à quelle échéance et avec quel appui technique.

Le partage d'informations à la suite d'un suicide et les modalités de prise en charge à mettre en œuvre semblent aujourd'hui facilitées par la présence au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une commission de prévention des suicides (intégrée dans une Commission Pluridisciplinaire Unique) à laquelle participent les acteurs pénitentiaires (y compris le Service d'insertion et de probation), les acteurs médicaux et des représentants d'associations qui interviennent en milieu carcéral.

Il ne serait d'ailleurs pas inutile (rien ne l'empêche) d'avoir au sein de cette commission un représentant d'une association spécialisée dans le domaine d'aide et de soutien aux endeuillés par un suicide.

Concernant les personnels :

Le traumatisme vécu par les personnels lors de la découverte et de l'intervention des premiers soins se fonde essentiellement sur un sentiments de culpabilité : En effet, même si les interventions sont immédiates dès le déclenchement de l'alerte (les établissements opèrent la nuit par un système de rondes avec un contrôle visuel des détenus les plus fragiles à l'œilleton), l'action en elle-même est difficile à gérer et surtout, en cas de décès, les personnels concernés (qui sont en général des personnels connaissant, au moins sommairement, ne peuvent pas s'empêcher de penser à la question suivante « je l'ai rencontré aujourd'hui et je n'ai rien vu, je n'ai rien détecté »).

La pression opérée par les médias est également de nature à renforcer ce sentiment de culpabilité, que l'on ne retrouve pas, par exemple, avec la même intensité parmi le personnel soignant (peut être plus de distance ?).

J'ai en mémoire ma venue, tard le soir, après un suicide survenu dans une Maison d'Arrêt de la Circonscription Pénitentiaire Centre-Est-Dijon. J'ai trouvé une équipe de nuit effondrée, en présence du Chef d'Etablissement qui essayait de leur prodiguer quelque réconfort. Ce

sentiment de culpabilité s'est exprimé de façon très forte et il a fallu mettre en place très rapidement un véritable débriefing « d'évacuation » pour procurer un apaisement et faire évoluer les choses.

Le poids des responsabilités, quelles soient judiciaires ou administratives, ne joue pas non plus la carte de l'apaisement et du soutien : alors qu'il est nécessaire de protéger les personnels à ce moment précis, les OPJ, en règle générale commencent immédiatement leurs auditions. Si l'on peut comprendre le côté « médico-légal » d'un tel acte, il paraît évident qu'il ne joue pas dans un sens d'aide et de protection des personnes, renforçant, de plus ce sentiment de responsabilité qu'il faut pourtant rapidement évacuer.

Aujourd'hui, la prise en charge des personnels concernés par un tel acte se traduit de plusieurs façons :

Une prise en charge collective dans les deux heures qui suivent la découverte du décès : il s'agit pour le Chef d'Etablissement de réunir tous les acteurs qui sont intervenus dans le drame afin de permettre à chacun de parler, d'évacuer et de se dégager de ce sentiment de « culpabilité ».

C'est un moment où l'émotion s'exprime mais qui est nécessaire pour retrouver une certaine stabilité. Cet exercice est, là encore, souvent rendu difficile par le contexte, l'heure de la survenance de l'acte et la disponibilité des intervenants mais il est indispensable.

Un deuxième débriefing, plus technique et organisé en général par un psychologue est, depuis peu, mis en place dans les établissements concernés. Il a lieu dans le mois qui suit le suicide et porte plus sur l'analyse de la personnalité, son environnement et permet aux personnes présentes d'analyser avec plus de recul et de lucidité la survenance du drame.

C'est un espace d'explications, de meilleure compréhension, de respect là aussi nécessaire au cheminement des idées et des sentiments. C'est également la possibilité d'émettre un certain nombre d'idées allant dans le sens d'une meilleure prévention en établissement pénitentiaire.

Récemment, un tel débriefing a eu lieu dans une Maison Centrale, animée par une psychologue

Une prise en charge individuelle est également proposée aux agents concernés par l'événement : elle se traduit par un entretien (si l'agent le souhaite, bien entendu) avec un (ou une) psychologue des personnels, basé(e) en général au siège de la Direction Interrégionale des services pénitentiaires. Ce spécialiste se déplace, en fonction du besoin sur l'établissement concerné, mais rencontre l'agent dans un lieu souvent autre que l'établissement (quelquefois au domicile même de l'agent)

Conclusion :

Les différentes prises en charge concernant les acteurs de la communauté pénitentiaire se sont considérablement améliorées ces dernières années, certainement parce que le phénomène du suicide en milieu pénitentiaire a connu une très forte médiatisation qui ne reflète d'ailleurs aucunement la complexité de compréhension de ce milieu.

L'axe très fort de prévention dans ce domaine, engagé depuis longtemps par l'administration pénitentiaire n'y est pas non plus étranger. Reste à y intégrer des acteurs supplémentaires afin de consolider un lien fort avec l'extérieur : c'est ce qui se dessine à l'heure actuelle.