

Directeurs des Services Pénitentiaires

41ème promotion

Mémoire de
recherche et
d'application
professionnelle

L'après suicide
des personnes
détenues

Présenté par
Sarah SBAÏ

Juillet 2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Ma directrice de mémoire Madame DEBLOCK pour sa disponibilité et son aide précieuse,

Monsieur DOUILLARD pour son soutien et sa bienveillance,

Ainsi que toutes les personnes qui se sont prêtées aux entretiens et sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p. 4
<u>Première partie</u> : La « postvention », un dispositif de soutien à la communauté carcérale endeuillée : l'impact ambivalent sur la prévention des suicides	p. 12
<u>Chapitre I</u> : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge au service de la prévention des suicides.....	p. 13
<u>Chapitre II</u> : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge à risque pour la prévention des suicides.....	p. 29
<u>Deuxième partie</u> : La « postvention », un dispositif visant à rendre compte du suicide à la société libre : la prévention à l'épreuve	p. 43
<u>Chapitre I</u> : La « postvention », un dispositif d'analyse factuelle du suicide au service de la prévention.....	p. 44
<u>Chapitre II</u> : La « postvention », un dispositif d'analyse des suicides aux effets préjudiciables à la prévention.....	p. 57
<u>Préconisations</u>	p. 73
Annexe n°1.....	p. 81
Annexe n°2.....	p. 83
Annexe n°3.....	p. 87
Annexe n°4.....	p. 94
Annexe n°5.....	p. 96
Annexe n°6.....	p. 101
Annexe n°7.....	p. 105
Annexe n°8.....	p. 113
Annexe n°9.....	p. 119

INTRODUCTION

« Presque 11 000 personnes par an, se donnent la mort volontairement, tels sont les chiffres du suicide en France »¹.

Déjà en 1993, suite à l'étude présentée par Michel DEBOUT au Conseil économique et social, le suicide est défini comme un problème de santé publique. Dès lors, s'imposait l'idée de la mise en place d'une politique préventive au niveau national. Depuis 2000, le Ministère de la Santé prend en compte la prévention du suicide dans les plans nationaux de santé publique, notamment le Programme national d'actions contre le suicide 2011/2014. Des résultats encourageants ont été obtenus. *« En un quart de siècle, le nombre de suicides a baissé de 20% en France »²*. Cette stratégie nationale repose sur le postulat selon lequel le suicide est accessible à la prévention, le suicide étant, dans un grand nombre de cas, une cause de mortalité évitable. En effet, l'appropriation de la problématique du suicide par le champ médical a exclu du débat la notion de choix ou de liberté quand il est question de passage à l'acte suicidaire au profit d'une qualification de « symptôme évitable » par le diagnostic et la connaissance du processus de crise. Ainsi, les décès par suicide seraient des morts évitables si toutefois le repérage est correctement réalisé. Néanmoins, le suicide est un acte complexe qui conjugue de multiples facteurs. L'ensemble des chercheurs s'accordent à dire que la grande majorité des suicides, soit plus de 80%, est liée à l'existence d'une maladie mentale. Pourtant, toutes les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne se suicident pas. La personnalité même de l'individu ainsi que sa trajectoire de vie constituent également des facteurs de passage à l'acte suicidaire. En poussant le raisonnement jusqu'au bout, aucun suicide ne serait comparable à un autre. Un tel acte devrait être compris dans sa radicale singularité, d'où la difficulté d'évaluer les personnes à risque de décès par suicide et plus généralement de le prévenir.

¹ D.BERNUS, *Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental, Suicide : Plaidoyer pour une prévention active*, Editions des journaux officiels, février 2013, p. 4

² *Ibid*

La prévention des suicides constitue une préoccupation ancienne de l'Administration Pénitentiaire (AP). En effet, la sursuicidité carcérale est une réalité dans tous les pays du monde. En France, elle est de l'ordre de 6,5 à 7 fois celle de la population générale³. Les explications à cette situation sont nombreuses et comprennent autant la question de la promiscuité carcérale, que de la surreprésentation des troubles mentaux des personnes incarcérées, de la perte des liens affectifs et parfois de la longue attente avant le jugement. Il est également constaté que les personnes détenues représentent souvent une part de la population très fragilisée tant sur le plan social, que sur les plans économique, psychologique et affectif. De plus, la détention est un évènement stressant même pour des personnes non vulnérables.

L'AP s'est engagée dans une politique de prévention des suicides à partir des années 60.⁴ C'est toutefois dans les années 90 que l'AP érige en véritable priorité la lutte contre les suicides en milieu carcéral. La note du 29 mai 1998 précise qu' « *une politique de prévention n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet acteur de sa vie* ». Le 26 avril 2002, une nouvelle circulaire cosignée par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé fait état du caractère nécessairement pluridisciplinaire de toute action de prévention du suicide. Le 15 juin 2009, un plan d'action ministériel est arrêté. Les axes principaux de ce plan sont le renforcement de la formation du personnel pénitentiaire, l'application de mesures particulières pour les personnes détenues les plus fragiles connaissant une crise suicidaire aigüe, la lutte contre le sentiment d'isolement (radio et téléphone à destination des personnes détenues au quartier disciplinaire) et enfin la mobilisation de l'ensemble des membres de la communauté carcérale dans la politique de prévention du suicide. Les vingt mesures de ce plan d'action font l'objet d'un suivi mensuel par un comité de pilotage présidé par le Directeur de l'AP.

Malgré cette politique de prévention particulièrement volontariste, les chiffres ne révèlent pas une nette baisse du suicide en milieu carcéral. « *Entre 2005 et 2007, le taux de suicide était en forte diminution (15/10 000 en 2007). En 2008, ce taux a nettement augmenté (17/10 000). Entre 2009 et 2010, le taux de suicide était 18/10 000 contre*

³ L. ALBRAND, *La prévention du suicide en milieu carcéral*, janvier 2009

⁴ Circulaire du 15 février 1967

17,1/10 000 en 2011. »⁵ Force est de constater que la politique de prévention du suicide en prison ne s'avère pas pleinement efficace. Des efforts restent encore à fournir.

Un concept, présenté comme étant un dispositif de prévention du suicide, commence à émerger dans l'univers carcéral : la « postvention ». Cette notion, appliquée au suicide, est née aux Etats-Unis au début des années 60, date des premières activités cliniques destinées aux personnes endeuillées. En 1973, toujours aux Etats-Unis, ces activités sont expressément nommées « postvention ». Elles sont généralement reconnues comme étant des activités thérapeutiques qui s'adressent aux personnes vivant le deuil suite au décès par suicide d'un proche. Elles visent à réduire le niveau de détresse, à diminuer les risques d'imitation des comportements suicidaires et à favoriser le rétablissement et la résolution du processus de deuil.

Si, à l'origine, les actions de « postvention » ne s'adressaient qu'aux proches du suicidé, elles touchent aujourd'hui un public plus large : les personnes qui ont été confrontées à une scène de suicide ou qui ont noué de quelque manière que ce soit des liens d'attachement avec la personne suicidée. De telles actions se justifient par le fait que le suicide constitue à la fois, un acte de violence contre soi-même mais aussi contre l'autre. Il confronte l'autre à sa propre mort, d'où le risque d'un fort impact traumatique sur l'ensemble de ces personnes.

Cependant, le concept de « postvention » ne comprend pas seulement les actions de prise en charge des personnes touchées directement ou indirectement par un suicide. Au regard du rapport TERRA de 2003, la « postvention » signifie l'ensemble des actions et attitudes après la survenance d'un suicide. Elle intègre la façon dont on annonce le décès, dont on en parle et dont les médias relatent l'évènement. Ainsi, la « postvention » est synonyme d'après-suicide. Dans le cadre de ce mémoire, je me baserai sur cette définition.

Les textes relatifs à la prévention du suicide en milieu carcéral n'évoquent que très brièvement et de manière éparse les actions de « postvention », notamment dans leur aspect de prise en charge des personnes impactées par le suicide. En effet, si la circulaire de 2002 et la note de 1998 donnaient quelques indications relatives à la

⁵ *L'Administration Pénitentiaire en chiffres*, janvier 2012, p.7

conduite à tenir vis-à-vis de l'information à la famille du détenu suicidé (contact, proposition de rencontre ou de visite de la cellule), au soutien des personnels et des codétenus, force est de constater que le rapport TERRA de 2003 qualifiait la gestion de l'après-suicide de point noir. Il en pointait les lacunes s'agissant du soutien psychologique aux personnels pénitentiaires ou sanitaires, et aux codétenus. Le rapport ALBRAND de 2009 a noté de réelles améliorations dans la pratique tout en précisant que de nombreux efforts restent à faire.

En définitive, la « postvention » apparaît ponctuellement dans les textes relatifs à la prévention du suicide des personnes détenues, mais essentiellement sous l'angle de la prise en charge de la famille du suicidé, en témoigne l'article 44 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁶, et sous l'angle des remontées d'informations relatives à l'évènement aux différentes autorités.

Pourtant, le fait d'intégrer d'emblée la « postvention » dans la politique de prévention des suicides en milieu carcéral mérite d'être questionné :

Les actions de « postvention » mises en œuvre suite au suicide d'une personne détenue sont-elles susceptibles de constituer des moyens de prévention du suicide en milieu carcéral ?

Ne serait-ce qu'étymologiquement, la « postvention » semble constituer un échec de la prévention dans la mesure où la « postvention » consiste à envisager, avant un suicide, une manière de réagir si celui-ci vient à se produire. En d'autres termes, la « postvention » corrobore l'idée selon laquelle le suicide en prison ne peut être éradiqué. Elle affiche même un objectif préventif. Toutefois, l'atteinte de cet objectif semble délicate étant donné que la mise en œuvre d'une « postvention » est susceptible d'être à l'origine d'actions apparemment difficiles à concilier.

En effet, la « postvention » constitue une prise en charge des personnes impactées directement ou indirectement par le suicide d'une personne détenue, à savoir les personnels, la population pénale ainsi que la famille du suicidé. Cette prise en charge

⁶ Lorsqu'une personne détenue s'est donné la mort, l'administration pénitentiaire informe immédiatement sa famille ou ses proches des circonstances dans lesquelles est intervenu le décès et facilite, à leur demande, les démarches qu'ils peuvent être conduits à engager.

est destinée à réduire l'impact post-traumatique du passage à l'acte suicidaire. Autrement dit, les actions de « postvention » revêtent, en quelque sorte un aspect de soutien psychologique. Ce soutien psychologique qui passe par une communication en interne autour du suicide et par une prise en charge des personnes touchées peut avoir un impact positif sur les pratiques professionnelles des agents et peut également limiter les suicides par contagion de personnes détenues en empêchant la propagation de rumeurs et de fantasmes autour du suicide au sein de la population pénale. Encore faut-il que l'information ait bien circulé et que la prise en charge ait été adaptée, au risque que la vertu préventive de la « postvention » ne soit remise en cause.

Par ailleurs, à travers la « postvention », il s'agit de comprendre comment et pourquoi le suicide s'est produit, de faire état des gestes professionnels qui ont été ou non effectués. Autrement dit, les actions de « postvention » revêtent également un aspect purement technique et d'analyse des circonstances du passage à l'acte suicidaire. Cependant, les effets préventifs de cette analyse du suicide sont à nuancer. Une telle action de « postvention » est susceptible de dévier vers une désignation de responsables des éventuelles fautes commises. Un sentiment de culpabilité chez les personnels peut alors naître et fragiliser les pratiques professionnelles, dans la mesure où la « postvention » sera associée à une potentielle sanction. Cette peur de la sanction peut avoir pour effet de paralyser toute action et en particulier les actions en faveur de la prévention des suicides. S'agissant des personnes détenues, un tel sentiment de culpabilité constitue potentiellement un facteur de fragilisation et le cas échéant de précipitation du passage à l'acte suicidaire.

Ainsi, la recherche et l'étude des circonstances du suicide sont susceptibles de transformer l'échec de l'AP dans l'accomplissement de ses missions en un véritable sentiment de culpabilité de ses agents et des personnes détenues. Un tel état de culpabilisation semble incompatible avec l'aspect de soutien et de prise en charge psychologique de ces mêmes personnes. A cette apparente contradiction au sein même de la notion de « postvention » s'ajoute une ambivalence dans ses effets sur la prévention des suicides.

Face à la complexité de cette notion, la « postvention », peut-elle, malgré tout, s’inscrire pleinement dans une politique de prévention des suicides en milieu carcéral ?

La « postvention » semble posséder des vertus préventives aussi bien en tant que dispositif de soutien à la communauté carcérale endeuillée suite au suicide d’une personne détenue, qu’en tant que dispositif visant à rendre compte du suicide à la société libre. Néanmoins, au-delà de ces effets potentiellement préventifs, les actions de « postvention » pourraient avoir tendance à constituer un frein à la politique de prévention des suicides en milieu carcéral.

Le directeur des services pénitentiaires (DSP) qui est à l’initiative des actions de « postvention », a la lourde tâche de tenter de dépasser les ambivalences inhérentes à cette notion de telle sorte qu’elle contribue pleinement à la prévention des suicides.

La « postvention » s’inscrirait dans une politique de prévention du suicide à court terme.

La « postvention » est mise en œuvre dans le but de limiter les effets néfastes du suicide d’une personne détenue sur le personnel et sur la population pénale. En effet, l’aspect de la « postvention » qui consiste à réduire l’impact post traumatique du suicide d’une personne détenue sur les personnels et la population pénale, aurait un effet préventif mais uniquement à court terme. Les codétenus du suicidé et les personnes détenues ayant noué une relation avec le suicidé, sont pris en charge immédiatement par le personnel pénitentiaire et le service médical, après le passage à l’acte afin de réduire le choc qu’ils ont subi. Une telle prise en charge pourrait avoir pour effet d’empêcher, autant que faire ce peut, les suicides par contagion, c’est-à-dire ceux susceptibles d’intervenir dans un laps de temps assez court suivant le suicide initial. En revanche, elle ne permettrait pas de lutter contre le suicide en détention sur le long terme. Il s’agit en quelque sorte d’une mesure d’urgence.

Par ailleurs, cette prise en charge ne concernerait que les codétenus du suicidé et les personnes détenues déjà repérées comme fragiles. Autrement dit, les actions de « postvention » à l’égard de la population pénale ne permettraient pas le repérage de détenus potentiellement suicidaires ; la « postvention » n’aurait donc qu’un impact préventif à court terme.

La prise en charge du personnel de l'établissement suite au suicide d'une personne détenue permet de réduire les symptômes post traumatiques comme l'anxiété ressentie par l'agent avant l'ouverture des cellules, l'appréhension de découvrir le corps d'un autre détenu dans le même contexte etc. L'action de « postvention » mise en œuvre pour limiter ces symptômes pourrait revêtir un caractère préventif à court terme, dans la mesure où les pratiques professionnelles des agents ne seraient pas entachées. Les agents seraient en capacité de poursuivre l'exercice de leurs missions dont celle de prévention des suicides.

L'analyse des circonstances du suicide, l'autre aspect de la « postvention », est susceptible de révéler des erreurs commises par le personnel dans le repérage des personnes incarcérées potentiellement suicidaires. Ces dysfonctionnements éventuels pourraient conduire les agents à être davantage attentifs et vigilants. Or, cette surveillance déclenchée par le suicide d'une personne détenue, a priori bénéfique à la prévention, pourrait rapidement s'estomper car devenue épuisante pour les agents. La prévention ne serait donc qu'à court terme.

Afin de tester cette hypothèse de travail, il me semble plus opportun de privilégier la méthode qualitative à travers les entretiens. La technique de l'entretien accorde davantage de liberté à l'interlocuteur dans sa réponse ainsi que plus de souplesse dans les questions posées.

J'ai effectué des entretiens avec les différents personnels exerçant en établissement pénitentiaire et prenant en charge la personne détenue au quotidien dans la mesure où ils sont susceptibles d'être impactés plus ou moins directement par le suicide d'un détenu. Dans l'idéal, il aurait été judicieux d'échanger avec des personnes détenues qui ont vécu le suicide d'un de leurs codétenus. Cependant, mon positionnement professionnel aurait rendu cet exercice particulièrement délicat.

La principale difficulté que j'ai rencontrée lors de ces entretiens réside dans le fait que certains agents n'osent peut-être pas se livrer en toute sincérité concernant l'impact que le suicide d'une personne détenue a pu avoir sur eux, ce qui peut biaiser leur discours. Cette réticence à la franchise peut s'expliquer par mon positionnement en

tant que directrice vis-à-vis notamment des personnels de surveillance. Le rapport hiérarchique est susceptible de limiter la liberté de parole. Néanmoins, il est essentiel de se baser sur les informations données par la personne interrogée.

L'autre difficulté à laquelle je me suis heurtée a été le recueil d'informations sur le thème choisi. En effet, la « postvention » est essentiellement abordée du point de vue de la prise en charge des familles du suicidé et très peu du point de vue du personnel et des autres personnes détenues. Néanmoins, j'ai eu la chance d'avoir accès au projet de guide « Que faire après un suicide ? » en cours d'élaboration par un groupe de travail initié par la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), ainsi qu'à un projet de guide relatif à l'annonce d'un décès en milieu carcéral élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire mené par un psychologue coordinateur territorial chargé de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide et la référente interrégionale chargée de la prévention du suicide au niveau de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Bordeaux.

Par ailleurs, cette difficulté de recueillir des informations se retrouve sur le plan pratique dans la mesure où je suis pré-affectée à la maison centrale (MC) de Clairvaux où le nombre de suicides est fort heureusement très faible et où les personnels exercent, pour la plupart d'entre eux, depuis de nombreuses années à l'établissement. Leur expérience du suicide s'avère lointaine voire inexistante. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de prendre l'attache de personnels de tous corps, exerçant dans différents types d'établissements pénitentiaires.

Première partie

La « postvention », un dispositif de soutien à la communauté carcérale endeuillée : l'impact ambivalent sur la prévention des suicides

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.). Le suicide d'une personne incarcérée impacte donc, à un degré plus ou moins élevé, l'ensemble de cette communauté carcérale, d'où la mise en œuvre d'actions de « postvention » fondées sur l'information autour du suicide et sur la prise en charge des personnes touchées. Toutefois, ces actions sont, d'un côté, susceptibles de revêtir des vertus préventives et de l'autre constituer un risque pour la prévention des suicides en milieu carcéral.

Chapitre I : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge au service de la prévention des suicides

Lors du suicide d'une personne détenue, la transmission de l'information aux personnels, aux intervenants, ainsi qu'à la population pénale constitue une priorité et un préalable à toute prise en charge éventuelle.

Section I : La transmission de l'information relative au suicide : première étape de la « postvention »

A) La préparation de la transmission de l'information

Le projet de guide relatif à l'annonce d'un décès aux personnes détenues et aux personnels recommande, préalablement à cette annonce, la réunion d'une « équipe ressource »⁷ au sein de l'établissement chargée d'évaluer précisément la situation afin d'être en mesure d'organiser l'annonce du décès.

⁷ Organiser l'annonce d'un décès en milieu carcéral, projet de guide au sein de la DISP de Bordeaux.

Cette « équipe ressource » est réunie par un DSP. Il peut choisir un personnel d'encadrement (chef de détention, officiers etc.), un médecin psychiatre ou psychologue du service médical ou de l'AP en fonction des situations, une infirmière de l'unité de soins, l'aumônier, une personne ressource extérieure comme le responsable local de l'enseignement (RLE) ou le responsable d'une association.

« L'équipe ressource » évalue la situation. Elle recueille des informations factuelles, précises et objectives sur le décès, vérifie les informations et évalue le niveau de répercussion de l'évènement dans la structure. Enfin, elle identifie les personnes concernées par le décès et/ou exposées à ses conséquences : collègues, codétenus, bénévoles d'associations, témoins ou toute autre personne en lien avec la situation et dont il faudra tenir compte lors de l'annonce de la mort de la personne détenue.

B) Les modalités de transmission de l'information

1) Transmission de l'information aux personnels

Le DSP accompagné d'un membre de « l'équipe ressource » procède à l'annonce du décès qui doit se faire le plus rapidement possible dès que l'information est connue, vérifiée puis évaluée par « l'équipe ressource ». Le rapport TERRA, dans ses recommandations, préconise que la ou les personnes qui annoncent doivent adopter une attitude calme, compréhensive, rassurante et respectueuse. Elles ne doivent pas juger le geste et doivent annoncer clairement le décès.

Toujours selon les préconisations du guide, l'information relative au suicide de la personne détenue est transmise en priorité aux personnels de surveillance dans la mesure où ils sont directement concernés et qu'ils constituent le vecteur de communication avec la population pénale. Dans certains établissements, le Chef d'établissement (CE) prépare la diffusion des informations sous forme d'écrit. L'avantage est que l'écrit reste et évite les distorsions d'informations. Cet écrit est remis à l'encadrement dans les meilleurs délais, ce qui permet aux surveillants de fournir des réponses cohérentes, fiables et validées par la hiérarchie. Le terme « suicide » ne doit pas être mentionné : « Monsieur X est mort par pendaison à 00:00 dans la cellule X située au X étage du quartier X. Une enquête a été ouverte ». Or dans la pratique, peu de

DSP utilisent l'écrit pour communiquer avec les personnels de surveillance. S'agissant des agents absents lors du passage à l'acte, certains CE participent à l'appel du lendemain pour annoncer le décès par suicide, d'autres l'annoncent à l'occasion du rapport des officiers et des gradés afin que eux-mêmes transmettent l'information aux surveillants.

Par ailleurs, l'article D.427 du code de procédure pénale (CPP) invite le CE à prévenir diverses catégories de personnes : l'aumônier si le suicidé avait une obédience confessionnelle, le visiteur de prison le cas échéant, et enfin l'avocat de la personne détenue. Outre ces personnes désignées par le CPP comme étant destinataires de l'information, il est essentiel d'annoncer le décès au personnel pénitentiaire d'insertion et de probation, au médecin de prévention, *aux personnels de l'Education Nationale, aux personnels des sociétés privées, et aux intervenants culturels*⁸, aux associations d'accueil des familles, autrement dit, à toutes les personnes qui assurent la prise en charge de la population pénale au quotidien. En effet, ces intervenants constituent un relais au sein de l'établissement et doivent, de ce fait, être destinataires d'éléments factuels qui leur permettront de dissiper les rumeurs qui peuvent voir le jour. Le guide recommande que l'information relative au décès soit donnée sous forme écrite selon les mêmes modalités que pour les personnels de surveillance. L'écrit a aussi l'avantage de s'adresser non seulement aux personnes présentes mais aussi aux personnes absentes du lieu de travail au moment de l'évènement, ce qui est souvent le cas des CPIP et des intervenants non pénitentiaires lorsque le suicide a lieu la nuit ou au petit matin.

2) Transmission de l'information aux personnes détenues

L'information relative au suicide doit également être transmise aux codétenus du suicidé conformément à la circulaire du 26 avril 2002 « *après la survenance d'un décès par suicide, pour mettre fin au développement de rumeurs ou d'accusations à l'encontre des surveillants, qui pourraient germer parmi les codétenus, il appartient au directeur ou au CE de réunir les codétenus pour leur fournir des informations* ». La communication autour du suicide vis-à-vis de la population pénale apparaît essentielle, à la fois pour répondre aux sollicitations, pour éviter un sur-incident, pour lever les doutes à l'encontre de l'AP et faire taire les rumeurs. Toutefois, les rumeurs et les accusations

⁸ L. ALBRAND, *La prévention du suicide en milieu carcéral*, janvier 2009, recommandation n°17.

en direction de l'AP ne sont pas systématiques consécutivement au suicide d'une personne détenue. A travers les entretiens que j'ai effectués, il apparaît que l'absence de révolte contre l'AP de la part des détenus serait liée, outre à une information rapide, au fait que le suicidé était plutôt isolé du reste de la population pénale, qu'il n'était donc pas connu de ses codétenus.

Conformément au guide relatif à l'annonce d'un décès en milieu carcéral, l'information à destination des personnes détenues peut aisément être transmise par le personnel de surveillance lors de la distribution des repas ou lors du départ ou de la remontée de promenade ou d'activités. Elle peut l'être également par le personnel de direction, à l'occasion des mouvements, d'audiences individuelles ou collectives.

Informé sur le suicide d'une personne détenue permet d'éviter que les informations ne soient déformées et que les interprétations prennent le dessus sur la réalité. Informer permet également de nommer l'évènement, dans l'objectif de libérer la parole, mettre des mots sur des émotions et légitimer le fait d'être en souffrance après un suicide. En définitive, informer sur le suicide réduit les tensions en détention et par conséquent favorise un climat de travail serein pour les personnels et un certain apaisement des personnes détenues. Un climat de travail serein pour les personnels et un apaisement de la population pénale ne peuvent être qu'au service de la politique de prévention des suicides.

Pour autant, l'annonce du suicide d'une personne détenue peut s'avérer traumatisante pour les personnes destinataires d'une telle information. Ainsi, l'information doit nécessairement être suivie d'une proposition de prise en charge, que la personne est libre d'accepter, dans la perspective d'une prévention des suicides en milieu carcéral plus efficace.

Section II : Les propositions de prise en charge, un complément essentiel à l'information

A) Pourquoi proposer une prise en charge ?

Le suicide est un acte d'une grande violence qui se produit le plus souvent de façon brutale. Il est par conséquent susceptible de provoquer, d'une part, de multiples angoisses pouvant entraîner des réactions post-traumatiques importantes et pas toujours manifestes, d'autre part, des passages à l'acte suicidaire d'autres personnes détenues par un phénomène dit de « contagion ».

1) La proposition de prise en charge aux personnels

De manière générale, à la suite d'un suicide, les professionnels éprouvent des émotions fortes telles que le choc, la culpabilité, la tristesse, l'impuissance, la colère et la honte⁹. Le suicide d'une personne dont le professionnel à la charge peut être également perçu comme un échec. En effet, selon une première surveillante d'une maison d'arrêt des femmes (MAF), le suicide provoque, à des degrés divers selon les personnes, un sentiment d'échec dans la mission de garde et de protection de l'intégrité physique des personnes détenues. La frontière entre le sentiment d'échec et de culpabilité est parfois ténue. Ce sentiment de culpabilité peut être accompagné, chez certains agents, d'une volonté d'avoir des explications sur la survenance du suicide.

Une perte de l'estime de soi est de l'ordre du possible, tout comme des sentiments d'angoisse particulièrement les jours qui suivent le suicide. Parmi les troubles ressentis par certains surveillants interrogés ayant découvert le corps sans vie d'une personne détenue, sont cités une anxiété à l'ouverture des portes et une appréhension de se retrouver dans le même contexte que lors de la découverte du corps. « *On est marqué à vie par le suicide. On dort mal, on se rappelle de son nom...* »¹⁰. Parmi les surveillants en début de carrière qui vivaient leur premier suicide, ces symptômes ont duré plus longtemps, une à deux semaines pour certains. La confrontation à la mort les a marqués. Ils l'expliquent par le manque de formation

⁹ M. HANUS « Le deuil après un suicide », *Revue mensuelle de Santé Mentale Le suicide...et après ?*, n°134 janvier 2009

¹⁰ A. CHAUVENET, C. ROSTAING, F. ORLIC, *La violence carcérale en question*, PUF, coll le lien social, 2008

relative à l'après-suicide dans son aspect de gestion procédurale (les actions à mettre en œuvre suite à un suicide) et dans son aspect de gestion de ses émotions face à la mort d'un détenu. En revanche, les surveillants plus anciens expliquent le peu d'impact du suicide sur eux-mêmes du fait de leur expérience et qu'ils sont conscients que faire face au suicide d'une personne détenue fait partie intégrante de leur métier. Ils ont déjà eu à gérer un suicide, ils connaissent la procédure à suivre, les gestes à faire. L'important selon leurs dires, est de gérer l'évènement le mieux possible, en d'autres termes, éviter les sur-incidents. Par ailleurs, ils l'expliquent par la barrière qui existe entre les surveillants et les personnes incarcérées. Plusieurs agents ont répondu à la question « *Avez-vous été choqué et fragilisé par le suicide de ce détenu ?* », par « *non, ça reste un détenu ! Par contre, si ça avait été un collègue, on l'aurait mal vécu, on aurait peut-être même eu besoin d'un psychologue* ». Un psychologue du personnel considère qu'une telle attitude de la part des personnels de surveillance n'est autre qu'un mécanisme de défense qui joue un rôle de protection. Les propos d'un surveillant corroborent ce constat « *si on est soi-même, on s'expose à être plus fragile, plus humain. Il faut donner une fausse impression de cœur de pierre, de Robocop¹¹* ».

Par ailleurs, bien que le suicide d'un détenu confronte les surveillants à la mort, le phénomène d'identification reste moindre que s'il s'agissait du suicide ou même de l'agression d'un collègue.

Des réactions de stress peuvent aussi se manifester sous la forme de pensées ou d'images intrusives, de comportements d'évitement, de signe de stress physique (altération du rythme du sommeil, palpitations etc.)¹². Ainsi, les entretiens que j'ai effectués révèlent que de telles réactions de stress sont accentuées, d'un côté par la surprise ressentie par la communauté carcérale suite au passage à l'acte et de l'autre, à la scène de suicide elle-même qui peut s'avérer particulièrement violente. En effet, selon une étude menée par une DSP, Anne-Laure DAUTRY¹³, le suicide est considéré comme une surprise par les personnels dans 80% des situations. Les comptes-rendus des débriefings professionnels effectués par le référent sanitaire de la Direction

¹¹ A. CHAUVENET, C. ROSTAING, F. ORLIC, *La violence carcérale en question, op.cit.*

¹² M. HANUS « Le deuil après un suicide » *Revue mensuelle de Santé Mentale Le suicide...et après ? op.cit.*

¹³ DAUTRY Anne-Laure, *Vers l'intégration de la notion de postvention dans le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle : ENAP : 2008

Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Bordeaux le confirment : les suicides de personnes détenues qui ont eu lieu dans les établissements pénitentiaires de la DISP de Bordeaux ont surpris les personnels pénitentiaires ainsi que les partenaires, alors même que dans certains cas, la personne incarcérée était repérée comme suicidaire¹⁴.

Par ailleurs, le mode opératoire utilisé par le suicidé peut être particulièrement violent et atypique et donc accentuer le choc comme au centre pénitentiaire (CP) de Bordeaux en juin 2012 où une personne détenue s'est tranchée la gorge. La conscience de celui ou ceux qui ont vu le corps, est alors susceptible d'être envahie d'images traumatiques très lourdes à porter et dont il est difficile de se défaire. Selon un officier du CP de Bordeaux, l'image du corps de la personne incarcérée s'imposait de manière ponctuelle à son esprit pendant environ une dizaine de jours. Chez d'autres personnels interrogés, ses images n'étaient présentes que pendant deux-trois jours.

Dans certains cas, les professionnels ayant été confrontés directement à la scène du suicide peuvent développer des symptômes de stress post-traumatique.

Des études scientifiques ont montré que les réactions évoquées varient en intensité, s'estompent le plus souvent avec le temps et sont en général influencées par le degré et le type d'implication du professionnel dans la relation avec la personne prise en charge¹⁵. Une officier exerçant en MC m'a confié que l'impact que le suicide d'une personne détenue peut avoir sur elle est étroitement lié à ce qu'elle sait de cette personne, à son attitude au quotidien en détention. Une DSP stagiaire m'a même affirmée en ses termes que « *les agents et moi-même étions soulagés que ce détenu soit mort. C'était un pénible* ».

Néanmoins, l'impact d'un suicide sur le personnel n'est pas seulement émotionnel, il touche également la sphère professionnelle. Certains agents en viennent à douter de leurs compétences relationnelles et professionnelles, sont épuisés, multiplient les absences, ou refusent même de continuer à travailler avec des populations à risque.

¹⁴ Annexe N°1

¹⁵ A. DOLORES, D. CASTELLI « Face au suicide d'un patient », *Revue mensuelle de Santé Mentale Le suicide...et après ?*, n°134 janvier 2009

Ainsi, une première surveillante qui a eu à gérer le suicide d'une personne détenue a quitté la détention quelques mois après le passage à l'acte car imaginer revivre une telle situation lui semblait insurmontable. Dans l'ensemble des entretiens que j'ai effectués, elle reste un cas très isolé, dans la mesure où les autres personnels, quelque soit le corps de métier, n'ont pas constaté de modifications de leurs pratiques professionnelles sur le long terme.

Ainsi, le suicide d'une personne détenue est susceptible d'affecter plus ou moins gravement et plus ou moins sur le long terme, les pratiques professionnelles des agents. Un tel infléchissement des pratiques professionnelles peut s'avérer nuisible à la politique de prévention des suicides en milieu carcéral, les personnels n'étant pas dans de bonnes conditions pour effectuer leurs missions dont fait partie la prévention du suicide ; d'où l'importance de leur proposer une prise en charge rapide. Les agents sont ensuite libre de l'accepter. Cependant, même si mes entretiens montrent que, de manière générale, les personnels ont plutôt bien vécu le suicide de la personne détenue, le risque qu'une personne le vive mal et que des répercussions sur les pratiques professionnelles se fassent sentir, justifie, au nom de la prévention, d'offrir une possibilité de prise en charge. D'autant que le suicide peut avoir un retentissement personnel pouvant être lié au vécu de la personne concernée.

Cette proposition de prise en charge des personnels est d'autant plus importante que la plupart des personnes traumatisées sont incapables de solliciter de l'aide et en particulier les hommes¹⁶. Ce constat m'a été confirmé par une psychologue des personnels intervenant en prison : « *aller consulter un psy de sa propre initiative est un signe de faiblesse pour certaines personnes. Elles craignent le regard des pairs* ». Le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) référent d'une personne détenue suicidée a déclaré à la psychologue du personnel que si le CE n'avait pas repéré de faiblesse chez lui, il n'aurait jamais pris l'initiative de consulter la psychologue.

¹⁶ J.L TERRA, *Prévention du suicide des personnes détenues*, décembre 2003, 5.5.5 Gérer l'après-suicide.

2) La proposition de prise en charge aux personnes détenues

Les réactions d'après-suicide ressenties par le personnel peuvent bien sûr se retrouver chez certaines personnes détenues. Une psychiatre exerçant en unité de soins m'a expliqué que les deux codétenus du suicidé qui ont vu son corps pendu et qui n'étaient pas connus du service médical, ont pris l'initiative de consulter le psychiatre pendant plusieurs mois une fois par semaine.

Proposer une prise en charge aux codétenus du suicidé et aux autres personnes détenues fragilisées par le passage à l'acte, permet de limiter les effets de contagion. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *les prisons procurent un environnement dans lequel des suicides groupés peuvent se produire. L'étude de ces suicides chez des détenus suggère que l'augmentation du risque de suicide ultérieur paraît se limiter à une période de quatre semaines suivant le suicide initial et se réduit avec le temps* ». Le suicide d'une personne détenue semble donc provoquer un risque plus élevé que d'autres suicides se produisent. En effet, la personne incarcérée qui entend parler d'un suicide et qui a le sentiment d'être dans la même situation peut se dire « *s'il l'a fait, c'est à mon tour de le faire* ». Il s'agit d'un phénomène d'identification. La psychologue « parcours d'exécution de peine » (PEP) d'une MC m'a confié que certaines personnes détenues ne tiennent en détention que grâce à des choses de la vie quotidienne qui n'ont quasiment aucune importance pour nous. Lorsque le suicide d'un codétenu survient, ces personnes incarcérées perdent leurs repères, elles peuvent être déstabilisées et fragilisées et le cas échéant passer à l'acte. Une psychiatre d'une unité de soins de centre de détention (CD) m'a expliqué que suite au suicide d'une personne détenue, un codétenu, qui était très attaché au suicidé, a fait une tentative de suicide (TS) en prétextant qu'il souhaitait « *le rejoindre* ». Bien heureusement, ce phénomène de contagion est loin d'être systématique. En effet, une psychologue exerçant en unité de soins au sein d'une maison d'arrêt (MA) a eu affaire à des personnes détenues pour lesquelles le suicide de leur codétenu a été dissuasif. Elles ont eu peur d'avoir eu elles-mêmes l'idée de passer un jour à l'acte.

En définitive, le suicide d'une personne détenue est générateur de souffrances qui fragilisent à la fois les personnels, la population pénale et donc l'établissement dans son ensemble. Les potentiels troubles qui pourraient naître chez les personnels comme chez la population pénale consécutivement à un suicide, doivent être diagnostiqués précocement afin de proposer une prise en charge immédiate permettant d'éviter de possibles conséquences plus graves.

B) Comment prendre en charge ?

1) La prise en charge du personnel

Afin de pallier aux effets potentiellement traumatisants du suicide d'une personne détenue, le CE a la responsabilité d'articuler les interventions auprès du personnel. La note du 15 juin 2009 détaillée par le projet de guide relatif à la « postvention », prévoit trois types de débriefing.

Tout d'abord, un débriefing de recueil d'informations et de soutien des agents doit être organisé par le CE. Ce débriefing est une instance de compréhension des agents et des faits. Il permet d'atténuer le choc émotionnel de l'instant et le sentiment de culpabilité des agents. Cet entretien doit avoir lieu dans un délai très bref, avant la fin du service des personnels. Il consiste à recevoir individuellement (en particulier pour l'agent à l'origine de la découverte des faits) ou collectivement, les personnels ayant participé à la prise en charge de la personne détenue après le passage à l'acte¹⁷. Les pratiques diffèrent selon les DSP et selon le contexte. Lorsque peu d'agents sont intervenus, un DSP de MA privilégie l'entretien individuel. Un DSP de CD lui a préféré un débriefing collectif qui permet, selon lui, de gagner du temps. D'autres DSP mettent en place l'un et l'autre.

Cet entretien ne concerne pas seulement les surveillants mais aussi les autres catégories de personnels en contact avec la victime lors de la découverte des faits (infirmiers par exemple). Le CE doit être attentif, dans une situation « d'écoute active ». Ce rôle d'écoute est tout aussi important que celui du psychologue¹⁸. Il convient de

¹⁷ Direction de l'Administration Pénitentiaire, *mémento, que faire après un suicide ?* juin 2011

¹⁸ Annexe n°2

montrer aux agents qu'il n'y a pas de jugement sur la gestion de l'évènement et de donner une vision protectrice à l'agent ; il faut éviter de dire ou de laisser comprendre que l'évènement est de sa faute. En revanche, il faut souligner la complexité de la tâche de surveillance face au suicide malgré tous les efforts accomplis. L'agent doit sentir que la hiérarchie est à ses côtés. Un DSP m'a expliqué que le surveillant à l'origine de la découverte du suicide a évoqué, dès le début de l'entretien, sa crainte de voir sa responsabilité pénale engagée car il était conscient qu'il avait commis une erreur. Le DSP l'a rassuré et a volontairement refusé d'insister davantage sur sa faute professionnelle « *pour ne pas l'accabler encore plus* ». A l'inverse, l'évènement ne doit pas être minimisé. Le besoin de « contenir » les personnels doit conduire le CE à insister sur la pénibilité du moment et de s'approprier un rôle de soutien social. Lors de cet échange, il est vivement recommandé de proposer à l'agent de rencontrer un psychologue des personnels. Le CE pourra laisser ses coordonnées ou faire office d'intermédiaire en proposant de le joindre. Le CE doit systématiquement informer la psychologue des personnels. Selon une référente sanitaire en DISP, dans 99% des cas, la réponse des agents est négative. Toutefois, le CE peut parfois détecter un malaise chez l'un de ses personnels ; il faut l'amener à accepter cette rencontre avec le psychologue d'une manière chaleureuse sans commentaires personnels. Le CE peut demander à l'agent qui a découvert le corps s'il souhaite être relevé de son poste, dans les meilleurs délais, jusqu'à la fin du service et ce quel que soit l'état émotionnel exprimé par l'agent, afin d'éviter un sur-incident. Il peut également lui demander s'il souhaite un changement de poste en proposant par exemple un poste protégé (hormis le mirador), est également envisageable. Il est conseillé d'attendre 24 à 48 heures avant que l'agent ne reprenne son service. A défaut d'arrêt de travail donné par le médecin traitant, il est conseillé de s'en remettre au médecin de prévention pour savoir si l'agent est apte à reprendre le travail¹⁹.

Le protocole de « postvention » élaboré par la DISP de Lille²⁰ mais non validé par la Direction de l'AP (DAP), impose l'organisation d'une réunion mettant en présence tous les agents ayant eu à intervenir. Cette réunion permet la mise en commun

¹⁹ Direction de l'Administration Pénitentiaire, *mémento, que faire après un suicide ? op.cit.*

²⁰ Annexe n°3

et le partage du déroulement de l'évènement. Le CE s'enquiert de l'état des personnels et propose l'intervention du psychologue des personnels et fourni ses coordonnées.

Dans un CD, le gradé de nuit en poste lors du suicide d'une personne détenue, a fait un débriefing collectif avec les agents quelques heures après le suicide, afin de recueillir leurs réactions et de les rassurer dans la manière dont ils ont géré l'évènement. Le gradé a ensuite rendu compte au DSP qui a reçu individuellement les agents fragilisés. Parmi eux, une surveillante de l'équipe de nuit qui a été particulièrement bouleversée, son frère s'étant récemment suicidé.

Ensuite, un débriefing, animé par le psychologue des personnels intervenant à l'établissement, peut être mis en place dans les 48 à 72 heures après le suicide, d'où l'intérêt pour le DSP d'informer le plus rapidement possible le psychologue du passage à l'acte. Tous les personnels doivent pouvoir bénéficier de cette prise en charge psychologique qu'ils soient impliqués directement ou indirectement dans l'évènement. D'ailleurs, le rapport TERRA précise qu'immédiatement après un décès, le CE doit pouvoir identifier les personnes suivant la personne détenue suicidée, à un titre ou à un autre, afin de leur proposer un soutien psychologique éventuel. Ce débriefing a lieu hors la présence du CE afin de libérer au mieux la parole des agents. Il peut être collectif et/ou individuel. Les objectifs du débriefing sont notamment, d'inciter à la verbalisation du vécu, d'informer sur le stress et le traumatisme, d'aider à la prise de conscience de la normalité des réactions et de diminuer le sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité. Selon les dires d'une psychologue du personnel, le débriefing collectif serait davantage réservé aux agents présents lors du suicide, qui ont été confronté à la scène. Pour les autres personnels plus en retrait, l'entretien individuel est privilégié dans la mesure où le suicide de la personne détenue peut avoir une résonance plus personnelle, raviver des évènements chez l'agent. Malgré l'existence d'un véritable soutien psychologique, l'ensemble des personnels avec qui j'ai échangé m'ont confié n'avoir pas ressenti le besoin de consulter un psychologue. Le dialogue avec les pairs voire les proches leur semble suffisant.

Pour illustrer ces propos, lors du suicide dans un CD, les agents ont pu, dans les heures qui ont suivies l'évènement, s'entretenir par téléphone avec la psychologue de la DISP. Deux jours plus tard, la psychologue du personnel intervenant dans

l'établissement a organisé un débriefing collectif. Seuls trois agents sur les dix présents lors du passage à l'acte y ont participé. Elle m'a expliqué que cette faible participation pouvait être due à l'absence des agents concernés les jours de la permanence psychologique mais également à la forte proportion de personnels de surveillance anciens qui, selon elle, ne sont pas imprégnés de cette culture de consulter un psychologue. En effet, à l'époque où ils ont débuté leur carrière, les psychologues du personnel n'existaient pas en milieu carcéral. Suite à ce débriefing collectif, une permanence psychologique a été mise en place sur plusieurs jours à l'établissement afin de recevoir les agents qui souhaitaient bénéficier d'un entretien individuel. La psychologue m'a confié qu'il était essentiel pour elle d'être présente en détention les jours suivants le suicide, pour que l'ensemble des agents l'identifie et soit informé de la possibilité de la rencontrer.

Enfin, dans le mois qui suit le suicide, un débriefing professionnel est organisé à l'initiative du CE. Il associe tous les acteurs et partenaires (sanitaire, enseignants etc.). Le référent sanitaire de la DISP y participe en qualité de représentant du Directeur Interrégional (DI) et anime la réunion. A la DISP de Dijon, ce débriefing est co-animé par le référent sanitaire et par le psychologue du personnel de la DISP, ce qui n'est pas le cas dans la DISP de Bordeaux par exemple. En effet, cette réunion permet, outre un espace de réflexion sur la problématique suicidaire en milieu carcéral, un partage du vécu de chacun des acteurs. Ce débriefing possède donc un aspect psychologique. Il peut permettre de repérer des personnels fragiles car l'impact traumatique est susceptible d'apparaître des mois après le suicide.

2) La prise en charge des personnes détenues

Le suicide d'une personne détenue impose une prise en charge des co-cellulaires éventuels.

Une fois les gestes d'intervention accomplis et le décès constaté, les co-cellulaires sont isolés dans une autre cellule.

Le plan d'action du 15 juin 2009 rend systématique l'entretien du co-cellulaire de la personne détenue suicidée avec le CE et ce, en raison de son statut de témoin des faits. Cet entretien constitue l'occasion d'évaluer l'impact du suicide sur le co-cellulaire

et de lui proposer, outre un temps de parole, une prise en charge médicale (unité de soins ou Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)). Un des DSP interrogé n'a pas jugé utile de rencontrer les co-cellulaires de la personne incarcérée suicidée. Il estime que la rencontre avec le service médical est suffisante

Une surveillance spécifique ainsi qu'un changement de cellule s'imposent pour les codétenus puisque le procureur de la République peut neutraliser la cellule le temps de l'enquête. Il est important dans cette phase de protéger la personne détenue d'un sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu secourir ou éviter le suicide de son codétenu. Une psychologue m'a confié que certains codétenus ont subi un réel choc suite au suicide et ont bénéficié d'un suivi psychologique pendant plusieurs mois.

Le codétenu de soutien le cas échéant, doit recevoir une attention particulière. En effet, ce codétenu assure des fonctions de prévention, de soutien, de détection du risque suicidaire, de protection de la personne en crise, de sauvetage parfois et souvent d'alerte. L'exercice de ces missions est conditionné par une formation relative aux premiers secours et à la prévention du suicide. Ces objectifs sont formalisés dans un document. En cas de suicide, le codétenu de soutien serait sans doute très impacté dans la mesure où il est investi « officiellement » d'une mission de prévention du suicide. Son sentiment de culpabilité risque, de ce fait, d'être amplifié.

Le rapport TERRA ainsi que le rapport ALBRAND préconisent d'élargir la prise en charge aux codétenus qui côtoyaient le décédé au travers d'activités en commun et qui avaient un lien d'amitié ou d'attachement avec lui. Une psychologue PEP en MC a observé que les détenus ont tendance à renier les relations d'attachement qu'ils peuvent avoir avec d'autres, ceci pouvant être perçu comme un aveu de faiblesse.

Par ailleurs, le service médical et les personnels pénitentiaires doivent accorder une attention accrue aux personnes détenues considérées comme fragiles et à risque suicidaire. Ces dernières sont susceptibles d'être davantage déstabilisées par le suicide. Les psychiatres et psychologues avec qui je me suis entretenue considèrent qu'il est essentiel de parler du suicide avec ces personnes dites « à risque ». En effet, discuter du suicide avec des personnes suicidaires n'augmente pas le risque suicidaire et peut même

le diminuer car le fait d'en parler directement fait voir à la personne que quelqu'un s'intéresse à elle.

La note du 15 juin 2009 prévoit la mise en œuvre de groupes de paroles de personnes détenues dans l'hypothèse où deux suicides surviendraient en moins de 6 semaines dans le même établissement. Ces groupes de paroles sont mis en place en lien avec l'équipe médicale et sont prévus et co-animés par les personnels de santé et pénitentiaire. Ces instances permettent de déstigmatiser la demande d'aide et d'indiquer aux détenus fragilisés les possibilités de se faire aider au sein de l'établissement.

La mise en place de groupes de parole destinés aux personnes détenues fait débat notamment sur la nécessité d'une formation spécifique du personnel soignant et pénitentiaire chargé d'animer ces groupes. La responsable de la Mission de Lutte et de Prévention des Suicides (MLPS) m'a confié que ce débat est à l'origine du retard de publication du guide « que faire après un suicide ? » en cours d'élaboration par un groupe de travail pluridisciplinaire constitué en 2009 suite au plan d'action de la même année. Ce guide aurait dû être finalisé fin 2011. C'est sans doute la raison pour laquelle ces groupes de parole ne sont que très peu organisés dans les établissements. Le CP de Châteauroux a tenté l'expérience en 2012 suite à deux suicides intervenus en l'espace de trois semaines. Quatre groupes de parole, ouverts à 25 personnes détenues et en présence de l'ensemble des acteurs ont été réunis (SPIP, DSP, officiers, personnel de l'unité de soins et du SMPR). L'identification des personnes détenues concernées est élaborée de manière conjointe avec les services de santé. Les personnes incarcérées atteintes de troubles psychiatriques lourds n'ont pas fait partie du dispositif compte tenu du risque de contamination. Ces dernières ont été traitées dans le cadre des audiences aléatoires individuelles. Au cours de ces groupes de parole, les professionnels ont rappelé leur rôle et les personnes détenues ont exposé leur expérience personnelle des passages à l'acte ou de la tendance au passage à l'acte.

Dans une MC, le CE a, non seulement, présenté la cellule du suicidé à la famille du défunt, mais lors d'un parcours interne, il lui a aussi présenté les différents lieux de vie où était présent l'intéressé. Il s'agit là d'une initiative très intéressante dans la mesure où elle a également permis à certains des codétenus de les aider à faire leur deuil. En effet, la visite de la famille a représenté aux yeux de tous une marque

d'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 parfois déstructurés.

Ces actions à destination des codétenus ont pour but de lutter contre le risque d'imitation ou d'identification vis-à-vis du suicide. Plus largement, elles doivent permettre de limiter la souffrance de la population pénale. Selon une psychologue PEP de MC, les personnes détenues ne ressentent pas le besoin d'une prise en charge ; elles souhaitent seulement être informées du suicide et en discutent entre elles lors des activités ou du travail.

Informer et prendre en charge les personnels et la population pénale semble constituer un gage de prévention efficace. Néanmoins, si l'information et la prise en charge ne sont ni maîtrisées ni adaptées, la « postvention » est susceptible d'aller à l'encontre de la politique de prévention des suicides en milieu carcéral.

Chapitre II : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge à risque pour la prévention des suicides

La mission de prévention des suicides de l'AP pourrait être mise à mal par des actions de « postvention » inadaptées qui se traduiraient par une information à destination des personnels et de la population pénale trop restrictive ainsi que par une prise en charge insuffisamment globale voire excluante.

Section I : Les dangers d'une information restreinte

A) Un contenu restreint

Une psychologue PEP en MC et un psychologue clinicien affirment que la transparence dans le contenu de l'information relative au suicide d'une personne détenue permet de limiter les effets de contagion suicidaire à l'égard du reste de la population pénale « *les répétitions suicidaires interviennent surtout lorsque l'on ne dit rien du suicide, lorsque l'on n'en parle pas* ». Il est nécessaire de communiquer en détails sur le suicide vis-à-vis de la population pénale, afin d'éviter les rumeurs et les fantasmes autour de l'évènement. En effet, moins la personne incarcérée a d'éléments sur le suicide, plus elle a tendance à attribuer ses propres sentiments à la personne détenue suicidée ; d'où l'importance, lors de la transmission de l'information, de préciser, d'une part, que le suicidé a sa propre histoire et qu'elle n'est pas transposable

et d'autre part, que le passage à l'acte n'a pu être empêché. A. Chauvenet explique parfaitement le phénomène de rumeurs en milieu carcéral.

« L'absence d'information organisée sur la vie interne de la prison, la part d'opacité qui est liée aux questions de sécurité conduisent à démultiplier les phénomènes de rumeurs en lieu et place d'une véritable information. Pouvant toucher n'importe quelle personne en prison, la rumeur se caractérise notamment par sa « négativité » : elle témoigne à charge contre la personne qui en est la cible. L'importance des rumeurs est en outre amplifiée par la vision « paranoïaque » que produit l'enfermement et sur laquelle ces rumeurs font leur lit ».

Un CPIP exerçant en MC adopte la même position. Lors de ses entretiens avec les personnes détenues, dans les jours qui ont suivi le passage à l'acte suicidaire, il a été confronté aux questions de la population pénale qui souhaitait connaître les circonstances du suicide. Ce CPIP a joué la carte de la transparence.

Néanmoins, un officier « référent suicide » en MA ne partage pas cette analyse. Il estime que le moyen utilisé par la personne incarcérée pour se donner la mort n'a pas à être communiqué au reste de la population pénale dans la mesure où cela relève du sordide et surtout du secret professionnel. Il reste tout de même conscient que tout finit par se savoir en détention. Un DSP a tenu les mêmes propos. En effet, il n'a pas informé les personnes détenues du suicide car « *ils le sauront de toute façon* » et en MA, les profils sont fragiles donc « *il n'est pas opportun de donner au suicide plus d'importance qu'il n'en a déjà* » en informant le reste de la population pénale.

Cependant, la majorité des DSP avec qui je me suis entretenue m'ont confié qu'ils étaient totalement transparents dans les informations fournies aux personnes détenues. Ils estiment que communiquer les détails sur le suicide ne peut avoir pour conséquence de donner des idées à d'autres sur les moyens de mettre fin à leurs jours, « *ils n'ont pas attendu l'AP pour ça !* ».

B) Une diffusion restreinte

Le rapport ALBRAND de 2009 souligne qu' « *une action d'information est faite rapidement dans 49,7% des cas à destination des personnes qui avaient une relation de proximité avec le détenu décédé en tant que professionnel ou bénévole* ». En d'autres termes, toujours selon le rapport ALBRAND, les personnes ayant un lien de proximité avec la personne détenue décédée, tant les personnels de l'Education Nationale que les aumôniers, les bénévoles ou les intervenants, ne sont pas toujours, dans les faits, destinataires a posteriori d'une information rapide sur le décès. Pour preuve, un RLE, qui exerce depuis plus de 20 ans dans la même MC m'a confié qu'il n'a pas été informé officiellement du suicide d'une personne détenue qui participait à certains de ses cours, ni oralement ni par écrit. Il a appris la nouvelle par un surveillant, par hasard, lors de son passage en détention.

Ce constat est valable à l'égard des personnels pénitentiaires.

En effet, un premier surveillant m'a expliqué que lorsqu'il était surveillant stagiaire au début des années 2000, il a été confronté au suicide d'une personne détenue, mais n'était pas présent à l'établissement lors du passage à l'acte. A son retour à l'établissement le lendemain, il a été informé oralement par son collègue qui a découvert le corps. Cette information non officielle ne l'a pas choqué dans la mesure où il n'était pas présent à l'établissement.

Un DSP interrogé ne juge pas utile d'informer les agents qui n'étaient pas présents à l'établissement lors du suicide car ils le seront nécessairement par leurs collègues, de même pour les CPIP.

Les CPIP avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger m'ont fait part de l'absence totale de communication autour du suicide de la personne détenue dont ils avaient en charge le suivi. Ni la direction de l'établissement ni la direction du SPIP ne leur a transmis l'information. Ils ont appris la nouvelle le lendemain du passage à l'acte par un surveillant en détention. Un des deux CPIP a pris l'initiative de contacter la direction par téléphone pour obtenir davantage d'explications sur les circonstances du suicide. Outre le fait de ne pas avoir été informé du suicide de manière officielle, les CPIP

interrogés n'ont pas eu connaissance des actions de « postvention » mises en œuvre (débriefings, information des codétenus etc.).

Selon une psychologue du personnel exerçant en établissement, la restriction de la diffusion de l'information relative à un suicide peut avoir pour effet de démobiliser les personnels concernés qui ont le sentiment de ne pas être reconnus par leur propre institution. Cette démobilisation se ressent dans l'exercice de leurs missions dont fait partie la prévention des suicides.

Une infirmière psychiatrique exerçant en unité de soins a été informée du suicide par les surveillants en détention alors qu'elle distribuait les médicaments le lendemain matin de la mort de la personne détenue. Les circonstances détaillées du suicide ne lui ont pas été rapportées.

Les pratiques relatives à la diffusion de l'information suite au suicide d'une personne incarcérée varient selon les DSP.

Une DSP stagiaire avec qui j'ai eu la chance de m'entretenir estime que ce n'est pas à la direction de l'établissement de s'expliquer auprès des personnes détenues, surtout en MC et en MA où elles n'ont pas souvent l'occasion de se réunir, notamment dans le cadre d'activités. La direction ne doit transmettre d'informations relatives au suicide que si les personnes détenues les réclament. Ainsi, le cousin du suicidé, incarcéré dans le même établissement quelques cellules plus loin, s'en est pris aux surveillants en les accusant d'avoir tué son cousin. C'est alors que la DSP l'a reçu en entretien pour lui expliquer les circonstances du décès. La même rumeur est née au sein du reste de la population pénale ce qui a contraint la direction à réagir. Elle a décidé de sélectionner une dizaine de personnes incarcérées qualifiées de meneuses qu'elle a réunies au quartier arrivant (QA) afin de leur expliquer les circonstances dans lesquelles le suicide de leur codétenu a eu lieu. S'agissant des personnes détenues qui souhaitaient obtenir des informations complémentaires, la DSP les a reçues en audience, ou dans le cadre des commissions de discipline.

En revanche, la DSP interrogée a ajouté qu'en CD, il est impératif que l'AP prenne l'initiative d'informer la population pénale du suicide étant donné que dans ce type d'établissement, les personnes détenues se retrouvent souvent regroupées dans le cadre

d'activités notamment. Ainsi, lors du suicide d'une personne détenue dans un CD fin 2012, le CE est allé, dès le lendemain du passage à l'acte suicidaire, à la rencontre des codétenus de l'aile où le suicidé était affecté afin de les informer un par un.

Une autre DSP stagiaire avec qui j'ai échangé n'a pas reçu en entretien les codétenus du suicidé du QA car ce suicide n'a provoqué aucun incident de la part du reste de la population pénale ; la personne détenue suicidée n'avait aucun contact avec les autres au sein du QA.

Force est de constater que les entretiens que j'ai effectués révèlent que l'information relative au suicide n'est fournie qu'à une partie des personnes détenues et non pas à l'ensemble pour des raisons liées, le plus souvent, à des contraintes pratiques : établissement de grande taille, mouvements occasionnés par la venue des différentes autorités (magistrats, officier de police judiciaire, médecin légiste etc.). En tout état de cause, l'ensemble de la population pénale sera in fine informée du suicide non pas par l'AP mais par d'autres personnes incarcérées qui elles ont été destinataires directement de l'information. Selon une psychologue en charge du « parcours d'exécution de peine » en MC, une telle diffusion risque de déformer l'information et de favoriser les suicides par imitation de personnes détenues. En effet, l'individu qui entend parler d'un suicide sans en connaître les tenants et aboutissants peut être amené à se dire, par un phénomène d'identification « *s'il l'a fait, c'est à mon tour de le faire* ». Seule l'AP est en mesure de leur apporter ces éléments.

En définitive, restreindre l'information relative au suicide d'une personne détenue que ce soit à destination des personnels ou de la population pénale restreint nécessairement la prise en charge de ces mêmes personnes, qui peut, le cas échéant s'avérer excluante.

Section II : Les dangers d'une prise en charge inadaptée

A) Des personnels et des personnes détenues en marge du dispositif de prise en charge

Dans la pratique, il arrive qu'il ne soit proposé aucune prise en charge aux personnels chargés de gérer les personnes détenues au quotidien, notamment les CPIP et les personnels soignants, ainsi qu'aux personnels en première ligne dans la gestion du suicide. Les personnes détenues elles aussi peuvent parfois être exclues de cette prise en charge. Une telle exclusion dans la prise en charge comporte des risques évidents pour la prévention des suicides en milieu carcéral.

1) Les personnels exclus

L'entretien et/ou le débriefing à « chaud », organisé par le CE, avec l'ensemble des personnels qui ont contribué à la gestion du suicide, ne s'est systématisé qu'à la suite du rapport ALBRAND. Antérieurement, ce débriefing n'était que très rarement mis en œuvre. En effet, un surveillant de MA qui a découvert une personne détenue pendue en 2006 n'a pas été reçu par un membre de la direction et n'a pas bénéficié d'une orientation vers le psychologue des personnels. « *Il n'y en a toujours que pour les détenus et rien pour nous* », rapporte-t-il.

Une ancienne surveillante en CD, qui est aujourd'hui officier en MC m'a confié que lorsqu'elle était surveillante stagiaire en 2002, elle a pour la première fois découvert une personne incarcérée morte. Elle non plus n'a pas été reçue par la direction et n'a pas été orientée vers un psychologue du personnel bien qu'elle aurait souhaité une prise en charge ; selon elle, elle aurait mieux vécu l'évènement, elle se serait sentie moins seule. Elle m'a indiqué qu'elle aurait souhaité également ne pas retourner immédiatement à son étage. Discuter de ce suicide avec ses collègues l'a énormément soulagée. « *Heureusement, que l'impact n'a pas duré et que j'ai réussi à faire face* ». En effet, une autre personne aurait pu développer des symptômes plus graves et même tardifs, ce qui aurait eu pour effet d'affecter ses gestes professionnels jusqu'à ne plus être en mesure de mener à bien ses missions dont celle de prévention des suicides. Selon une psychologue du personnel, l'absence de prise en charge peut être ressentie par

certain personnels comme une forme d'abandon, comme une non reconnaissance de leur souffrance.

Une prise en charge tardive est susceptible d'avoir des effets néfastes sur les pratiques professionnelles des agents. Ainsi, lors d'un suicide dans un CD, les demandes de prise en charge par le psychologue du personnel, initiées par le CE, n'ont pas été effectuées immédiatement ce qui n'est pas apparu satisfaisant chez certains personnels. Le personnel de surveillance a ressenti un manque de reconnaissance de la part de l'institution pour son action et les difficultés du métier.

Le rapport ALBRAND souligne que la proposition de soutien psychologique concerne encore trop souvent, uniquement le personnel de surveillance en première ligne dans la découverte du suicide. Le personnel sanitaire, les infirmières notamment, n'est pas toujours pris en charge par leur autorité de tutelle bien qu'un établissement de santé dispose d'un ou de plusieurs psychothérapeutes pour apporter un soutien psychologique aux équipes de l'unité de soins et du SMPR. Il conviendrait en conséquence d'inclure dans cette politique de soutien psychologique tous les acteurs présents lors de la découverte du suicide et ceux qui participent aux démarches en résultant. En parallèle, il semble nécessaire de travailler davantage sur l'information à destination de l'autorité de tutelle, le directeur du centre hospitalier, pour que les personnels soignants bénéficient d'un soutien psychologique par les psychologues prévus au centre hospitalier. Le rapport ALBRAND constate également que les CPIP ne sont que très rarement associés au débriefing animé par le CE alors même qu'ils sont en mesure de fournir des explications et qu'ils sont très souvent touchés par ce drame (ils ne sont présents que dans 10% des cas).

Ainsi, les CPIP référents de personnes détenues qui se sont suicidées m'ont tous confié qu'aucune prise en charge ne leur avait été proposée ni par la direction de l'établissement ni par leur hiérarchie. Dans les cas dont ils m'ont fait part, ils n'étaient pas présents à l'établissement lors du passage à l'acte. Par conséquent, ils n'ont pas eu la possibilité de participer au débriefing à « chaud » animé par le CE. Cependant, ils ressentaient le besoin d'être entendus, d'en parler, non pas à un psychologue du personnel qui était d'ailleurs présent à l'établissement pour recevoir les agents, mais à la direction ou à leur hiérarchie. Un CPIP en MC a vécu cette absence de prise en

charge comme un manque de reconnaissance de son travail et de son rôle. Il s'est senti « *totalemment mis de côté* » d'autant plus qu'il n'était CPIP que depuis deux ans et n'avait donc que très peu de recul sur le monde pénitentiaire. Les relations tendues entre la détention et le SPIP à l'époque de ce suicide justifieraient selon lui l'absence de prise en charge. Il m'a également confié que ce n'était pas le suicide qui l'avait le plus impacté mais le manque de communication et de prise en charge à son égard. Ce manque de communication a influencé sa façon de travailler sur le long terme, dans la mesure où désormais, il est bien plus méfiant. Ce suicide lui a fait prendre conscience qu'il n'existait aucune solidarité entre les corps, mais qu'il existe une solidarité au sein de son corps. En effet, il a discuté longuement de ce suicide avec ses collègues qui était tout aussi choqués que lui par ce déficit de communication à leur égard.

L'autre CPIP interrogée a interprété cette absence de proposition de prise en charge comme une banalisation du suicide « *on se dit que le suicide fait partie du métier* ». Ce n'est qu'après avoir suivi une formation sur la prévention du suicide à la DISP fin 2012, qu'elle a réalisé que des actions de « *postvention* » devaient être mises en œuvre suite au suicide d'une personne détenue. Dès lors, si un suicide avait lieu, elle vivrait probablement plus mal ce manque de prise en charge. Le risque, selon elle, d'une banalisation de l'acte suicidaire est un investissement moins important des personnels dans leur mission de prévention des suicides. Néanmoins, cette CPIP ne s'est pas démobilisée pour autant.

Autre exemple marquant : l'infirmière psychiatrique qui suivait le détenu suicidé n'a été reçue ni par sa hiérarchie ni par la direction de l'établissement. Aucune prise en charge ne lui a donc été proposée, « *personne ne m'a demandé comment ça allait* ». En l'occurrence, elle n'en ressentait pas le besoin.

Une DSP m'a expliqué qu'elle n'avait pas orienté les CPIP vers le psychologue du personnel car elle considère que c'est du ressort de leur hiérarchie. Un CE m'a confié qu'il n'avait pas pensé à faire un débriefing avec les partenaires (CPIP, RLE, infirmières etc.) qui gèrent la personne détenue au quotidien. Un autre directeur a mis en avant le manque de temps et la priorité donnée aux surveillants qui avaient découvert le corps et accompli les gestes de premiers secours. Une autre DSP m'a confié qu'elle n'a reçu en entretien que le surveillant qui a découvert le corps et qui, selon les dires de ses

collègues, n'allait pas bien. L'autre surveillant qui a fait les gestes de premiers secours n'a pas été reçu ; il s'apprêtait à rentrer à son domicile en prétextant qu'il allait bien. Après qu'il soit parti, elle a regretté de ne pas l'avoir vu et a donc décidé de l'appeler le lendemain matin au téléphone pour prendre de ses nouvelles et le convier au débriefing. Il a accepté de s'y rendre et a fait part de la forte culpabilité qu'il ressentait suite au suicide de la personne détenue.

Une psychologue des personnels en DISP m'a fait part des difficultés à mettre en place, sur le terrain, une prise en charge globale, tout en affirmant qu'il s'agit d'un idéal à atteindre. Au CD de Mauzac, la direction d'astreinte communique au Directeur Fonctionnel des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (DFSPIP) les informations sur le décès, par fax ou par téléphone, dès que possible au plus tard le lendemain du décès, afin que celui-ci puisse lui-même informer et prendre en charge les CPIP.

Outre les CPIP à qui une prise en charge n'est pas systématiquement proposée dans la pratique, quid de la prise en charge du DSP, acteur au cœur du dispositif de « postvention » ? Les DSP interrogés m'ont affirmé, à l'unanimité, qu'il n'existait aucune proposition de prise en charge à leur égard, ni de la part de la DISP ni de la part du psychologue du personnel. Ils m'ont fait part de leurs difficultés à gérer à la fois la crise, le débriefing et leurs tâches quotidiennes.

Par ailleurs, un des DSP interrogés m'a confié qu'il avait ressenti pendant quelques jours, une certaine culpabilité suite au suicide de la personne incarcérée. En effet, l'intéressée est passé à l'acte au QA et le DSP n'avait pas disposé de suffisamment de temps pour la voir en entretien dès son arrivée au QA *« si je l'avais vu, les choses auraient peut-être été différentes, je ne sais pas... »*.

L'ensemble des DSP avec qui j'ai échangé m'ont fait part de la difficulté de l'annonce du décès à la famille surtout lorsqu'elle tient des propos accusatoires à son encontre. La référente sanitaire d'une DISP a insisté sur la volonté des DSP de pouvoir bénéficier d'une formation sur l'annonce d'un décès à la famille. De telles formations existent à l'heure actuelle au niveau de la DISP de Bordeaux. Pour être pris en charge, il faut en prendre l'initiative. Seul un DSP sur six interrogés a pris l'initiative de consulter

le psychologue des personnels suite au passage de l'Inspection des Services Pénitentiaires (ISP). Ce même psychologue m'a expliqué qu'il est très difficile pour un DSP de se montrer atteint par le suicide d'une personne détenue face à son personnel. Une telle attitude serait probablement interprétée par les personnels comme de la faiblesse, d'où l'importance pour le psychologue de proposer au DSP un soutien psychologique au même titre que les autres agents.

A défaut de pouvoir proposer une prise en charge à l'ensemble des personnels gravitant autour de la personne détenue, le débriefing professionnel avec sa dimension psychologique, est censé constituer un espace de parole et d'échange. Cependant, un tel débriefing est loin d'être généralisé. Le débriefing professionnel est organisé dans 16% des cas.²¹ Il n'est pas systématiquement mis en œuvre dans toutes les DISP. A titre d'exemple, lors d'un suicide dans un établissement de la DISP de Dijon, aucun débriefing professionnel n'a été organisé. Dans un autre établissement de la même interrégion, cette réunion s'est tenue. Une jeune DSP m'a d'ailleurs confié qu'elle ne connaissait absolument pas l'existence de ce débriefing ni l'existence d'un référent sanitaire à la DISP. Même lorsque ce débriefing existe, il intervient parfois tardivement ce qui a pour effet de désintéresser les agents.

2) Des personnes détenues exclues

La prise en charge des codétenus du suicidé qui partageaient la même cellule et entretenaient une relation avec lui ou des personnes détenues repérées comme fragiles, constitue une priorité. Or, le suicide est susceptible d'avoir impacté d'autres personnes détenues qui n'avaient pas de lien particulier avec le suicidé et qui n'étaient pas repérées comme potentiellement suicidaires. Ainsi, se focaliser uniquement sur la prise en charge de ces personnes peut constituer un obstacle au repérage des personnes incarcérées à risque suicidaire.

En pratique, il ne semble pas envisageable que le service médical ou le personnel pénitentiaire s'enquière de l'état de l'ensemble de la population pénale. Une telle prise en charge n'est possible que dans une petite structure. Au quartier femmes de la MA d'Angoulême qui ne compte que dix personnes détenues, le CE les a toutes

²¹ L. ALBRAND, *La prévention du suicide en milieu carcéral*, op.cit.

reçues et a co-animé avec le personnel soignant un débriefing avec l'ensemble de la population pénale du quartier.

Une prise en charge excluante est susceptible de freiner la prévention, tout comme une prise en charge excessive. En effet, tous les suicides n'ont pas le même impact et fournir une « postvention » lorsque cela n'est pas utile, c'est prendre le risque de sensationnaliser le comportement suicidaire. Si le défunt était bien connu et/ou si le suicide a été public, alors une « postvention » sera nécessaire. Si elle est appliquée alors qu'elle ne semble pas nécessaire, la « postvention » apportera une attention excessive sur le geste suicidaire et sera susceptible de véhiculer l'idée que le suicide est un moyen d'attirer l'attention²².

B) Un délitement de la cohésion de la communauté carcérale

Les entretiens que j'ai effectués ont révélé une prise en charge insuffisamment globale des personnels et des personnes détenues, due à des difficultés d'ordre matériel et humain. Néanmoins, le risque pour la politique de prévention des suicides en milieu carcéral existe. Il réside précisément dans un délitement de la cohésion de la communauté carcérale.

En effet, DURKHEIM, dans son ouvrage « Le suicide » de 1897, explique que le suicide est avant tout un « fait social » complexe mais néanmoins régulier et prévisible, qui relègue au second plan les hypothèses psychologiques. Le nombre de suicides reflète le degré de cohésion et de santé sociale d'un groupe. Tout ce qui peut contribuer à affaiblir la cohésion et l'intégration sociale a pour conséquence une augmentation du nombre des suicides. Il est établi que lorsque le lien social diminue ou disparaît, le taux de suicide augmente. Le suicide constitue donc un indicateur de l'état d'une société. Durkheim distingue quatre types de suicide : le suicide fataliste, le suicide altruiste, le suicide égoïste et le suicide anémique.

²² B.L MISHARA, M. TOUSIGNANT, *Comprendre le suicide*, Les presses de l'université de Montréal, Paramètres, 2004.

Le suicide égoïste est le plus révélateur. Il est lié à un défaut d'intégration des individus dans les groupes sociaux. En effet, le milieu carcéral et plus précisément l'établissement pénitentiaire constitue un groupe social composé de tous les personnels, intervenants ainsi que de la population pénale. Partant de la théorie de DURKHEIM, favoriser la cohésion du groupe permettrait de prévenir le suicide que ce soit des personnes détenues ou des personnels. Le terme « cohésion » peut être compris dans le sens de partenariat étroit, d'implication de tous les membres du groupe dans la prévention. Cette cohésion de groupe doit se retrouver dans les actions de « postvention » afin que celles-ci puissent revêtir des vertus préventives. C'est pourquoi, il est essentiel que tous les personnels puissent participer au débriefing professionnel, à défaut de pouvoir participer au débriefing à « chaud ».

Cependant, instaurer une cohésion autour du dispositif de « postvention » doit s'accompagner d'une prise en charge adaptée des acteurs, au risque de nuire à la prévention. En effet, il ne faut pas être trop intrusif dans la prise en charge car cela peut s'avérer contreproductif selon une psychologue du personnel de la DISP. Des interventions inappropriées peuvent augmenter le stress et l'angoisse de personnes qui auraient été moyennement ou peu affectées par le suicide et cristalliser les émotions dans un cadre pathologisant.²³ Selon la psychologue PEP d'une MC, *« l'oubli peut parfois être une bonne chose pour certaines personnes. Parler du suicide pourrait avoir pour effet d'augmenter le traumatisme. La discussion avec les pairs suffit parfois. Il faut éviter de tout psychiatriser »*. Il en est de même pour les personnes détenues : lors d'un suicide, la tendance est à accentuer la prise en charge des personnes suicidaires alors que certaines n'ont peut-être même pas été affectées dit une psychologue intervenant en unité de soins. Une infirmière psychiatrique insiste, elle, sur la nécessité de laisser la personne faire son deuil seule et de ne pas renforcer la prise en charge, sauf en cas de difficultés. Une attention accrue à l'aide de questions simples telles que *« comment allez-vous ce matin ? »* suffit.

²³ *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien, les recommandations*, Audition publique, février 2010, Paris

En résumé, la « postvention » consiste en un soutien à la communauté carcérale endeuillée suite au suicide d'une personne détenue. Ce soutien passe, d'une part, par une information relative au suicide, qui doit néanmoins être maîtrisée à la fois dans son contenu et dans sa diffusion pour ne pas nuire à la prévention. D'autre part, ce soutien prend la forme d'une prise en charge des personnes impactées, que ce soit les personnes détenues ou les personnels. Cependant, dans la pratique, cette prise en charge n'est pas toujours adaptée ; elle peut se révéler excluante et ainsi mettre en péril la cohésion de la communauté carcérale, cohésion qui participe d'une politique de prévention des suicides efficace. C'est précisément le rôle du DSP, en tant que chef d'orchestre des actions de « postvention », d'organiser ces actions de telle sorte qu'elles soient au service de la prévention. Toutefois, la manière dont ces actions sont mises en œuvre est susceptible de différer selon la personnalité du CE et selon le temps qui lui est imparti. En effet, il n'existe pas à ce jour un texte unique à valeur juridique détaillant l'ensemble des actions de « postvention ». Certains DSP, surtout en début de carrière, m'ont vanté l'utilité d'un tel document formalisé. Posséder ce document permettrait de se sentir moins stressé par l'évènement, de ne pas paniquer à l'idée de ne pas savoir quelles démarches entreprendre suite au suicide d'une personne détenue. Pourtant la responsable de la MLPS considère que les demandes du terrain en ce sens ne sont pas légion, peut-être parce que des DSP estiment qu'il n'existe pas une procédure de « postvention » mais des procédures de « postvention » selon le contexte et l'impact plus ou moins intense du suicide sur les personnels et la population pénale. Plusieurs DSP m'ont dit qu'ils géraient le suicide « *au feeling* ». Pourtant, au cours de mes entretiens, j'ai pu constater le décalage entre les pratiques de certains DSP dans la gestion de l'après-suicide et les recommandations du futur guide intitulé « que faire après un suicide ? » qui est en cours d'élaboration au niveau de la DAP conformément au rapport TERRA qui préconise l'instauration d'un programme préétabli et d'une équipe de « postvention ». A titre d'exemple, peu de DSP proposent une prise en charge aux personnels qui n'ont pas assisté directement au suicide, souvent parce qu'ils n'y pensent même pas. Ainsi, le guide relatif à la « postvention » mettra à la disposition des DSP l'ensemble des actions de « postvention » qu'il s'agira, le cas échéant, d'adapter au contexte voire à la configuration de l'établissement et à sa taille.

En plus de devoir organiser des soutiens à la communauté carcérale en vue d'une politique de prévention des suicides plus efficace, de gérer le suicide en lui-même, le DSP doit également rendre compte à la société extérieure, que ce soit les différentes autorités ou la famille du suicidé. Ainsi, le DSP doit tenter de trouver un équilibre entre ces deux aspects de la « postvention » de telle sorte qu'aucun ne prenne le dessus sur l'autre, tout cela dans un souci d'une meilleure prévention des suicides.

Deuxième partie

**La « postvention », un dispositif visant à
rendre compte du suicide à la société
libre : la prévention à l'épreuve**

La « postvention » est un concept à deux dimensions. Elle consiste, à la fois, en un dispositif de soutien à la communauté carcérale endeuillée potentiellement préjudiciable à la prévention des suicides s'il n'est pas maîtrisé, et en un dispositif d'analyse, de meilleure compréhension des cas de suicides dans une perspective de prévention qui paraît évidente. Toutefois, analyser les circonstances et l'origine du suicide est susceptible d'aller à l'encontre de l'objectif de prévention des suicides.

Chapitre I : La « postvention », un dispositif d'analyse factuelle du suicide au service de la prévention

Lors de la survenance d'un suicide, le CE a l'obligation de faire remonter les informations relatives à l'évènement oralement et par écrit aux différentes autorités. En parallèle, il a en charge l'information à la famille du suicidé. C'est grâce à ces informations et à leur analyse que l'AP est en mesure d'étudier les possibilités d'améliorations des dispositifs de prévention du suicide existants. Cependant, la communication et le partage d'informations peuvent s'avérer difficile à concilier avec le soutien à apporter aux agents.

Section I : L'obligation de rendre compte aux autorités et d'informer la famille

A) Un DSP en quête d'informations

La circulaire du 26 avril 2002 précise « *qu'en cas de survenance d'un décès par suicide, il importe que le directeur ou le CE , ou à défaut, en cas d'empêchement légitime, le cadre pénitentiaire chargé de son intérim, se rende immédiatement sur le lieu du suicide et recueille tous les renseignements utiles sur le défunt, les circonstances du décès, les mesures prises, les coordonnées des proches et veille à faire préserver les lieux où le suicide s'est déroulé* ». Autrement dit, lors du suicide d'une personne

détenue, le DSP se déplace sur les lieux pour recueillir l'ensemble des informations afin d'être en mesure de rendre compte aux différentes autorités. Un DSP m'a confié qu'il se rendait sur les lieux avec un bloc-notes pour minuter tous les événements (l'arrivée du SAMU, de la police ou la gendarmerie, du procureur etc.).

Dès que le décès est constaté, un débriefing est animé par le DSP avec, dans l'idéal, l'ensemble du personnel ayant participé à la gestion de l'évènement. En plus d'avoir une dimension de soutien psychologique, ce débriefing revêt un aspect technique. Il est l'occasion pour le DSP de savoir ce qui s'est passé et de revenir sur les gestes techniques. L'action est généralement reprise de manière chronologique. Cette méthode permet de ne pas s'égarer dans des considérations personnelles ni de se focaliser sur un élément qui en masque un autre essentiel de l'action. Concernant plus spécifiquement l'entretien avec la ou les personnes à l'origine de la découverte des faits, le DSP se doit de revenir sur les gestes professionnels.

Le DSP demande aux agents, à l'occasion du débriefing et/ou de l'entretien, de lui transmettre leurs comptes-rendus professionnels (CRP) impérativement avant la fin de leur service. Aucun agent ne doit regagner son domicile sans avoir rédigé son CRP. Un premier surveillant qui a découvert le corps d'une personne détenue en MC a rédigé son CRP alors que le SAMU était en train de la réanimer, à savoir très rapidement après l'évènement. Il a pris l'initiative de le rédiger avant d'être reçu par la direction pour s'assurer qu'il serait le plus complet possible. Une DSP m'a expliqué que les CRP doivent être fait le plus rapidement possible après le suicide pour « *passer à autre chose. J'ai conscience que les agents sont stressés par l'évènement, donc plus vite les CRP sont rédigés mieux c'est* ». En revanche, elle prend le temps d'aider les agents à rédiger leurs écrits. C'est une manière pour elle de leur apporter un soutien dans un moment qui peut s'avérer particulièrement compliqué à vivre et à gérer. En effet, il arrive parfois que le DSP demande aux agents de modifier leur CRP car sous le coup de l'émotion et du stress, des erreurs de date ou d'heure sont commises.

Le DSP doit également s'entretenir avec le ou les co-cellulaires éventuels du suicidé en qualité de témoins des faits.

Le recueil d'informations doit faire l'objet de la plus grande attention de la part du DSP en vue d'une transmission d'informations de qualité aux autorités et à la famille de la personne détenue suicidée.

B) Le DSP, courroie de transmission de l'information

1) L'information aux autorités

L'article D.280 du CPP dispose que « *tout incident grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité de l'établissement pénitentiaire doit être immédiatement porté par le CE à la connaissance du préfet et du procureur de la République en même temps qu'à celle du DISP et du ministre de la justice. Si l'incident concerne un condamné, avis doit en être donné également au Juge de l'Application des Peines (JAP)* ». L'article D.282 ajoute « *qu'en cas de décès d'un détenu, le CE donne les avis prévus à l'article D. 280* ».

Concernant l'AP, la note du 24 mars 2011 décrit précisément les modalités de rendu compte lors du suicide d'une personne détenue. Le DSP doit informer téléphoniquement la DISP dès la constatation du décès, même s'il ne possède pas l'ensemble des informations. Une information plus précise et détaillée est à initier ultérieurement.

Par ailleurs, plusieurs imprimés sont exigés. Parmi eux, le compte rendu initial suicide et la fiche signalétique suicide.

Le compte rendu initial²⁴ doit être envoyé à l'Etat Major de Sécurité (EMS1) via le Département Sécurité et Détention (DSD) de la DISP dans les 12 heures suivant le suicide les jours ouvrables, accompagné de la fiche pénale, de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire et de la grille d'évaluation de la dangerosité. Si le suicide a lieu un jour non ouvrable, le compte rendu initial devra être transmis le premier jour ouvrable suivant avant 11h du matin.

²⁴ Annexe n°4

La fiche signalétique suicide²⁵, la fiche de renseignement et la fiche pénale volet 5 doivent être adressées à la DAP via la DISP dans un délai de 8 jours suivant le suicide.

Enfin, le rapport détaillé du CE devra être transmis sous 8 jours à EMS1 toujours via DSD. Ce délai peut être raccourci sur demande d'EMS1. Un rapport détaillé²⁶ comporte généralement une partie sur les faits et les mesures prises : le lieu du suicide, les gestes de premiers secours, l'heure d'arrivée des différents intervenants, la gestion de la détention, les autorités avisées, les actions de prise en charge du personnel et des personnes détenues et l'information à la famille. La deuxième partie traite de l'analyse des faits : le profil du suicidé, sa vie en détention, les mesures de surveillance spéciales éventuelles en vue de répondre à la question : ce suicide aurait-il pu être évité ? La troisième partie décrit la gestion du suicide par les personnels et met en avant leur professionnalisme.

Autrement dit, ce rapport détaillé précise le contexte de la mort (date et heure, lieu), les informations relatives à la personne détenue (date de naissance, nationalité, date et numéro d'écrou, situation pénale, date de fin de peine etc.), celles relatives aux personnels présents au moment des faits (identité, positionnement au cours des faits, prise en charge) et enfin les moyens mis en œuvre et les autorités avisées.

Le parquet doit être prévenu, par téléphone, du décès dans les plus brefs délais, quitte à le rappeler pour lui apporter davantage d'éléments. Le rapport détaillé devra lui être transmis par le CE.

Au-delà du parquet, la préfecture et le JAP ou le Juge d'Instruction (JI) sont destinataires de cette information par écrit et/ou oralement.

Lorsqu'il s'agit d'une personne détenue médiatique, l'information doit être donnée encore plus rapidement.

²⁵ Annexe n°5

²⁶ Annexe n°6

2) L'information à la famille du suicidé

Conformément au CPP, « *tout incident grave doit être porté à la connaissance de la famille dans les plus brefs délais* ». L'article 44 de la loi pénitentiaire précise que « *Lorsqu'une personne détenue s'est donnée la mort, l'administration pénitentiaire informe immédiatement sa famille ou ses proches des circonstances dans lesquelles est intervenu le décès et facilite, à leur demande, les démarches qu'ils peuvent être conduits à engager* ». Le guide relatif à la « postvention » détaille les modalités de communication à la famille.

En effet, la personne désignée par le détenu en qualité de « personne à prévenir », doit être informée par le CE ou ses adjoints au plus tôt quelque soit l'heure. Si l'entourage n'est pas joignable, le CE sollicite les forces de l'ordre : celles-ci demandent à la famille de se mettre en contact avec l'établissement au plus vite. Au téléphone, le CE doit s'assurer de l'identité de la personne et si possible s'enquérir de ce qu'elle est seule ou non. Il relate les faits avec précision (lieu du décès, heure, mode opératoire utilisé ou encore circonstances dans lesquelles le corps a été trouvé), propose une rencontre pour permettre à la famille d'obtenir un complément de réponses, laisse ses coordonnées, adresse un courrier dans lequel figure les coordonnées de l'établissement, du SPIP et du Tribunal de Grande Instance (TGI).

La remontée d'informations relatives au suicide d'une personne détenue, en tant qu'obligation pour le DSP, est soumise à des délais restreints et doit être continue tout au long de la gestion de l'évènement. L'ensemble des DSP avec qui j'ai échangé m'ont confirmé que cet aspect de la « postvention » s'avère très difficile à concilier avec l'aspect de soutien aux personnels et à la population pénale. Ils m'ont affirmé que seul, il est impossible de mener à bien les deux. Ils ont même tendance à privilégier le rendu compte notamment lorsque la pression de la hiérarchie est importante. Ainsi, la situation idéale est d'être deux personnels d'encadrement (DSP, officier), l'un qui se charge de remonter les informations au fil de l'eau et l'autre qui se trouve sur les lieux du suicide pour accueillir les autorités, le SAMU etc. et prendre en charge les agents et la population pénale.

La nécessité pour le DSP de fixer des priorités tant la conciliation est parfois délicate, se retrouve dans une étude²⁷. Celle-ci a montré que, selon les DSP interrogés, les objectifs de l'entretien entre le DSP et le ou les agents qui ont découvert le corps, sont la nécessité de recueillir des informations et de donner des consignes en ce qui concerne la rédaction des écrits. Le fait de s'enquérir de l'état des agents n'est pas la priorité.

L'intérêt des remontées d'informations notamment au sein de l'AP, est de permettre leur exploitation à des fins préventives. En effet, les conséquences d'un suicide peuvent être la cause d'un autre. Le rapport ALBRAND préconise un approfondissement de l'analyse des cas de suicides.

²⁷ DAUTRY Anne-Laure, *Vers l'intégration de la notion de postvention dans le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral*, op.cit.

Section II : L'exploitation pluridisciplinaire des informations dans une perspective de prévention

A) Le débriefing professionnel, premier niveau d'exploitation des informations

Le débriefing professionnel est organisé à l'initiative du CE dans le mois qui suit le suicide. Ce délai n'est pas toujours respecté pour des raisons d'agenda. A titre d'exemple, à la DISP de Dijon, il est le plus souvent animé par le référent prévention suicide accompagné par la psychologue de secteur. La référente prévention suicides à la DISP de Dijon m'a expliqué qu'en amont de ce débriefing, elle se procure l'ensemble des documents transmis par le CE à DSD et repère ce qui nécessite des compléments d'informations ou qui suscite des interrogations. De manière quasi-systématique, elle découvre, lors du débriefing, un éclairage nouveau que les seuls documents écrits n'apportaient pas.

Durant ce débriefing sont principalement analysés les éléments relatifs à la vie et à la personnalité de la personne détenue : son comportement avec les personnels et les codétenus, ses antécédents psychiatriques éventuels, sa participation au travail, activités proposées et le repérage en tant que détenu présentant un risque suicidaire élevé. Plus encore, est envisagé l'élément qui pourrait être qualifié de déclenchant ou précipitant le passage à l'acte. La réunion peut ensuite s'orienter vers différents thèmes, à la guise de celui qui l'anime. Peuvent être abordés certains points concernant, de façon générale, la prise en charge des personnels qui constatent le décès ou encore la prévention des suicides en milieu pénitentiaire.

Les débriefings professionnels au sein des établissements de la DISP de Bordeaux sont organisés comme suit : les faits ainsi que la vie en détention du suicidé sont rappelés et un échange a lieu entre les participants. Des constats sont établis notamment sur la manière dont le suicide a été géré par le personnel. De ces constats, sont dégagées des préconisations à destination de l'établissement. Ainsi, dans un CD de la DISP, trois suicides ont eu lieu en l'espace d'un mois et demi. La DISP a demandé à l'établissement de mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire pour expliquer

ce phénomène de contagion. Il était préconisé d'établir une liste de personnes détenues potentiellement fragiles en lien avec les différents services et partenaires (service médical, psychologue PEP, CPIP, officiers, surveillants en détention etc.) et de mettre en place des audiences concernant les personnes détenues listées. Ce système fait d'ailleurs partie des recommandations du rapport ALBRAND. Cette liste doit impérativement être suivie. Un compte rendu doit être transmis à la DISP.

En définitive, ce débriefing constitue un espace de parole qui permet de revenir sur les faits de manière plus détachée, pour tenter de mieux comprendre le suicide, mais également d'analyser en profondeur l'évènement et les pratiques professionnelles pour en dégager des axes de progrès.

Sont en général conviés à ce débriefing professionnel, l'ensemble des personnels prenant en charge les personnes détenues au quotidien, à savoir le SPIP, l'unité de soins, le SMPR, la direction, le RLE, le chef de détention, les agents qui ont participé à la gestion du suicide voire un magistrat pour avoir un éclairage sur les enquêtes judiciaires. Toutefois, dans la pratique, ce débriefing n'est pas toujours aussi pluridisciplinaire. Pour illustration, lors d'un débriefing au sein d'un CD, seuls le CE et son adjoint, l'adjointe au DSD, un lieutenant, un surveillant, et la référente prévention suicides à la DISP étaient présents.

B) L'interrégion et la DAP : second niveau d'exploitation des informations

1) Exploitation des informations au niveau interrégional

La mise en place des Commissions Interrégionales de Prévention du Suicide et de Suivi des Actes Suicidaires (CIPSSAS) est une des mesures du plan d'action du 15 juin 2009. Outre le rôle d'animation de la politique de prévention des suicides dans chaque DISP, les CIPSSAS ont une mission d'analyse des suicides et TS survenus au sein des établissements relevant de son ressort territorial. Selon une périodicité régulière, la CIPSSAS analyse individuellement les cas de suicide intervenus dans la circonscription pénitentiaire, puis à la suite d'un échange entre les participants, elle peut

dresser un constat et des préconisations au regard des témoignages. Son analyse est couplée avec celle de la CPU locale. Sa finalité doit être l'amélioration des procédures et du dispositif mis en place par l'établissement concerné. Les pistes de réflexions dégagées sont transmises à l'ensemble des établissements.

Institutionnellement, la CIPSSAS fonctionne sous l'autorité d'un coordonnateur qui est le référent prévention des suicides de la DISP. Outre le référent, elle se réunit, au minimum deux fois par an, et comporte, parmi ses membres de droit, le DI ou son adjoint, le chef de département insertion, le chef du DSD, le chef du département ressources humaines, le psychologue coordonnateur régional, le responsable de l'action sanitaire, voire un représentant de l'Agence Régionale de Santé. Une formation élargie est souhaitée pour toutes les commissions : avec la présence d'au moins un chef d'établissement, un chef de détention, un surveillant, un DFSP, un CPIP, un cadre de santé de l'unité de soins, un psychiatre de SMPR, un magistrat. Les travaux de la CIPSSAS sont remontés à la MPLS trimestriellement.

Les comptes rendus de la CIPSSAS de la DISP de Bordeaux²⁸ font état des cas de suicides dans le ressort de la DISP. Les éléments recueillis à propos de la personne détenue suicidée lors du débriefing professionnel sont repris y compris les mesures de « postvention » mises en œuvre à l'égard de la population pénale, des personnels et de la famille du suicidé (surveillance spéciale, liens familiaux, comportement en détention etc.). La commission formule des observations, des interrogations relatives au cas étudié. Elle établit ensuite des constats concernant le lieu du suicide (détention ou QD), le mode opératoire utilisé, la situation pénale de l'intéressé, la nature des faits commis, le repérage de la personne détenue comme suicidaire ou non suicidaire, l'existence d'un élément déclencheur ou encore la situation familiale. Au regard de ces constats et de l'étude des différents cas de suicide, la CIPSSAS émet des préconisations plus ou moins précises ; à titre d'exemple : partager les informations avec les partenaires pour individualiser et adapter la prise en charge des personnes détenues, retirer les pattes de fixation au niveau de la fenêtre en coulissant qui peuvent constituer une potence pour s'accrocher.

²⁸ Annexe n°7

La DISP de Bordeaux décrit sous forme de tableau²⁹, l'ensemble des cas de suicides qui sont survenus dans l'année, dans les établissements pénitentiaires de la DISP. Ce tableau présente l'identité de la personne détenue et le mode opératoire, les moments à risque de passage à l'acte (au QD la nuit par exemple), les facteurs de risque (fragilité psychologique, difficultés familiales etc.), les facteurs précipitants (condamnation récente, médiatisation de l'affaire etc.), les facteurs de protection (surveillance spéciale, suivi psychiatrique ou psychologique etc.), les signaux d'alerte (changement de comportement du détenu). L'ensemble de ces informations permet de dégager des éléments épidémiologiques s'agissant des suicides sur l'année³⁰ : âge et nature des faits, mode opératoire, le repérage du potentiel suicidaire, la situation pénale de la personne détenue ou encore le lieu du suicide.

Les perspectives pour 2013 à la DISP de Bordeaux au sujet de l'analyse des cas de suicides sont, à la fois la mise en place d'un tableau de suivi des préconisations par établissement avec une lettre de mission et la poursuite d'une méthode d'analyse instaurée avec l'appui d'un psychologue. Cela consiste à étudier à partir d'une grille d'analyse, les 50 cas de suicides intervenus depuis 2009 sur la DISP. Son objectif est de mener un travail de recherche et d'analyse de ces cas pour faire des recommandations.

En définitive, les DISP assurent un soutien aux directions d'établissements dans leurs actions quotidiennes en matière de prévention du suicide et sont en mesure de proposer au niveau interrégional des actions novatrices pouvant éventuellement faire l'objet d'un déploiement général.

2) Exploitation des informations au niveau central

La MPLS a été créée par une note du 21 décembre 2009 afin de piloter et d'évaluer le dispositif de prévention du suicide suite à l'adoption du plan d'action ministériel relatif à la prévention du suicide du 15 juin 2009. Parmi ses missions, la MPLS comptabilise les suicides des personnes écrouées. Au vu des documents dont la MPLS est destinataire, différents tableaux sont complétés pour constituer une base de données suicide. Ainsi, des analyses et statistiques sont possibles, permettant donc de suivre l'évolution de l'action de prévention et de lutte contre le suicide et d'améliorer

²⁹ Annexe n°8

³⁰ Annexe n°9

l'action de la MPLS en lien avec les référents chargés de la prévention des suicides dans les DISP.

La commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires contrôle les analyses des cas de suicides réalisées au plan régional et traite les cas litigieux. Elle examine de manière détaillée certaines typologies de passage à l'acte retenues en début d'année comme devant faire l'objet d'un éclairage particulier, par exemple les suicides au quartier arrivant. En somme, la commission centrale veille à ce que tous les décès par suicide soient effectivement recensés, contrôle la bonne application des dispositions édictées en matière de prévention du suicide en repérant d'éventuels dysfonctionnements et recherche de nouveaux axes d'amélioration.

La DISP et l'Administration Centrale analysent les cas de suicides en se basant essentiellement sur les remontées d'informations de la part de l'établissement dans lequel le suicide est survenu et, le cas échéant, sur le débriefing professionnel. La famille de la personne détenue suicidée ne pourrait-elle pas constituer une source intéressante d'informations pouvant aider à comprendre le passage à l'acte ? En effet, qui connaît le mieux la personne détenue suicidée si ce n'est sa famille et ses proches ?

Aux Etats-Unis, la méthode de l'autopsie psychologique est considérée depuis les années 60 comme un outil de choix dans l'approche des caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide³¹. Cette méthode rétrospective a pour objectif de comprendre, grâce à un recueil d'informations autour de plusieurs personnes, les circonstances du suicide et l'état d'esprit de la victime. Elle est fondée sur une reconstitution a posteriori du style de vie, des comportements, des événements vécus par la personne ainsi que des soins reçus. L'autopsie psychologique constitue en quelque sorte ce qu'en France on nomme l'analyse du cas de suicide.

Cependant, les pays anglo-saxons utilisent cette méthode auprès des proches du suicidé. Les proches du suicidé sont contactés et rencontrés trois mois à un an après le

³¹ M.SEGUIN, M.PARSER, G.TURECKI, « L'autopsie psychologique : pour quoi faire ? » *Revue mensuelle de Santé Mentale Le suicide...et après ? op.cit.*

décès, généralement à leur domicile. Si les familles sont approchées trop tôt après le décès, alors qu'elles sont encore protégées par des réactions de déni, il sera difficile au moment des entretiens d'avoir accès à des données justes et nuancées. Si par ailleurs le délai depuis le décès est trop long, la personne, qui aura terminé le deuil et commencé la reconstruction d'une nouvelle vie, pourra hésiter et considérer qu'il est trop tard pour revenir sur ces événements dans le cadre d'un entretien de recherche.

Ces entretiens de quelques heures sont menés par des professionnels de la santé mentale formés spécifiquement, et sont conduits de façon standardisée, en utilisant des échelles d'évaluation. L'entretien est mené sans prise de notes, avec enregistrement si les personnes l'autorisent, dans une atmosphère empathique respectant la mémoire du disparu, ménageant des pauses si nécessaire et s'achevant sur une note positive. Bien que ces enquêtes suscitent nombre d'émotions (détresse, colère, culpabilité) chez les endeuillés, ceux-ci rapportent néanmoins que cette approche a été pour eux l'occasion d'aborder en détail le décès. Une équipe de professionnels doit cependant être disponible pour prendre rapidement en charge ces personnes si elles le nécessitent.

En France, la méthode de l'autopsie psychologique auprès des proches du suicidé n'est ni utilisée dans la société libre ni dans l'AP. En revanche, le contact téléphonique ou la rencontre avec la famille de la personne détenue suicidée peut être, dans certains cas, propices à des confidences de la part de la famille. En effet, un DSP m'a expliqué que pendant l'échange, la famille lui a révélé des éléments de la vie de la personne suicidée qui ont permis une meilleure compréhension du passage à l'acte. En l'occurrence, son frère s'était suicidé quelques semaines auparavant. L'établissement pénitentiaire en question n'avait pas eu connaissance de cette information qui aurait pu s'avérer déterminante si elle avait été connue.

L'utilisation d'une telle méthode en milieu carcéral pourrait être envisagée, si le DSP ou le service médical de l'établissement orientait la famille vers des structures d'aides aux endeuillés par suicide, vers des psychologues ou des psychiatres à l'extérieur. Ainsi, l'autopsie psychologique, en tant qu'action de « postvention » à destination des proches de la personne détenue suicidée, revêt indéniablement un caractère préventif dans la mesure où les informations fournies par la famille sont exploitées à des fins de prévention. Selon un DSP interrogé, l'AP a souvent tendance à

laisser la famille livrée à elle-même suite à l'annonce du décès. L'AP devrait selon lui, constituer un relais vers une prise en charge extérieure.

La « postvention » en tant que dispositif d'analyse des cas de suicides sert inévitablement la politique de prévention. Malheureusement, c'est lorsqu'un suicide survient que les failles du dispositif de prévention existant sont mises en lumière. Une amélioration de l'efficacité de la politique de prévention s'avère alors possible. Toutefois, la recherche des circonstances du suicide peut, dans certains cas, porter préjudice à la prévention.

Chapitre II : La « postvention », un dispositif d'analyse du suicide aux effets préjudiciables à la prévention

L'analyse des circonstances du suicide et de son origine, peut avoir pour conséquence de culpabiliser le personnel ainsi que les personnes détenues, de les rendre responsables, même inconsciemment, de la mort de la personne incarcérée. Un tel état de culpabilité est susceptible de s'avérer néfaste à la prévention des suicides de par l'impact qu'il peut exercer sur les pratiques professionnelles des personnels. Cette crainte de la responsabilité s'inscrit dans un contexte plus global d'engagement de plus en plus fréquent de la responsabilité de l'AP devant la justice.

Section I : Les effets potentiellement culpabilisants de la « postvention », facteur de fragilisation de la communauté carcérale endeuillée

A) La « postvention » et la recherche de responsabilités

1) Les débriefings techniques et professionnels

Le débriefing immédiat animé par le CE ou les entretiens individuels, qui ont lieu en général quelques heures après le suicide de la personne détenue, sont

susceptibles d'être perçus par certains agents comme un moyen d'identifier des responsables et d'éventuelles fautes professionnelles. En effet, une psychologue PEP qui a participé à une formation sur la prévention des suicides à la DISP de Dijon m'a confié que les personnels de surveillance qui étaient présents ont d'eux-mêmes abordé la question de la « postvention », en particulier l'entretien et le débriefing avec la direction. Dans leur esprit, ils étaient persuadés que la direction les culpabiliserait et les rendrait responsables du suicide « *qu'est-ce qu'on va nous reprocher encore ?* ». La hiérarchie est donc vécue par certains non pas comme un soutien mais comme un organe purement de contrôle et de sanction.

Ce moment peut être d'autant plus mal vécu par les agents pleinement acteurs de l'évènement. La majorité d'entre eux sont envahis d'un sentiment de culpabilité simplement du fait du suicide, « *je l'ai rencontré aujourd'hui et je n'ai rien vu, je n'ai rien détecté* ». La première réaction d'un premier surveillant après avoir découvert le corps a été : « *est-ce que j'ai fait tout ce qu'il fallait ? Est-ce que j'ai respecté la procédure ?* ». Il m'a affirmé qu'il souhaitait se couvrir par anticipation.

C'est souvent lors de ces entretiens que les agents évoquent leur crainte de voir leur responsabilité engagée lors de l'enquête même si eux-mêmes sont convaincus qu'ils ne sont en rien responsables. D'où l'importance pour la hiérarchie de reconnaître lors de ce débriefing ou de l'entretien qu'aucune faute professionnelle n'a été commise, si c'est effectivement le cas. Un gradé qui a géré le suicide d'une personne détenue la nuit a immédiatement reçu les agents présents pour leur signaler qu'ils avaient fait preuve d'un véritable professionnalisme et qu'ils n'avaient absolument rien à se reprocher.

La difficulté pour le DSP est d'analyser et d'apprécier les gestes professionnels des agents en même temps qu'il doit être à leur écoute et leur apporter du soutien : « *adopter un bon positionnement est un exercice périlleux* » aux dires d'un DSP de CD. Certains DSP m'ont fait part de leur dénuement face à l'agressivité des personnels qui craignent devoir endosser la responsabilité du passage à l'acte. En effet, l'agent est susceptible de passer d'un statut de « victime » à un statut de « suspect ».

Le débriefing professionnel en présence du référent chargé de la prévention des suicides à la DISP est souvent mal perçu de prime abord par les personnels. La référente chargée de la prévention du suicide de la DISP de Bordeaux rappelle à tous les participants en début de réunion, qu'elle n'est pas là pour chercher des responsables ni pour apporter un jugement sur le déroulement des faits, mais pour échanger et examiner les points positifs et les points d'amélioration.

Lors du premier débriefing animé par le DSP, il est essentiel de préparer les agents au fait qu'ils vont être entendus dans le cadre d'une enquête judiciaire et éventuellement d'une enquête administrative qui peuvent s'avérer extrêmement culpabilisantes.

2) Les enquêtes judiciaires et administratives

Une enquête judiciaire est systématiquement ouverte pour rechercher les causes de la mort en application des articles 74 et D.282 du CPP.

Une fois les premiers gestes d'intervention accomplis et le décès constaté, toute précaution est prise par le personnel pénitentiaire afin d'assurer le gel des lieux. En particulier seront strictement préservés les écrits et objets pouvant avoir un rapport avec le décès (médicaments, armes etc.). Un officier de police judiciaire (OPJ) et le cas échéant le magistrat du parquet de permanence se déplacent. L'autopsie est requise de façon systématique. L'établissement et les services médicaux tiennent à la disposition de l'autorité judiciaire le dossier médical de la personne détenue. Dans le respect du secret de l'enquête, le procureur de la République communique au CE les informations sur les causes de la mort, notamment lorsqu'elles sont de nature à contribuer au maintien du bon ordre de l'établissement.

Une étude³² a révélé que 93% des personnels de surveillance interrogés ont fait l'objet d'un interrogatoire par les forces de police qui a été relativement bien vécu dans l'ensemble. En revanche, 60% des personnels de direction qualifie ce moment de « pénible » et de « difficile », ce qui peut s'expliquer par le fait que le CE est responsable juridiquement de tout ce qui se déroule dans son établissement.

³² DAUTRY Anne-Laure, *Vers l'intégration de la notion de postvention dans le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral*, op.cit.

L'objectif premier de l'interrogatoire est la recherche de la faute, d'où le fait que certains agents le vive très mal. C'est le cas d'une première surveillante travaillant dans une MAF, qui avait l'impression qu'on l'accusait de la mort de la personne détenue. D'autres surveillants ont ressenti davantage de culpabilité du fait de la froideur affichée par la gendarme qui les interrogeait.

L'enquête administrative menée par l'ISP peut également s'avérer très fragilisante pour le personnel. Le rapport TERRA a souligné le poids de l'enquête administrative. Cette enquête apporte du stress supplémentaire aux professionnels.

L'ISP ne peut être saisie que par le DAP, le Garde des Sceaux, et par l'Inspecteur Général des Services Judiciaires. L'ISP se déplace à l'établissement lorsqu'il y a un doute sérieux sur les diligences qui ont été accomplies par le personnel ou lorsque plusieurs suicides sont considérés comme faisant une « série ». La succession de suicides est toujours difficile à assumer, induisant des doutes sur la capacité de la structure à prévenir le suicide. Seule l'analyse de causalité permettrait de dire s'il y a des causes communes ou s'il s'agit d'une série de phénomènes indépendants. En règle générale l'ISP reste entre 3 et 5 jours à l'établissement. Le CE doit préparer des documents à destination de l'ISP : le dernier rapport d'activité, les documents afférents au service où s'est déroulé l'incident, le dossier administratif des agents pouvant être mis en cause, le dossier des personnes détenues impliquées, les CRP, les auditions et le rapport à la DISP.

Selon une inspectrice, les enquêtes administratives relatives à un incident ont pour objectifs de rechercher les causes de l'incident, de vérifier l'application des textes législatifs et réglementaires en vigueur au moment des faits, d'évaluer les comportements et le fonctionnement des services au moment des faits et de faire des préconisations (axes d'amélioration du fonctionnement, poursuites disciplinaires, récompenses). Cette inspectrice a reconnu bien volontiers que la personne interrogée est en position d'infériorité et qu'elle est donc susceptible d'avoir des réactions de trac et des réactions défensives, de perdre ses moyens ou encore de ressentir une diminution du sens logique. L'inspecteur se doit, pour ces raisons, d'adopter la position la plus neutre

possible. Par ailleurs, elle m'a indiqué que les suicides font partie des principaux dysfonctionnements constatés par l'ISP.

Deux mois après l'enquête en moyenne, l'ISP transmet son rapport au DAP qui le transmet à la DISP qui elle-même le transmet, la plupart du temps au CE. Un rapport de l'ISP est généralement construit comme suit : la situation pénale et pénitentiaire de la personne détenue suicidée et de ses co-cellulaires éventuels, les faits, l'analyse de ces faits par l'ISP, les dysfonctionnements constatés et enfin les préconisations.

Le CE d'un CD qui a eu à gérer un suicide récemment, a été confronté à la visite de l'inspection. Elle a entendu tous les agents qui ont géré l'incident. L'élément qui a probablement justifié l'intervention de l'ISP est la découverte d'un courrier du suicidé relatant les humiliations dont il a fait l'objet durant son incarcération. Les agents ont très mal vécu cette enquête. Ils ont été interrogés parfois pendant plus de 4 heures et certains se sont littéralement effondrés ce qui a conduit le CE à aviser la psychologue du personnel. Cette inspection a été perçue comme un moyen de trouver un responsable. Même le DSP a pris l'initiative de consulter la psychologue du personnel car l'ISP lui a reproché de cacher des choses, notamment par des demandes incessantes de documents alors qu'il estimait avoir été totalement transparent. Selon lui, l'ISP est même allée jusqu'à accuser la direction d'avoir orienté les écrits des agents. « *Heureusement que l'établissement a reçu du soutien de la part de la DISP* ». Cette inspection a fragilisé l'ensemble du personnel de l'établissement. Le personnel pendant plusieurs mois s'est montré hostile à prendre des décisions de peur de se tromper et de voir sa responsabilité engagée.

Le poids des responsabilités quelles soient judiciaires ou administratives ne joue pas la carte de l'apaisement et du soutien : alors qu'il est nécessaire de protéger les personnes 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.

Le positionnement des personnels, tous corps confondus s'avère être particulièrement difficile, la crainte de la sanction pouvant avoir des effets inhibiteurs dans la gestion de l'évènement et plus largement dans l'implication autour des dispositifs de prévention. Une psychologue des personnels m'a confié que dans les mois qui suivent un suicide, une sur-vigilance est constatée, dans le respect des procédures que ce soit par les agents touchés directement ou indirectement par le suicide. Elle peut se traduire par la multiplication des observations écrites des personnels relatives aux personnes détenues dans le cahier électronique de liaison. Cependant, cette sur-vigilance ne dure qu'un temps car elle est épuisante pour les personnels. Une telle vigilance crée un climat d'anxiété généralisée défavorable à la mission de prévention des suicides.

La recherche de responsabilités peut conduire à désigner des bouc-émissaires et par conséquent rompre la cohésion de la communauté carcérale. Un CPIP avec qui j'ai échangé m'a expliqué qu'il avait signalé à la détention, la veille du passage à l'acte, un risque élevé de suicide chez la personne détenue qu'il suivait. Lorsqu'il s'est rendu en détention le lendemain du suicide, il s'est cru selon ses mots « *au tribunal correctionnel* ». Certains agents le soupçonnaient d'avoir l'intention de dénoncer une faute dans la surveillance de la personne détenue alors qu'il n'en avait absolument pas la volonté. Il a très mal vécu cette accusation. Depuis, il éprouve des difficultés à accorder sa confiance aux DSP et aux personnels en détention. Ce manque de confiance est susceptible d'avoir des effets néfastes sur la mission de prévention des suicides qui est basée essentiellement sur un travail partenarial.

B) La «postvention» et les médias

1) La culpabilisation des personnels pénitentiaires par les médias

La prison est un lieu qui attise les suspicions et nourrit des fantasmes. Ainsi, les médias ont tendance à refléter parfois une image de l'AP qui peut s'avérer culpabilisante pour les agents, comme si le personnel et l'AP dans son ensemble étaient en quelque sorte responsables du suicide de la personne détenue. Un surveillant expérimenté de MC considère que « *les médias font voir ce qu'ils veulent, c'est le jeu, mais derrière à nous d'assumer l'image qu'ils donnent* ».

Une étude ³³ révèle que 40% des situations de suicide examinées ont trouvé un relai médiatique qui a été ressenti à 100% par les personnels qui ont eu à le vivre comme suspicieux à l'égard de l'AP. Par ailleurs, la mise en accusation de l'AP par les médias a suscité une réaction de méfiance à leur égard qui sont considérés comme de parti-pris contre l'AP. Des personnels s'étonnent même du retentissement médiatique autour du suicide d'un détenu et du silence qui règne quant il s'agit d'un personnel pénitentiaire.

Une des explications possibles à cette suspicion culpabilisante des médias à l'égard de la prison, réside dans le fait que l'AP ne maîtrise pas les circuits de l'information et encore moins les éléments qui sont portés à la connaissance de la presse. En effet, le protocole de « postvention » élaboré par la DISP de Lille mais non validé par la DAP, souligne que si les CE sont souvent sollicités pour répondre aux questions de journalistes, force est de constater que dans ce contexte, la voix officielle se fait rarement entendre. L'AP cherchera plutôt à corriger des informations parues dans la presse plutôt qu'à en maîtriser le contenu. Cette attitude a pour conséquence de ne pas rendre lisible l'action de l'AP et le silence jette souvent la suspicion quant aux circonstances du suicide. L'impossibilité de donner des détails sur la personne détenue, sa situation personnelle, les circonstances précises de son décès, est traduite comme une volonté de taire des événements, de les cacher. Il est donc conseillé de prendre l'initiative de la communication par l'élaboration d'un communiqué de presse officiel aussi bref soit-il. Cela montre une volonté de transparence. Ce communiqué doit être validé par la DISP et la DAP qui le transmet à l'Agence France Presse. En revanche, deux DSP que j'ai interrogés m'ont confié qu'ils ne font ni déclaration ni communiqué à la presse. Ils renvoient systématiquement vers le procureur de la République, avec son accord préalable.

Lorsque l'information relative au suicide n'est pas maîtrisée, le DSP peut se trouver dans une position délicate. En effet, un DSP de MA m'a expliqué que la personne détenue qui est passée à l'acte a été transférée à l'hôpital par le SAMU. Le DSP a essayé de joindre l'unité de soins puis l'hôpital pour s'informer de l'évolution de

³³ DAUTRY Anne-Laure, *Vers l'intégration de la notion de postvention dans le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral*, op.cit.

son état de santé. Le lendemain, au journal de TF1 à 13h00, il apprend que la personne détenue est morte. Le substitut du procureur avait omis de le prévenir. Quelques minutes après la diffusion du reportage, le directeur de permanence à la DAP a réprimandé le DSP en lui reprochant de ne pas l'avoir informé de la mort de la personne détenue.

2) Les médias et le suicide par contagion

« *Les médias peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des suicides* »³⁴. En effet, selon la teneur du message véhiculé les personnes détenues peuvent être influencées favorablement ou défavorablement.

En 1774 la publication du livre de Goethe « *Les souffrances du jeune Werther* » a suscité une vague de suicides dans plusieurs pays d'Europe chez les jeunes semblant s'identifier au héros qui se tue après avoir été rejeté par la femme qu'il aimait. Depuis les années 1970, les chercheurs se sont intéressés aux effets de la publicité sur les suicides réels ainsi que sur les suicides fictifs dans les médias. Les recherches indiquent que l'envergure de l'effet de la publicité sur les suicides dépend de l'importance que les médias leur accordent. Les suicides présentés à la une des journaux risquent davantage de provoquer une augmentation du taux de suicide que ceux présentés en entrefilet ailleurs dans un journal. L'effet des médias sur les comportements suicidaires s'explique de différentes façons. Une des explications les plus simples est qu'il y a un effet d'imitation : les personnes très troublées apprennent en lisant des articles de journaux que le suicide est une façon de résoudre leur type de problème. La deuxième explication est que cela prend une identification particulière avec l'histoire ou les caractéristiques de la personne qui s'est suicidée.

L'OMS a émis des recommandations³⁵ afin de faire en sorte que les messages véhiculés par les médias consécutivement à un suicide participent d'une politique de prévention des suicides.

³⁴ J.L TERRA, *Prévention du suicide des personnes détenues, op.cit.*

³⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias*, Genève, 2002

L'OMS indique, au préalable, que la plus grande partie des suicides n'est pas rapportée dans les médias. Lorsque la décision est prise d'informer le public au sujet d'un suicide c'est généralement parce que cela concerne un individu, une méthode ou un endroit particulier.

Ces recommandations incluent le fait de ne pas mentionner la méthode de suicide, de ne pas présenter des photos de la personne décédée par suicide, de ne pas donner l'impression que le suicide découle automatiquement d'un motif unique puisque les facteurs liés au suicide d'un individu sont toujours complexes.

Le sentiment de culpabilité, la peur de la sanction que peuvent générer les actions de « postvention » à l'égard du personnel peut se transformer en responsabilité juridique qui est de plus en plus engagée par les juridictions administratives et même judiciaires en matière de suicide de personnes détenues.

Section II : Une responsabilisation accrue de l'AP en matière de suicide des personnes détenues

A) L'AP et ses personnels face à leurs responsabilités pénale et administrative

Bien que juridiquement le suicide reste une liberté, le droit ne saurait toutefois rester indifférent quant à l'attitude des professionnels de l'AP.

La reconnaissance par la Justice d'une responsabilité de l'AP, quelle soit pénale ou administrative, est susceptible de renforcer le sentiment de culpabilité et d'impuissance parfois de certains agents suite au suicide d'une personne détenue. La société libre atteste en quelque sorte que les personnels de l'AP ont joué un rôle dans la réalisation du suicide.

1) La responsabilité pénale

Les personnels de l'AP sont susceptibles de voir leur responsabilité pénale engagée en cas de suicide d'une personne détenue, le plus souvent au titre de l'infraction d'homicide involontaire (article 221-6 du CP). Le CE est d'autant plus exposé dans la mesure où il est pénalement responsable de l'activité de son établissement. L'engagement de la responsabilité pénale du CE est de plus en plus fréquente mais reste malgré tout rare.

Suite à un arrêt de la Cour d'appel (CA) de Paris du 3 décembre 2008, il a été rappelé qu'il ne peut être reproché à un CE l'absence de décisions lorsqu'il n'a pas été informé d'une situation à risque. En revanche son abstention face à un risque qui lui a été signalé est susceptible d'engager sa responsabilité.

Si le CE est reconnu responsable, ce n'est qu'indirectement. Le lien de causalité n'est qu'indirect étant donné qu'il s'agit d'une personne qui, sans avoir causé elle-même directement le dommage, soit a créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage, soit n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter. La responsabilité ne pourra être engagée, d'une part, que si la faute consiste en une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de

prudence prévue par la loi ou le règlement, d'autre part, en cas de faute d'imprudence, d'accumulation d'imprudences et de négligences successives.

A titre d'illustrations, la Cour d'Appel de Versailles dans un arrêt de 2000, n'a pas reconnu de faute du CE car le détenu n'avait jamais manifesté de tendance suicidaire auprès du personnel pénitentiaire. La lecture a contrario d'un arrêt de la CA Paris de 2008 révèle que l'absence de consignes précises pour la surveillance de personnes détenues repérées comme suicidaires pourrait être considérée comme une abstention fautive les exposant à un risque d'une particulière gravité.

Ainsi, la note du 7 juillet 2009 sur la responsabilité pénale des CE, impose la mise en place de processus de traçabilité des décisions prises et des actions menées. Il s'agit de pouvoir en justifier le cas échéant devant l'autorité compétente.

2) La responsabilité administrative

L'article 44 de la loi pénitentiaire précise que « *l'AP doit assurer à chaque personne détenue une protection effective de son intégrité physique en tous lieux collectifs et individuels* ». Le Conseil d'Etat l'avait déjà affirmé dans un arrêt Wachter du 26 mai 1978 « *l'AP est responsable de la sécurité des prisonniers* ».

Malgré cette mission dévolue à l'AP, les juridictions administratives ne faisaient, jusqu'à récemment, qu'exceptionnellement droit aux demandes d'indemnisation présentées par les proches d'une personne décédée en détention. En effet, avant 1958, le juge avait conditionné la responsabilité de l'Etat à la preuve d'une faute manifeste et d'une particulière gravité. Ce régime de faute rendait alors très difficile pour les justiciables l'obtention de la réparation des dommages causés par les dysfonctionnements du système carcéral. En 1958, le juge administratif (JA) opte pour l'exigence d'une faute lourde pour la plupart des activités de l'AP dont le suicide d'une personne détenue. Cette faute lourde renvoie à un dysfonctionnement grave du service.

Le revirement de jurisprudence du Conseil d'Etat le 23 mai 2003 avec l'arrêt Chabba, a permis une nette extension des possibilités de mise en cause de la responsabilité de l'AP en matière de suicide de personnes détenues. Le Conseil d'Etat retient désormais la succession de fautes simples imputables à l'AP comme condition

d'engagement de la responsabilité de l'administration. Cette solution a été rapidement interprétée par une partie de la doctrine comme sonnante le glas de l'exigence d'une faute lourde dans tout le droit de la responsabilité pénitentiaire. Pour d'autres auteurs le Conseil d'Etat ne remettrait pas en cause la nécessité d'une faute lourde en ce sens que la succession de fautes constituerait une faute lourde. Le Conseil d'Etat est allé jusqu'à affirmer dans un arrêt du 9 juillet 2007 que la responsabilité de l'AP n'est plus subordonnée qu'à la faute simple.

Dans les faits, le JA peut se trouver confronté à deux types de situation. Soit il sera face à des fautes par abstention, qui se traduisent par un défaut de surveillance d'une personne détenue qui avait montrée des signes de détresse ou par des négligences ayant créé des conditions propices au suicide. A titre d'exemples, une surveillance spéciale a été considérée comme une mesure insuffisante pour une personne incarcérée qui avait tentée de mettre fin à ses jours moins de 3 semaines auparavant. Les magistrats ont estimé que ces défaillances présentaient le caractère d'une faute engageant la responsabilité de l'Etat. Une décision du Tribunal administratif (TA) d'Amiens du 20 juillet 2004 a estimé que la responsabilité de l'AP était retenue aux motifs qu'un surveillant croyant à une simulation de pendaison d'une personne détenue n'a pas cherché à lui porter assistance ni à prévenir son supérieur hiérarchique. Cette décision revêt une certaine importance dans la mesure où sont fréquemment mis en cause les comportements de certains agents et les retards dans l'intervention des secours, dans les affaires de suicides en détention.

Ces illustrations ne constituent que des cas d'espèces. Le droit ne requiert nullement une surveillance de tous les instants, qui serait sans doute contre-productive quant à la réalisation du risque. « *Pour empêcher les suicides il faudrait un surveillant derrière chaque porte* » affirmait un surveillant.

En définitive, le revirement de jurisprudence en matière de responsabilité de l'Etat a constitué un rôle moteur dans le déploiement des dispositifs de prévention et a certainement entraîné une implication plus forte, une responsabilisation de l'ensemble des personnels : on considère désormais que le suicide constitue une cause de mortalité évitable. C'est dans cet esprit qu'ont été développées les formations de prévention du suicide : elles ont pour objectif de doter les personnels d'outils qui permettent d'éviter

un passage à l'acte. Ce positionnement, dont la légitimité n'est pas discutable implique en cas de suicide la recherche d'une faute, d'une responsabilité. Cela a pour conséquence de déplacer le curseur de la responsabilité sur le terrain dans la mesure où un décès par suicide au sein d'un établissement implique qu'il ne saurait être question de faire l'économie de la recherche de la faute et/ ou de la responsabilité.

Cependant on peut se poser la question de la systématisation de ces condamnations et du pouvoir prêté à l'AP pour éviter tous les suicides. Il convient de se demander si les requérants à une action ne s'obstinent pas systématiquement à chercher un responsable d'une situation pour le moins regrettable. En rendant responsable de façon quasi systématique l'AP, le JA en arrive-t-il à exclure l'hypothèse de passages à l'acte suicidaire en milieu carcéral ? En arrive-t-il par extension, à interdire le suicide en détention ? Par ailleurs les établissements pénitentiaires en tant que dernier maillon de la chaîne pénale peuvent-ils à eux seuls assumer la charge et la responsabilité de personnes parfois inscrites dans des conduites à risques chroniques ?

B) *Le soutien à la famille, facteur d'immunité de l'AP ?*

L'AP est de plus en plus confrontée aux familles qui n'hésitent pas à l'attaquer juridiquement, ceci dans le but que soit prouvé un dysfonctionnement tant dans la prise en charge que dans la surveillance de la personne détenue décédée et que soit ainsi engagée la responsabilité de l'AP. Trouver un responsable au décès c'est avant tout, pour les familles, trouver des raisons à cette mort.

La nécessité pour l'AP de porter une attention particulière à la prise en charge de la famille du suicidé se retrouve dans les textes : la note du 12 mai 1981 relative à l'amélioration des relations entre l'administration et les proches d'un détenu malade ou décédé, la circulaire du 26 avril 2002 et surtout dans la loi pénitentiaire à l'article 44 « *lorsqu'une personne détenue s'est donné la mort, l'administration pénitentiaire informe immédiatement sa famille ou ses proches des circonstances dans lesquelles est intervenu le décès et facilite, à leur demande, les démarches qu'ils peuvent être conduits à engager* ». Dans les deux premiers textes, la prise en charge de la famille est davantage développée que celle des personnels ou de la population pénale. Faire figurer

le contact à la famille suite au suicide d'une personne détenue dans la loi pénitentiaire est lourd de sens, de même que sa présence dans un article qui traite également de la responsabilité juridique de l'AP.

Par ailleurs, la responsable de la MPLS à la DAP m'a fait part de la volonté des DSP et des DFSPIP de bénéficier d'une formation à l'annonce du décès d'une personne incarcérée à la famille. Le projet de guide relatif à la « postvention » consacre de longs développements à la prise en charge de la famille. Des formations existent déjà au sein de certaines DISP comme la DISP de Bordeaux.

Ce projet de guide détaille la manière dont il convient de recevoir la famille.

Lors de la rencontre avec les proches, le CE doit avoir au préalable pris l'attache des autorités judiciaires afin de fournir des précisions à la famille. La présence du CPIP référent, d'un représentant des services médicaux peut être proposée. Cette rencontre doit principalement permettre de répondre aux interrogations de la famille quant à la vie quotidienne de la personne décédée, son comportement, ses activités au sein de l'établissement et faciliter ainsi le travail de deuil. Les proches peuvent avoir la possibilité de rencontrer les personnes qui étaient au contact de la personne détenue telles que les surveillants (notamment ceux qui ont trouvé le corps), les médecins ou infirmiers. Cela peut permettre aux proches de comprendre l'état d'esprit dans lequel se trouvait l'intéressé avant sa mort. L'objectif de la rencontre est également de donner des informations concrètes concernant les démarches administratives et judiciaires. Il faut également fournir un écrit dans lequel figurent les coordonnées des magistrats chargés de l'investigation autour du décès, des conseils et des adresses relatives à l'organisation des obsèques, au rapatriement du corps, aux aides financières etc. Enfin, il faut informer les familles et proches de la possibilité qu'ils ont de visiter la cellule qui était occupée par la personne décédée. Le CE, après avoir recueilli l'avis des différents services, juge de l'opportunité de l'organisation de la visite de la cellule. Cette visite doit permettre à la famille de visualiser l'environnement quotidien de la personne, ce qui peut contribuer à faciliter le travail de deuil. Pour des raisons de sécurité, elle doit être proposée à un nombre restreint de personnes. Les modalités de la visite doivent être étudiées en lien avec les différents services et la présence d'un représentant des services médicaux et/ou du SPIP est souhaitable.

En outre, lors de la rencontre ou du contact avec la famille, il convient d'être prudent dans les termes employés. Il faut reconnaître et nommer l'intensité du choc, nommer les étapes à venir, recevoir la culpabilité exprimée, faire la différence entre le geste accompli et la personne, éviter les jugements positifs ou négatifs, ne pas oublier qu'à ce moment précis il est difficile pour la personne d'entendre, ne pas chercher à dramatiser ni à parler d'autre chose, valider les émotions de souffrance, être en binôme pour l'annonce et tenir compte de la culture de la personne en face.

Soutenir et accueillir dans les meilleures conditions possibles la famille d'une personne détenue suicidée se justifie évidemment d'un point de vue humain car c'est elle qui souffre le plus du décès. L'AP a pour mission de protéger l'intégrité physique de la population pénale. Elle a des informations à communiquer à la famille du suicidé.

On peut, cependant, se demander si cette volonté de l'AP de prendre en charge la famille et d'être le plus transparent possible avec elle n'aurait pas pour objectif de la dissuader d'engager une action en justice contre l'administration. Une DSP stagiaire m'a avoué avoir songé, lors de la rencontre avec la famille du suicidé, à un potentiel engagement de sa responsabilité ou celle de l'AP tout en étant convaincue qu'aucune faute professionnelle n'avait été commise.

Ainsi, le rapport TERRA préconise que les endeuillés puissent rencontrer les médecins qui ont pris en charge la personne décédée. Il a été démontré que les psychiatres qui recevaient les familles endeuillées avaient moins de recours en justice que ceux qui ne le faisaient pas ; d'autant que le Conseil d'Etat dans un arrêt du 24 avril 2012 a jugé que *« la responsabilité de l'Etat en cas de dommage résultant du suicide d'un détenu peut être recherchée en cas de faute des services pénitentiaires ; que, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, les ayants droit du détenu peuvent utilement invoquer, à l'appui de leur action en responsabilité contre l'Etat, une faute du personnel médical ou paramédical de l'établissement de santé auquel est rattaché l'établissement pénitentiaire dans le cas où celle-ci a contribué à la faute du service pénitentiaire »*.

Cet arrêt abonde dans le sens d'une multiplication des responsables potentiels du suicide d'une personne détenue. Une telle analyse semble logique dans la mesure où la politique de prévention des suicides en milieu carcéral est basée sur un partenariat

pluridisciplinaire ; la survenance d'un suicide peut être interprétée comme un échec de ce partenariat. Il paraît plausible que l'ensemble des partenaires en assument les conséquences en terme de responsabilité juridique.

PRECONISATION

Les actions de « postvention » sont mises en œuvre suite au suicide d'une personne détenue, d'une part, pour limiter l'impact psychologique d'un tel évènement sur les personnels et la population pénale, d'autre part, pour analyser et comprendre l'origine et les circonstances du passage à l'acte suicidaire, le tout dans une perspective de prévention à plus ou moins long terme. Autrement dit, le dispositif de « postvention » organise la façon de communiquer suite à un suicide ; son déclenchement est donc subordonné à la survenance d'un évènement dramatique.

Parmi les entretiens effectués avec les différents personnels, pénitentiaires ou non, certains révèlent que des personnes, bien que prenant en charge au quotidien les personnes détenues, sont mises à l'écart du dispositif de « postvention » volontairement ou involontairement, pour des raisons parfois purement matérielles ou encore liées à des difficultés d'identification des personnes ayant potentiellement besoin d'un soutien. Ces personnels ne disposent donc d'aucun espace de parole « institutionnalisé » si ce n'est avec leurs pairs de manière totalement informelle. C'est le cas de la totalité des DSP avec qui j'ai échangé. Une partie des personnels interrogés ont mal vécu cette absence de communication et certains l'ont interprétée comme un manque de reconnaissance de leur travail au quotidien et des difficultés de leur métier par l'institution pénitentiaire. Ce déficit de communication voire de prise en charge de ces personnels consécutivement au suicide d'une personne détenue peut s'avérer d'autant plus pesant que les actions de « postvention » conduisent à la recherche de responsables à travers l'analyse des circonstances du suicide, ce qui signifie que les personnels en question sont susceptibles d'être amenés à rendre compte de leurs actes.

En revanche, des personnels à qui l'on propose un temps d'échange voire une prise en charge les refusent. C'est le cas de certains personnels de surveillance qui ont découvert le corps sans vie d'une personne détenue et qui ne souhaitent pas ou qui n'osent pas consulter le psychologue du personnel que ce soit en entretien individuel ou

en débriefing collectif par crainte du regard de leurs pairs. Consulter un psychologue suite au suicide d'un détenu peut être interprété comme une faiblesse ; il peut s'avérer difficile pour un agent de reconnaître que la mort d'une personne détenue a eu un impact sur lui tant la frontière naturelle ou construite entre le personnel de surveillance et la population pénale est marquée.

Trouver un espace de parole adapté, identifier au mieux les personnels nécessitant un soutien, tenter d'améliorer le regard des agents vis-à-vis de la consultation d'un psychologue suite au suicide d'une personne détenue, telles sont les obstacles auxquels la « postvention » doit faire face.

La supervision d'équipe au sein de l'AP, en tant que complément à la « postvention », pourrait éventuellement constituer un moyen de palier ces obstacles et d'améliorer la politique de prévention des suicides en milieu carcéral.

Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), dans son avis du 17 juin 2011, préconise fortement la mise en place d'une supervision dans l'AP et plus particulièrement pour les personnels de surveillance. En effet, le CGLPL affirme que le respect des droits fondamentaux des personnes détenues est tributaire des conditions de travail des personnels. Il met l'accent sur les nombreuses souffrances au travail qui induisent notamment le rejet de postes supposés inconfortables ou à risque ou encore l'angoisse de vivre un certain nombre de situations. Ainsi, afin de mieux assurer le lien entre conditions de travail et respect des droits fondamentaux, le CGLPL considère qu'il est essentiel de rendre systématique la supervision. Cette réflexion s'inscrit dans une démarche plus générale comme en témoignent l'accord sur la sécurité et la santé au travail de novembre 2009, le groupe de travail relatif aux conditions de travail des personnels de l'AP installé le 20 novembre 2008, ou encore les recommandations du groupe de travail mené par le Ministère de la santé et le Ministère de la justice de mars 2001 à mars 2002 « Santé Mentale des personnes détenues et troubles du comportement : comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire ? ».

L'avis du CGLPL définit la supervision comme suit : « *La supervision est la possibilité donnée à un agent, pendant son temps de travail ou hors de ce dernier, sur son lieu de travail ou non, d'évoquer en toute confiance, dans le cadre d'une relation égalitaire, la manière dont il accomplit sa tâche, en particulier lorsque celle-ci lui pose des difficultés particulières qui peuvent retentir jusque dans sa vie personnelle, de manière à mieux en maîtriser les éléments* ».

Plus précisément, la supervision peut avoir lieu dans des contextes de crise, ou de difficulté de l'institution mais elle est souhaitable également dans une visée prophylactique de manière à prévenir des dysfonctionnements et des crises majeures. Elle agit également comme occasion de réflexion sur les pratiques et comme aide à la prise en charge de certains publics difficiles. La supervision existe actuellement dans certaines professions ou institutions confrontées en permanence à la pulsion de mort : tel est le cas des professions de santé (par exemple les soignants des hôpitaux psychiatriques), des métiers éducatifs (les éducateurs des centres éducatifs fermés) voire d'intervenants associatifs en centre de rétention par exemple.

La supervision se fait hors présence de la hiérarchie et est basée sur le volontariat. En aucun cas la supervision ne peut être un espace imposé ou obligatoire. Elle est nécessairement animée par un psychologue clinicien ou un médecin psychiatre. Le clinicien doit être extérieur à l'établissement ou à l'équipe en vue du respect de la confidentialité des échanges. La mise en place d'une supervision relève d'un choix de la hiérarchie : soit elle fait appel à un psychologue en vue de régler un problème récurrent auquel elle ne parvient pas à faire face, soit elle le sollicite à la demande de ses personnels. Une CPIP que j'ai interrogée, anciennement éducatrice à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, m'a confié qu'une supervision existait dans sa précédente administration. Elle était animée par un psychiatre une fois par mois. Elle déplore d'ailleurs l'absence d'un tel dispositif au sein de l'AP.

Ainsi, la supervision constitue un espace d'échanges institutionnalisés instaurés par la hiérarchie à destination des équipes, qui a lieu selon une périodicité régulière et non pas uniquement suite à un événement dramatique. Un tel dispositif ouvert à tous les agents, qu'ils soient surveillants, CPIP ou DSP, offrirait, notamment aux personnels le

plus souvent exclus du dispositif de « postvention », un espace de parole leur permettant de s'exprimer librement, hors présence de la hiérarchie, suite au suicide d'une personne détenue ou en dehors de toute crise. S'agissant des DSP, une supervision au niveau des DISP pourrait être envisagée. En effet, le groupe de pairs libère la parole et permet d'aider les personnes qui intériorisent à mettre des mots sur leurs sentiments. Toutefois, le groupe ne constitue pas l'endroit idéal pour aborder de manière approfondie, des thématiques ayant une résonance plus personnelle.

Une discussion régulière au sujet des pratiques professionnelles ou encore des difficultés rencontrées dans le travail au quotidien contribue à réduire la souffrance et le mal-être au travail, ce qui ne peut être que bénéfique pour l'institution et pour l'exercice de ses missions dont fait partie la prévention des suicides.

En outre, la supervision serait susceptible de faire prendre conscience aux agents des limites dans l'exercice de leurs missions et ainsi atténuer leur sentiment de culpabilité lors d'un passage à l'acte suicidaire d'une personne détenue. En effet, une trop forte culpabilité peut s'avérer nuisible à la prévention des suicides.

Le psychologue ou le psychiatre assurant la supervision serait à même d'aider le DSP à identifier les personnels fragiles et nécessitant d'être reçus suite au suicide d'une personne détenue, dans le respect de la confidentialité des échanges.

En revanche, la supervision a ses limites.

D'une part, la supervision est animée par un psychologue ou un psychiatre. Or, les personnels de surveillance notamment les plus anciens, peuvent s'avérer réfractaires à tout contact avec un psychologue. Prendre l'initiative de consulter un psychologue n'est pas encore ancré dans la culture pénitentiaire. C'est le principal obstacle auquel peut se heurter la supervision dans l'AP : participer à un tel dispositif équivaut à admettre que l'on rencontre des difficultés dans son travail au quotidien, que l'on a « des faiblesses ». Cependant, l'avantage de la supervision est qu'elle peut avoir lieu en dehors de tout événement dramatique. Une supervision qui se tiendrait suite au suicide d'une personne détenue serait vécue par l'agent comme une séance de supervision parmi d'autres. Le lien entre l'impact que le suicide a pu avoir sur lui et la sollicitation

d'un psychologue n'est plus. Le regard des collègues serait alors sans doute moins pesant pour l'agent concerné.

D'autre part, des séances de supervision instaurées en dehors de tout évènement particulier sont susceptibles de dériver vers des discussions ayant pour unique but de remettre en cause l'AP. De tels propos pourraient avoir pour effet d'attiser davantage les éventuelles tensions entre la hiérarchie et le personnel, et par conséquent s'avérer néfaste à l'institution. D'où l'importance de la présence d'un psychologue ou d'un psychiatre pour réguler les échanges afin de les rendre constructifs, en vue d'une amélioration de l'efficacité de l'action de l'AP, particulièrement en ce qui concerne la prévention des suicides.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- B.L MISHARA, M. TOUSIGNANT, *Comprendre le suicide* : Ed. Les presses de l'université de Montréal, 2004, 174 p., (coll : Paramètres).
- V.CAILLARD, F. CHASTANG, *Le geste suicidaire* : Ed. Elsevier-Masson, mars 2010, 376 p., (coll : Ages de la vie).
- E. DURKHEIM, *Le suicide* : Ed. Puf, février 2013, 530 p., (coll : Quadrige, numéro 19).
- A. CHAUVENET, C.ROSTAING, F. ORLIC, *La violence carcérale en question* : PUF, 2008, 347 p., (coll : Le lien social).
- Direction de l'Administration Pénitentiaire, *mémento, que faire après un suicide ?* juin 2011.
- DISP de Bordeaux, *Organiser l'annonce d'un décès en milieu carcéral*, projet non encore publié.

REVUE :

- *Revue mensuelle de Santé Mentale, Le suicide...et après ?*, n°134 janvier 2009

MEMOIRE :

- DAUTRY Anne-Laure, *Vers l'intégration de la notion de postvention dans le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle : ENAP : 2008.

RAPPORTS :

- L. ALBRAND, *La prévention du suicide en milieu carcéral*, janvier 2009.

- J.L TERRA, *Prévention du suicide des personnes détenues*, décembre 2003.
- D.BERNUS, *Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental, Suicide : Plaidoyer pour une prévention active*, Editions des journaux officiels, février 2013.
- *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien, les recommandations*, Audition publique, Paris, février 2010.

SITE INTERNET :

- Philippe PEYRON, *Suicides en milieu carcéral : modalités d'aide et de soutien*, in Site Psydoc-france
<http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/PEYRON.pdf>

TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Compte rendu de débriefing professionnel.....	p. 81
Annexe n°2 : Protocole de soutien psychologique au personnel.....	p. 83
Annexe n°3 : La communication en cas de suicide.....	p. 87
Annexe n°4 : Le compte rendu initial suicide.....	p. 94
Annexe n°5 : La fiche signalétique suicide.....	p. 96
Annexe n°6 : Rapport détaillé du CE.....	p. 101
Annexe n°7 : Compte rendu CIPSSAS.....	p. 105
Annexe n°8 : Tableau des cas de suicide DISP Bordeaux.....	p. 113
Annexe n°9 : Eléments épidémiologiques des suicides.....	p. 119

Annexe n°1

COMPTE RENDU DE LA REUNION DEBRIEFING PROFESSIONNEL CP 22 juin 2012

OBJET:réunion de débriefing professionnel organisé au centre pénitentiaire de à la suite du suicide en cellule du détenu le 20 mai 2012.

Etaients présents:

- M. XXX chef d'établissement;
- M. XXX directeur adjoint au chef d'établissement;
- Mme. XXX lieutenant adjointe de l'officier responsable de l'UHSI;
- M. XXX lieutenant;
- M. XXX 1er surveillant;
- M. XXXsurveillant principal;
- Mme. XXX CSIP,
- M. XXX médecin généraliste UCSA,
- M. XXX médecin psychiatre au SMPR;
- Mme. XXX psychologue à la DISP;
- Mme. XXX référente interrégionale chargée de la prévention du suicide à la DISP de Bordeaux;

compte rendu rédigé par Mme. XXX

•Déroulé de la réunion:

- conduite de la réunion par M. XXX chef d'établissement avec Madame XXX , référente suicide interrégionale;
- présentation par Mme XXX de son rôle et des attentes de cette réunion en précisant qu'il ne s'agit pas d'un débriefing technique ni d'apporter un jugement sur le déroulement des faits, mais d'échanger et de voir les points positifs et les points d'amélioration.

◀ échanges sur le déroulé des faits, le comportement du détenu:

- ce détenu s'est suicidé le dimanche 20 mai 2012 en cellule, en se tranchant la gorge. Il a été découvert par le personnel vers 17h10, qui allait le chercher pour travailler à la réception des chariots repas;
- ce détenu était âgé de 35 ans; il était d'origine sénégalaise et était arrivé en France en 1983 avec sa famille;
- ce détenu était condamné pour outrage à personne dépositaire de l'autorité publique et menaces de mort réitérées;
- il était écroué depuis le 9 décembre 2011 et il était libérable le 6 juin 2012;
- ce détenu occupait un poste d'auxiliaire d'étage au service général en raison de sa fin de peines proche; il travaillait en groupe avec d'autres détenus;
- le matin de son suicide, le surveillant a passé du temps avec lui, mais ce détenu n'a rien laissé apparaître et n'a pas changé dans son comportement;

- il était bien intégré en détention et avait un bon comportement envers les personnels;
- ce détenu n'était pas repéré suicidaire;
- ce détenu avait demandé un changement de cellule et à être seul; il était réservé et discret et ne parlait pas beaucoup;
- il avait été très affecté par le suicide de son frère à la MA de XXX
- il avait un suivi psychiatrique régulier notamment par le SMPR, et bénéficiait également d'un suivi par un médecin en alcoologie avec laquelle il avait une relation de confiance et il passait par elle pour tout traitement;
- sur le plan familial:ce détenu était l'ainé d'une famille de 4 enfants, sa mère était partie en 1987 en laissant ses 4 enfants. Les enfants ont été élevés par le père et la belle mère. Le père est aujourd'hui décédé, ce détenu vivait avec ses deux jeunes sœurs;

-sur le plan socio-éducatif: une mesure de SEFIP avait été proposée au parquet, cette proposition avait fait l'objet d'un rejet le 16 mars 2012, du fait d'une évasion de PS lors d'une précédente incarcération. A la suite de ce rejet, ce détenu avait été reçu en entretien par le CPIP, il exprimait alors sa déception, mais il semblait avoir intégré le fait qu'il devait attendre sa fin de peines. Ce détenu avait été vu régulièrement par le SPIP pendant son incarcération, il attendait sa sortie et n'avait manifesté aucun signe précurseur de son passage à l'acte;

-le chef d'établissement fait état d'une déclaration d'un visiteur de prison: ce dernier a indiqué qu'un détenu lui aurait dit que ce détenu aurait été victime d'un viol en détention.

◀Points soulignés:

constats:

- le mode opératoire atypique et très violent (tranchement de gorge);
- le suicide de son frère en détention;
- la déclaration faite par le visiteur de prison.
- les personnels ont été surpris et très choqués par le suicide de ce détenu (scène violente), ils ne s'expliquent pas ce passage à l'acte.
- les mesures de postvention ont été bien mises en place par la direction et l'encadrement;

éléments complémentaires d'analyse qui se dégagent:

- appréhension de la sortie pour ce détenu;
- l'impact du rajout d'une peine de 2 mois mise à exécution la veille de sa sortie;
- pas d'élément confortant la déclaration du visiteur de prison.

Il a été préconisé d'être vigilant sur l'impact de rajout de peines modifiant la date de fin de peines immédiate sur la situation des personnes détenues.

Annexe n°2

LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AU PERSONNEL

1. Le dispositif du soutien psychologique:

Les psychologues, exercent leur activité dans une zone géographique de la DR bien déterminée. (cf tableau ci-joint).

Elles ont **pour résidence administrative un site pénitentiaire central par rapport à leur zone d'intervention**. Ce découpage par zone, devant permettre de prendre mieux en compte les besoins spécifiques de chaque site en renforçant la proximité géographique des intervenants.

Leur **réfèrent technique est la psychologue affectée en direction Interrégionale**. Celle-ci veille, en lien étroit avec **le chef de département ressources humaines, réfèrent administratif**, à coordonner leur action, leur permettre l'accès aux formations complémentaires nécessaires, développer avec elles un réseau de soutien psychologique capable d'intervenir immédiatement en cas d'événement collectif grave.

Par ailleurs, **les deux associations d'aides aux victimes, Vict'aid et Prado** avec qui la DR de Bordeaux a signé une convention ainsi que le CAUVA ou autre service d'urgence continuent d'intervenir en cas de nécessité.

Leurs interventions, comme auparavant est **actionnées par la cellule de coordination de suivi du personnel de la Direction Interrégionale**.

Les demandes de prises en charge leurs seront adressées uniquement en cas d'indisponibilité des psychologues de l'AP ou en cas de nécessité de renfort lors d'un événement collectif grave.

2. Le soutien au personnel est effectif :

- *en cas d'agression ou suicide.*

Dans ce cadre là, le CE ou le DSPIP **sont tenus d'informer le personnel victime** d'une agression ou suicide de la possibilité d'un suivi psychologique.

Il est fortement conseillé au personnel d'encadrement de recevoir systématiquement la ou les victimes de manière à les écouter dans un premier temps puis les orienter dans un deuxième temps vers des relais de spécialistes en leur remettant **le memento** prévu à cet égard.

Un rapport d'incident est remis au psychologue qui doit être informé de l'incident rapidement pour qu'il puisse répondre à la demande dans les délais recommandés. (72 heures maximum après l'événement)

- *en cas de problèmes personnels et ou professionnels.*

Dans ce cadre là, les demandes de prises en charge, peuvent être soit transmises par le personnel d'encadrement qui a repéré des difficultés dans son personnel et favorise par son intervention le relais avec le psychologue soit adressées directement par les personnes concernées.

Ces prises en charge s'inscrivent dans le registre de **la prévention** et ont pour objectif majeur de traiter les problèmes psychologiques avant qu'ils ne s'aggravent.

Le but des interventions des psychologues, est d'offrir au personnel pénitentiaire, tant du milieu ouvert que du milieu fermé, et quelque soit le niveau hiérarchique, un lieu d'écoute neutre, qui lui permette de dépasser des moments professionnels et personnels difficiles ou traumatisants.

Le découpage par zone est le suivant :

AFFECTATION	SECTEUR D'ACTIVITE	PARTENARIAT
<p><i>psychologue affecté au CP de</i></p> <p>Mme XXX</p> <p>Tél :</p>	<p>Secteur SUD de la DR</p> <p>Les établissements de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayonne - Pau - Mont de Marsan - Agen - Eysses - Mauzac - Neuvic - Périgueux <p>Les SPIP des Pyrénées Atlantiques, Lot et Garonne, Landes et Dordogne.</p>	<p><i>Médecins de prévention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme XXX - Mr XXX - Mr XXX - Mr XXX - Mme XXX <p><i>Assistants sociaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme XXX - Mme XXX
<p><i>psychologue affecté à la MA</i></p> <p>Mme XXX</p> <p>Tél :</p>	<p>Secteur NORD de la DR</p> <p>Les établissements de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niort - Poitiers - Angoulême - Limoges - Guéret - Uzerche - Tulle <p>Les SPIP des Deux Sèvres, Charente, Haute Vienne, Corrè</p>	<p><i>Médecins de prévention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mr XXX - Mr XXX - Mr XXX - Mr XXX <p><i>Assistants sociaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme XXX - Mme XXX

	et Creuse.	
Psychologue affecté à la DR. Mme XXX Tél :	Secteur OUEST de la DR Les établissements de : - Bordeaux Gradignan - Bédénac - Saintes - Rochefort - St Martin de Ré Les SPIP de la Gironde et de Charente Maritime.	Médecins de prévention : - Mme XXX - Mr XXX - Mr XXX - Mr XXX - Mme XXX Assistants sociaux : - Mme XXX - Mme XXX

3. le rôle fondamental des CE et DSPIP dans la gestion du stress du personnel :

Après un événement grave :

Votre rôle est essentiel,

Etant sur les lieux de l'événement, votre rôle **d'écoute** est tout aussi important que celui du psychologue.

→ Il est important de rencontrer le personnel immédiatement après un événement difficile, ne serait ce que 5 minutes pour l'écouter et l'orienter vers les professionnels qui peuvent l'aider.

→ éviter de disperser les personnes après un événement grave, ne renvoyer pas les victimes chez elle, organiser plutôt une rencontre collective très rapidement après un incident.

Il est important que les victimes perçoivent au travers de ces rencontres individuelles et/ou collectives, une reconnaissance de leur vécu par l'institution.

Orienter vers des personnes ressources .

→ La façon de conseiller et de présenter l'éventualité d'un entretien avec le psychologue est déterminante.

Eviter les remarques personnelles du style : « *vous pouvez rencontrer la psychologue, mais vous êtes un homme, je suppose que vous en avez vu d'autre* » ou « *les personnes les plus fragiles peuvent rencontrer la psychologue* ».

Encourager chaleureusement, sans commentaires personnels, est le moyen le plus efficace.

Si vous repérez un agent en difficulté :

Là aussi, votre rôle est essentiel,

En étant sur place, l'orientation vers des personnes ressources, dès le repérage d'un mal être évident chez l'agent, permet d'éviter que les situations difficiles ne s'aggravent jusqu'à quelquefois des situations de non retour.

Pour résumer :

Les interventions des psychologues sont fortement favorisées quand les CE et DSPIP assurent pleinement :

- **le relais de l'information auprès du personnel**, de manière la plus neutre possible en remettant systématiquement les coordonnées du psychologue et en encourageant chaleureusement la démarche de prise en charge.
- **L'écoute de leur personnel**, en proposant une rencontre dans un délais rapproché de l'événement, soit en face à face et /ou en collectif si plusieurs personnes sont concernées.
- **Un travail de partenariat avec le psychologue**, en lui communiquant rapidement par téléphone la situation d'incident et en lui indiquant si l'agent est en arrêt maladie ses coordonnées personnelles de manière à ce que celui ci puisse prendre de ses nouvelles systématiquement même si l'agent n'a pas manifestait à chaud de demande de suivi.

Par expérience, nous constatons depuis 1996, date à laquelle a été initiée le soutien psychologique aux personnels sur la DRSP de Bordeaux, que plus les liens sont étroits en amont (informations) ou en aval de l'incident (conditions de reprise) entre le personnel d'encadrement et le psychologue, plus le travail de prise en charge psychologique est efficient.

ANNEXE n°3



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LA COMMUNICATION EN CAS DE SUICIDE

Reference :

- *Circ. JUS 9840051* c du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire
- *Note du 12 mai 1981* relative à l'amélioration des relations entre l'AP et les parents d'un délinquant malade ou décédé (BO du 30 06 1981)
- *Circ. JUS 0230075* c du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire.
- *Livre - procédure d'information entre les services déconcentrés et la Direction de l'Administration Pénitentiaire pour les incidents et les événements*, édité par la DAP SCERI, 2005

La prise en charge de la problématique suicidaire concerne tous les professionnels qui interviennent auprès des personnes détenues.

Malgré une réelle prise en compte de cette problématique et des actions de prévention continues, peuvent survenir des passages à l'acte suicidaires.

Le chef d'établissement a pour mission de coordonner les 5 Pôles qui ont été repérés :

- *Le personnel*
- *Les autorités*
- *L'entourage de la personne détenue*
- *La population pénale*
- *Les médias*

Ce document a pour finalité de récapituler les différentes actions qui relèvent de la communication et qui président à une bonne gestion de l'évènement

Il s'agit, à chaque fois d'identifier concrètement les objectifs de l'intervention en fonction de chaque interlocuteur et d'en définir les modalités

Les différentes interventions induites par la gestion des conséquences du passage à l'acte font l'objet d'un soutien et d'une analyse dans le cadre du dispositif de post-vention

LES MEDIAS

Quand survient un incident tel qu'un suicide dans un établissement pénitentiaire, les médias s'en font souvent l'écho et l'Administration ne maîtrise pas les circuits de l'information et encore moins les éléments qui sont portés à la connaissance de la presse.

Si les chefs d'établissements sont souvent sollicités pour répondre aux questions de journalistes, force est de constater que dans ce contexte, la voix officielle se fait rarement entendre. L'Administration cherchera plutôt à corriger des informations parues dans la presse plutôt que d'en maîtriser le contenu.

Cette attitude a pour conséquence de ne pas rendre lisible l'action de l'Administration et le silence jette souvent la suspicion quant aux circonstances de l'évènement.

L'impossibilité de donner des détails sur la personne, sa situation personnelle, les circonstances précises de son décès, loin de prendre en compte le secret de l'instruction est traduite comme une volonté de taire des évènements, les cacher.

- Prendre l'initiative de la communication, notamment par l'élaboration d'un communiqué de presse officiel (aussi bref soit-il) permet d'une part, de faire montre d'une volonté de transparence, de maîtriser le contenu des points dévoilés (et ce, dans le respect de l'instruction ouverte) et à l'Administration de parler d'une seule voix, d'autre part.
- La systématisation du communiqué de presse, validé et transmis par la DR à l'Agence France Presse régionale (afin de ne privilégier aucun média et de leur laisser l'opportunité de se saisir ou pas de l'information) est recommandée.

Ce communiqué peut reprendre de façon succincte les termes de l'écrit diffusé à l'ensemble des personnels.

S'en tenir à des informations factuelles, neutres et rendues anonymes est bien entendu de mise :

- L'établissement
- La date et l'heure de la découverte
- L'âge approximatif et le sexe.
- Les actions diligentées

Exemple :

Ce jour, vers 7H15, à l'ouverture des cellules de la Maison d'Arrêt de X, le corps inanimé d'un jeune homme d'une trentaine d'années a été découvert par un surveillant.

Malgré l'intervention rapide des secours, le décès a été constaté par le médecin présent sur les lieux.

LE PERSONNEL

La qualité de la prise en charge d'un incident tel qu'un suicide dans un établissement pénitentiaire, dépend non seulement de la coordination des actions et donc de la communication entre les différents acteurs mais aussi de la reconnaissance des places et des rôles de chacun.

Ainsi, c'est au **chef d'établissement** qu'appartient la responsabilité d'articuler les interventions. En conséquence, il se doit d'assurer un rôle d'encadrement, à savoir :

Il doit superviser la gestion de l'événement et rendre compte du déroulement de l'action.

Ainsi, dès son arrivée sur les lieux, son action porte sur 2 axes :

- **Le recueil d'informations**
- **La prise en charge du personnel.**

Le chef d'établissement doit donc **s'entretenir dans un bureau avec l'agent qui a découvert les faits.** Il s'agit de :

- **Revenir sur les gestes professionnels** et lui demander de rendre compte verbalement de ce qui s'est passé (ce moment est très important dans la mesure où il participe déjà du débriefing technique).
- **Expliquer à l'agent les échéances à venir** : l'audition par les forces de police, la nécessité de rédiger un CRP... et de répondre à ses questionnements en la matière.
- **Rassurer l'agent et de s'enquérir de son état.**

Dans tous les cas **il est recommandé de faire remplacer l'agent concerné jusqu'à la fin de service**

- **Un temps de coordination** avec les gradés permettra de compléter le recueil d'informations et de passer les consignes.
- **Avant la fin de service, une réunion mettant en présence tous les agents ayant eu à intervenir** (le cas échéant, si les faits se sont produits en service de jour, le SPIP sera convié) devra se tenir. Elle permettra la mise en commun et le partage du déroulement de l'événement.
Le chef d'établissement rappelle les prochaines échéances, s'enquiert de l'état des personnels, propose l'intervention de la psychologue auprès du personnel et fourni ses coordonnées.

Le chef d'établissement prépare la diffusion, sous forme d'écrit des informations à destination de tout le personnel de l'établissement. Il avise également la psychologue auprès des personnels de la survenance de l'événement et de l'identité des agents concernés

LA POPULATION PENALE

La circulaire de 2002 relative à la prévention du suicide en milieu carcéral précise qu'« après la survenance d'un décès par suicide, pour mettre fin au développement de rumeurs ou d'accusations à l'encontre des surveillants, qui pourraient germer parmi les codétenus, il appartient au chef d'établissement de réunir les codétenus ainsi que les personnels concernés pour leur fournir des informations. »

Les Co-cellulaires

L'entretien avec les Co-cellulaires doit se faire, compte tenu de leur statut de témoins des faits, dans l'immédiateté.

Il porte sur 2 niveaux :

- *les fins d'informations pour l'ouverture de l'enquête*
- *les fins de repérage*
 - *Ils doivent se voir proposer une prise en charge par les services sanitaires et le SPIP dans les meilleurs délais.*
 - *Ils doivent, au besoin, faire l'objet de mesures particulières de type CCR*

La population pénale

La communication à destination de la population pénale est très bien décrite par la circulaire, il s'agit d'éviter un sur-incident donc de lever des doutes à l'encontre de l'Administration Pénitentiaire et faire taire les rumeurs.

Le personnel de surveillance est le premier vecteur de communication :

Le communiqué de presse lui est donc remis, ce qui lui permet de fournir des réponses cohérentes, fiables et validées par la hiérarchie

L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE DETENUE

La **Haison** avec l'entourage relève de **la compétence du chef d'établissement** (« ou en cas d'empêchement légitime, du cadre pénitentiaire chargé de son intérim »).

Toutes les mesures énoncées ci-dessous visent à faciliter les démarches et le travail de deuil de l'entourage de la personne décédée.

Il s'agit d'éviter les retours à l'établissement pour des démarches éparées, par conséquent, la coordination entre tous les services est un préalable indispensable.

- En cas de décès, la personne désignée en qualité de « personne à prévenir » par le détenu doit être informée au plus tôt, quelle que soit l'heure.

Si l'entourage n'est pas joignable, le chef d'établissement sollicite les forces de l'ordre : celles ci demandent à la famille de se mettre en contact avec l'établissement au plus vite.

L'entretien téléphonique

Le chef d'établissement doit s'assurer de l'identité de la personne et si possible, s'enquérir de ce qu'elle est seule ou non.

- Il doit relater les faits.
- Proposer une rencontre.
- Veiller à laisser ses coordonnées.
- Adresser un courrier dans lequel figurent les coordonnées :
 - De l'établissement
 - Du SPIP
 - Du TGI

La rencontre

Le chef d'établissement doit avoir, au préalable, pris attache avec les autorités judiciaires afin de fournir des précisions à la famille.

La présence du travailleur social référent du SPIP, d'un représentant des services sanitaires peut être proposée. Cette rencontre doit permettre :

- De répondre aux interrogations de la famille quant à la vie quotidienne de la personne décédée, son comportement, ses activités au sein de l'établissement et faciliter ainsi le travail de deuil.
- De donner des informations concrètes concernant les démarches administratives et judiciaires.
- De fournir un écrit dans lequel figurent les coordonnées des magistrats chargés de l'investigation autour du décès, des conseils et des adresses relatives à l'organisation des obsèques, du rapatriement d'un corps, des aides financières...

Il est important de soigner l'accueil de la famille et de penser à l'accompagner depuis la porte d'entrée jusqu'aux bureaux administratifs.

La visite de la cellule

La visite des lieux est proposée à chaque fois qu'elle est utile au travail de deuil de la famille.

Elle doit permettre de visualiser l'environnement quotidien de la personne. Le chef d'établissement, après avoir recueilli l'avis des différents services, juge de l'opportunité de l'organisation de la visite de la cellule.

Cette visite doit être, pour des raisons de sécurité, proposée à un nombre restreint de personnes.

Ses modalités doivent être étudiées en lien avec les différents services et la présence d'un représentant des services sanitaires et ou du SPIP est souhaitable.

LE DISPOSITIF DE POSTVENTION

□ Auprès des personnels pénitentiaires : mise en place d'un soutien psychologique.

Le traumatisme lié à la confrontation à la mort est souvent sous estimé par ceux qui ne sont pas impliqués directement dans l'événement, l'impact traumatique peut parfois être dénié dans une attitude défensive. L'intervention du psychologue à un niveau individuel permet d'accompagner la mise en sens de l'événement.

Suite à la survenue d'un événement, il est à l'initiative de l'encadrement de proposer l'intervention du psychologue clinicien chargé du soutien des personnels et parallèlement d'informer le psychologue des démarches initiées auprès de l'agent.

Si l'incitation auprès de l'agent est systématique, la démarche de l'agent revêt un caractère personnel et n'est pas obligatoire.

De la même manière, le Chef de Service d'Insertion et de Probation propose aux travailleurs sociaux qui ont pris en charge le détenu dans le cadre de leurs missions de rencontrer le psychologue clinicien.

Le psychologue clinicien pose, après évaluation, l'indication d'un débriefing psychologique collectif et/ou individuel.

□ Au niveau institutionnel : mise en place d'une réunion pluridisciplinaire

Interroger les pratiques, les confronter et favoriser les échanges au sein du réseau institutionnel sont des nécessités au regard de la complexité du passage à l'acte suicidaire.

Si la gestion immédiate de l'événement concerne un nombre restreint de personnes, sa relecture implique tous les services.

Dans le mois qui suit l'événement et à l'initiative du chef d'établissement est organisée une réunion pluridisciplinaire.

Sont associés à cette réunion, les membres de la commission de prévention du suicide en place sur l'établissement, les intervenants sanitaires et sociaux ayant pris en charge le détenu ainsi que les professionnels concernés directement par l'événement et sa gestion.

Le Responsable de la Section d'Action Sanitaire y participe en qualité de représentant du Directeur Régional et anime la réunion.

L'objectif de cette réunion est donc de favoriser l'articulation des pratiques, de mettre en exergue les points forts ou, au contraire de pointer les difficultés et de tenter, ensemble, de trouver une solution.

Le croisement des regards portés sur l'événement en fonction de son champ d'intervention permettra une prise de distance par rapport à l'événement et contribuera à ouvrir un espace de réflexion sur la problématique suicidaire en milieu carcéral.

Il s'agit donc d'accompagner, de qualifier les démarches positives, de favoriser le partage et de mettre en évidence des pistes de travail qui contribueront à l'amélioration du repérage, de la prévention ou de la gestion de la crise suicidaire

LES AUTORITES

Les modalités, de la communication avec les autorités sont parfaitement décrites dans le fascicule « procédure d'information » élaboré par la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

L'utilisation de ce document est donc préconisée.

Néanmoins, lors du contact notamment avec des autorités judiciaires, il est nécessaire de ne pas perdre de vue la question du recueil des informations qui serviront par la suite à l'élaboration du document écrit à destination du personnel de l'établissement, du communiqué de presse et des renseignements diffusables à la famille.

Éléments d'informations à fournir

1. **le contexte**
 - date et heure
 - lieu exact
 - identité de la personne rendant compte
2. **personne détenue**
 - date de naissance et nationalité
 - date d'écrou
 - situation et catégorie pénales
 - date de fin de peine
 - information de la famille
 - mobilisation d'autres acteurs (SPIP, U.C.S.A., SMPR...)
3. **personnel**
 - nom, prénom, statut
 - positionnement au cours des faits
 - orientation éventuelle vers psychologue
 - prise en charge (reconduite au domicile...)
4. **moÿens mis en œuvre et autorités avisées**

ANNEXE n°4

Etablissement	<p style="text-align:center"><u>COMPTE RENDU</u> <u>INITIAL</u></p> <p style="text-align:center">PAGE 1</p> <input type="checkbox"/> D'un suicide <input type="checkbox"/> D'une tentative de suicide <input type="checkbox"/> D'une auto-mutilation	Exemplaire destiné à : Direction interrégionale ; Mme ou M. le Procureur de la République près le Mme ou M. : Juge d'instruction Mme ou M. le Juge de l'application des peines au TGI Dossier du détenu Archives de l'établissement
1. - ETAT CIVIL DU DETENU		2. - SITUATION PENALE
Nom et Prénom : N° d'écrou : Né(e) le : Sexe : Profession : Situation de Famille : Domicile : Nationalité :	Date d'écrou initial : Date d'écrou à l'établissement : Date de libération : Nature de l'infraction : Prévenu <input type="checkbox"/> Condamné <input type="checkbox"/> Titres de détention : Autres titres : Antécédents :	
3. - PREMIERES CONSTATATIONS		
Par qui ont-elles été faites (nom, qualité et grade de l'agent) : Où ? A quelle heure ? Dans quelles circonstances : Exposé précis des faits constatés : Premiers secours apportés :		
4. - DILIGENCES ACCOMPLIES		
Auprès du personnel judiciaire, pénitentiaire et de police (mentionner la qualité des magistrats et fonctionnaires immédiatement informés, de ceux qui sont transportés sur les lieux ; préciser les décisions prises) :		

5. - RESULTAT DES INVESTIGATIONS ENTREPRISES PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT

Préciser les indices et témoignages recueillis permettant de reconstituer l'incident dans tous ses détails et de connaître la raison certaine ou supposée de l'attitude désespérée de la personne détenue :

Y a-t-il lieu d'envisager des récompenses ou des sanctions :

a) à l'égard du personnel :

b) à l'égard des personnes détenues :

Mesures prises ou proposées, le cas échéant, pour éviter un incident de même nature (ex : DPU, surveillance spécifique, doublage en cellule, signalement à un médecin...):

6. - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNALITE ET SON REGIME PENITENTIAIRE

Des informations ont-elles été relevées à l'issue des visites prévues à l'arrivée, à l'article D 285 du CPP relatives à la fragilité ou au risque suicidaire de la personne détenue ? Lesquelles ?

Mesures prises ou proposées à l'issue (ex : audience, signalement à l'UCSA, inscription d'un CCR...)

La situation de la personne détenue a-t-elle été examinée par la CPU ? A quelle date ? Mesures prises ou proposées en CPU ?

La personne détenue avait-elle bénéficié d'autres visites ou examens médicaux (lesquels, à quelle date) ? Mesures prises ou proposées à l'issue ?

Indiquer les précédentes déclarations ou comportements auto-agressifs

Régime Pénitentiaire de l'intéressé (QA, QI, QD, SMPR...) :

Comportement de la personne détenue :

a) envers le personnel :

b) envers ses codétenus :

Relations avec l'extérieur (par visites, téléphone et par correspondances) :

7 - OBSERVATIONS PARTICULIERES

Date :
Nom et qualité:

2

FICHE SIGNALÉTIQUE SUICIDE

ANNEXE n°5

NOM : **PRENOM :** **ECROU :**

1. ELEMENTS DE CONTEXTE

Direction interrégionale :

Etablissement :

Type d'établissement : MA CD MC CSL CPA CP

Si CP : qMA qCD qMC qCPA

Nombre de détenus :

Nombre de places opérationnelles :

Nombre de suicides au cours de l'année dans cet établissement :

Nombre de suicides au cours de l'année n-1

Date du dernier suicide survenu dans cet établissement (avant le suicide considéré) : ---/ --- /----

Nombre de personnels de surveillance :

Nombre de personnels formés au repérage et à l'intervention de crise:

Nombre formés en formation initiale : ; continue

Date de la dernière réunion de la commission pluridisciplinaire unique versus prévention des suicides : --/--- /----

2. CARACTERISTIQUES DU SUICIDE :

Date de la tentative de suicide : --/--/ ---- (jj/mm/aaaa)

Date du décès : --/--/ ---- (jj/mm/aaaa)

Heure de la tentative de suicide (si connue) : -- : --- (hh : mm)

Heure de la découverte du corps : -- : --- (hh : mm)

Heure d'arrivée des premiers secours : -- : --- (hh : mm)

Heure de la dernière ronde : --:--- (hh : mm)

■ Lieu du suicide

En détention :

- cellule
- quartier d'isolement
- quartier disciplinaire
- quartier entrants
- salle de sport
- cours de promenade
- SMPR, UCSA
- autres.....

Hors détention :

- permission de sortir
- placement extérieur
- semi-liberté
- placé sous surveillance électronique
- hôpital
- UHSI/UHSA
- autres.....

Si le suicide s'est déroulé **en cellule**, préciser si :

- cellule seul
- cellule doublée : co-détenu(s) absent(s)
- cellule doublée : co-détenu(s) présent(s)

FICHE SIGNALÉTIQUE SUICIDE

Si le suicide s'est déroulé en quartier disciplinaire, préciser :

Faute commise	Date de début de la sanction	Antécédents de passage au QD	Visite du médecin Date et heure	Visites Parloir Appel téléphonique
<input type="checkbox"/> agression, insulte, menace envers un personnel <input type="checkbox"/> agression, insulte, menace envers un co-détenu <input type="checkbox"/> incitation à la révolte <input type="checkbox"/> non réintégration de cellule <input type="checkbox"/> lié à une substance illicite <input type="checkbox"/> dégradation de locaux <input type="checkbox"/> non respect des règlements <input type="checkbox"/> non retour PS, SL, PE <input type="checkbox"/> autre.....	- / - / ---	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date : - / - / - Heure : ---	<input type="checkbox"/> visite, Préciser (ex : aumônier) : <input type="checkbox"/> parloir préciser la date..... <input type="checkbox"/> appel téléphonique préciser la date.....
	Durée*	Dernier passage : Du - / - / - Au - / - / -	<input type="checkbox"/> compatible avec une mise en QD <input type="checkbox"/> non compatible avec une mise en QD <input type="checkbox"/> pas de visite	
	<input type="checkbox"/> préventive		Qualité du médecin qui a rempli l'avis :	
	Date et heure de l'audience d'accueil	Date : - / - / - Heure : ---		

* en jours (hors sursis)

☒ Mode opératoire :

- pendaison, strangulation
- feu
- mutilation
- précipitation dans le vide
- médicaments
- étouffement
- autres.....

☒ Motif invoqué (par écrit ou oral) :

Écrit retrouvé OUI NON

- lié à l'infraction
- problèmes psychologiques
- problèmes familiaux
- problèmes socio-économiques
- problèmes liés à la détention, judiciaires
- problèmes de santé
- indéterminé
- autres, préciser :

Contexte et circonstances particulières du passage à l'acte :

.....

Suites judiciaires : autopsie et/ou ouverture d'information pour la recherche des causes de la mort :

FICHE SIGNALÉTIQUE SUICIDE

3. LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE :

a. ÉLÉMENTS DE REPERAGE DE LA PERSONNE SUICIDÉE :

Existence d'un élément repéré comme « déclenchant » ou « précipitant » le passage à l'acte :

non

oui Préciser lequel (ex : réception d'une mauvaise nouvelle) :

■ Éléments permettant le repérage :

Changement de comportement observé les jours ou heures précédents le passage à l'acte	Comportement de la personne les jours ou heures précédents le passage à l'acte :	Antécédents d'incidents :
<input type="checkbox"/> Oui Préciser : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> isolé <input type="checkbox"/> déprimé, dépressif <input type="checkbox"/> agité, anxieux <input type="checkbox"/> agressif, violent <input type="checkbox"/> indéterminé <input type="checkbox"/> suicide clairement évoqué <input type="checkbox"/> suicide indirectement évoqué (actes, paroles)	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> agression de personnel <input type="checkbox"/> agression de détenus <input type="checkbox"/> évasion et tentative d'évasion <input type="checkbox"/> tentative de suicide <input type="checkbox"/> automutilation <input type="checkbox"/> grève de la faim <input type="checkbox"/> détention d'objet illégal <input type="checkbox"/> destruction <input type="checkbox"/> autres.....

■ Le repérage :

Repérage de la personne	Initiative du repérage	Mesures adoptées
<input type="checkbox"/> sulcidaire Préciser : <input type="checkbox"/> idées <input type="checkbox"/> intentions <input type="checkbox"/> programmation connue <input type="checkbox"/> fragile psychologiquement, violent <input type="checkbox"/> sans antécédent de tentative de suicide ou automutilation <input type="checkbox"/> non repéré, sans antécédents <input type="checkbox"/> non repéré, avec antécédents de tentative de suicide ou automutilation <input type="checkbox"/> non repéré avec antécédents autres <input type="checkbox"/> non repéré, arrivant n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation	<input type="checkbox"/> juge d'instruction/JLD <input type="checkbox"/> personnel de surveillance <input type="checkbox"/> conseiller d'insertion et de probation <input type="checkbox"/> UCSA <input type="checkbox"/> SMPR <input type="checkbox"/> CPU <input type="checkbox"/> autre à préciser.....	<input type="checkbox"/> surveillance spécifique (adaptée ou renforcée) <input type="checkbox"/> cellule double <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> signalement UCSA <input type="checkbox"/> signalement SMPR <input type="checkbox"/> suivi SPIP ou détention <input type="checkbox"/> DPU <input type="checkbox"/> CproU <input type="checkbox"/> codétenu de soutien (CDS) <input type="checkbox"/> autres (expliciter : contact famille, avocat...) <input type="checkbox"/> aucune

FICHE SIGNALÉTIQUE SUICIDE

b. LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SUICIDÉE :

■ Éléments de contexte

Entretien avec le Chef d'établissement (CE) ou son représentant	Entretien avec le personnel de surveillance (formé ou non formé)	Entretien avec un membre du SPIP	Visite d'un membre du personnel médical ou psychiatrique	Notification de nouvel événement judiciaire	Rencontre avec un codétenu de soutien
<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours (F/NF)	<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, - de 3 jours
<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours (F/NF)	<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours	<input type="checkbox"/> oui, + de 3 jours
<input type="checkbox"/> non, prévu	<input type="checkbox"/> non, prévu	<input type="checkbox"/> non, prévu	<input type="checkbox"/> non, prévue	<input type="checkbox"/> non, prévue	<input type="checkbox"/> non, prévue
<input type="checkbox"/> non, rien de prévu	<input type="checkbox"/> non, rien de prévu	<input type="checkbox"/> non, rien de prévu	<input type="checkbox"/> non, rien de prévu	<input type="checkbox"/> non, rien de prévu	<input type="checkbox"/> non, rien de prévu
<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé

■ Éléments de suivi

Repérage dépendance	Antécédents psychiatriques	Suivi médical	Suivi psychiatrique actuel
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> régulier	<input type="checkbox"/> régulier
<input type="checkbox"/> cannabis	<input type="checkbox"/> UMD	<input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> occasionnel
<input type="checkbox"/> autres drogues	<input type="checkbox"/> HO/ UHSA	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> aucun
<input type="checkbox"/> médicaments	<input type="checkbox"/> SMPR-UPH	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé
<input type="checkbox"/> alcool	<input type="checkbox"/> indéterminé		
<input type="checkbox"/> tabac	<input type="checkbox"/> suivi ambulatoire connu avant la détention		
<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> suivi ambulatoire connu pendant la détention		

4. ÉLÉMENTS DE PERSONNALITÉ

La personne était-elle :

- classée au travail ? oui non, elle ne l'était plus depuis le --/ --/ ----- non, jamais
- en formation ? oui non, elle ne l'était plus depuis le --/ --/ -----
- participait-elle à des activités ? oui non, elle ne l'était plus depuis le --/ --/-----
- parlait-elle français ? oui non

Comportement avec le personnel	Comportement avec les détenus	Courrier ou communications téléphoniques	Visite
<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> oui, occasionnel	<input type="checkbox"/> oui, occasionnel
<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> oui, régulier	<input type="checkbox"/> oui, régulière
<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> aucun	Date de la dernière visite : -- / --/ ---
<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> indéterminé	<input type="checkbox"/> aucune

5. LA POSTVENTION :

Famille	Co-détenus	Personnels	Autres détenus
<input type="checkbox"/> information	<input type="checkbox"/> rencontre avec un personnel	<input type="checkbox"/> rencontre avec le CE ou son représentant	<input type="checkbox"/> information
<input type="checkbox"/> rencontre	<input type="checkbox"/> soutien psychologique et/ou psychiatrique	<input type="checkbox"/> soutien psychologique et/ou psychiatrique	<input type="checkbox"/> rencontre avec un personnel
<input type="checkbox"/> visite de la cellule	<input type="checkbox"/> doublement cellulaire		<input type="checkbox"/> soutien psychologique et/ou psychiatrique
<input type="checkbox"/> autres.....	<input type="checkbox"/> surveillance spécifique		<input type="checkbox"/> autres

FICHE SIGNALETIQUE SUICIDE

Nom- Prénom et qualité de la personne qui a rempli ce questionnaire :

.....

Indiquer la qualité des autres intervenants sollicités pour répondre aux questions :

.....



ANNEXE n°6

**DIRECTION DE
L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

DIRECTION INTERRÉGIONALE
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE PARIS

MAISON D'ARRÊT

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ ET DES DÉTENTIONS

Affaire suivie par

2010 - / DSD / FV

Le Directeur

A

Monsieur le Directeur Interrégional
des Services pénitentiaires de Paris

3 Avenue de la Division Leclerc
BP 103
94267 FRESNES Cédex

DSD

Objet : Suicide d _____ de la Maison d'arrêt _____.

P.J. : Fiche pénale de la détenue concernée.
Courriers rédigés par la détenue.

J'ai l'honneur de vous informer du suicide de la personne détenue _____ survenu le
lundi _____ à 05h30, écroquée à la _____ depuis le 21/05/2010.

Les faits et les mesures prises :

Lors de la dernière ronde du service de nuit de 05h00 à 07h00 les surveillantes
et _____ distinguaient par l'œilleton de la cellule 3R18 la personne détenue
_____ allongée sur son lit avec un sac plastique sur la tête et recouverte à hauteur d'épaule
d'une couverture. Les surveillantes alertaient immédiatement la gradée de service
_____. Celle-ci se rendait rapidement sur les lieux avec les surveillantes
_____. A l'ouverture de la cellule elle constatait la présence effective du sac
plastique sur la tête de _____, celui était retenu par un collant au niveau du cou que
la gradée parvenait à entailler après plusieurs tentatives afin d'enlever le sac. _____
avait enfilé également un gant plastique à sa main gauche. Après avoir cherché le pouls sans
succès et constater l'absence de ventilation, _____ décidait de commencer un
massage cardiaque ; en lui enlevant la couverture le personnel constatait que _____
avait les membres supérieurs et inférieurs attachés à l'aide de lacets à la structure du lit.

Les surveillantes se chargeaient de couper les lacets à l'aide d'un couteau de cantine récupérer
en cellule. Tout en continuant le massage cardiaque la gradée demandait à _____ de
prévenir les secours. Voyant que les gestes de premiers secours étaient sans effet
_____ demandait au personnel de sortir et refermait la cellule en attendant les secours.

Les pompiers arrivaient sur place à 05h55 et reprenaient de nouveau des gestes premiers
secours et de réanimation en mettant la personne détenue sur la coursive. Le médecin de

MAISON D'ARRÊT DE FLEURY-MÉROGIS
7, avenue des Peupliers
91705 SAINTE-GENEVIEVE-DES-BOIS Cedex
Téléphone 01 69 72 30 00
Télécopie 01 69 46 03 36

garde avisé arrivait sur les lieux à 06h01 avec le dossier médical de l'intéressée. Madame [redacted] chef de détention d'astreinte avisée arrivait sur place à 06h05 ainsi que la Directrice de permanence [redacted] qui arrivait vers 06h19. Le service du SAMU se présentait à la MAF à 06h20.

Après environ 32 minutes de gestes de premiers secours et tentatives de réanimation le personnel médical déclarait le décès de Mme [redacted] vers 06h30.

Afin de poursuivre la dernière ronde de nuit [redacted] demandait à deux surveillantes de piquet de poursuivre l'observation de la population pénale.

Un contrôle systématique de la population pénale à l'œilleton est réalisé lors de la première et la dernière ronde. L'analyse de la première ronde de 19h00 à 21h00 montre que la [redacted] a été observée dès 19h24 à l'occasion d'un premier pointage dans son aile d'affectation. Les différents pointages à 19h47 ; 20h19 et 21h33 montrent un passage régulier dans l'aile concernée. L'analyse de la dernière ronde de 05h00 à 07h00 montre que [redacted] a été observée dès 05h35 à l'occasion d'un pointage dans son aile d'affectation.

Le personnel d'astreinte communiquait à la direction interrégionale et au parquet les premiers éléments de cet événement dès 06h45. La brigade territoriale de gendarmerie et les services de police étaient sur place dès 07h35.

Une prise en charge psychologique de l'équipe de nuit très affectée par cet événement a été possible très rapidement par la présence sur place dès 09h30 de Mr [redacted] et Mme [redacted] respectivement psychologue du personnel et docteur de la médecine du travail. L'équipe de surveillantes et la gradée de nuit ont reçu également le soutien de la direction d'astreinte, du Directeur Adjoint [redacted] et de l'encadrement de la [redacted] lors d'un temps de parole.

Un débriefing sous forme de temps de parole est proposé le vendredi 25 février aux agents volontaires par les psychologues du personnel à la salle de conférence de la [redacted].

Tous les agents du service de nuit étant maintenus à l'établissement pour audition avec la gendarmerie une collation leur a été distribuée en salle d'appel.

Cet événement a bien évidemment eu aussi des répercussions sur la détention :

Le reste de la population pénale s'est rapidement rendu compte de la gravité de la situation en observant la présence de pompiers, de personnel médical. Les détenues occupants les cellules voisines de celle de [redacted] ont pu entendre distinctement les gestes de premiers secours et de réanimation des pompiers sur la coursive. (Les appareils pour l'électrocardiogramme, l'assistance respiratoire, le défibrillateur occasionnant une sonorité très spécifique que les détenues ont bien perçue).

Les différents mouvements étant bloqués ou pris du retard (cuisine, ateliers, promenade) l'encadrement de la MAF décidait de communiquer sur le suicide de [redacted] auprès des autres détenues en faisant des audiences avec les détenues les plus inquiètes et fragilisées. Il s'agissait ici de porter des réponses aux détenues inquiètes sans communiquer sur les moyens utilisés par [redacted].

Les services de soins de l'UCSA et du SMPR ont également reçus les détenues les plus fragilisées notamment celles qui étaient les plus proches de l'intéressée et qui font l'objet d'un suivi psychiatrique régulier.

Vers 11h00 Le médecin légiste arrivait à l'établissement, constatait le décès à 05h30 et délivrait le certificat de décès. Afin de permettre l'enlèvement du corps par les pompes funèbres, les détenues sur cour de promenade étaient réintégrées et les mouvements bloqués. L'enlèvement du corps se faisait à 11h30.

A son arrivée [redacted] n'avait indiqué aucun numéro de téléphone en cas de nécessité, elle avait un seul permis de visite au nom de sa sœur Madame [redacted]. Cette dernière

a été reçue le lundi vers 14h00 par la direction de l'établissement, le chef de détention de la [redacted] et le chef du service d'insertion pénitentiaire.

Analyse des faits :

Née le 29/11/1964 à Argenteuil en France, [redacted] était écrouée à la [redacted] depuis le 21/05/2010, elle a fait l'objet d'une condamnation de réclusion criminelle de 12 ans pour meurtre. Elle avait effectué une détention provisoire de 1 an et 5 mois 14 jours sur cette affaire du 29/04/2003 au 12/10/2004 et était appelante sur cette condamnation depuis le 26/05/2010.

Lors de son incarcération [redacted] s'est présentée comme une personne calme et réfléchie, elle indiquait être en greve de la faim pour protester contre son incarcération et clamer son innocence. Elle demandait a pouvoir bénéficier d'un régime alimentaire sans gluten, d'une inscription au travail et à la bibliothèque. Elle a immédiatement bénéficié d'un examen médical somatique et psychiatrique comme le demandait le magistrat dans la notice individuelle. Durant cette greve de la faim du 22 /05/ au 26/05/2010 elle était encore affectée au quartier arrivant. Lors de sa phase d'accueil elle s'est montrée plutôt discrète et réservée, très intéressée par les livres, sortant régulièrement en promenade, correcte envers le personnel et les autres détenues.

Affectée en détention classique le 01/06/2010 [redacted] a bénéficié d'un encellulement individuel à sa demande et en raison du motif de son incarcération. Au vu de ces premiers éléments lors de son incarcération elle était placée en surveillance spéciale par l'officier de l'accueil le 22/05/2010. Lors de la commission de surveillance spéciale du mois d'août 2010 sa situation était réévaluée et permettait la levée de la surveillance. Elle était suivie régulièrement par le personnel de l'UCSA et du SMPR.

En détention elle ne rencontrait aucune difficulté avec le personnel et ses codétenues, le 19/06/2010 elle bénéficiait de son premier parloir famille avec sa sœur suite à la délivrance de son seul permis de visite obtenu le 15/06/2010 après accord du procureur général de la cour d'appel de paris. Bien intégrée au sein de la détention elle était classée aux ateliers dès le 29 07/2010 où elle donnait entière satisfaction. En raison de problème de santé elle faisait l'objet d'un arrêt de travail à compter du 17/12/2010. A l'occasion de la période des fêtes de Noël [redacted] a fait l'objet d'une surveillance spéciale du 24/12/2010 au 01/02/2011 suite à une déclaration d'une autre détenue. Elle était décrite comme impatiente quant à l'obtention d'une date de comparution pour son jugement en appel. Suite à la commission de surveillance spéciale du mois de février 2011 la surveillance spéciale était levée ; en effet la commission a pris en compte la reprise de travail de la personne détenue (un poste de travail lui a été aménagé avec une position assise), de son inscription à plusieurs activités, de sa fréquentation régulière de la bibliothèque, de l'absence de remontée négative du personnel de surveillance et des services de soins.

La lecture de la vie en détention de [redacted] ne permet pas de mettre en lumière des signaux annonciateurs d'une crise suicidaire, en effet ses actes étaient tournés vers l'avenir : Elle avait repris son travail aux ateliers depuis le 01 février ; elle était en attente d'une date pour son jugement en appel, les différents courriers (datés du 18/02/2011) adressés au chef de détention pour l'obtention de parloirs prolongés pour ses prochains parloirs, sa demande pour faire rentrer du linge au vestiaire, elle avait un parloir le lundi 22/02/2011 avec sa sœur qui venait des Etats-Unis ; aucun changement n'a été signalé quant à sa prise de repas la veille ou encore ses sorties en promenade. Elle avait une lessive en cour dans sa bassine qu'elle a sans doute commencée durant la journée.

Tous ces éléments sont en opposition avec la détermination et la volonté de à mettre fin à ses jours à travers les moyens utilisés et le scénario mis en œuvre pour y parvenir.

L'utilisation d'un sac plastique (probablement récupéré aux ateliers) placée sur sa tête et retenu par un bas au niveau du cou pour provoquer son étouffement traduit toute la détermination et l'intention de parvenir à un résultat. Le sac plastique emmené en cellule démontre également un acte prémédité et préparé.

Elle s'est donnée plus de chance de réussir son acte en s'attachant les membres inférieurs et supérieurs à la structure du lit probablement pour neutraliser ses mouvements et s'empêcher de retirer le sac sur sa tête. Elle s'est recouvert jusqu'à l'épaule afin de dissimuler son geste et échapper à l'observation du personnel.

Gestion de l'incident par le personnel :

Le dernier suicide sur la : date de 2004, les personnels pénitentiaires de service le jour de l'incident du 21/02/2011 ont fait preuve de beaucoup de professionnalisme et de sang froid devant la violence de cet acte.

Madame **1ere surveillante** à su parfaitement encadrer son équipe dans la gestion de cet événement sans précédent à la . Elle a su garder son sang froid pour dégager le sac plastique de la tête de la personne détenue et commencer les gestes de premiers secours. Son professionnalisme lui a permis d'avoir les réflexes justes, en mettant en place une procédure pour la continuité de la ronde de 05h00 à 07h00 et alerter les premiers secours et le personnel d'astreinte. Elle est restée disponible sur la structure durant la matinée notamment pour l'audition de la gendarmerie.

Les surveillantes **et I** qui ont découvert lors de la ronde la personne détenue ont été très réactives en alertant rapidement la gradée de service. Leur sens de l'observation et leur professionnalisme sont à souligner. Madame a par ailleurs continué la dernière ronde avec une de ses collègues.

Les surveillantes ; ; .N ; se sont montrées solidaires de leur collègues et disponibles lors de la gestion de cet incident. Mesdames ont notamment été très utiles lors de l'ouverture de la cellule en coupant les lacets qui retenaient les membres de et assistant la gradée lors de des gestes de premiers secours.

Pour le Directeur

Annexe n°7

**COMPTE RENDU DE LA COMMISSION INTERREGIONALE DE PREVENTION
DU SUICIDE ET DE SUIVI DES ACTES SUICIDAIRES**

**DISP DE BORDEAUX
6 septembre 2012**

Etaient présents:

- ❖ M. XXX directeur adjoint à la directrice interrégionale;
- ❖ MME. XXX adjointe au chef du département des politiques d'insertion, de probation et de prévention de la récidive;
- ❖ MME. XXX référente interrégionale chargée de la prévention du suicide;
- ❖ M. XXX officier au CP de Bordeaux;
- ❖ M. XXX médecin psychiatre au CP de Mont de Marsan;
- ❖ M. XXX coordinateur territorial chargé de la Promotion de la santé mentale et de la Prévention du suicide Sud 17;
- ❖ M. XXX représentant local de la Croix Rouge Gradignan;
- ❖ MME. XXX chef d'établissement au CD d'Uzerche;
- ❖ MME. XXX chef d'établissement à la MA de Pau;
- ❖ M. XXX directeur fonctionnel pénitentiaire d'insertion et de probation de la Dordogne;
- ❖ Mme. XXX psychologue interrégionale;

Absents excusés:

- MME. XXX directrice interrégionale;
- MME. XXX adjointe au chef de département de la sécurité et de la détention;
- M. XXX chef du département des politiques d'insertion, de probation et de prévention de la récidive;
- MME. XXX présidente de l'association FRAMAFAD Grand Sud Ouest;
- M. XXX chef de service d'insertion et de probation au SPIP 17;
- MME. XXX psychologue PEP à la MC de Saint Martin de Ré;
- M. XXX chef d'établissement du CP de Bordeaux, remplacé par monsieur
- M. XXX chef du département des ressources humaines;
- M. XXX chef d'établissement du CP de Mont De Marsan;
- M. XXX directeur fonctionnel pénitentiaire du SPIP 24.

Compte-rendu établi par.

Objet: quatorzième réunion de la commission interrégionale de prévention suicide et de suivi des actes suicidaires:

La commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires (CIPSSAS) s'est réunie le 6 septembre 2012; elle a été présidée par monsieur XXX en raison de l'absence de madame XXX, directrice interrégionale, prise par d'autres engagements.

Les comptes-rendus de la CIPSSAS en date du 15 mars et du 21 juin 2012 sont soumis à l'approbation des membres de la commission, aucune observation n'étant formulée, ils sont approuvés à l'unanimité.

Avant d'examiner le premier point de l'ordre du jour, monsieur XXX informe les membres de la commission de son souhait, à l'issue de cette réunion, d'engager une réflexion sur les prescriptions à donner aux chefs d'établissement et aux directeurs de SPIP, à la suite des analyses individuelles des suicides et des préconisations formulées par la CIPSSAS. En effet, il ressort des dernières réunions des éléments d'analyse à approfondir concernant les points suivants:

- mieux travailler les profils des personnes détenues,
- améliorer le circuit d'information greffe/détention,
- travailler en fonction des derniers textes parus concernant la surveillance spéciale,
- partager les informations avec les partenaires pour individualiser et adapter la prise en charge de la personne détenue.

Le premier point de l'ordre du jour est examiné:

●Analyse des suicides survenus au sein des établissements de la DISP de Bordeaux depuis le 14 avril 2012.

L'examen individuel des 4 cas de suicide est présenté par la référente interrégionale. Est remis à chaque participant le tableau joint en annexe, afin d'y apporter des observations et commentaires si nécessaire.

Éléments d'analyse interrégionale de la CIPSSAS recueillis suite aux échanges des membres de la commission:

1er cas de suicide (pendaison en cellule au centre pénitentiaire

- *détenu âgé de 30 ans;
- *ce détenu s'est suicidé par pendaison aux barreaux de la fenêtre avec des lacets;
- *condamné pour quatre affaires notamment pour conduite en état alcoolique en récidive et agression sexuelle sur mineur;
- *écroué depuis le 5 décembre 2011 et au CP XXX depuis le 28 mars 2012;
- *libérable le 11 juin 2013;
- *ce détenu n'était pas repéré suicidaire au moment du passage à l'acte, mais il avait fait l'objet d'un placement sous surveillance spéciale le 8/04 à la demande du personnel de surveillance;
- *il avait un comportement difficile envers le personnel et avait des antécédents disciplinaires;
- *ce détenu a eu un comportement normal le jour de son suicide, il a été vu par 2 agents vers 14h15 pour un sondage de barreaux, après remise de son traitement par l'UCSA;
- *il a demandé à poster deux courriers adressés aux autorités judiciaires;
- *il a également sollicité des informations sur son compte nominatif;
- *sur le plan familial: ce détenu avait des visites régulières et le soutien de sa famille; la dernière visite a eu lieu le 11 avril 2012;
- *les observations sur le cahier électronique de liaison évoquent la demande expresse et continue de ce condamné d'être placé seul en cellule (il a fait l'objet d'une procédure disciplinaire pour refus de se soumettre à une mesure de sécurité en l'occurrence le refus d'être doublé en cellule);
- *il a demandé à être placé seul en cellule, marqué par le fait que son codétenu s'était suicidé lors de son incarcération au CP de XXX (élément non connu par le CP de XXX);

*sur le plan médical: il n'avait pas de suivi psychologique et psychiatrique, mais un suivi en addictologie lui avait été proposé lors de la consultation arrivant;

*sur le plan socio-éducatif: il a été reçu par le SPIP lors de l'entretien arrivant, il était en colère contre la Justice du fait de sa dernière condamnation et niait les faits d'agression sexuelle; puis il a adressé des courriers au SPIP pour évoquer son permis de conduire et des sujets familiaux; il a eu un entretien le 12 avril avec le CPIP pour connaître les démarches pour repasser le permis de conduire et afin de demander à sa famille une copie de sa carte nationale d'identité; lors de cet entretien, il est apparu concerné par ses démarches, mais désorienté car il semblait avoir des difficultés de compréhension des démarches à suivre; il n'est pas apparu avoir des idées noires;

*sa sœur a fait valoir avoir laissé des messages au SPIP concernant l'état de son frère, messages restés sans réponse;

*tout le monde a été surpris par ce suicide.

observations:

Les membres de la commission s'interrogent sur ce cas et échangent longuement sur les points suivants:

-l'établissement ne disposait pas de l'information que son codétenu s'était suicidé au CP de XXX,

-le placement en surveillance spéciale et l'individualisation de cette mesure,

-la connaissance d'informations et le traitement de ces informations pour prendre la décision la mieux adaptée au détenu;

-la remontée des informations d'établissement à établissement en cas de transfert de détenu,

-l'organisation mise en place pour relayer les informations notamment les weekend et la nuit;

Les membres de la commission souhaitent avoir des précisions concernant les messages qui auraient été laissés au SPIP par la sœur du détenu.

Lors de la mission d'analyse de ce suicide réalisée au centre pénitentiaire de XXX qui a eu lieu le 4 juillet 2012, après plusieurs changements de date, avec madame XXX directrice chargée des fonctions d'adjoint au chef de département de la sécurité et de la détention, des éléments complémentaires ont été apportés:

-dans les courriers adressés aux autorités judiciaires, ce détenu remettait en cause la qualification des faits,

-ce détenu n'était pas content d'être affecté au CP de XXX,

-ce détenu a manifesté son souhait d'être seul en cellule sans en indiquer les raisons,

-il niait les faits d'agression sexuelle et avait honte de ces faits par rapport à sa famille,

-ce détenu n'a pas dit au SPIP ou à un personnel de surveillance que lors de son incarcération au CP de son codétenu s'était suicidé et qu'il était marqué par cet évènement,

-des éléments recueillis auprès du SPIP, il n'a pas été trouvé trace de messages de la sœur du détenu concernant l'état de son frère.

2ième cas de suicide (pendaison au quartier disciplinaire au centre de détention de):

*détenu âgé de 29 ans;

*ce détenu s'est suicidé par pendaison au loquet de la fenêtre avec un drap;

*condamné pour 8 affaires notamment pour vol aggravé, recel, violences et agression sexuelle en réunion sur codétenu, et pour évasion (non retour de permission de sortie au centre de détention de XXX);

*écroué depuis le 8 janvier 2005 et affecté au centre de détention de XXX depuis le 11 février 2009;

*détenu libérable le 2 juin 2015;

*détenu placé au quartier disciplinaire vers 11h le jour de son suicide, suite à une altercation avec un codétenu qu'il avait menacé avec une barre de fer;

*l'UCSA a été informé de son placement au QD, mais ne s'est pas déplacée pour le voir;

*ce détenu travaillait à la lingerie, mais il avait été retiré de son poste par le surveillant linger le matin même du jour de son suicide compte tenu de son énervement;

*ce détenu avait fait l'objet d'une sanction disciplinaire en janvier 2012, suite à des insultes envers le personnel;

c'est à cette période que le SPIP relève le changement de comportement de ce détenu (agressif);

*ce détenu réservé ne cherchait pas le dialogue; il ne participait pas aux activités socio - culturelles et sportives, et fréquentait seulement la bibliothèque; il n'était pas un moteur dans la vie de son pavillon;

*il avait un régime végétalien, et il avait stocké de la nourriture dans sa cellule;

*sur le plan familial: ce détenu était isolé et avait connu un parcours délinquencyiel depuis l'âge de 16 ans avec une trajectoire faite de violences, de carences affectives (placement à la DDASS) et d'indigence;

*sur le plan médical: ce détenu avait des problèmes pulmonaires (fumeur), il bénéficiait d'un suivi psychiatrique et avait un traitement mensuel retard;

le médecin a précisé que ce détenu était fragile mais pas suicidaire et qu'il ne s'investissait pas dans des suivis réguliers notamment psychiatriques et psychologiques (18 entretiens en 4 ans);

*sur le plan socio-éducatif: il était respectueux de son CPIP, des démarches étaient en cours auprès de la CAF et des instances départementales pour le versement de l'AAH et pour préparer une demande de permission de sortie; le JAP lui avait refusé récemment l'octroi de réduction de peines au motif qu'il ne fournissait pas de justificatif de suivi par l'UCSA et qu'il ne faisait pas assez de versement aux parties civiles;

*les intervenants et les personnels ont été surpris par ce suicide, ils s'accordent à dire qu'ils ne parviennent pas à expliquer ce geste, sauf à dire que la source est liée à l'altercation avec le codétenu.

observations:

Les membres de la commission soulignent, au vu des éléments de ce dossier, les points suivants:

- les éléments de fragilité de ce détenu (fragilité psychiatrique, isolement familial et social..);
- le comportement agressif envers un codétenu;
- le placement au QD le matin même de son suicide, suite à une altercation avec un codétenu;
- pas d'investissement de ce détenu dans un suivi psychiatrique et psychologique.

Lors de la mission d'analyse de ce suicide le 28 juin et de la réunion de débriefing professionnel réalisée au centre de détention XXX le 29 juin 2012, des points forts ont été relevés:

- une fiche est placée dans le classeur de permanence pour alerter le DSPIP ou le CPIP sur le téléphone portable en cas de suicide de personne détenue; un mail a été envoyé par la direction le jour du suicide;
- le codétenu a été reçu immédiatement en entretien par le gradé ainsi que les codétenus du pavillon;

-le débriefing immédiat a eu lieu avec les agents et le chef d'établissement a reçu les personnels en entretien dans la semaine;

des préconisations ont été faites, suite au déplacement sur site:

- mise aux normes de la cellule au QD (absence de SAS, grille à l'intérieur de la cellule);
- modification de la fenêtre en coulissant, car il existe des pattes de fixation qui constituent une potence pour s'accrocher;
- rappel concernant la communication du livret arrivant au QD et l'entretien avec un gradé le jour du placement au QD;

des constats ont été réalisés:

- il semble que le passage à l'acte trouve son origine dans le différend qui l'a opposé à son codétenu, des suspicions de trafic ou de pressions subsistent sans pour autant pouvoir être vérifiées;
- le service médical ne s'est pas déplacé le jour même du placement du détenu au QD.

3ième cas de suicide (pendaison en cellule au centre pénitentiaire de XXX):

- *détenu âgé de 43 ans;
- *ce détenu s'est suicidé par pendaison au barreaudage de la fenêtre avec un drap, la porte des toilettes était ouverte et empêchait la vision de l'intérieur de la cellule;
- *condamné pour conduite d'un véhicule en état alcoolique, en ayant fait usage de stupéfiants et pour outrage à magistrat;
- *écroué depuis le 15 juin 2012 et libérable le 3 décembre 2012;
- ce détenu n'a jamais tenu de propos suicidaires
- *détenu indigent, en situation précaire;
- *sur le plan familial: détenu isolé, placé en foyer et auprès de familles d'accueil depuis l'âge de 13 ans, suite à des problèmes intra-familiaux; ce détenu se considérait comme le mal aimé; il ne savait pas où se trouvait son père et n'avait plus de nouvelles de sa mère depuis deux ans;
- *après son séjour au quartier arrivant, il avait été placé en cellule avec un autre détenu, la veille de son suicide, il a eu une altercation avec son codétenu qui lui a donné des coups;
- *ce détenu a été changé de cellule dans la nuit du 30 juin au 1er juillet suite à la bagarre avec le codétenu;
- *il a indiqué à un agent qu'il avait peur et se sentait menacé le 30 juin; il a déclaré: «surveillante j'ai peur, il faut que je vous dise, mais il ne faut pas le répéter. Les arabes veulent que je garde leur shit, mais je ne veux pas et si je refuse, ils m'ont dit qu'ils me couperaient la gorge»;
- *sur le plan médical: il a été vu par le SMPR;
- *sur le plan socio-éducatif: il a été vu à deux reprises par le CPIP; il a été informé de la mesure de SEFIP et des modalités d'aménagement de peines; une orientation vers le pôle emploi était en cours pour voir si un projet de réinsertion professionnelle pouvait se mettre en place; une orientation vers un visiteur de prison avait été faite du fait de son isolement; lors des deux entretiens, le CPIP a noté une certaine confusion dans les propos de la part de ce détenu;
- *les intervenants et les personnels ont été surpris par ce suicide, ils s'accordent à dire qu'ils ne parviennent pas à expliquer ce geste, sauf à dire que la source est liée à l'altercation et aux menaces proférées par le codétenu;
- *professionnalisme des agents en service qui ont pratiqué un massage cardiaque;

observations:

Les membres de la commission dégagent les points suivants , après l'examen et l'analyse de ce dossier:

- éléments de fragilité pour ce détenu (isolement, indigence..);
- ce détenu n'a jamais tenu de propos suicidaires et n'a jamais été signalé comme présentant un risque suicidaire;
- menaces et coups dont a fait l'objet ce détenu de la part de son codétenu la veille de son suicide;
- l'élément déclencheur de son geste semble lié aux menaces et aux violences de son codétenu.

4ième cas de suicide (pendaison en cellule au centre de détention de XXX):

- *détenu âgé de 52 ans;
- *ce détenu s'est suicidé par pendaison avec un drap à la porte des toilettes, ce détenu s'était enfermé dans sa cellule;
- *ce détenu est décédé au centre hospitalier universitaire de XXX;
- *condamné pour viol sur mineur de 15 ans par ascendant (faits commis sur l'une de ses filles);
- *écroué depuis le 7 mai 2009 et affecté au centre de détention de depuis le 27 octobre 2011;
- *détenu libérable le 23 mai 2020;
- *ce détenu fragile avait des antécédents de tentatives de suicide lors du choc de l'incarcération à la maison d'arrêt de XXX en 2009;
- *ce détenu était soulagé d'être à, il n'avait plus d'idées suicidaires et semblait se projeter à court et moyen termes, le temps d'accéder à la formation professionnelle;
- *il s'était bien intégré à l'établissement et fréquentait de manière assidue la bibliothèque, il se rendait aux cours informatiques et participait à la rédaction du journal de et au cercle de poésie;
- *ce détenu n'a pas changé de comportement le jour de son suicide, il a pris son repas dans sa cellule et il a déclaré à l'aumônier:« à mercredi prochain»;
- *sur le plan familial: ce détenu marié, père de trois enfants était en instance de divorce, et vivait mal cette situation et son isolement social. En effet ,il n'avait plus de lien avec son fils aîné , les liens familiaux étaient maintenus uniquement avec ses parents et l'une de ses sœurs; la dernière visite a eu lieu le 9 avril 2012;
- *sur le plan médical: il bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier;
- *sur le plan socio-éducatif: ce détenu était suivi par le SPIP, lors de l'entretien arrivant il est apparu fragile et marqué par sa détention à déclarant y avoir subi des brimades sexuelles de la part des codétenus (sans procédures pénitentiaire et judiciaire); par la suite, il semblait bien intégré en détention et ne s'est pas confié sur l'appel de la décision d'octroi partiel de RPS;
- *ce détenu a laissé en évidence sur la table de la cellule l'arrêt de la chambre d'application des peines qui rejette son appel contre la décision du JAP de lui octroyer 45 jours de RPS sur les 90 jours auxquels il pouvait prétendre; il a posé une mention dans la marge:«appel RPS refusé»;
- *professionnalisme des agents en service qui ont pratiqué un massage cardiaque;

observations:

Les membres de la commission soulignent, au vu des éléments de ce dossier, les points suivants:

- lés éléments de fragilité de ce détenu: AICS, procédure de divorce, isolement familial, octroi partiel de RPS avec le rejet de son appel formulé contre cette décision;
- l'élément déclencheur de son suicide semble lié au rejet de son appel contre la décision du JAP d'octroi de 45 jours de RPS au lieu de 90 jours auxquels il pouvait prétendre.

Ils souhaitent avoir des éléments complémentaires sur les modalités de la notification de ce rejet au détenu et avoir connaissance de l'ordonnance statuant sur des réductions de peines du JAP concernant ce détenu.

Une mission d'analyse de ce suicide a eu lieu le 12 juillet au centre de détention de XXX, avec pour objectif de décliner au niveau local le plan d'actions relatif à la prévention du suicide dans le contexte de cet établissement qui a connu 3 suicides en l'espace de quelques mois.

Il a été décidé de mettre en place des mesures pour enrayer cette vague de suicides dans cette structure:

-organiser une réunion pluri disciplinaire afin de mettre en place des audiences sur un public ciblé de détenus fragiles. Cette réunion a eu lieu le 18 juillet avec un ordre du jour visant à déterminer une liste de personnes détenues fragiles et le fonctionnement du dispositif d'audiences mis en place pour le suivi de ces personnes (UCSA, SPIP, psychologue PEP, 1ers surveillants).

Constats de la CIPSSAS:

-suicides en détention:

- 3/4 suicides en cellule et 1/4 au QD;
- 4/4 par pendaison;
- 4/4 personnes condamnées;
- la nature des faits commis: 2/3 pour atteintes aux personnes (viol et agressions sexuelles);
- 4/4 personnes non repérées suicidaires;
- 4/4 éléments de fragilité relevés;
- 3/4 existence d'un élément déclencheur: altercation avec un codétenu le matin du suicide, menaces et violences du codétenu la veille du suicide, rejet de l'appel contre la décision du JAP de lui octroyer 45 jours de RPS;
- 3/4 la situation familiale en toile de fond: -1/4 en rupture familiale, -2/4 isolement familial et situation de précarité;

Préconisations par la CIPSSAS:

- améliorer la remontée des informations d'établissement à établissement en cas de transfert de détenu
- améliorer la connaissance et le traitement des informations sur la situation de la personne détenue pour prendre la décision la mieux adaptée à son état
- le placement en surveillance spéciale et l'individualisation de cette mesure
- organisation mise en place pour relayer les informations notamment le weekend et la nuit;
- mise aux normes de la cellule au QD (absence de SAS, grille à l'intérieur de la cellule);
- modification de la fenêtre en coulissant, car il existe des pattes de fixation qui constituent une potence pour s'accrocher;
- rappel concernant la communication du livret arrivant au QD et l'entretien avec un gradé le jour du placement au QD;
- fiche placée dans le classeur de permanence pour alerter le DSPIP ou le CPIP sur le téléphone portable en cas de suicide de personne détenue;

- procédure de notification d'élément négatif qui a un impact sur la situation de la personne détenue;
- améliorer le circuit d'informations greffe/détention;
- mise en place d'une liste de personnes détenues fragiles et mise en place d'un dispositif d'audiences pluridisciplinaires pour le suivi de ces personnes ciblées;
- partager les informations avec les partenaires pour individualiser et adapter la prise en charge des personnes détenues;

Le deuxième point de l'ordre du jour est examiné:

-bilan du dispositif du codétenu de soutien (CDS) au centre pénitentiaire de effectué par monsieur XXX et monsieur XXX:

le bilan est très positif après deux années d'expérimentation dans cet établissement; il convient de souligner les points suivants:

- quelques chiffres:-60% des repérages suicidaires sont faits par les CDS,-30% par les personnels de surveillance et -le reste par divers intervenants (personnels médicaux..);
- ce dispositif est bien accepté par les personnels de surveillance ;
- l'administration n'utilise pas les CDS pour obtenir des informations,
- les CDS sont bien perçus par les autres détenus;
- fonctionnement: les CDS occupent le plus souvent un poste d'auxiliaire d'étage ou de bibliothécaire, ils circulent dans tous les étage de la détention;
- importance des notions de bénévolat, de confidentialité, d'exemplarité et de groupe;
- les CDS sont des véritables acteurs de la détention, ils travaillent en amont dans la prévention du suicide primaire, ils recueillent des informations, ils sont dans le soutien et l'aide au sens large;
- les CDS sont des alter égo pour les personnes détenues: ils prennent en charge les détenus et leur donnent des informations sur le fonctionnement de la prison, sans se substituer à l'administration;
- une particularité à: le choc carcéral est atténué par une arrivée dans une cellule propre (nettoyage, peinture), remise de vêtements d'urgence, de café et de papier de correspondance par le CDS;
- ce dispositif efficient doit se poursuivre.

Monsieur XXX remercie les membres de la commission pour leur participation, et lève la séance à 13h15.

La **date** de la prochaine réunion de la CIPSSAS est rappelée aux membres de la commission: **le jeudi 20 décembre 2012 à 10 heures** dans les locaux de la DISP.

Annexe n°8

**ANALYSE SUICIDES DE L'ANNEE 2011
DISP BORDEAUX**

Etablissement	Prénom	Moments à risque	Facteurs de risque	Facteurs précipitants	Facteurs de protection	Signaux d'alerte	Observation
CP de X	M.X 24 ans, né le 15 juin 1986, pendaison en cellule le lundi 17 janvier	Passage à l'acte la nuit vers 1h55	-homme, -MA, -condamné pour trafic stupéfiants, -nationalité turque, -fragilité psychologique, -pas de visite (famille en Allemagne), -plusieurs TS dont une 2 jours après sa condamnation, -demande de transfert sur MA Angoulême	-récente condamnation à 6 ans d'emprisonnement le 7/01	-repéré suicidaire, placé sous surveillance spéciale, -suivi médical et psychiatrique réguliers, -soutien financier de sa famille (père de 2 enfants, femme enceinte du 3ième), -suivi CPIP:demande les possibilités d'aménagement de peines		-grande fragilité psychologique, -impact de sa condamnation récente, -éloignement de sa famille résidant en Allemagne
MA de X	M.,X 29 ans, né le 11 mars 1981 pendaison en cellule de 5détenus le jeudi 27 janvier	Passage à l'acte la nuit vers 1h55	-homme, -MA, -fragilité psychologique, -dépendance à l'alcool et aux stupéfiants, -difficultés familiales: sa compagne voulait le quitter, -pas de parloirs, -placement en hospitalisation d'office du 9/11 au 18/11, -TS le 23/11, -demande de transfert sur Rennes	-sa compagne voulait le quitter	-repéré suicidaire, placé sous surveillance spéciale et doublé en cellule, -suivi médical et psychiatrique réguliers, -suivi CPIP:projet d'aménagement de peines, -participation à un groupe de paroles avec ANPAA; -classé comme auxiliaire d'étage	changement de comportement: ce détenu n'a pas travaillé la veille de son suicide	-grande fragilité psychologique, -sa compagne voulait le quitter
CP de X	M.X 38 ans, né le 5 novembre 1972 pendaison au QI à 17h50 le vendredi 28 janvier		-homme, -quartier MA, -de nationalité portugaise, -illettré, -condamné pour faits de violence aggravée en récidive -troubles du comportement, -dépendance à l'alcool, -placement en hospitalisation d'office à deux reprises, -situation familiale difficile: marié,		-repéré suicidaire, placé sous surveillance spéciale au QI, -suivi médical et psychiatrique réguliers et de qualité, -suivi individualisé par le personnel de surveillance (plan individuel de		-grande fragilité psychologique, -situation familiale difficile (pas de visite), -pas de perspectives pour sa sortie prochaine, -raptus suicidaire, -prise en charge de grande qualité par tous les acteurs dans

			divorce en cours, 4 enfants, pas de visite, -comportement agressif envers le personnel, les codétenus et lui-même, -peu de perspectives pour sa sortie future		protection), -suivi CPIP:projet d'aménagement de peines (recherche hébergement) -prise en charge par tous les acteurs tout au long de la journée, -entretien avec psychiatre vers 15h45 et remise de cachets par infirmière à 16h20		les heures qui ont précédé le suicide
MC de X	M.X 29 ans, né le 23 mai 1982, pendaison le lundi 28 mars	-Passage à l'acte la nuit vers 22h35, -au QD	-homme, -condamné pour atteintes aux personnes, -troubles psychiatriques, -comportement agressif et violent envers personnels et codétenus, -placé au QD depuis le 20/03 pour refus de réintégrer et agression de personnel, -une seule visite de sa famille résidant dans les Yvelines -comportement de repli et d'isolement		-suivi médical et psychiatrique réguliers, -repéré suicidaire et placé sous surveillance spéciale, -suivi CIP:pas demandeur ,dossier MDPH en cours, refus de rencontre le CIP les 3 et 10/03, -soutien de sa famille par téléphone et mandats (mère et frère), -dossier d'affectation sur Château-Thierry,	-comportement de repli, -appel de sa mère au SPIP le 8/12/10 (propos délirants au téléphone) et le 8/03/11 (craint épisode dépressif et suicidaire)	-très grande fragilité psychologique, -interrogation sur l'inadéquation entre les personnes détenues souffrant de troubles du comportement et le QD
CD de X	M.X 31 ans, né le 22 janvier 1980, pendaison le vendredi 29 avril à 7h05 en cellule au régime différencié	-régime différencié	-homme, -condamné pour faits de violence avec arme en récidive et vol, -comportement violent et impulsif envers personnel et codétenus, -automutilations et TS, -placé en hospitalisation d'office en novembre (évasion du CHS et agression d'un infirmier), -appartenant à la communauté des gens du voyage, -comparution le 27/04 devant TC Bordeaux:refus d'extraction -négligé, pas d'hygiène		-suivi médical et psychiatrique réguliers, -visite régulière de sa mère (24/04), -placé sous surveillance spécifique levée le 26/04 suite CPU), -amélioration du comportement constaté, lors de CPU du 12/04 est incité à continuer dans cette voie pour sortir du régime différencié, -suivi CIP:pas demandeur		-très grande fragilité psychologique de ce détenu abîmé par la vie et la détention, -constat d'une altération de son état général (irréversibilité de la pathologie), -a laissé courrier pour la psychiatre pour demande RDV, courrier au chef de détention et au greffe pour demande de suspension de permis de visite

					depuis retour HO,		
CD de X	M.X 47 ans, né le 1 février 1964, pendaiso n le vendredi 11 juin à 7h10 en cellule au régime différenti é	-régime différentié	-homme, -condamné pour faits de violence aggravées et viol en réunion, -addiction à l'alcool, -projet d'aménagement de peines: redoute l'expertise médicale demandée par le magistrat, -demande un poste en cuisine		-suivi médical et psychiatrique réguliers, -participe à un groupe de paroles sur l'alcool, -visite très régulière de sa femme (parloir prévu le jour de son suicide), -détenu classé auxiliaire d'étage, -suivi CPIP:projet d'aménageme nt de peines en cours		-ce détenu a laissé un courrier à sa femme dans lequel il évoque un ras le bol,une sous estime de soi, - peu de perspectives de vie future à l'extérieur
MA de X	M.X 48 ans, né le 9 octobre 1962, pendaiso n le samedi 16 juillet en cellule	-Passage à l'acte la nuit à 2h45,	-homme, -MA, -prévenu, -AICS, -situation familiale compliquée:deux enfants d'une première femme, un d'une autre et sa compagne actuelle enceinte de 8 mois, -inquiétudes pour son épouse (grossesse et gestion entreprise) et pour travaux de maison,	-décision de suppression du permis de visite de son épouse et d'interdiction de communication téléphonique prise par le magistrat	-suivi médical et psychologique réguliers, -visite de sa mère et de sa femme enceinte, -placé sous surveillance spéciale le 14 et 15 juillet du fait de notification de décision du magistrat, -suivi CPIP:peu demandeur, des entretiens ont eu lieu à la demande du CPIP ou de son épouse		-les courriers laissés par ce détenu (avocat, épouse et une amie) sont explicites et manifestent sa volonté d'en finir et de ne pas supporter un procès, une condamnation et d'être un pédophile pour ses enfants, -le fait déclencheur serait sans doute lié à la décision prise par le magistrat
CP de X	M.X 43 ans, né le 26 juin 1968, pendaiso n le dimanche 21 août au QA à 16h50		-homme, -MA, -prévenu pour vol avec effraction, -écroué depuis le 20/08, -devait comparaître devant le TC le 22/08, -SDF, -en rupture familiale, -TS dans le passé	-prochaine comparution devant le TC	-détenu doublé en cellule au QAQ, -lors de l'audience arrivant avec l'officier, ce détenu n'a pas manifesté de signe de détresse ou d'anxiété		-a laissé un courrier adressé à sa mère dans lequel il lui demande de lui pardonner son acte qui constitue pour lui une délivrance
MA de X	M.X 54 ans, né le 11 février 1957, pendaiso n en cellule secteur arrivant	condamnation à 15 ans de RC par cour d'assises alors qu'il comparaissait libre	-homme, -MA, -condamné pour viol sur mineure à 15 ans de RC, -écroué le 18/10 à l'issue de la cour d'assises devant laquelle il comparaissait libre,	condamnation à 15 ans de RC par cour d'assises alors qu'il comparaissait libre	-repéré suicidaire et placé sous surveillance spéciale -détenu doublé en cellule, -suivi psychologique		-courrier retrouvé mentionnant son désir d'en finir,son amour pour sa femme et sa fille et sa peur que sa femme le quitte,

	le jeudi 20 octobre à 15h55		-détenu en délai d'appel, -fragilité psychologique, -TS précédemment sous contrôle judiciaire et TS dans la nuit du 18 au 19/10, -marié 3 enfants, son épouse a 2 filles d'un précédent mariage dont l'une est victime du viol, -anéanti lors de son procès par le fait d'entendre dire que le travail psychologique avait été inutile		régulier après son placement sous contrôle judiciaire en juin 2008 (travail sur son acte et la compréhension de la version de la victime), -suivi médical, -suivi CPIP:entretien le 19/10 à la demande du CE		-effondrement du fait de sa condamnation à 15 ans alors qu'il comparaisait libre, -constat une nouvelle fois de doublement en cellule et de passage à l'acte quand le codétenu est en promenade, -mise en place dans cette petite MA d'une commission santé permettant de réunir tous les acteurs avec une proposition de prise en charge de la famille du détenu qui s'est suicidé
CP de X	M.X 28 ans, né le 12 mars 1983, pendaison le vendredi 21 octobre au QA à 14h	- surmédiation de cette affaire qui a eu des effets dévastateurs pour ce détenu	-homme, -quartier MA, -prévenu pour faits d'homicide volontaire (meurtre de sa compagne retrouvée sur la plage de Biscarosse), -troubles de la personnalité, -détenu très fragile psychologiquement (annotation par juge de tendance suicidaire), -affaire très médiatisée(détenu déjà condamné avant son jugement par les médias), -dirigé vers urgences psychiatriques le 15/10, retour au CP le 16/10 et placement en CproU avec DPU, 2ième consultation psychiatrique le 16/10sortie de CproU et placement au QA avec DPU jusqu'au 18/10, puis maintien en surveillance spéciale avec rondes toutes les deux heures, -situation familiale:concubinage ,un enfant à la garde de sa mère, -pas de visite, -a fait part à un détenu de son	surmédiation de l'affaire	-repéré suicidaire, -placement en CproU avec DPU,, - placement en cellule avec DPU au QA -surveillance spéciale avec fréquence de rondes toutes les deux heures, suivi psychiatrique régulier, - comportement normal le jour du suicide lors de la distribution du repas, - rendez-vous prévu à 14h avec le service emploi formation, -suivi CPIP:lors de l'entretien arrivant le détenu a posé des questions sur la procédure judiciaire et a évoqué les faits commis		-la très grande fragilité de ce détenu souffrant de troubles de la personnalité, la surmédiation de son affaire qui a eu des effets dévastateurs pour lui, -le contexte de l'établissement avec des situations difficiles à gérer le jour du suicide (surveillant dépressif a du être relevé de ses fonctions, malaise d'une surveillante au mirador, un détenu arrivant en grande difficulté), -le dispositif du CDS mis en place au CP de Bordeaux aurait pu constituer un élément supplémentaire pour recueillir des informations sur la personne détenue qui avait évoqué son passage à

			intention de se suicider qui ne l'a pas pris au sérieux et ne l'a pas signalé				l'acte à un autre détenu
MA de X	M.X 28 ans, né le 10 février 1983 pendaiso n en cellule au QA le lundi 24 octobre à 14h25	Choc de l'incarcération	-homme, -MA, -prévenu pour double homicide, -écroué depuis le 23/10, -affaire médiatisée localement, -de nationalité marocaine, -SDF, -pas de visite, -risque hétéro agressif mentionné par le juge d'instruction		-détenu au QA placé sous surveillance spéciale, -visite médicale:état compatible avec détention, -suivi CPIP:lors de l'entretien, le détenu était calme, conscient de la gravité des faits commis et qu'il ferait une longue peine		-éléments de fragilité relevés (marocain,SDF , prévenu pour homicide) -choc de l'incarcération (suicide le lendemain), - détenu conscient des faits commis et qu'il ferait une longue peine
MC de X	M.X 58 ans, né le 29 mars 1953, pendaiso n le dimanche 6 novembr e à 18h45 en cellule		-homme, -condamné à la réclusion criminelle à perpétuité pour assassinat et tentative, - fin de période de sûreté le 6 février 2027, -détenu fragile et dépressif, -détenu taciturne qui ne parlait pas aux autres détenus,qui n'acceptait pas sa peine et ressassait les faits, -deux passages à Château -Thierry précédemment, -hospitalisation d'office du 13 au 24 janvier pour idées suicidaires, -pas de visite et de courrier		-suivi médical et psychiatriques réguliers, -placé sous surveillance spéciale qui a été levée en mai 2011 compte tenu d'une amélioration de son état dépressif, -classé en formation professionnell e APH depuis le 12 septembre, -pas de changement de comportement le jour de son suicide: il est allé en promenade de 14 à 16h		-a laissé 3 courriers à des amis dans lesquels il indique son désir d'en finir avec la vie et une demande d'envoi de mandat correspondant à la totalité de son pécule disponible soit 11800 euros, -éléments de grande fragilité relevés chez ce détenu
MA de X	M.X 54 ans, née le 12 septembr e 1957, pendaiso n le jeudi 1er décembre en cellule doublée		-prévenue pour tentative d'assassinat du médecin gynécologue, -détenue fragile et dépressive, -2 enfants dont 1 enfant handicapé, -peu de contacts avec sa fille, -situation familiale difficile (mariée à un homme violent dont elle s'est séparée, mais lui étant malade ,elle l'a accompagnée jusqu'à son décès),	reconstitution des faits prévue le jour du suicide à19h	-repérée suicidaire et placée sous surveillance spécifique dès son arrivée en détention, -transfert sur CP (surveillance continue au QF), -réécrouée sur la MA le 24/10 pour besoins de l'enquête, -doublée en cellule et		-éléments de fragilité relevés, -a laissé un courrier à une connaissance et un autre à la comptabilité, -ce suicide peut apparaître prémédité du fait de plusieurs éléments (dissimulation d'un cordon de paquetage qui a servi à la pendaison

			<p>-elle considérait le médecin responsable de l'état de son fils, affaire médiatisée localement,</p> <p>-prenait conscience des faits</p>		<p>placée en surveillance spéciale qui a été levée en CPU le 3/11,</p> <p>-suivi médical régulier,</p> <p>-suivi CPIP: lors de l'entretien la détenue est apparue fragile sans redouter un acte suicidaire,</p> <p>- vigilance à avoir à son retour de la reconstitution des faits</p>		<p>, mise en ordre de sa situation administrative au CP de prise de conscience des faits),</p> <p>-l'élément déclencheur de son geste peut être du à la reconstitution des faits prévue à 19h le jour de son suicide,</p> <p>-constat une nouvelle fois de doublement en cellule et de passage à l'acte quand la codétenue est partie téléphoner,</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Annexe n°9

Eléments épidémiologiques concernant les suicides survenus dans les établissements pénitentiaires de la DISP de Bordeaux

ANNEE 2011

<i>Suicides en 2011 au niveau national:123 (107en détention et 7 hors détention); Suicides répertoriés en 2011 sur la DISP de Bordeaux: soit 15 (13 en détention et 2 hors détention), soit: 12% par rapport au chiffre national; en détention 12 hommes et 1 femme et 2 PSE</i>
13 en détention et 2 en PSE
<u>Sur 13 suicides en détention:</u> MA:5 soit 38% CD et MC: 4 soit 30,7% (2 en MC et 2 en CD) CP en quartier MA: 4soit 30,7%; <u>sur 15 suicides:</u> Hors détention: 2 soit 13,3%
7 en cellule 1 en QD;1 QI, 4QA 2 à domicile (détenu sous PSE)
5 prévenu soit 38,4% 8 condamnés soit 61,5%
Age et nature des faits: âge de 20 à 30: 5 viol: 3 âge de 30 à 40: 2 atteintes aux personnes: 7 âge de 40à 50: 3 vol en récidive: 2 âge de 50 à 60: 3 ISL: 1
Mode opératoire: 13 suicides par pendaison en détention
de janvier à décembre 2011: 143 TS dont 63 par pendaison, 60 par ingestion de médicaments, 16 coupures et 4 autres; 276 automutilations
6 repérés suicidaires soit 46% 7 non repérés suicidaires soit 53,8%

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	p. 2
Sommaire.....	p. 3
Introduction.....	p. 4
<u>Première partie</u> : La « postvention », un dispositif de soutien à la communauté carcérale endeuillée : l'impact ambivalent sur la prévention des suicides.....	p. 12
<u>Chapitre I</u> : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge au service de la prévention des suicides.....	p. 13
<u>Section I</u> : La transmission de l'information relative au suicide : première étape de la « postvention ».....	p. 13
A- La préparation de la transmission de l'information.....	p. 13
B- Les modalités de transmission de l'information.....	p. 14
1) Transmission de l'information aux personnels.....	p. 14
2) Transmission de l'information aux personnes détenues.....	p. 15
<u>Section II</u> : Les propositions de prise en charge, un complément essentiel à l'information.....	p. 17
A- Pourquoi proposer une prise en charge ?	p. 17
1) La proposition de prise en charge aux personnels.....	p. 17
2) La proposition de prise en charge aux personnes détenues.....	p. 21
B- Comment prendre en charge ?	p. 22
1) La prise en charge du personnel.....	p. 22
2) La prise en charge des personnes détenues.....	p. 25

<u>Chapitre II</u> : La « postvention », un dispositif d'information et de prise en charge à risque pour la prévention des suicides.....	p. 29
--	-------

<u>Section I</u> : Les dangers d'une information restreinte.....	p. 29
--	-------

A- Un contenu restreint.....	p. 29
------------------------------	-------

B- Une diffusion restreinte.....	p. 31
----------------------------------	-------

<u>Section II</u> : Les dangers d'une prise en charge inadaptée.....	p. 34
--	-------

A- Des personnels et des personnes détenues en marge du dispositif de « postvention ».....	p. 34
--	-------

1) Des personnels exclus.....	p. 34
-------------------------------	-------

2) Des personnes détenues exclues.....	p. 38
--	-------

B- Un délitement de la cohésion de la communauté carcérale.....	p. 39
---	-------

<u>Deuxième partie</u> : La « postvention », un dispositif visant à rendre compte du suicide à la société libre : la prévention à l'épreuve.....	p. 43
---	--------------

<u>Chapitre I</u> : La « postvention », un dispositif d'analyse factuelle du suicide au service de la prévention.....	p. 44
---	-------

<u>Section I</u> : L'obligation de rendre compte aux autorités et d'informer la famille	p. 44
---	-------

A- Un DSP en quête d'information.....	p. 44
---------------------------------------	-------

B- Le DSP, courroie de transmission de l'information.....	p. 46
---	-------

1) L'information aux autorités.....	p. 46
-------------------------------------	-------

2) L'information à la famille du suicidé.....	p. 48
---	-------

<u>Section II</u> : L'exploitation pluridisciplinaire des informations dans une perspective de prévention.....	p. 50
--	-------

A- Le débriefing professionnel, premier niveau d'exploitation des informations.....	p. 50
---	-------

B- L'interrégion et la DAP, deuxième niveau d'exploitation des informations.....	p. 51
1) Exploitation des informations au niveau interrégional.....	p. 51
2) Exploitation des informations au niveau central.....	p. 53
Chapitre II : La « postvention », un dispositif d'analyse des suicides aux effets préjudiciables à la prévention.....	p. 57
Section I : Les effets potentiellement culpabilisants de la « postvention », facteur de fragilisation de la communauté carcérale endeuillée.....	p. 57
A- La « postvention » et la recherche de responsabilités.....	p. 57
1) Les débriefings technique et professionnel.....	p. 57
2) Les enquêtes judiciaires et administratives.....	p. 59
B- La « postvention » et les médias.....	p. 62
1) La culpabilisation des personnels pénitentiaires par les médias.....	p. 62
2) Les médias et le suicide par « contagion ».....	p. 64
Section II : Une responsabilisation accrue de l'AP en matière de suicide de personnes détenues.....	p. 66
A- L'AP et ses personnels face à leurs responsabilités pénale et administrative.....	p. 66
1) La responsabilité pénale.....	p. 66
2) La responsabilité administrative.....	p. 67
B- Le soutien à la famille, facteur d'immunité de l'AP ?.....	p. 69
Préconisations.....	p. 73
Bibliographie.....	p. 78
Table des annexes.....	p. 80

L'après suicide des personnes détenues

Les actions de « postvention » mises en œuvre suite au suicide d'une personne détenue sont-elles susceptibles de constituer des moyens de prévention du suicide en milieu carcéral ?

La notion de « postvention » comporte deux aspects difficilement conciliables : elle consiste d'une part en un soutien psychologique aux personnels et aux personnes détenues, et d'autre part en une recherche des causes et des circonstances du suicide susceptible de dévier vers la désignation de responsables.

A la difficulté d'allier à la fois soutien et analyse du suicide, s'ajoute une ambivalence dans les effets de la « postvention » sur la prévention des suicides. Il appartient au DSP de tenter de dépasser les contradictions inhérentes à la notion de « postvention ».

La mise à l'écart de certains personnels du dispositif, les réticences de certains à consulter un psychologue ou encore la potentielle culpabilisation provoquée par les enquêtes judiciaire et administrative constituent les principaux obstacles à une prévention efficace.

Mots clés : Suicide, « postvention », prévention, communication, responsabilité.