



HAL
open science

Le suicide en milieu pénitentiaire : état des lieux et enquête préliminaire sur la formation du personnel

Caroline Faruggia

► **To cite this version:**

Caroline Faruggia. Le suicide en milieu pénitentiaire : état des lieux et enquête préliminaire sur la formation du personnel. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00744281

HAL Id: dumas-00744281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00744281>

Submitted on 22 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2012

N° :

LE SUICIDE EN MILIEU PENITENTIAIRE ; ETAT DES LIEUX ET ENQUETE
PRELIMINAIRE SUR LA FORMATION DU PERSONNEL

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Caroline FARRUGIA
Née le 22 Décembre 1983

à TOULON (83)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE *
Le 15 Octobre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury

Monsieur le Professeur BOUGEROL

Membres

Monsieur le Docteur CHABANNES (Directeur)

Monsieur le Professeur WEIL

Monsieur le Docteur PAYSANT

* La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,

Pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

Vos connaissances et votre expérience sont sources d'estime pour moi. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul Chabannes,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, et m'avoir accompagné avec compétence.

Pour votre passion à transmettre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être auprès des patients.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde admiration et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur François Paysant,

Pour avoir porté de l'intérêt et accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Georges Weil,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Louis Terra, pour sa disponibilité, son enthousiasme, et sa passion concernant ce sujet.

Au Docteur Andrea Piero, et au Comité de Soutien à la Recherche du Centre Hospitalier Alpes-Isère, pour sa disponibilité et son aide précieuse en statistique.

Au Docteur Laurent Metzger, pour m'avoir initié à la pédopsychiatrie. Apprendre à vos côtés a été un honneur pour moi. Je vous remercie également de votre écoute et de votre soutien dans mes choix pour l'avenir.

A toutes les équipes que j'ai rencontrées au cours de mes différents stages, pour leur accueil, et pour tout ce qu'elles m'ont appris.

Merci en particulier à l'équipe du SMPR de Varcès, qui s'est investie sans hésiter dans les réponses à mon questionnaire.

Aux patients, grâce à qui j'apprends un peu plus chaque jour.

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A Maman, *pour tout ce que tu as fait pour moi et tout ce que tu es encore prête à faire, ma reconnaissance est immense. Je ferais toujours tout pour que tu sois fière de moi. Je t'aime.*

A Papa, *Merci pour ton soutien, ta patience et tes encouragements tout au long de mes études. Merci d'avoir respecté mes choix.*

A Tom, mon frère, *Merci pour ton soutien tout au long de mon parcours. Tu es quelqu'un d'exceptionnel et je suis fière d'être ta sœur.*

A Mimi, ma sœur, *Merci d'être là, tout simplement. Tu es ma sœur et ma meilleure amie. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans toi.*

A mes grands-parents,

Merci pour toute votre affection. Je suis très fière d'être devant vous aujourd'hui.

REMERCIEMENTS

A mes amis,

A Caro, *Merci ma cops pour toutes ces années d'amitié. Sans toi je n'aurais pas pu arriver jusqu'ici. Aux années d'amitié à venir !*

Et bien sûr merci à Eloane, ma beauté.

A Céline, *Merci pour ton soutien et ton amitié. Tu es surprenante, ne changes surtout pas !*

A Morgane et Elodie, *qui m'ont toujours soutenu malgré mon manque de disponibilité. Merci les poulettes !*

Aux familles Ripoll et Otta, *pour leur présence depuis toujours, et leur soutien dans les moments difficiles.*

A Juliette, *Merci pour ton amitié, qui a transformé mes années grenobloises. Merci également pour avoir relu ce travail.*

A Elsa, *J'ai apprécié les stages qu'on a partagés, en tant que co-internes, puis lorsque tu es devenue ma « Chef ».*

A tous les « grenoblois » : *Benjamin, Marieke, Mehdi, Nadia, Sophie, Zohra...*

A tous les internes *que j'ai croisés pendant ces quatre ans.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES.....	6
INTRODUCTION GENERALE.....	8
<u>PREMIERE PARTIE</u> : Le suicide en milieu pénitentiaire ; Etat des lieux.....	9
A. Historique.....	9
1. Du côté de l' Administration Pénitentiaire.....	9
2. Du côté de la Santé.....	11
B. Epidémiologie.....	13
1. En France.....	13
2. En Europe.....	14
3. Caractéristiques particulières des suicides en prison.....	15
C. Définitions et Recommandations.....	16
1. La Crise Suicidaire.....	16
2. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	17
3. Le Rapport TERRA : Prévention du suicide des personnes détenues; Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention.....	17
4. Le Rapport ALBRAND : Prévention du suicide en milieu carcéral.....	19
D. En Pratique.....	21
E. Cas des automutilations.....	22
 <u>DEUXIEME PARTIE</u> : Enquête sur la formation à la prévention du suicide des intervenants en milieu carcéral.....	 25
A. Introduction.....	25
B. Matériel et Méthodes.....	25
C. Résultats.....	29
1. Analyse Globale.....	29
2. Facteurs Epidémiologiques.....	29
3. Formation.....	30
4. Facteurs de risque de suicide.....	34
5. Périodes à Risque.....	35
6. Moyen de Suicide.....	36
7. Points faibles et points forts de la Maison d'arrêt en matière de prévention du suicide.....	36
8. Postvention.....	38
9. Place des familles.....	38
10. Rôle de l'hôpital psychiatrique.....	38
11. Rôle de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée.....	38
12. Question du Codétenu.....	39
D. Discussion.....	39
1. Analyse Globale.....	39
2. Facteurs Epidémiologiques.....	39
3. Formation.....	39
4. Facteurs de risque de suicide.....	40
5. Périodes à Risque.....	41
6. Moyen de Suicide.....	41

7. Points faibles et points forts de la Maison d'arrêt en matière de prévention du suicide.....	41
8. Postvention.....	42
9. Place des familles.....	42
10. Rôle de l'hôpital psychiatrique et de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée.....	43
11. Question du Codétenu.....	43
CONCLUSION.....	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47
ANNEXES.....	49
RESUME.....	56
LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE – PRATICIENS HOSPITALIERS.....	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	63

INTRODUCTION GENERALE

Le suicide donne à débattre de questions philosophiques et éthiques essentielles. C'est toujours un évènement douloureux, qui renvoie à la culpabilité des proches et à la responsabilité des personnes présentes et notamment des soignants.

Le suicide en milieu carcéral présente certaines caractéristiques par rapport au milieu libre. Le nombre des suicides en prison augmente significativement depuis plusieurs années.

Ainsi, l'Administration pénitentiaire et les Ministères de la Santé et de la Justice se sont saisis du problème. Dans les huit dernières années, ils ont demandé deux rapports, en 2004 et en 2009, ayant pour mission d'évaluer et de proposer un programme de prévention du suicide des personnes détenues. Ces deux rapports concluent à une série de recommandations, dont un des axes principaux est la formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant en milieu pénitentiaire.

Après un rappel historique, nous présenterons quelques données épidémiologiques, puis nous détaillerons les recommandations des deux rapports ministériels. Enfin, nous présenterons les résultats de notre enquête sur la formation du personnel intervenant en milieu carcéral.

PREMIERE PARTIE :
LE SUICIDE EN MILIEU PENITENTIAIRE : ETAT DES LIEUX

A. HISTORIQUE :

1. Du côté de l'Administration Pénitentiaire

Depuis plusieurs années, l'Administration pénitentiaire (AP) témoigne d'un engagement continu pour prévenir le suicide :

- Dans les années 1960, on trouve les premières notes de l'AP sur la question de la prévention du suicide (1).
- Dans les années 1990, l'AP érige la prévention du suicide au rang de véritable priorité :
 - Circulaire du 12 novembre 1991 de la Direction de l'administration pénitentiaire à destination des directeurs régionaux et des chefs d'établissement(2) : Elle invite à organiser au sein de chaque établissement pénitentiaire des réunions de réflexion autour de la prévention des actes suicidaires, auxquelles soient associés l'ensemble des intervenants dont les compétences pourraient être requises.

Nous voyons que la volonté d'associer les différents intervenants se retrouve dans les textes depuis plus de dix ans.

- Décret du 28/10/1994(3): Dispositions relatives aux soins dispensés aux détenus.
- Rapport de Mai 1996 du groupe de travail de l'Administration Pénitentiaire sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire(4) : Il s'agit d'un document important qui dénote la volonté de cette administration de réduire le taux de suicide.

Ce document émet des recommandations concernant la formation des personnels pénitentiaires. Il insiste sur le fait que la prévention passe par les personnels de toutes catégories qu'il convient non seulement d'assister et de former, mais aussi de conforter dans leur mission.

- Circulaire JUSE9840034C du 29 Mai 1998 (5): Cette circulaire, signée par le seul ministère de la Justice (Mme Lebranchu), contient l'idée importante que face au problème du suicide, il n'y a pas de solution unique et radicale, et 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 et d'acteur de sa vie ». Elle contient une série de recommandations de pratiques professionnelles pour améliorer l'accueil des arrivants, la prévention en détention, la prise en charge d'un acte autoagressif et enfin la postvention.
- Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral (Février 1999) (6): Il s'agit de l'évaluation d'un programme expérimental sur onze sites pilotes, d'une action lancée par le Directeur de l'Administration Pénitentiaire en 1995 à la suite du groupe de travail qui a produit le rapport de mai 1996.
- La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 (Septembre 1999) (7): Ce rapport réalisé à la suite de la mission confiée par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et le secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, à Monsieur Pierre Pradier, député européen, est une évaluation des conséquences en terme de santé publique de la délégation des soins à une société gestionnaire privée pour 21 établissements pénitentiaires.
- Le guide du détenu arrivant, Ministère de la Justice, 1999 (8): Ce document doit être remis à tous les arrivants.

- Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires ; évaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires (Janvier 2001) (9): Il s'agit d'un document technique très complet de l'Administration pénitentiaire qui vise à identifier quels sont les paramètres des établissements pénitentiaires liés à leur structure et leur fonctionnement qui peuvent influencer le taux de suicide des personnes détenues.

2. Du Coté de la Santé :

Le Ministère de la Santé s'est vu progressivement associé à cette politique de prévention du suicide :

- En 2000 est adoptée la Stratégie Nationale d'action face au suicide(10).Elle vise à la réalisation d'actions précises pour :
 - favoriser la prévention ;
 - diminuer l'accès aux moyens du suicide létaux ;
 - améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches des suicidants ;
 - mieux connaître la situation épidémiologique.
- En 2002, une Circulaire est cosignée par les Ministres de la Justice (Mme Lebranchu) et de la Santé (Mr Kouchner).
 - Circulaire NOR JUSE 02 400 75C/Santé-DGS 2002/258 du 26 avril 2002 (11)
- Cependant, devant l'absence d'infléchissement du nombre des suicides, une première mission a été confiée au Professeur TERRA. En 2004, il publie le Rapport TERRA (12) intitulé : Prévention du suicide des personnes détenues; Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention.

- Début 2007, un groupe de travail associant des personnels pénitentiaires et sanitaires de terrain a été mis en place à la direction de l'administration pénitentiaire, en lien avec le ministère de la Santé, afin de réfléchir à l'actualisation de la circulaire de 2002. Le 14 mai 2007, une grille simplifiée (*Annexe 1*), nouvel outil d'évaluation du potentiel suicidaire des personnes détenues, est diffusée aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires pour application systématique et immédiate à tout entrant en détention. Il a été également recommandé de poursuivre les efforts de formation, notamment continue, en ciblant prioritairement les personnels du corps de commandement affectés dans les secteurs de détention identifiés comme à risque (quartiers arrivants, disciplinaire ou d'isolement, UCSA et SMPR).

- En 2008, les chiffres de la mortalité par suicide sont de nouveau en hausse. C'est devant ce constat préoccupant que la Garde des Sceaux (Mme Dati) confie au Dr ALBRAND la mission de faire le bilan du dispositif de lutte contre le suicide en milieu carcéral, et de proposer des actions complémentaires afin de remobiliser l'ensemble des acteurs. En 2009, est publié le Rapport ALBRAND (13): La prévention du suicide en milieu carcéral.

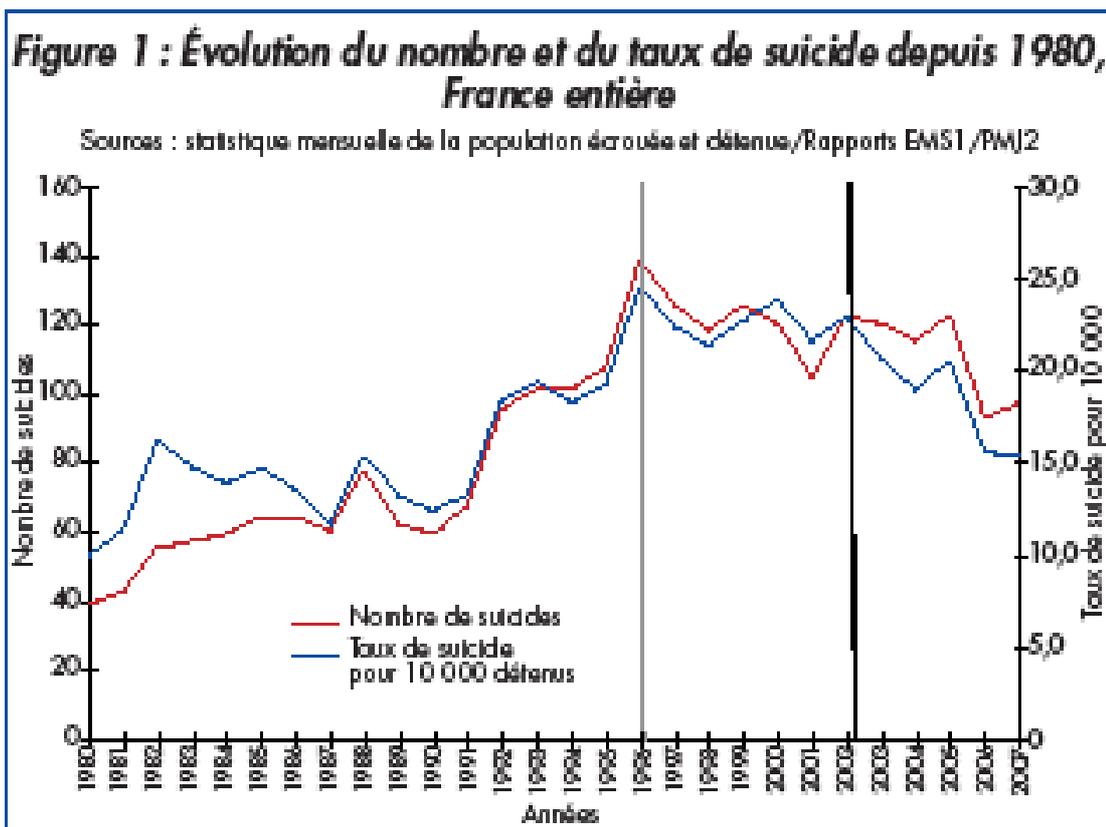
B. EPIDEMIOLOGIE

1/ En France

Le nombre de suicides en prison augmente régulièrement ces dernières années (*Tableau 1 : Source EMS/DAP, Sauf chiffres en bleu*).

Années	Nombre de Suicide	Taux de suicide pour 10 000 détenus	Population carcérale moyenne (nombre de détenus)
1960		4.3	
1974		15	
1980		10	
1990		12	
1997	127	22.3	56008
1998	119	21.3	55 366
1999	125	22.6	55 247
2000	120	23.7	50 626
2001	104	21.5	48 318
2002	122	22.8	53 503
2003	120	20.5	58 574
2004	115	18.9	60 901
2005	122	20.4	59 791
2006	93	15.5	59 940
2007	96	15.2	63 268
2008	115	17.2	66 851
2009	122	19.3	66178
2010	121		66089
2011	113	17.3	65 262
2012 (Aout)	53		67 373 (Juillet) pour 57 408 places (taux d'occupation 117,3%)

Tableau 1 : Evolution du taux de suicide des années 60 à nos jours



2/ En Europe

La France connaît en Europe une situation singulière en matière de suicide, avec un taux de suicides supérieur à la moyenne européenne tant en milieu carcéral qu'au sein de la population générale.

En 2005, au niveau européen, la Finlande, la Belgique, le Luxembourg et la France présentaient les taux de décès par suicide les plus élevés. A l'opposé, les pays méridionaux (Italie et Espagne notamment) où le rôle de la famille et la tradition religieuse sont particulièrement prégnants, présentaient les taux les plus faibles.

	Nombre de suicides	Taux pour 10 000 détenus
Allemagne	81	10.3
Angleterre	78	10.2
Espagne	41	6.7
Finlande	4	10.5
France	122	21.2
Suède	7	9.9

Tableau 2 : Comparaisons européennes : (Council of Europe SPACE 2006) données 2005

3/ Caractéristiques particulières des suicides en prison

Les suicides en prison ont des caractéristiques spécifiques : (Chiffres 2008)(12)(14)

- Facteurs épidémiologiques :

- L'Age moyen des détenus morts par suicide est de 35,8 ans.
Il est de 35,3 ans en moyenne sur 1996-2008, ce qui correspond à l'âge moyen des détenus (35 ans au 1er janvier 2008).
- Le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque au moment de l'écrou (sentiment de déprivation).

- Moyen de suicide :

La pendaison est le moyen le plus utilisé: 96% des suicides.

- En fonction du lieu :

- 74% des suicides se produisent dans les maisons d'arrêt (MA) et quartiers MA des centres pénitentiaires; 19% dans les centres de détention (CD) et quartiers CD des centres pénitentiaires; 5% dans les maisons centrales (MC) et quartiers MC des centres pénitentiaires.
- La mise en quartier disciplinaire est un facteur de risque de suicide (sur-suicidité = 7 par rapport au régime de détention normal). Au quartier disciplinaire, plus de la moitié des suicides intervient dans la première journée, et parmi ceux-ci plus d'un quart dans la première heure.

- En fonction de la période :

- C'est principalement en début d'incarcération que le risque de suicide est le plus élevé, et plutôt avant le jugement qu'après : L'imminence et l'appréhension du jugement, tout comme l'incertitude de la durée de la peine constitueraient des facteurs déclencheurs du passage à l'acte.
- La sortie de prison est également une période à risque.

- En fonction du statut pénal :

- 42% des suicidés sont des prévenus et 57% sont des condamnés.

Au 1er janvier 2008, les prévenus représentaient 26% des personnes écrouées. Le taux de suicide est plus important dans la population des personnes écrouées prévenues (28,8 pour 10 000 prévenus) que dans celle des personnes condamnées (13,3).

- Parmi les condamnés, le risque de suicide augmente avec la durée de la peine.

- En fonction du motif d'incarcération

Les motifs d'incarcérations les plus fréquents sont les suivants : auteurs d'infractions à caractère sexuel (37 cas soit 32%), violences (24 cas dont 4 pour violences conjugales), et homicide volontaire (16 cas). Le risque de suicide reste plus élevé pour les détenus ayant commis des infractions contre les personnes.

- En fonction des antécédents :

On retrouve plus d'incidents en détention (tentatives de suicides, non réintégration suite à une permission, évasions, tentatives d'évasion, automutilations, grèves de la faim) chez les suicidés.

On peut identifier trois grands cadres dans lesquels surviennent les suicides (15):

- Chez une personne dont une maladie mentale est déjà reconnue et traitée ;
- Chez une personne détenue qui a fait le choix de se suicider en l'absence de tout symptôme ou de toute pathologie psychiatrique ;
- Les suicides réalisés de manière impulsive.

C. DEFINITIONS ET RECOMMANDATIONS

1. La Crise Suicidaire

Les recommandations de l'HAS (16) insistent sur l'identification de la crise suicidaire.

Celle-ci se définit par une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. C'est une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes, jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. C'est un état temporaire et réversible.

En analysant les lettres des détenus suicidés, Bourgoïn (17) fait apparaître que la position de déprivation des détenus les met en position de faiblesse et les rend particulièrement sensibles aux événements qui les entourent. Le suicide peut être un moyen de reprendre le dessus, une façon d'affirmer son autonomie, fût-ce au détriment de sa vie.

2. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie une série de recommandations pour la prévention du suicide, dont un guide intitulé « Prévention du suicide ; Indications pour le personnel pénitentiaire » traduit en français en 2002(18). Il s'agit d'un document de vingt-deux pages, rédigé par des spécialistes reconnus de la prévention du suicide au niveau international, et qui synthétise les recommandations actuelles.

Il rappelle que des programmes complets de prévention ont permis d'obtenir des résultats significatifs dans plusieurs pays.

3. Le Rapport TERRA : Prévention du suicide des personnes détenues; Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention (12)

Il s'agit d'une mission confiée par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice (Mr Perben) et le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées (Mr Mattéi), sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires. Ses objectifs sont de faire un bilan des actions engagées et de proposer un programme complet de prévention.

A la suite d'une étude menée au travers d'auditions, de l'examen d'un ensemble de documents, comprenant les textes réglementaires, et par la visite de dix-sept établissements pénitentiaires, l'auteur du rapport émet dix-sept recommandations concrètes pour améliorer la prévention du suicide, notamment pour mieux détecter les personnes en crise suicidaire et pour mieux les protéger.

Les principales recommandations sont :

- Une proposition de fixer un objectif national de réduction du suicide en milieu pénitentiaire : réduction de 20 % en 5 ans du nombre de personnes détenues décédées par suicide.
- La formation à l'intervention de crise des différents professionnels et bénévoles intervenants auprès des personnes détenues, y compris les professionnels qui interviennent en amont de l'écrou, lors de la garde à vue et lorsque la personne est déférée au Parquet. Cette formation doit inclure les intervenants de la téléphonie sociale, ainsi que les codétenus, dont la formation doit être expérimentée dans des sites pilote selon l'exemple d'autres pays.

Les personnes formées doivent être capables :

- de contribuer à identifier les personnes à risque de suicide élevé;
 - de repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, notamment lorsque la souffrance psychique prend le masque de l'agressivité et de l'automutilation ;
 - de conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
 - d'évaluer l'urgence, c'est-à-dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
 - d'intervenir, d'alerter et d'orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.
- Améliorer le dépistage et le traitement des troubles psychiques, et en particulier de la dépression qui est plus fréquente pour les personnes détenues que pour la population générale. La dépression non traitée est la première cause de suicide.
 - Evaluation psychiatrique avant placement en Quartier Disciplinaire : Les personnes détenues en crise suicidaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire.
 - En cas de crise suicidaire, il est important qu'une personne soit désignée comme référent de l'ensemble du processus d'évaluation et de protection. La surveillance spéciale pour risque de suicide doit être complétée dans tous les

cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection.

- Mettre en place un cadre de détention qui préserve la dignité du détenu et favorise la détection des personnes suicidaires; Humaniser l'environnement; et réduire l'accès aux moyens de suicide.
- Les actions de postvention dans la période après suicide : Après un suicide, un ensemble d'actions est à réaliser pour gérer une cascade de conséquences, notamment auprès de la famille endeuillée, mais aussi auprès des personnels et des détenus. Des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques.

A partir de ce rapport, un certain nombre d'orientations de travail ont été énoncées par les ministres de la Justice et de la Santé, définissant un programme de prévention du suicide des personnes détenues. Il est décliné en trois volets par la direction de l'administration pénitentiaire dans une note du 05 mars 2004:

- La formation des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire en formation initiale et en formation continue ;
- L'élaboration au plan local de procédures de détection de la crise suicidaire et le déploiement de plans de prévention grâce au renforcement de la pluridisciplinarité ;
- La réduction des facteurs de passage à l'acte par le réexamen de certains dispositifs techniques des nouveaux établissements (par exemple : « les potences » soutenant les postes de télévision).

4. Le Rapport ALBRAND : Prévention du suicide en milieu carcéral(13)

L'application du rapport TERRA a permis de faire diminuer sensiblement le nombre de suicides. Cependant, en 2008, les chiffres sont de nouveau en hausse : Au 31 décembre 2008, on comptabilisait 115 suicides de personnes écrouées, soit, par rapport à 2007, une augmentation de 20% en chiffres bruts et de 13,6% du taux de suicide par rapport à la population écrouée.

C'est devant ce constat préoccupant que le Garde des Sceaux (Mme Dati) a confié au Dr ALBRAND la coordination d'un groupe de travail chargé d'évaluer le dispositif de lutte

contre le suicide en milieu carcéral, et de proposer des actions complémentaires afin de remobiliser l'ensemble des acteurs.

Ce rapport évalue la politique de prévention du suicide menée au moyen de la recherche scientifique et en lien avec les médias, avant de proposer un plan de prévention et d'intervention intégrant l'ensemble de la communauté carcérale, en renforçant les procédures existantes mais aussi en suggérant des actions innovantes. Il conclue avec vingt propositions d'actions concrètes, dans la continuité du rapport TERRA.

- Renforcement de la formation du personnel pénitentiaire, notamment en intensifiant et en évaluant les formations initiale et continue de l'ensemble des personnels pénitentiaires, et en favorisant la formation continue multicatégorielle : personnels pénitentiaires, sanitaires et judiciaires.
- Amélioration de la détection du risque de suicide (utilisation de la grille d'évaluation du potentiel suicidaire, lien avec les familles, prise en considération systématique du risque suicidaire au moment du placement au quartier disciplinaire).
- Mesures particulières pour les détenus les plus fragiles (dotation de protection d'urgence, cellules de protection d'urgence, vidéosurveillance).
- Humanisation de l'univers carcéral; Plans de protection individualisés pour les personnes repérées comme présentant un risque suicidaire; Rôle majeur de la Commission Pluridisciplinaire de Prévention du Suicide.
- Mobilisation de l'ensemble de la «communauté carcérale » (Intervenants, associations, visiteurs, autorités judiciaires, familles, codétenus de soutien).
- Amélioration de la postvention : Groupes de parole avec les personnes détenues pour réduire le risque de contagion avec d'autres comportements suicidaires, Soutien avec débriefing des personnes concernées par le passage à l'acte suicidaire, Analyse des cas de suicides à approfondir.
- Développement de la recherche pluridisciplinaire.

D. EN PRATIQUE

Le repérage, l'évaluation et la prise en charge de ces détenus en crise suicidaire s'organisent de la manière suivante :

Au début de l'incarcération, les équipes de soins doivent recevoir les informations issues de la notice individuelle émise par le magistrat, les éléments relevés par les personnels pénitentiaires ou le Service de Probation et d'Insertion Professionnelle (SPIP) et les données concernant d'éventuels antécédents. Une évaluation médicale peut ainsi être faite et des mesures décidées en cas de risque suicidaire.

Lors de l'entretien d'accueil, il faut évaluer les antécédents, notamment psychiatriques. On propose, s'ils sont présents, une prise en charge en vue d'éviter une décompensation favorisée par l'incarcération. On recherche particulièrement des passages à l'acte antérieurs.

Au cours de la détention, un signalement peut être fait en cas d'inquiétude. A tout signalement fait suite une évaluation rapide. Elle est faite, dans un premier temps, par l'infirmier ayant effectué l'entretien d'accueil arrivant si le détenu n'a pas de suivi actuel. Elle s'attarde sur la recherche d'un état pathologique avéré en particulier dépressif, psychotique ou anxieux ; l'existence de facteurs de risques internes ou externes ; les antécédents psychiatriques et de passages à l'acte de quelque nature qu'ils soient ; la présence d'une idéation suicidaire, sa fréquence et son intensité ; la conviction qui y est associée, les scénarios éventuels, la peur du détenu d'être dépassé ; la nature des facteurs en cause dans l'éclosion de la crise suicidaire et leur réversibilité ; la demande d'aide formulée par le détenu (15).

Si un risque suicidaire est perçu, une prise en charge est proposée, graduée en fonction de l'intensité de la crise. La personne en crise suicidaire doit bénéficier d'une intervention dont la nature et le délai sont adaptés au degré de l'urgence (idées, intention, programmation du scénario).

Des objectifs peuvent être fixés à court terme avec le détenu, impliquant les partenaires de détention (surveillants, SPIP, direction...).

Dans les cas particulièrement difficiles, afin d'extraire le détenu du milieu carcéral, une hospitalisation (article D.398 du code de procédure pénale) pourra être décidée.

Des mesures conservatoires peuvent être décidées : doublage en cellule, surveillance particulière de la part du personnel pénitentiaire, délivrance quotidienne des traitements en lieu de soins... Il faudra informer le détenu de ces mesures.

Si la personne est à risque, mais n'est pas en crise suicidaire, prévenir consiste à agir sur les déterminants de la souffrance, pour lesquels une action est possible, afin d'éviter une évolution vers une idéation suicidaire. Ce sont, essentiellement :

- le traitement des troubles psychiques ;
- les actions qui visent à atténuer l'impact des pertes (liens familiaux, insertion sociale, travail...);
- la protection du détenu des risques qu'il court au sein de l'établissement en raison de la nature du délit ou du crime ;
- la prévention des dysfonctionnements qui pourraient augmenter sa souffrance et son désespoir.

Le suivi des demandes faites et des réponses apportées semble essentiel pour éviter une escalade dans la frustration et l'incompréhension.

E. CAS DES AUTOMUTILATIONS

Les automutilations, cicatrices de phlébotomies par exemple, sont très courantes en prison.

- Baron-Laforêt et Brahmy(19) expliquent que le corps à une place particulière en prison, c'est le dernier espace privé, l'espace d'autonomie. En effet, l'espace quotidien est partagé avec un autre, voire plusieurs autres, et l'espace intime se rétrécit, voire disparaît. On comprendra ce que cela peut avoir comme retentissement pour des personnalités aux limites floues.
- On distingue (20) :
 - Les ingestions de corps étrangers, fréquentes. Les récives sont nombreuses. Les objets ingérés peuvent être de toute nature. D'après les auteurs, le désir suicidaire y serait exceptionnel.
 - Les amputations volontaires, très rares. Elles peuvent avoir une valeur symbolique mais ne sont jamais réellement une conduite suicidaire.
 - Les piqûres septiques et les inclusions de corps étrangers.
 - Les phlébotomies ne mettent pratiquement jamais en jeu le pronostic vital mais peuvent avoir des conséquences fonctionnelles. Leur signification est variable.

Pour ces auteurs, les automutilations ont souvent une fonction utilitaire, c'est parfois la volonté de revendiquer quelque chose vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, un désir de voir réviser un procès. C'est aussi l'espoir d'être hospitalisé, d'échapper au quartier disciplinaire, d'être changé de cellule.

- Le Breton (21) explique que l'automutilation constitue un appel à l'aide dans l'impuissance d'agir sur la machinerie pénitentiaire ou judiciaire. Elle a également un rôle de rupture avec l'angoisse. La douleur, de même que la crainte des conséquences du geste sont court-circuitées par la trop vive souffrance. L'auteur voit dans ces pratiques un geste pour conjurer une souffrance diffuse en la fixant en un point précis et en la traduisant sous la forme d'une trace. On se fait mal pour avoir moins mal, pour reprendre le contrôle de son corps. Cela permet alors d'accéder à nouveau à sa propre existence par le biais de l'initiative de l'automutilation. Ces blessures sont exposées en prison, à la différence de ce qu'on observe à l'extérieur. Elles ont valeur de démonstration personnelle, le corps devient le lieu d'affirmation de soi pour des individus chez qui la parole est considérée comme secondaire. Dans certains cas, ce geste renverra à un chantage pour exercer un pouvoir sur les autres ou pour exercer une pression sur l'administration pénitentiaire ou judiciaire comme si le corps prenait la relève d'une parole qui n'a pas pu toucher l'interlocuteur.
- Pour Hewitt (22), l'automutilation apparaît comme le dernier recours pour être reconnu comme sujet et non plus seulement comme détenu. Elle provoque la rupture d'une routine mortifère.
- Enfin, Laurent Michel rappelle que cette auto-agressivité peut remplacer une hétéro-agressivité qui conduirait le patient à des sanctions disciplinaires et des allongements de peine. Dans un contexte de tension et d'isolement, les automutilations ont pour rôle d'évacuer des affects intolérables d'origine interne (trouble psychique, sevrage en toxiques...), ou externe (frustrations, séparations...). C'est l'usage qu'en font les détenus psychopathes.

L. Michel souligne que les automutilations sous-tendent un rapport au corps tel que sa mutilation entraîne un soulagement de la tension, ce qui fait craindre un risque de geste suicidaire plus important chez ces patients. Elles témoignent également d'une propension au passage à l'acte, facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire. Les détenus s'automutilant sont donc des sujets à risque de suicide et sans doute d'agression sur autrui. D'ailleurs, l'HAS repère les automutilations comme un signe de crise suicidaire et recommande la plus grande attention (16).

Au total, les automutilations ont des significations variables mais toutes doivent être évaluées par le psychiatre afin d'en déterminer les enjeux. Dans les populations carcérales où l'impulsivité, l'intolérance à la frustration et le recours aux passages à l'acte sont fréquents, elles peuvent avoir une valeur cathartique et un effet anxiolytique.

DEUXIEME PARTIE :
ENQUETE SUR LA FORMATION A LA PREVENTION DU SUICIDE
DES INTERVENANTS EN MILIEU CARCERAL

A. INTRODUCTION :

Le suicide donne à débattre de questions philosophiques et éthiques essentielles. C'est toujours un évènement douloureux, qui renvoie à la culpabilité des proches et à la responsabilité des personnes présentes et notamment des soignants.

Le nombre des suicides en prison augmente significativement depuis plusieurs années. Cette augmentation a conduit l'Administration Pénitentiaire et les Ministères de la Santé et de la Justice à se saisir du problème, en demandant notamment deux rapports ministériels dans les huit dernières années. Ces deux rapports, publiés en 2004 et en 2009, ont pour mission d'évaluer et de proposer un programme de prévention du suicide des personnes détenues. Ils concluent à une série de recommandations, dont un des axes principaux est la formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant en milieu pénitentiaire.

L'objectif de notre travail est d'étudier cette formation spécifique.

B. MATERIEL ET METHODES :

Description de l'étude : Nous avons défini la problématique ainsi : Faire un constat de l'application des recommandations ministérielles en ce qui concerne la prévention du suicide en milieu carcéral.

Afin de cibler cette problématique très large, nous avons réduit notre travail à l'étude de la formation du personnel, qui est un des points clés des recommandations ministérielles (TERRA 2004 et ALBRAND 2009). L'hypothèse de recherche étant que le personnel n'est pas formé spécifiquement à la prévention du suicide auprès des personnes détenues, malgré les différentes recommandations officielles.

Pour réaliser ce travail, nous avons donc réalisé une enquête transversale exploratoire de type qualitative, à l'aide d'un questionnaire (*Annexe 2*).

Choix de l'échantillon de population : Devant les difficultés administratives pour faire approuver un questionnaire en prison, nous avons choisi de nous concentrer sur un seul établissement : La Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

LA MAISON D'ARRET DE GRENOBLE-VARCES

La Maison d'Arrêt de Grenoble est entrée en service le 25 octobre 1972 et a remplacé la prison Saint-Joseph. L'établissement est situé sur la commune de Varces-Allières et Risset, à une dizaine de kilomètres de Grenoble.

Une maison d'arrêt reçoit les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Grenoble. Sa compétence est étendue aux juridictions limitrophes (Valence - Chambéry - Lyon) en fonction des nécessités des instructions ou des directives ministérielles.

La capacité d'accueil théorique est de 233 places (jusqu'à 300 détenus en pratique).

On y reçoit des hommes dans le quartier détention hommes majeurs, ainsi que des mineurs au niveau du quartier détention mineurs. (Construit en septembre 2005).

L'établissement est pourvu d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).

Le questionnaire a été distribué à la Maison d'arrêt de Grenoble - Varces, au mois de Juin 2012, à l'ensemble du personnel soignant travaillant à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et au SMPR, soit 33 personnes au total.

LE SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL DE VARCES

Le SMPR est rattaché à un pôle du Centre Hospitalier Alpe Isère (Pole Drac-Trièves), mais a un fonctionnement largement autonome.

Il est composé de quatre Unités Fonctionnelles :

➤ **1 Unité d'hospitalisation de jour :**

D'une capacité maximale de 20 places, pouvant accueillir dans sa dimension régionale des détenus venant des établissements pénitentiaires des départements de l'Isère, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de la Drôme et de l'Ardèche.

➤ **1 Unité C.S.A.P.A (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) :**

Regroupant les suivis des détenus présentant des addictions.

➤ **1 Unité de « consultations ambulatoires » en grande détention :**

Accueil des « entrants »

Lieu d'écoute infirmier

Distribution des traitements de substitution

Consultations psychiatriques, psychologiques et infirmières

Prise en charge des mineurs au Quartier Mineur

➤ **1 Unité orientée vers la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles**

*De plus, lorsque la clinique le justifie, les différents professionnels peuvent proposer une **prise en charge en « postpénal »**, soit dans les structures médico-sociales accueillant les sortants de prison, type C.H.R.S. ou Placement Extérieur ; Soit sur le C.M.P. de secteur dans lequel des locaux sont mis à disposition.*

Ce questionnaire a également été proposé au personnel pénitentiaire de la Maison d'arrêt, soit 114 agents (Direction, et Service d'Insertion et de Probation inclus) au mois de Juin 2012.

Description de l'outil choisi : Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation, comprenant des items d'épidémiologie, de connaissances, de description des pratiques. Il est présenté sous forme papier.

Un courrier accompagne le questionnaire, explicitant le sujet de notre travail.

Modalités de prise de contact : Nous avons présenté oralement le questionnaire aux équipes de l'UCSA et du SMPR, puis il a été distribué par courrier interne, de façon nominative, à l'ensemble du personnel.

En ce qui concerne le personnel pénitentiaire, le questionnaire n'a pas été présenté, mais la directrice de l'établissement a fait passer une note interne annonçant la diffusion du questionnaire et autorisant les agents à y répondre. Il a également été distribué par le courrier interne, de façon nominative.

Le recueil des réponses s'est fait grâce à une urne de retour, placée à l'UCSA.

Méthode d'évaluation : Toutes les données ont été analysées avec le logiciel SPSS (Statistical Package Social Sciences) version 11.0. Un niveau de significativité à $p < 0.05$ a été fixé. Le questionnaire était structuré en partie en réponses fermées (Oui/Non) et en partie en réponses ouvertes. Les variables construites étaient de trois types :

- A) Variables continues : âge et ancienneté
- B) Variables dichotomiques
- C) Variables catégorielles avec des multiples réponses

L'analyse des données consistait en deux parties :

- 1) Analyses descriptives : Une description de l'échantillon (caractéristiques personnelles) et des fréquences des réponses (demande à double choix ou multiples) a été produite à travers l'utilisation de la moyenne et de la déviation standard pour les variables continues, et de la fréquence, mode et médiane pour les variables dichotomiques et catégorielles.
- 2) Analyses univariées : Des mesures d'association entre les différentes variables catégorielles ont été recherchées avec le Test du Chi². Certaines associations entre des variables catégorielles et les deux variables continues ont été recherchées avec le T test pour échantillons indépendants.

La correction de Bonferroni n'a pas été appliquée aux analyses post hoc car il s'agissait d'analyses dans le cadre d'une étude exploratoire.

C. RESULTATS :

1/Analyse Globale

Nous avons obtenu 31 réponses soit un taux de participation de 21,1%.

La participation était inégale entre les deux groupes soignants et surveillants, puisque nous avons reçu 25 réponses de soignants, soit 75,8% de participation dans ce groupe, contre 7 réponses d'agents pénitentiaires (6,1%).

2/ Facteurs Epidémiologiques

L'Age moyen du personnel travaillant à la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces était de 39,3ans. L'ancienneté moyenne était de 6 ans et 8 mois (80 mois).

En ce qui concerne le groupe des soignants, l'âge moyen était de 38,2 ans, avec une ancienneté moyenne de 5 ans (60 mois) (**Tableau 3**).

L'âge moyen chez les surveillants était de 43,3 ans, avec 13 ans et 7 mois d'ancienneté à la Maison d'Arrêt (163 mois).

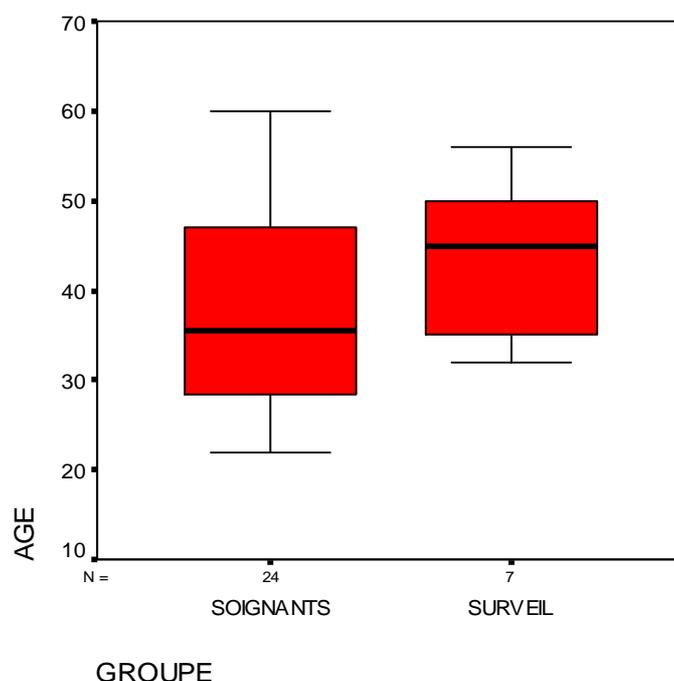


Tableau 3 : Moyenne d'âge du personnel de la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces

On retrouvait dans notre échantillon 48,4% de femmes et 51,6% d'hommes.
L'échantillon contenait 22,6% de médecins.

3/ Formation :

41,9% des personnes avait reçu une formation à la prévention du suicide en milieu carcéral. Parmi ces personnes, il s'agissait d'une démarche personnelle dans 30,8% des cas, et d'une formation proposée par l'établissement pénitentiaire dans 92,3% des cas.

Le type de formation était la « formation prévention du suicide en milieu carcéral » dans 76,9% des cas, et avait été reçue entre 1998 et 2012.

51,6% des personnes interrogées ne ressentaient pas de besoin de formation complémentaire.

- Ce résultat varie significativement en fonction du groupe soignant ou surveillant ($p=0,11$). En effet 70% des soignants ressentaient un besoin de formation complémentaire, alors que dans le groupe des surveillants, seulement 14,3% ressentaient ce besoin (**Tableau 4**).
- On observait également une tendance en fonction de la profession médicale ou non médicale. 71,4% des médecins ne ressentaient pas de besoin de formation complémentaire, alors que dans les professions non médicales, il n'y avait que 35% des personnes qui ne ressentaient pas de besoin de formation complémentaire.

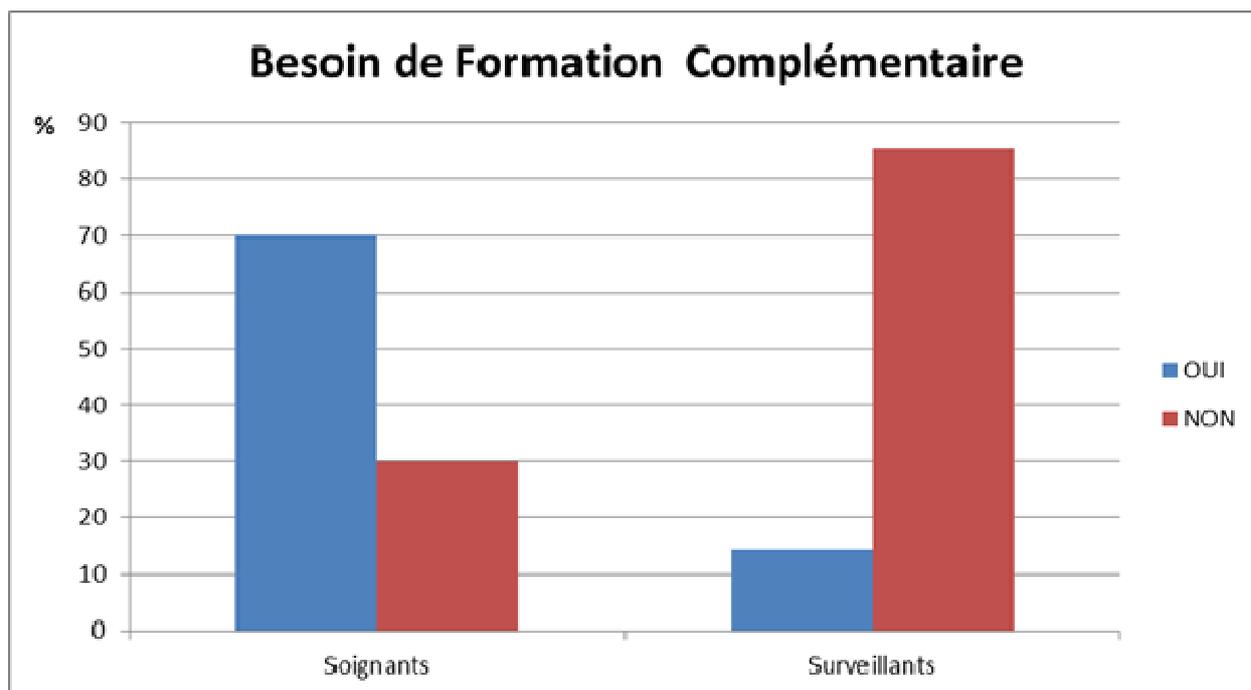


Tableau 4 : Besoin de Formation Complémentaire en fonction du groupe

En termes d'action de prévention, 22,6% participaient à la Commission Pluridisciplinaire de Prévention du Suicide, et 90,3% réalisaient des entretiens individuels.

A propos des recommandations ministérielles sur la prévention du suicide en milieu carcéral, 51,6% des personnes ne les connaissaient pas, et seulement 9,7% savaient si elles étaient appliquées à la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

- Il existe une différence significative ($p=0,048$) chez les personnes qui ont reçu une formation spécifique : 69,2% des personnes ayant reçu une formation connaissent les recommandations, alors qu'elles sont connues de seulement 33,3% des personnes n'ayant pas eu de formation spécifique (**Tableau 5**).
- La connaissance de ces recommandations varie également de manière significative ($p=0,003$) en fonction du groupe soignant ou surveillant.

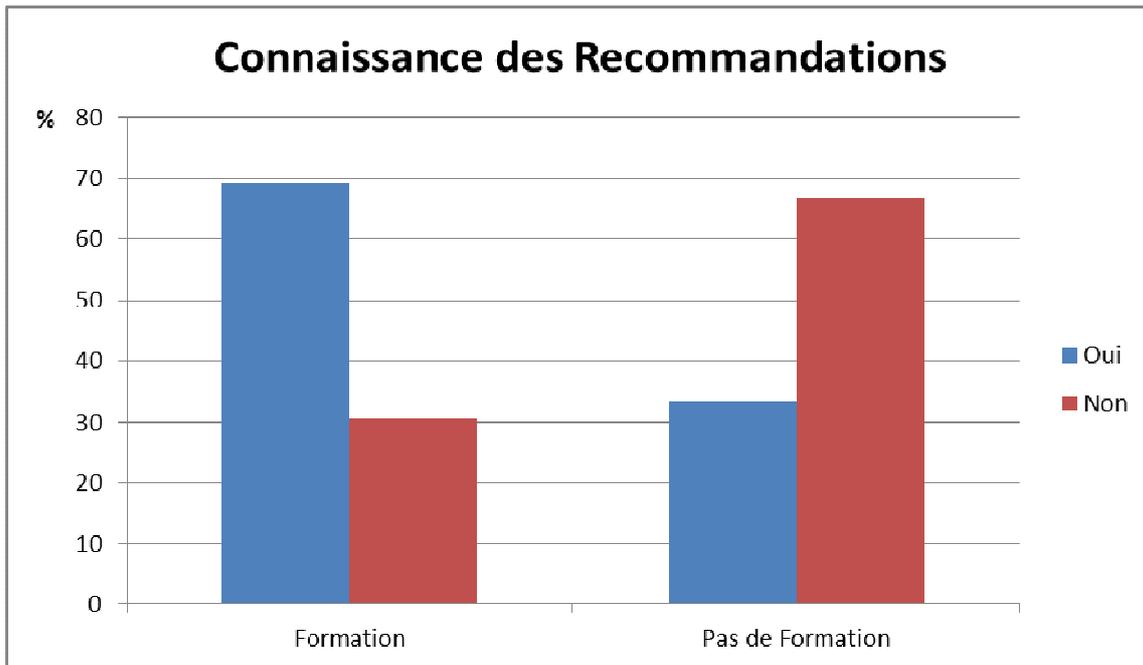


Tableau 5 : Connaissance des Recommandations en fonction de la formation

Au total, à la question « Vous sentez-vous bien formés en tant qu'acteurs de la prévention du risque suicidaire? » 51,6% répondaient « non ».

- Ce résultat varie significativement ($p=0,025$) en fonction du groupe. En effet, 62,5% des soignants disaient ne pas se sentir bien formés, alors qu'il n'y avait que 14,3% des surveillants qui ne se sentaient pas bien formés (*Tableau 6*).
- Le fait d'avoir reçu une formation spécifique fait également varier de manière significative ce résultat ($p=0,048$) : 69,2% des personnes ayant reçu une formation se sentaient bien formés pour agir en terme de prévention du suicide, alors que chez les personnes n'ayant pas reçu de formation spécifique, 33,3% se sentaient bien formés pour prévenir le suicide en milieu carcéral (*Tableau 7*).

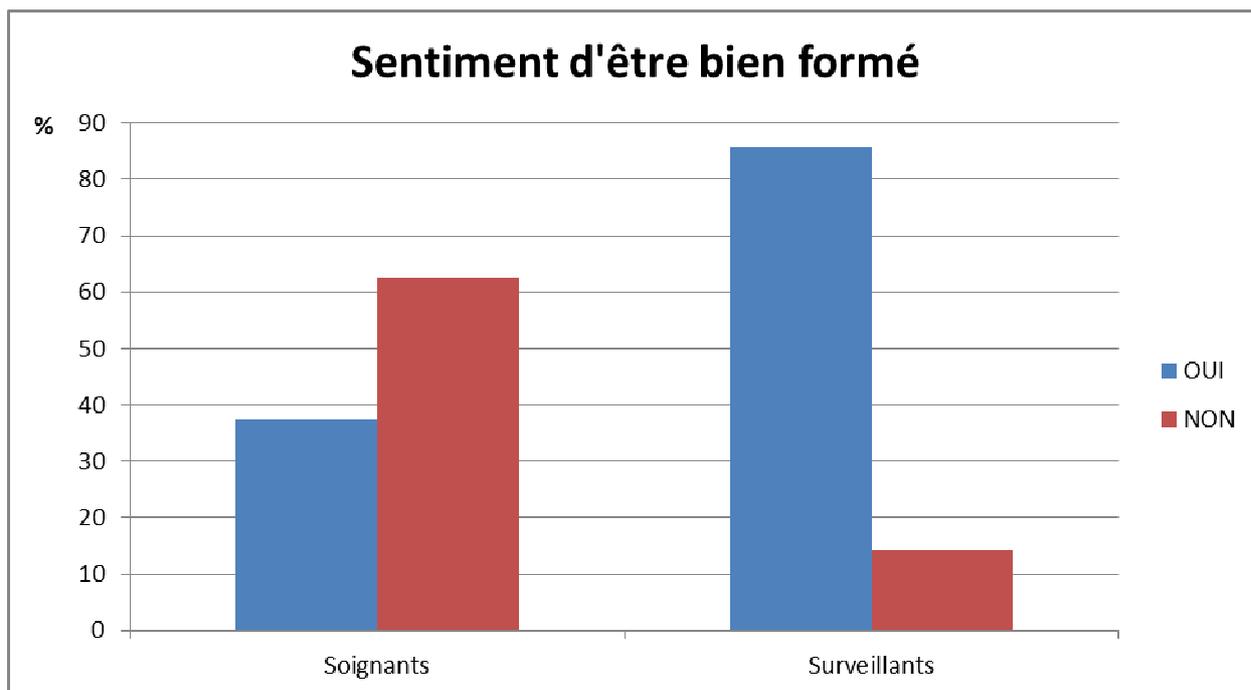


Tableau 6 : Sentiment d'être bien formé en fonction du groupe

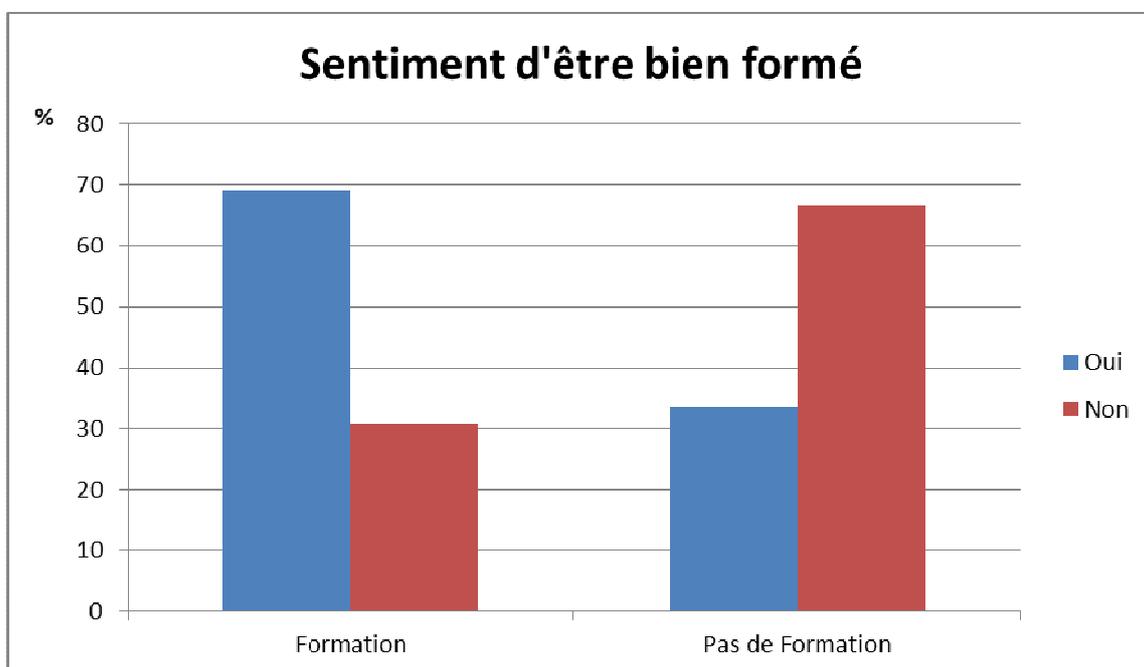


Tableau 7 : Sentiment d'être bien formé en fonction de la formation

4/ Facteurs de risque de suicide

- En fonction du milieu socioprofessionnel : 25,8% ont répondu que l'isolement socioprofessionnel était un facteur de risque de suicide.
- En fonction du statut pénal : 38,7% ont répondu que le fait d'être incarcéré pour la première fois (primaire) était un facteur de risque de suicide.
- En fonction de l'infraction : 29% ont répondu que le fait d'avoir commis des violences sexuelles était un facteur de risque de suicide.
- En fonction des antécédents : 12,9% ont cité les addictions comme facteur de risque.
45,2% ont cité le fait d'avoir un antécédent psychiatrique, dont : 16,1% ont cité la dépression, 6,5% une psychose, et 6,5% un trouble de personnalité ; 16,1% n'ont pas précisé de diagnostic psychiatrique.
- 9,7% des répondants pensaient que le fait que le patient n'exprime pas de demande est un facteur de risque de suicide (**Tableau 8**).

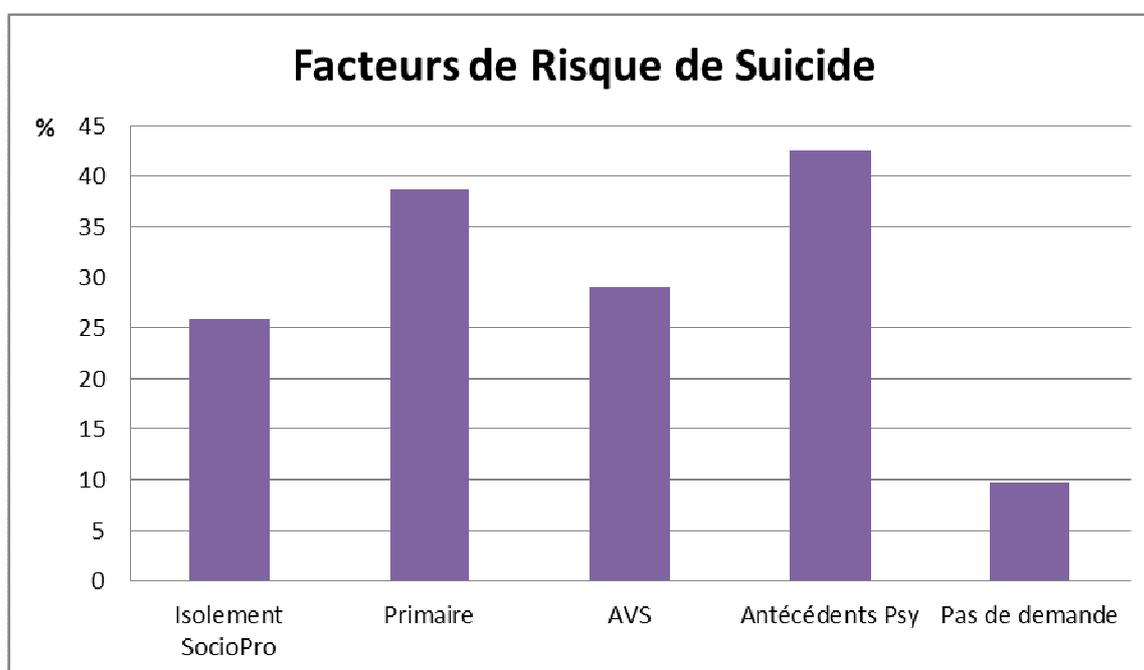


Tableau 8 : Facteurs de risque de Suicide

- Les facteurs de risque de suicide étaient mieux connus chez les personnes ayant reçu une formation ($p=0,036$). En effet, on retrouvait 76,9% de bonnes réponses (établies en fonction des données épidémiologiques connues) chez les personnes ayant reçu une formation, contre 38,9% de bonnes réponses chez les personnes n'ayant pas reçu de formation spécifique (*Tableau 9*).

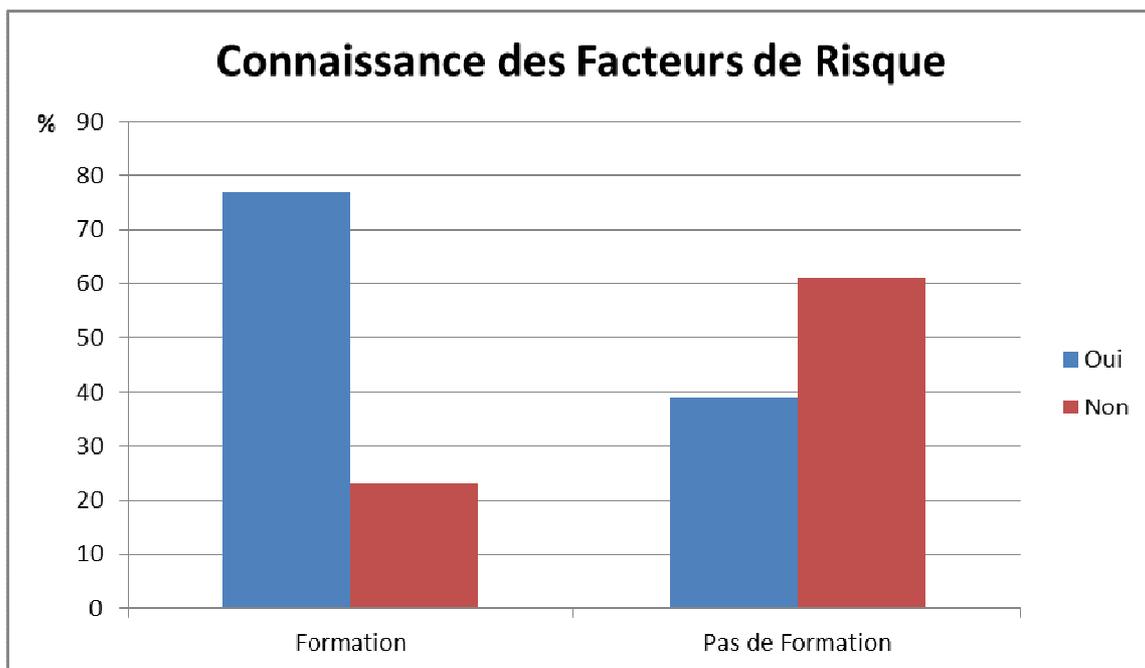


Tableau 9 : Connaissance des facteurs de risque de suicide en fonction de la Formation

5/ Périodes à Risque

61,3% des personnes citaient le début d'incarcération comme période la plus à risque de passage à l'acte suicidaire.

16,1% avaient également cité la sortie de prison comme période à risque.

41,9% citaient la période du procès comme période à risque de suicide. Il y avait autant de réponses précisant l'avant ou l'après procès (9,7%).

Certaines personnes ont précisé la saison la plus à risque de suicide selon eux : 9,7% ont cité l'automne, et 9,7% les fêtes de Noël.

Enfin 12,9% ont cité l'annonce d'une mauvaise nouvelle, 9,7% les dates anniversaire, et 9,7% les périodes de surpopulation dans la Maison d'arrêt (*Tableau 10*).

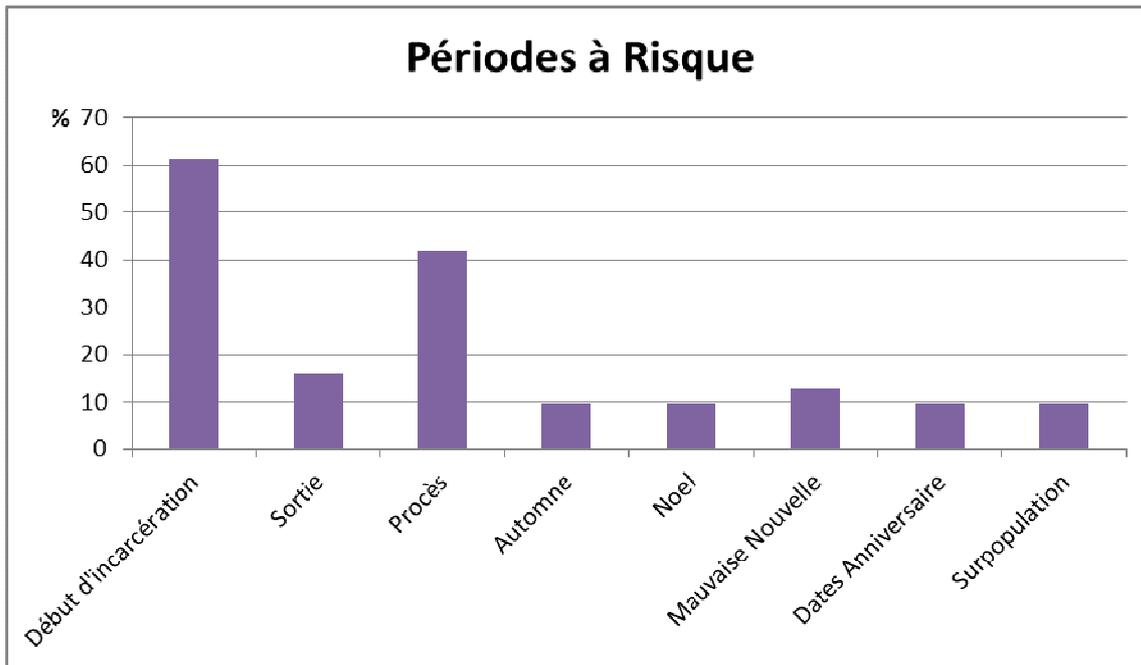


Tableau 10 : Périodes à risque de Suicide

6/ Moyen de Suicide

80,6% ont répondu que le moyen de suicide le plus utilisé était la pendaison. 16,1% ont répondu que c'était l'ingestion médicamenteuse volontaire, et 3,2% la phlébotomie.

7/ Points faibles et points forts de la Maison d'arrêt en matière de prévention du suicide

Points faibles :

32,3% pensaient que les points faibles concernaient le manque de personnel, et 32,3% pensaient qu'ils se situaient plutôt au niveau de l'organisation des soins. 19,4% avançaient les problèmes de surpopulation carcérale, et 16,1% soulevaient le manque de formation.

- La différence est significative ($p=0,006$) selon le fait d'avoir reçu une formation spécifique ou non. En effet, les personnes formées évoquaient plutôt la surpopulation carcérale (46,2%) et jamais le manque de formation (0%) comme point faible sur la prévention du suicide. Au contraire les personnes qui n'ont pas été spécifiquement formés n'évoquaient pas du tout la surpopulation (0%), mais plutôt des problèmes organisationnels (33,3%), de manque de personnel (38,9%), ou de manque de formation (27,8%) (**Tableau 11**).
- On retrouve également une différence significative ($p=0,028$) dans les points faibles cités en fonction du groupe soignant ou surveillants. Les surveillants évoquaient plutôt la surpopulation carcérale (57,1%), et jamais le manque de formation (0%). Les soignants citaient plutôt le manque de personnel (37,5%), des problèmes d'organisation des soins (33,3%), et le manque de formation (20,8%) (**Tableau 12**).

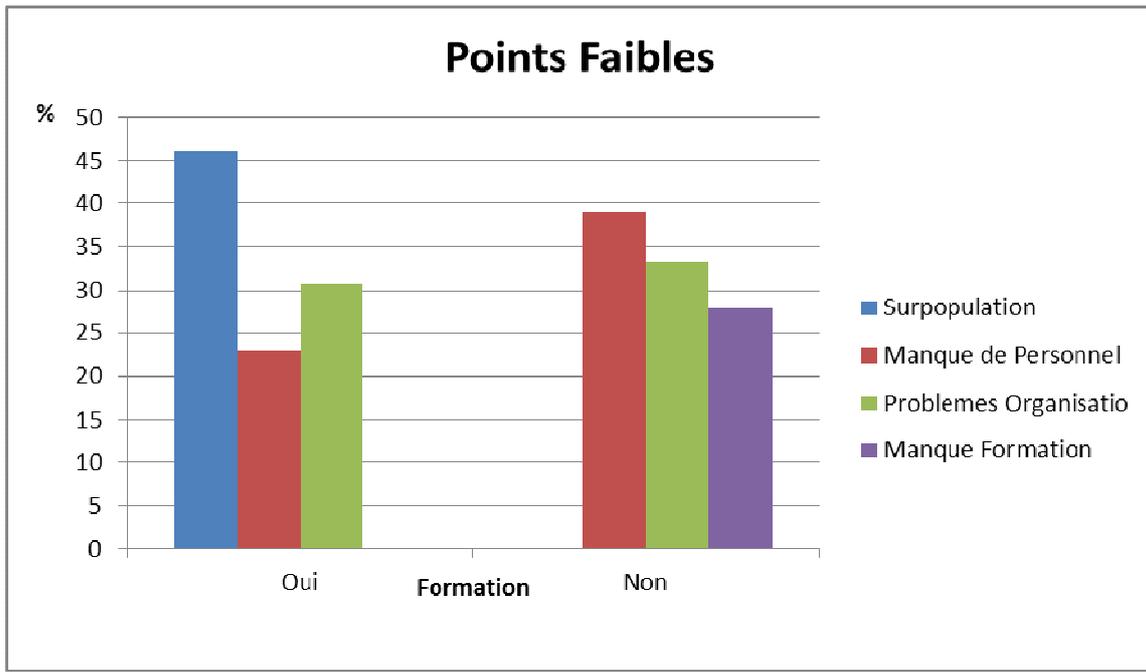


Tableau 11 : Points Faibles évoqués par le personnel selon le fait d’avoir reçu ou pas une formation spécifique

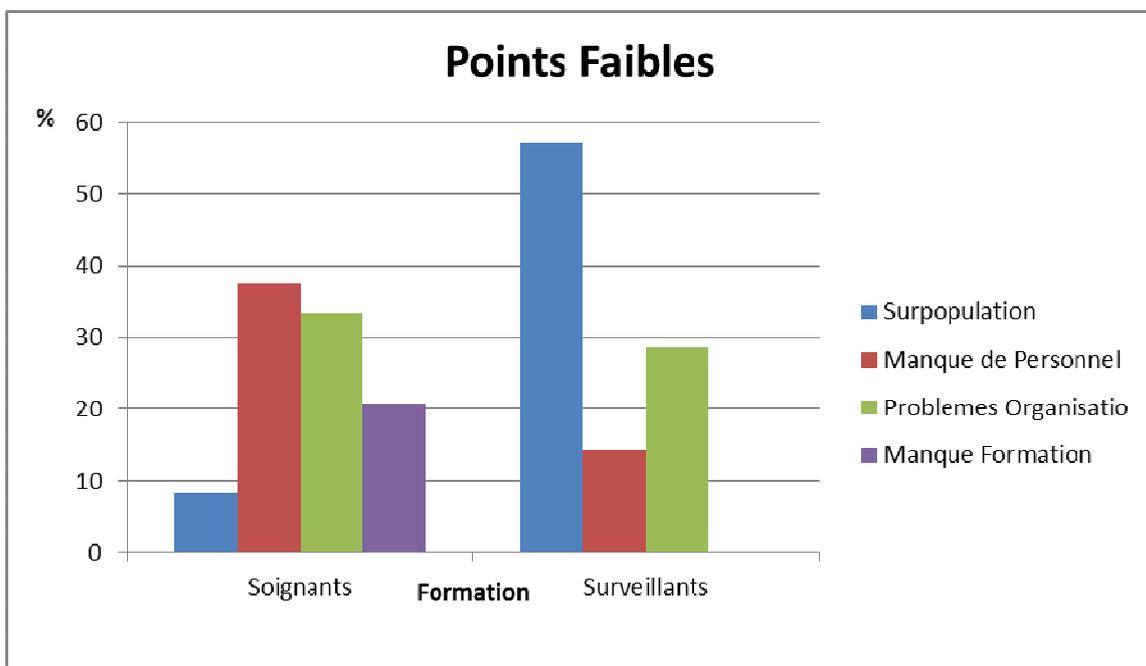


Tableau 12 : Points Faibles évoqués en fonction du groupe d’appartenance soignants ou surveillants

Points forts :

71% trouvaient que les points forts étaient au niveau clinique : consultation psychiatrique à l'arrivée, bonne présence soignante...

29% situaient les points forts au niveau institutionnel : commission prévention suicide, quartier arrivant, facilité de signalement...

8/ Postvention

En ce qui concerne la postvention, c'est-à-dire l'ensemble des actions mises en place après un suicide pour soutenir les personnes qui sont intervenues, près de la moitié (48,4%) ne connaissaient pas ce type d'action.

6,5% pensaient que ce n'était pas nécessaire, 29% que ce système était insuffisant, et 16,1% qu'il était bon.

9/ Place des familles

Les familles ont un rôle de visite et de soutien des détenus pour 41,9% des personnes interrogées. Elles devraient être un interlocuteur privilégié de l'AP pour 19,4% des personnes, afin de participer à la prévention du risque suicidaire.

- Il existe une différence significative ($p=0,011$) entre les réponses des professions médicales et non médicales.

10/ Rôle de l'hôpital psychiatrique

Lorsqu'on demandait quel était, selon leur expérience, le rôle de l'hôpital psychiatrique dans le système de prévention du suicide, 32,3% ne savaient pas, et 29% pensaient au rôle d'hospitalisation des détenus, rôle important pour 19% des répondants.

Au contraire, 9,7% trouvaient que le rôle joué par l'hôpital était insuffisant.

Enfin 9,7% pensaient au rôle de formation du personnel.

- On retrouve une différence significative ($p=0,046$) en fonction de la profession médicale ou non médicale. En effet, 28,6% des médecins trouvaient que le rôle de l'hôpital psychiatrique était insuffisant, et seulement 4,2% des professions non médicales.

11/ Rôle de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA)

32,3% des répondants ne savaient pas quel est le rôle de l'UHSA dans la prévention du suicide en prison, et 6,5% pensaient qu'il n'a aucun rôle.

32,3% pensaient que les délais actuels d'hospitalisation ne permettaient pas à l'UHSA d'être efficace.

Enfin, 29% trouvaient que l'UHSA était une bonne aide dans les moyens de prévention du suicide.

12/ Question du codétenu

83,9 % pensaient que les détenus ont un rôle de protection les uns envers les autres en terme de prévention du suicide.

Cependant, lorsqu'on demandait si ce rôle devrait être formalisé par la désignation d'un codétenu de soutien, 73,1% des personnes ayant répondu oui à la première question, répondaient par la négative.

D. DISCUSSION :

1/ Analyse globale

Le taux de réponse chez les soignants est très bon.

A l'inverse, le taux de réponse chez les surveillants est très faible, très largement inférieur aux taux de réponses classiques en population générale. S'agit-il d'un désintérêt pour le problème du suicide? Est-ce le témoignage d'une angoisse de répondre à un questionnaire émanant de la psychiatrie ? A l'évidence, c'est un reflet des difficultés pour les deux institutions à travailler ensemble. On peut également faire l'hypothèse que le groupe des surveillants n'a pas eu envie de témoigner de ses propres dysfonctionnements ou lacunes de formation.

Enfin, on peut penser qu'il aurait peut-être fallu plusieurs relances afin d'obtenir une mobilisation plus importante du personnel pénitentiaire.

Cependant, quelques-unes des réponses aux questionnaires nous ont interpellés de la part des gardiens de prisons, dont la fonction implique une dimension sociale, de prévention et de réinsertion. En effet, même si elles sont sporadiques, ces réponses témoignent d'un manque de sensibilité, et d'une mauvaise perception du problème du suicide.

Ainsi, on peut se demander si cette représentation différente de celle des soignants ne pourrait pas être un obstacle à la formation pluriprofessionnelle à la prévention du suicide, recommandée par les rapports.

Du fait de ce taux de participation très faible, tous les résultats comparant les deux groupes soignants et surveillants sont à nuancer.

2/ Facteurs épidémiologiques

En moyenne, le personnel a plusieurs années d'expérience du travail en milieu carcéral. On constate qu'il y a autant d'hommes que de femmes, même si la répartition est inégale, avec plus de femmes chez les soignants et plus d'hommes chez les surveillants.

3/ Formation

Moins de la moitié du personnel a reçu une formation spécifique à la prévention du suicide en milieu carcéral.

Nous sommes loin de l'objectif du plan TERRA(12) de former l'ensemble des professionnels et bénévoles intervenants auprès des personnes détenues.

Le premier palier quantitatif de ce plan était de faire en sorte que dans chaque établissement, chaque arrivant, ait la chance de rencontrer au moins un intervenant formé, et que l'établissement dispose, avec ses partenaires sanitaires, sociaux et autres, d'une masse critique suffisante pour avoir une organisation d'intervenants de première, de deuxième et de troisième ligne. Cet objectif était visé pour fin 2005. On peut se demander, avec 41,9% de personnes formés à la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces, si cet objectif intermédiaire a été atteint.

Fin 2008, la Direction de l'administration pénitentiaire a fait un bilan global de la formation. Elle évaluait à 12 500 le nombre de personnels formés à la prévention du suicide depuis 2004, mais il restait encore près des 2/3 des professionnels pénitentiaires à former (13).

D'après les résultats du questionnaire, une partie des personnes formées ressent un besoin de formation complémentaire. On constate également dans ces résultats que certaines des personnes formées l'ont été il y a plus de 10 ans (1998). On peut supposer que ce sont ces personnes-là qui auraient besoin d'un rappel de formation.

C'est ce que propose le Dr Albrand dans son rapport(13) : Prévoir un rappel annuel des bonnes pratiques d'évaluation du potentiel suicidaire.

22,6% du personnel participe à la Commission de Prévention du Suicide. A la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces, celle-ci se réunit une semaine sur deux. Elle est composée d'un membre de la direction, des gradés responsables des étages, d'un représentant du SPIP, et d'un médecin représentant le SMPR. Le plus souvent, le représentant de l'UCSA donne son avis sur papier mais ne se déplace pas. Cette réunion comprend donc cinq personnes qui se sentent concernées par la problématique, ou qui ont été désignées. L'objet de la réunion est de passer en revue la liste des détenus étant placés sous surveillance spéciale, afin de décider si celle-ci est levée ou maintenue, et de signaler ceux qui en ont besoin.

On peut s'interroger sur l'intérêt de retrouver toujours les mêmes personnes à cette réunion. En effet, on pourrait imaginer que la participation d'un plus grand nombre de personnes irait en faveur d'une sensibilisation plus importante du personnel.

Les recommandations ministérielles sont mieux connues chez les personnes ayant reçu une formation spécifique, bien qu'il y ait un tiers des personnes formées qui ne les connaissent pas.

Au total, la moitié du personnel a le sentiment de ne pas être bien formé pour agir en termes de prévention du suicide. Ce chiffre est moins important chez les surveillants : Sont-ils mieux formés ou ont-ils moins l'habitude d'analyser leur propre pratique ?

4/ Facteurs de risque de suicide

Malgré ce sentiment mitigé concernant leur formation, on remarque que les facteurs de risque de suicide en milieu carcéral sont relativement bien repérés : Les antécédents psychiatriques sont notés, la primo-incarcération est citée, même s'il s'agit en fait du statut plus général de prévenu qui est un facteur de risque. Le fait que les auteurs d'infraction à caractères sexuels se suicident plus semble également connu.

Cependant, en ce qui concerne l'entourage, on sait que le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque au moment de l'écrou, qui peut s'expliquer par le

sentiment de déprivation qu'il entraîne. Cet élément semble moins bien repéré comme facteur de risque par les intervenants.

Enfin, 10% cite le fait que le patient n'ait pas de demande, ou n'exprime pas clairement ses idées suicidaires, comme facteur de risque. Or c'est au professionnel de rechercher systématiquement ces signes, et on sait que poser directement les questions sur les idées et le scénario suicidaire n'augmente pas le risque de passage à l'acte. Au contraire, les personnes qui n'ont pas d'idéation suicidaire diront qu'ils n'en sont pas là, et ils sauront que si un jour ils pensent au suicide, ils pourront en parler à cet intervenant. De plus, les personnes en crise suicidaire seront soulagées de pouvoir partager le fardeau de telles pensées (12).

5/ Périodes à risque

Les périodes les plus à risque de passage à l'acte suicidaire sont également bien repérées par le personnel, notamment le début d'incarcération, avec la notion de choc carcéral. La période du procès est également connue, même si le risque suicidaire semble plus élevé avant le procès, par l'appréhension du jugement et l'incertitude de la durée de la peine.

La période de la sortie de prison est un peu moins bien reconnue.

Les autres résultats concernent ensuite les variations saisonnières, ou les événements individuels (mauvaise nouvelle, anniversaire), qui existent mais sont moins importants.

A noter, qu'aucune personne n'a évoqué la période de mise en quartier disciplinaire, qui entraîne pourtant un risque de suicide majeur, avec une sur-suicidité multipliée par sept par rapport au régime de détention normal.

6/ Moyen de suicide

Le moyen de suicide le plus utilisé en prison est connu. Il s'agit de la pendaison, dans plus de 90% des cas.

Cependant, devant des chiffres aussi caricaturaux, on pourrait s'attendre à ce que la totalité des personnes citent ce moyen-là en première réponse.

7/ Points faibles et points forts de la Maison d'arrêt en matière de prévention du suicide

Pour connaître les points faibles, les points forts, l'importance de la notion de postvention et la place des familles dans le système de prévention, il faut connaître les recommandations.

En effet, par rapport à ces recommandations, le personnel aurait pu citer :

- La limitation de l'accès aux moyens du suicide, avec, par exemple, la suppression des potences de télévision et la réduction des points permettant l'arrimage d'un lien : Quels moyens ont-été mis en place à Grenoble ?

- L'aménagement de cellules sécuritaires et l'étude de leur disposition afin qu'il soit possible d'exercer une surveillance : Mise en place à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces depuis Juillet 2011.
- Les actions portant sur les conditions de vie des personnes détenues et la promotion de la santé. D'un côté, ce sont les actions positives pour préserver leur dignité, favoriser leur réinsertion par le maintien des liens familiaux, par la formation, le travail et par la construction d'un projet. D'autre part, ce sont toutes les actions pour prévenir les dysfonctionnements qui peuvent susciter des souffrances inutiles, de la méfiance, de la dévalorisation, de la colère et à terme du désespoir.
- Les relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire : Qu'en est-il ? Quels moyens pour analyser les pratiques ?
- La surveillance spéciale pour risque de suicide, qui doit être complétée dans tous les cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection. En effet, la participation active de la personne est essentielle pour trouver les causes de sa souffrance, trouver les solutions qui peuvent diminuer sa détresse et lui donner le goût de se protéger. Les mesures passives de protection, c'est-à-dire sans la participation de la personne, ou les mesures imposées, sont des solutions de dernier recours. Elles peuvent être perçues comme un manque de confiance et comme blessantes et inutiles (12).
- La commission de Prévention du Suicide.

8/ Postvention

La postvention comprend une série d'actions spécifiques auprès de l'entourage de la personne décédée, des personnes qui ont découvert la scène et porté secours, des professionnels, des bénévoles et des détenus qui avaient un lien avec elle. Il s'agit aussi de limiter au mieux le phénomène du suicide par imitation. Tout établissement devrait disposer d'un programme préétabli de postvention.

Elle inclut la façon dont on annonce le décès, dont on en parle et dont les médias le relatent.

Le fait que la moitié du personnel ne connaisse pas ce type d'action peut s'expliquer par le faible nombre de suicide à la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces depuis plusieurs années.

9/ Place de Familles

Les réponses concernant la place des familles dans la prévention du suicide vont dans le sens des recommandations, qui visent à favoriser les échanges d'informations avec les familles et proches des personnes détenues.

10/ Rôle de l'Hôpital Psychiatrique et de l'UHSA

Les questions sur le rôle de l'hôpital psychiatrique, de l'UHSA, et la question du codétenu de soutien plutôt à titre consultatif et ne concernent pas la formation.

On constate que les rôles de l'hôpital psychiatrique et de l'UHSA ne sont pas bien définis pour le personnel.

Ils notent toutefois que le rôle joué est insuffisant, et que les délais d'admission sont parfois trop long par rapport à l'urgence d'une situation clinique.

11/ Question du Codétenu

Le rôle de protection des détenus les uns envers les autres est communément admis.

Cependant, la quasi-totalité du personnel pense que la formalisation de ce rôle n'est pas envisageable. La principale raison citée est la responsabilité trop lourde à porter pour le codétenu.

Dans les recommandations, la formation des détenus aux gestes de premiers secours est reconnue comme valorisante pour les détenus. Sur le même principe, l'intervention du codétenu en cas de crise suicidaire accroît le potentiel de prévention au sein de l'établissement.

Le rapport TERRA(12) propose l'expérimentation de la formation de codétenus dans des sites pilote selon l'exemple d'autres pays (détenus confidentiels) pour évaluer l'opportunité d'une extension plus large.

Au total, huit ans après le rapport TERRA, qui fait référence en terme de programme de prévention du suicide en milieu carcéral, on constate que l'un des axes principaux de ses recommandations n'est pas suivi. En effet, moins de la moitié du personnel a été formé spécifiquement à la prévention du suicide en milieu carcéral, et parmi les personnes formées, certaines se sentent mal formées. Cependant, on constate que les données épidémiologiques telles que les facteurs de risque de suicide, les périodes à risque et les moyens de suicide utilisés sont bien connues.

Il serait intéressant de pouvoir élargir cette enquête sur la formation du personnel à l'ensemble des établissements pénitentiaires français, mais également d'étudier la mise en place de chacune des recommandations sur le territoire.

La formation (*Annexe 3*) a pour but d'insister sur les facteurs de risque afin de permettre un meilleur dépistage et un meilleur traitement de la dépression et des autres troubles psychiques. Elle a pour objectif d'améliorer les compétences de l'ensemble des différents intervenants auprès des détenus pour repérer et intervenir en cas de crise suicidaire.

Elle comprend des aspects théoriques et pratiques sous forme de jeux de rôles préétablis et adaptés aux crises suicidaires survenant en milieu pénitentiaire.

Les personnes formées doivent être capables de proposer le plus tôt possible une intervention qui vise à :

- repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades ;
- conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- évaluer l'urgence, c'est-à-dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
- intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

CONCLUSION

Thèse soutenue par : Caroline FARRUGIA

Titre : Le suicide en milieu pénitentiaire ; Etat des lieux et enquête préliminaire sur la formation du personnel

Conclusion :

Le suicide est un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque, que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne, en population générale comme en milieu carcéral.

(Euvrer à sa prévention est capital, et cela suppose de décrypter les facteurs de risque et les facteurs précipitants dans les différentes populations concernées.

En ce qui concerne les suicides dans les prisons, l'Administration Pénitentiaire et les Ministères de la Santé et de la Justice sont mobilisés depuis de nombreuses années. Ils ont notamment commandés deux rapports ces huit dernières années.

Ces rapports proposent un programme complet de prévention, qui insiste en particulier sur la formation de l'ensemble des personnes intervenant en prison, afin de mieux détecter les détenus à risque, et de mieux les protéger.

C'est cette formation du personnel que nous avons tenté d'étudier à travers notre questionnaire.

Les résultats de notre enquête confirment l'hypothèse de départ du manque de formation spécifique des personnes intervenant en prison. En effet, moins de la moitié du personnel a reçu cette formation. De plus, certaines personnes y ont assisté il y a plus de dix ans, et aurait besoin d'un rappel de formation. Au total, la moitié du personnel ressent un besoin de formation complémentaire, et ne se sent pas bien formé en tant qu'acteur de la prévention du suicide.

Cependant, les réponses données concernant les données épidémiologiques sont rassurantes. En effet, les facteurs de risques de suicide et les périodes les plus à risque sont repérés par les intervenants. De même, les moyens de suicide les plus utilisés sont connus.

Les réponses sont plus approximatives à propos des points faibles et points forts de la Maison d'arrêt de Grenoble-Varces sur la prévention, ainsi que sur les actions de postvention et la participation des familles. En effet, ces réponses nécessitent de connaître les recommandations ministérielles et de pouvoir comparer l'établissement pénitentiaire vis-à-vis de la mise en place de ces propositions d'actions.

A total, huit ans après le rapport TERRA, qui fait référence en terme de programme de prévention du suicide en milieu carcéral, on constate que lorsqu'on étudie la mise en place d'un des axes principaux de ses recommandations – la formation des intervenants – les objectifs prédéfinis ne sont pas atteints.

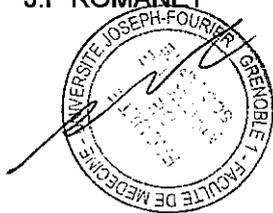
Il serait intéressant de pouvoir élargir cette enquête à l'ensemble des établissements pénitentiaires français, mais également d'étudier la mise en œuvre de chacune des différentes recommandations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 24/9/2012

LE DOYEN

J.P ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR BOUGEROL

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the thesis president, Professor Bougerol.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Le suicide en prison: mesure, dispositifs de prévention, évaluation. Juillet 2010.
2. Circulaire du 12 Novembre 1991 de la Direction de l'Administration Pénitentiaire à destination des directeurs régionaux et des chefs d'établissement. Novembre 1991.
3. Décret no 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Octobre 1994.
4. Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Internet: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974071736/index.shtml>
5. Circulaire JUSE 9840034C du 29 Mai 1998. Mai 1998.
6. Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral. Février 1999.
7. La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions. Internet: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004000190/index.shtml>
8. Ministère de la Justice. Le guide du détenu arrivant. 1999.
9. Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires ; évaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires. Janvier 2001.
10. Stratégie nationale de lutte contre le suicide 2000-2005 annoncée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne. Septembre 2000.
11. Circulaire NOR JUSE 02 400 75C/Santé-DGS 2002/258 du 26 avril 2002. Avril 2002.
12. TERRA J-L. Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Internet: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000724/index.shtml>
13. ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. Internet: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000387/index.shtml>
14. BARON-LAFORET S. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels. INSERM.
15. MICHEL L, BRAHMY B, DELBOS V, CANETTI C. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France; 2005.
16. Conférence de Consensus. La Crise Suicidaire; Reconnaître et prendre en charge; Octobre 2010.
17. BOURGOIN N. Le Suicide en Prison. Editions L'Harmattan; 1994.
18. Département de santé et mentale et toxicomanies de l'OMS. La prévention du suicide : indication pour le personnel pénitentiaire. 2002.
19. BARON-LAFORET S, BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. EMC. 1998.
20. VACOLA G, GAYDA M. Les conduites suicidaires en milieu carcéral. Actualités Psychiatriques. 1983.

21. LE BRETON D. La Peau et la Trace : Sur les blessures de soi. Internet:
<http://verdamilio.net/tonio/spip.php?article842>
22. HEWITT K. Mutilating The Body: Identity In Blood And Ink. University of Wisconsin Press; 1997.
23. BERNHEIM J-C. Les suicides en prison. Méridien (Editions du); 1987.
24. JOURDAIN A, BATT-MOILLO A. Le suicide et sa prévention : Emergence du concept, actualité des programmes. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2005.
25. SHEA S-C, TERRA J-L, SEGUIN M. Evaluation du potentiel suicidaire : Comment intervenir pour prévenir. Elsevier; 2008.
26. FOUCAULT M. Surveiller et punir. Gallimard; 1998.
27. Observatoire International des Prisons. Les conditions de détention en France : Rapport 2011. Editions La Découverte; 2012.
28. PAPET N, LEPINCON S. Le Suicide Carcéral : Des représentations à l'énigme du sens. Editions L'Harmattan ; 2005.
29. GUENO J-P. Paroles de détenus. Editions Libro ; 2004
30. BAUDELLOT C, ESTABLET R. Durkheim et le suicide. Presses Universitaires de France ; 1998
31. TERRA J-L. La prévention du suicide. ADSP. Décembre 2003.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille simplifiée d'évaluation du potentiel suicidaire des personnes détenues

Annexe 2 : Questionnaires

Annexe 3 : Exemple de programme d'une formation sur 2 journées (12)

Annexe 1 : Grille simplifiée d'évaluation du potentiel suicidaire des personnes détenues

**PREVENTION DU SUICIDE
EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE**

Nom : _____ Etablissement : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____ Ecrou : _____
 Date naissance : _____ Nationalité : _____ Date d'écrou à l'établissement : _____

① FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES

	OUI	NON	NSP
Infraction : atteinte aux personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation : primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidents disciplinaires en détention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Événement judiciaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notice individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mention particulière : préciser _____			

② FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES

	OUI	NON	NSP
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation irrégulière ITF-IDTF-IS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eloignement familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement récent des enfants*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil récent d'un proche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte / séparation dans l'enfance*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES

	OUI	NON	NSP
Antécédents de tentative(s) de suicide (TS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de suicide ou de TS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes - drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale des antécédents psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'automutilations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signale un problème de santé nécessitant des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap (moteur, neurologique, sensoriel,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④ OBSERVATION- COMPORTEMENT

	OUI	NON	NSP
Semble manifestement délirant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble en état de choc psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparaît anxieux - triste - agressif [barrer la mention inutile]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déclare spontanément suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une souffrance est identifiée à l'issue des précédentes informations

⑤ EVALUER L'URGENCE

	OUI	NON	NSP
Souffrez-vous au point de penser à vous tuer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :			
Degrés d'urgence à déterminer :			
1- Flash, idées précises, brèves ou diffuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Suicide envisagé comme possibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Idées fréquentes et quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Solution principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Acte dans un délai :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 >48h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 < 48h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Immédiat ou en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑥ MOYENS ENVISAGES (évaluation de la dangerosité)

	OUI	NON	NSP
Avez-vous pensé comment le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le moyen envisagé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il immédiatement accessible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑦ MESURES A PRENDRE

	<48h	semaine	>7jours
INDIQUER POUR CHACUNE LE DELAI SOUHAITABLE DE REALISATION < 48H, SEMAINE, > SEMAINE			
Mise sous surveillance spéciale pour risque suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommandations pour le placement en cellule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts à prendre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien conseillé (préciser : avec qui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favoriser l'activité/travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiche à transmettre

par les moyens les plus appropriés en cas d'urgence signalée

- Au chef de détention
- Au SPIP
- A l'UCSA et si besoin au SMPR
- Pour les arrivants : à la commission « arrivants » (si elle existe) qui transmet à la commission spécifique de prévention du suicide
- Dans les autres cas à la commission spécifique de prévention du suicide

Questionnaire rempli par : _____
(Nom et qualité)

Le _____

NSP Ne sait pas
* Remplir si l'entretien le permet

Annexe 2 : Questionnaire

But du questionnaire : Savoir si le personnel de la Maison d'Arrêt s'estime suffisamment formé et compétent pour agir en faveur de la prévention du suicide.

1/ Vous êtes : un homme / une femme

2/ Age :

3/ Profession:

4/ Depuis combien de temps travaillez-vous à la Maison d'Arrêt de Varces ?.....

5/ Avez-vous reçu une formation particulière sur la prévention du suicide en prison ? **Oui/non**

Si oui, s'agit-il : D'une démarche personnelle ? **Oui /non**
D'une formation proposée par un établissement pénitentiaire ?
Oui/non
De quelle formation s'agit-il ?.....
Année de la formation ?.....

6/ Ressentez-vous un besoin de formation complémentaire sur la prévention du suicide?
Oui/non

7/ Comment intervenez-vous pour prévenir le suicide ?

Participation à la commission pluridisciplinaire de prévention du suicide ? **Oui/non**

Entretien individuel ? **Oui/non**

Animation de groupe ? **Oui/non**

Autres ?.....

.....

.....

8/ Connaissez-vous les recommandations ministérielles concernant la prévention du suicide en milieu carcéral ? **Non**

Oui : J'en ai entendu parler

Je les ai lues

Elles sont appliquées dans cet établissement

9/ Vous sentez-vous bien formés en tant qu'acteurs de la prévention du risque suicidaire?
Oui/non

La deuxième partie du questionnaire comporte des questions ouvertes :

10/ Selon votre expérience, quels sont les sujets les plus à risque de suicide ?

.....
.....
.....
.....

11/ Quelles sont, selon votre expérience, les périodes les plus à risque de suicide ?

.....
.....
.....
.....

12/ Quel est, selon votre expérience, le moyen de suicide le plus fréquemment utilisé ?

.....
.....
.....
.....

13/ Selon vous, quels sont les points **faibles** en ce qui concerne les moyens de prévention mis en place dans cet établissement ?

.....
.....
.....
.....

14/ Selon vous, quels sont les points **forts** en ce qui concerne les moyens de prévention mis en place dans cet établissement ?

.....
.....
.....
.....

15/ Que pensez-vous du système de postvention (c'est-à-dire l'ensemble des actions mises en place après un suicide pour soutenir les personnes qui sont intervenues) ?

.....
.....
.....
.....

16/ Quel est, selon votre expérience, le rôle de l'hôpital psychiatrique dans ce système de prévention ?

.....
.....
.....
.....

17/ Quelle est la place actuelle de l’UHSA (Unité d’Hospitalisation Spécialement Aménagée) dans ce système de prévention ?

.....
.....
.....
.....

18/ Quelle devrait-être, selon votre expérience, la place des familles/proches des personnes détenues dans la prévention du suicide? (Avez-vous des propositions ?)

.....
.....
.....
.....

19/ Pensez-vous que les détenus ont un rôle de protection les uns envers les autres en terme de prévention du suicide ? **Oui/Non**

Si oui : Est-ce-que ce rôle doit être formalisé par la désignation d’un codétenu de soutien ?

.....
.....
.....
.....

20/ Avez-vous quelques éléments supplémentaires à apporter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : Exemple de programme d'une formation sur 2 journées (12)

« Reconnaître et prendre en charge une crise suicidaire »

Action dans le cadre de la Stratégie nationale d'action face au suicide

Objectifs généraux

Cette formation vise à développer :

- une compréhension à la fois théorique et pratique de l'intervention clinique en cas de crise suicidaire chez une personne détenue ;
- de connaître, après les avoir expérimentés, les modes d'intervention adaptés aux différentes phases d'un état de crise suicidaire.

Objectifs spécifiques

À la fin de la formation, les participants seront en mesure de:

- définir les concepts clés liés à l'intervention de crise suicidaire ;
- saisir le développement d'une crise suicidaire tout en reconnaissant et en identifiant les différentes phases associées à ce processus ;
- identifier les facteurs de risque associés à l'émergence d'une crise suicidaire ;
- apprendre les éléments essentiels d'une évaluation clinique de la crise ;
- décrire les principes de base, les étapes et les limites de l'intervention de crise ;
- s'organiser pour orienter les personnes en cas de crise psychosociale ou psychiatrique.

Programme de la 1ère journée

9h00 : Présentation des participants

Présentation du contenu de formation

Pré-test

Echange sur les "idées reçues" sur la prévention du suicide

Epidémiologie du suicide et des comportements suicidaires en population générale et en milieu pénitentiaire

Pause

11h00 : Le développement de la crise suicidaire

- État d'équilibre
- État de vulnérabilité
- État de crise et passage à l'acte suicidaire

Les facteurs de risques et de protection

- Facteurs individuels
- Facteurs familiaux
- Facteurs environnementaux

12h30 : *Déjeuner*

14h00 : Le processus suicidaire
- Évolution et étapes d'intervention
- Stratégies d'intervention

Pause

15h30 : Mise en situation en petits groupes sur un scénario de crise pré-établi
Évaluation du cas et pistes d'intervention
Retour sur la journée
17h00

Programme de la 2ème journée

9h00 : Mise en train
Évaluation du potentiel suicidaire.
- Évaluation du risque
- Évaluation de l'urgence
- Évaluation de la dangerosité

Pause

10h30 : Mise en situation soit en petit groupe
Spécificités de la conduite d'entretien en cas de crise suicidaire

12h30 : *Déjeuner*

14h00 : Le travail de deuil suite à un suicide
- Élaboration du travail de deuil
- Issues du travail de deuil et spécificité du deuil suite à un suicide
- Les facteurs de risque et de résilience associés à la résolution du deuil
Suivi de crise suicidaire

Pause

Retour sur la journée
Évaluations : post-test et satisfaction

17h00 : Fin de la formation

RESUME

Le suicide est un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque, que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. C'est toujours un évènement douloureux, qui renvoie à la culpabilité des proches et à la responsabilité des personnes présentes.

En milieu carcéral, le nombre des suicides augmente significativement depuis plusieurs années.

Ainsi, l'Administration pénitentiaire et les Ministères de la Santé et de la Justice se sont saisis du problème. Deux rapports ont été publiés en 2004 et en 2009. Leur mission était d'évaluer et de proposer un programme de prévention du suicide des personnes détenues. Ces deux rapports concluent à une série de recommandations, dont un des axes principaux est la formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant en milieu pénitentiaire.

En Juin 2012, nous avons réalisé une enquête sur la formation spécifique à la prévention du suicide des personnels intervenant en prison. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation, distribué à l'ensemble du personnel de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

Les résultats confirment l'hypothèse de départ du manque de formation spécifique des personnes travaillant en prison. En effet, moins de la moitié du personnel a reçu cette formation. De plus, certaines personnes y ont assisté il y a plus de dix ans, et aurait besoin d'un rappel de formation. Au total, la moitié du personnel ressent un besoin de formation complémentaire, et ne se sent pas bien formé en tant qu'acteur de la prévention du suicide. Cependant, les réponses concernant les données épidémiologiques sont rassurantes. Les facteurs de risques de suicide et les périodes les plus à risque sont repérés par les intervenants. De même, les moyens de suicide les plus utilisés sont connus.

Finalement, huit ans après le premier rapport ministériel, on constate que les objectifs prédéfinis en termes de formation des intervenants ne sont pas atteints.

Mots-clés : Formation ; Prévention ; Suicide ; Prison

SUMMARY

Suicide is a real public health problem, by the loss of life it provoked and by the psychological and social problems as reflected in it. It is always a painful event, which returns to the guilt of loved ones and the responsibility of those present.

In prison, the number of suicides increased significantly for several years.

The Prison Administration and the Ministries of Health and Justice are dealing with the problem. Two reports were published in 2004 and 2009. Their mission was to assess and propose a program for the prevention of suicide of persons detained. These two reports conclude with a series of recommendations. One of the principal axes is the specific training of all staff involved in the prison environment.

In June 2012, we conducted an investigation in order to evaluate the specific training of personnel involved in prison suicide prevention. It is a questionnaire of self-evaluation, distributed to all the staff of the house arrest of Grenoble - Varcès.

The results confirm the hypothesis of the lack of specific training of persons working in prison. Indeed, less than half of the staff received this training. In addition, some people received this training over ten years ago, and would need a reminder. In total, half of the staff feels a need for further training, and feels not well trained as an actor in the prevention of suicide.

However, the answers concerning the epidemiological data are reassuring. Suicide risk factors and periods most at risk are identified by stakeholders. Similarly, the means of suicide the most used are known.

Finally, eight years after the first report, we found that the targets pre-defined in terms of training of stakeholders are not achieved.

Key-Words: Training; Prevention; Suicide; Prison

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

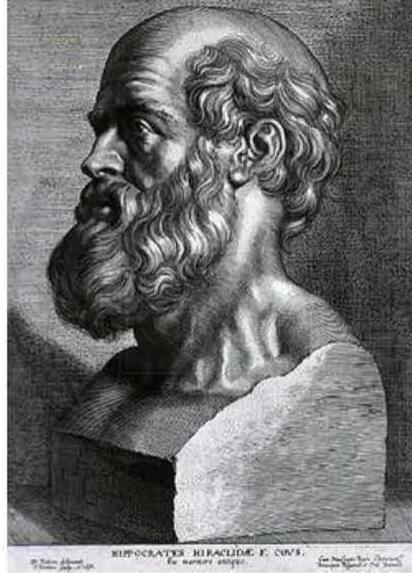
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGET	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.