

Impact des représentations sociales sur la prise en charge des sujets suicidants en milieu carcéral

N. PAPET, S. LEPINÇON, N. LAFAY, C. MANZANERA, J.-L. SENON

Les conduites suicidaires en milieu carcéral font l'objet depuis quelques dizaines d'années d'une médiatisation qui ne cesse de croître. Cette médiatisation témoigne de l'intensité des réactions du corps social à ces conduites. Les questionnements notamment autour du caractère suicidogène du milieu carcéral ou de la psychologie des sujets concernés sont nombreux. C'est pourquoi au cours d'une recherche menée dans les établissements pénitentiaires de Poitou-Charentes Limousin concernant les conduites suicidaires en milieu carcéral, nous nous sommes demandés si nous pouvions identifier les effets et les interactions générées par de telles conduites. Plusieurs niveaux sont concernés et en interaction ; le sujet détenu, les équipes soignantes, les fonctionnements institutionnels. En effet, deux institutions, la pénitentiaire et l'hospitalière sont impliquées dans la prévention et la prise en charge de telles conduites. Assez rapidement nos rencontres avec les équipes soignantes nous ont laissés penser qu'un certain nombre de représentations étaient à l'œuvre. Il s'agissait dès lors de les mettre à jour puisque nous pensions qu'elles pouvaient constituer une entrave aux soins tant en termes de prévention que de prise en charge.

QUELLES REPRÉSENTATIONS ?

Nous avons mené au sein du SMPR de Poitiers un travail de recensement des conduites suicidaires rétrospectif sur dossier durant deux ans (1^{er} janvier

1998-31 décembre 1999) puis un travail de recensement prospectif sur les années 2000 et 2001. Ce travail a été mené auprès des différents établissements dépendant de la zone d'intervention du SMPR soit 11 établissements comprenant des maisons d'arrêt, des centres de détention, une centrale. Cette recherche a été l'occasion de rencontres avec les équipes soignantes pluridisciplinaires sur les thèmes de la prévention, du dépistage, de la prise en charge des suicidants et des suicidaires, du vécu institutionnel lié à ces conduites suicidaires. Outre les données épidémiologiques collectées, les grilles d'entretien supports ont mis en évidence des questionnements, des réflexions, des constats mais aussi permis de nommer des représentations communes à l'ensemble des équipes rencontrées intervenant en milieu pénitentiaire.

Nous parlons ici des représentations sociales telles qu'elles sont définies par Jodelet "une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social". Ainsi pour S. Moscovici "par les représentations, la personne se donne des modèles explicatifs, des codes qui autorisent chacun à trouver un sens et à donner une signification au monde qui l'entoure". Les représentations sont donc un système visant à l'interprétation et, à ce titre, jouent un rôle dans le comportement du sujet et des groupes. Elles ont un impact sur les conduites et des fonctions qu'il s'agit d'éclairer. Comme l'écrit Jodelet, "les représentations sociales doivent être étudiées en articulant éléments affectifs, mentaux et sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux

qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur lesquelles elles ont à intervenir". On peut parler de représentations individuelles et collectives. Les représentations individuelles sont ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue, ce qui pour lui "fait sens" et donne sens à ses actions (J. Clenet). Les représentations collectives selon M. Denis "comportent une spécificité individuelle mais également un noyau partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture". Les représentations ont une visée pratique concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social et déterminant la lecture de cette réalité. Ce concept est donc situé à l'interface du social et du psychologique.

En prison, le lieu est extrêmement prégnant quant aux représentations des conduites suicidaires. Le suicide a une histoire sociale, juridique et carcérale. Le droit pendant des années a régi le suicide. Danièle Lochak écrivait ainsi "le droit est un instrument de régulation des rapports sociaux concrets, il régit aussi les représentations collectives qui s'y attachent. Celles-ci exercent une influence diffuse et indirecte sur les conduites en proposant aux agents sociaux une image de ce qui doit être, en fonction d'une conception implicite de la normalité, et en les incitant imperceptiblement à s'y conformer". Elle remarque que le droit, effet de langage, façonne notre vision du monde. Dès lors, l'image qui s'en dégage s'impose à la conscience des individus comme évidente et nécessaire. Ainsi, c'est seulement à partir de 1810 que les dispositions légales concernant le suicide ont été abrogées. Le geste suicidaire devient alors non plus un crime ou une démission morale mais un symptôme. Entrant dans le champ des sciences humaines, la lecture des actes suicidaires évolue alors d'une conception purement criminologique à une conception victimologique. Il subsiste néanmoins encore dans notre langage des références explicites à cette conception première et donc des représentations attachées. Ainsi parle-t-on de récidive à l'occasion de répétition d'actes suicidaires. Dans la même logique, le degré de tolérance sociale semble plus grand à l'égard de l'acte suicidaire réalisé en prison. Au plan des représentations, il est souvent admis que ceux qui ont de "bonnes raisons", et l'incarcération en est une, peuvent mettre fin à leurs jours. Il est probable qu'il y ait dès lors une incidence sur la sur-suicidité carcérale et les moyens de prévention attachés à cette réalité.

Les représentations de l'acte suicidaire en milieu carcéral seraient aussi en lien avec le statut de détenu. L'acte y représenterait un témoignage de la culpabilité ou de l'innocence du sujet indépendamment de son statut pénal. La prison, c'est une évidence, est un lieu d'exclusion sociale fondée sur un jugement attestant de la culpabilité du sujet ou d'une mise en examen s'affirmant comme une innocence présumée. Le suicide et ses corollaires auraient alors soit valeur de protestation de son innocence soit valeur d'aveu de culpabilité. C'est aussi l'univers morbide de la faute. Un lien étroit unit la faute à la morbidité et ce lien marque de son sceau toute réflexion sur ce thème. Comme le note J. Labadie "quand le crime rabat ainsi la pensée sur le corps et l'élémentaire, le criminel lui aussi se trouve soudain frappé, marqué du définitif". Les statuts de prévenu (présomption d'innocence) ou de condamné (affirmation juridique de la culpabilité) n'apparaissent pas comme prévalants au statut de détenu. La terminologie judiciaire ne fait pas loi au regard des repré-

sentations attachées à la détention comme signe de la faute. De plus, même si le prévenu bénéficie de quelques aménagements (parloirs hebdomadaires plus fréquents par exemple), le traitement quotidien est identique, assimilant dans les faits les uns aux autres. On constate aussi que même si le terme de mis en examen plus neutre est venu se substituer à celui d'inculpé utilisé jusque dans les années 1990, ce qui demeure aujourd'hui encore est bien la quasi-certitude de la culpabilité (il n'y a pas de fumée sans feu). Dans le cas des sujets prévenus au motif d'agression sexuelle et ne reconnaissant pas les faits, cette équivalence à la faute se repère également du terme de déni appliqué à ceux-ci alors que l'instruction est en cours. Le passage à l'acte suicidaire est alors souvent interprété comme la reconnaissance des faits.

Les représentations liées aux motifs de l'incarcération concerneraient-elles plus particulièrement certaines catégories pénales, notamment les auteurs d'agressions sexuelles ou d'actes de torture et de barbarie. Le motif d'incarcération apparaîtrait dès lors comme la motivation logique du geste suicidaire. Ces motifs d'incarcération suscitent de vives réactions émotionnelles le plus souvent relayées voire amplifiées par les médias. La compréhension peut alors être interprétée comme une tolérance a minima, une adhésion au maxima, des actes excluant les victimes. Certains soignants, pris dans une histoire personnelle ou des positionnements moraux ou idéologiques, sont réticents à une prise en charge de ces auteurs. Ces sujets connaissent par ailleurs des conditions d'incarcération souvent plus difficiles (agression par d'autres détenus, humiliations diverses, isolement). Le passage à l'acte peut être lu comme venant humaniser à nouveau l'auteur de tels faits en ce qu'il témoigne d'un aveu de sa culpabilité ou bien entérine sa "monstruosité" comme reconnue par lui aussi.

On retrouve aussi des représentations liées à la valeur accordée à l'acte par l'institution carcérale et judiciaire. L'acte suicidaire y apparaît comme stratégie manipulatoire du sujet visant à l'atteinte de ses objectifs. Entre suicide, tentative de suicide et équivalents suicidaires, la réussite puisqu'on parle de suicide "réussi" change la nature de l'acte. Un suicide raté n'est pas un "vrai" suicide alors que par exemple un mariage raté n'en est pas moins un "vrai" mariage. Le vocabulaire même qui désigne n'est pas sans effet. Ainsi, certains passages à l'acte sont référés implicitement au concept de stratégie, un acteur utilisant les ressources d'une situation et les occasions qui s'offrent à lui pour atteindre des objectifs personnels. Ces stratégies auraient valeur de "chantage", terme généralement utilisé, ou de "moyens de pression" à vocation manipulatoire adressés à l'administration pénitentiaire. À ce titre, il ne s'agirait pas de "vraies" tentatives de suicide ou de "vrais" équivalents suicidaires, les auteurs des actes n'ayant pas selon cette lecture une réelle intention de se suicider. Ces représentations ne sont pas indépendantes des phénomènes de groupe et, en particulier, de croyances en "l'efficacité" de tels gestes.

L'ensemble de ces représentations ne semble pas sans incidence sur la prise en charge et la prévention de tels actes, dans la mesure où elles paraissent pouvoir constituer parfois des modèles explicatifs des gestes suicidaires. Or ces modèles explicatifs ne recouvrent pas pour autant le fonctionnement psychique des sujets concernés.

QUELS EFFETS PEUVENT AVOIR CES REPRÉSENTATIONS ?

Ces effets sont nombreux et ne peuvent être abordés ici de façon exhaustive. Certains cependant semblent prévalants. Ainsi, on peut faire l'hypothèse que l'analyse de la dimension de la culpabilité ou de l'intentionnalité a une incidence sur la valeur conférée à l'acte et donc sur la prise en charge.

La notion de la valeur de l'acte référée à l'intentionnalité renvoie à des positionnements moraux et idéologiques. S'il fallait le démontrer, les débats et les difficultés de catégorisations auxquels elle donne lieu tendent à le confirmer. Cependant, il y a lieu d'insister sur le fait que, ce critère n'est pas opératoire au plan de la clinique. En effet, les objectifs stratégiques à visée manipulatoire ne sont pas forcément clairs, cohérents et conscients pour le sujet concerné. Cette lecture *a posteriori* n'est pas forcément exempte de pertinence mais s'avère réductrice. Se pose ainsi la question de la recherche du sens. La répétition des passages à l'acte notamment chez les sujets états limites à expression psychopathique est là pour nous le rappeler. Le résultat de l'acte suicidaire répété confronté à l'angoisse et à l'un de ses corollaires, le sentiment d'impuissance qui marque de ses effets toute action de prévention. Or, la clinique constate que le principe de réalité est d'un ordre extrêmement précaire au regard du désir d'apaisement interne de la tension régie par le principe de plaisir. Le fait que certains sujets ne renoncent pas, cette tendance à la répétition qui réédite les mêmes expériences même si elles sont destructrices atteste que répétition et pulsion de mort paradoxalement sont une des caractéristiques essentielles du vivant et suscite angoisse et inquiétude du côté des soignants devant ce sujet irraisonnable qui ne veut rien entendre et continue à mettre en acte ce qu'il ne peut dire, se souvenir... La difficulté de certains sujets à symboliser s'exprime ici de façon directe "au vif du sujet".

Monsieur B., âgé de 43 ans, est un patient bien connu des SMPR et de nombre d'établissements pénitentiaires. Sa légende carcérale le précède et le suit, il l'entretient avec une certaine fierté. Lors de sa première hospitalisation en milieu carcéral en 1983, il comptait déjà près d'une vingtaine de tentatives de suicide sérieuses. Il s'agissait alors de sa treizième incarcération depuis l'âge de 12 ans. Son histoire est celle d'un enfant placé précocement en institution en raison des maltraitances subies au sein de la famille. Il va d'institution en institution, multiplie les fugues, se décrit comme "un petit chef redressant les torts", s'installe dans un système de valorisation par le passage à l'acte délinquant. À l'âge de 15 ans il comparait devant la cour d'assises des mineurs pour braquage, puis viendront d'autres peines pour proxénétisme et infractions à la législation sur les stupéfiants (il est alors toxicomane à l'héroïne). Son histoire se résume dans la suite à des incarcérations en cascade pour des motifs similaires. Ces incarcérations sont marquées du rythme des passages à l'acte qui suscitent de multiples contacts avec les soignants. L'accumulation des passages à l'acte auto-agressifs consi-

gnée dans le dossier médical est vertigineuse : ingestions de corps étrangers, coutures des paupières et de la bouche, insertions d'aiguilles dans les masses musculaires, mutilations, découpe du tablier abdominal, auto-strangulations, phlébotomies, feux de cellule. Parmi d'autres complications, au cours d'une transfusion faisant suite à l'un de ces gestes, il contracte le VIH. Véritable "cauchemar" pour l'administration pénitentiaire, il parcourt un nombre honorable d'établissements. Lors de ses rencontres avec les psychiatres, le diagnostic d'état limite grave est retenu. Les hospitalisations au SMPR sont nombreuses, durant lesquelles, il poursuit ses passages à l'acte. Il établit également des liens avec l'équipe soignante ; il écrit à l'occasion de la nouvelle année et lors de courtes périodes de liberté. Dès les premières hospitalisations, il indique que ses passages à l'acte sont impulsifs, moyens de se libérer d'une trop grande tension, mais aussi pensés et organisés afin de choquer et encore à l'adresse de l'administration pénitentiaire dont il ne veut pas être oublié.

Comme le note Balier, en milieu carcéral, la pratique psychiatrique se confronte à la confusion dedans-dehors et au clivage du moi nécessitant de reconnaître des perturbations en rapport avec les configurations les plus archaïques de la psyché. C'est précisément ce qu'illustre M. B.

Une histoire de coupures

Lorsqu'on lit la biographie de M. B., on est frappé par le vide et l'absence. Il est placé dans la petite enfance en institution. Que l'étiopathogénie des troubles limites soit en lien avec un traumatisme psychique précoce au sens affectif du terme (avant l'Œdipe) selon Bergeret, et/ou liée à des expériences de frustrations précoces extrêmes, comme le notait Kernberg, M. B. s'inscrit d'emblée dans le registre de la carence et du traumatisme. En dehors des faits de négligence et d'abandon, dont il a été l'objet, on ignore ainsi presque tout de l'enfance. M. B. ne semble pas avoir construit de roman familial, qui constituerait sa vérité de sujet. Son roman institutionnel, en revanche, laisse pantois. Sa vie en institution carcérale débute de fait dès la prime adolescence, imposant à lui seul les dernières ruptures avec le milieu familial. Il aime à faire le récit de ses incarcérations, notant au passage qu'il est connu par la pénitentiaire "comme le loup blanc". Cette reconnaissance, si effrayante soit-elle et obtenue de haute lutte, a sans doute valeur d'étayage, témoigne elle aussi de ce "vide de la représentation de soi qui conditionne toutes les autres représentations" comme l'écrivait Balier et ne manque pas de faire associer sur le cas freudien de l'homme aux loups.

Des passages à l'acte qui "parlent" ?

Les traits sémiologiques de ces organisations limites comportent, selon Widlöcher, une activité fantasmatique dénuée de défenses névrotiques, des angoisses d'annihilation, des tendances agressives avec crudité de l'expression fantasmatique et une organisation chaotique du dévelop-

pement libidinal. Pour ces personnalités, comme le notait Balier, sur le trajet de la pulsion, avant que s'articulent avec elle représentations et symboles, il y a une place pour deux voies de dérivation : la psychosomatique et l'acting de comportement. Fonaggy et Higgitt évoquaient ainsi un trouble de la métareprésentation, absence de représentation de la représentation, entraînant une dérivation vers la psychosomatique ou le passage à l'acte quand la pulsion ne peut s'organiser avec la représentation. De ce fait, les auto-agressions de M. B. semblent "parler" et tenir lieu de discours. Ainsi en est-il des coutures spectaculaires des yeux et de la bouche qui, d'emblée, évoquent Œdipe. On pense pourtant aussi à Bergeret : *"Cette façon que nous avons de nous aveugler sur la violence de nos premières relations avec nos parents, tout comme l'aveuglement d'Œdipe lui-même, représente une des composantes inévitable de nos aménagements pour survivre en paix avec un inconscient primitif bien trop pénible à assumer sous ses aspects originaux"*.

Les passages à l'acte auto-agressifs de M. B. ne sont pas pour lui "parlants". Ce qui frappe en premier lieu, c'est bien la violence, avec son effet fascinant, qui signe aussi la faillite symbolique dans le passage à l'acte. On perçoit pourtant en cette violence un aspect étrangement positif malgré ses conséquences destructrices que M. B. verbalise comme venant apaiser une tension interne intolérable. Est-ce à dire comme Lacan, que la coupure peut avoir fonction *"d'être pour l'autre, d'y situer le sujet marquant sa place dans le champ du groupe entre chacun et tous les autres"*? Être pour l'autre semble bien être ce dont il s'agit. L'adresse pourrait paraître douteuse, si la mise en scène ne venait l'éclairer.

La mise en scène

Cette mise en scène est une constante des auto-agressions de M. B. Elle touche parfois au sensationnel. La réalisation du geste entraîne la pénétration du regard de l'autre dans le corps propre. Au-delà, sont mis en scène la souffrance et le fantasme d'être écorché vif, en écho lointain aux supplices de l'Ancien Régime. La référence au bouc émissaire, faisant, comme l'explicitait R. Girard, de la victime *"la seule cause agissante et toute-puissante face à un groupe qui se tient lui-même pour entièrement agi"*, est aussi implicite. Cette agression, on le perçoit, prend dans le même temps le caractère d'une marque infamante et d'une punition. Depuis Anzieu, on sait que la peau peut être le lieu d'une fantasmatisation secondaire masochique : ne plus être l'agresseur mais l'agressé. Au moment de l'acte, le sujet réalise bien une agression de l'autre en lui puis réagit comme si l'agression était le fait de l'autre, qui est alors replacé à l'extérieur. Le geste alors, comme le notent Bertagne et Pedinielli *"s'inscrirait dans une problématique de l'identification primaire et de la séparation de l'objet"*. Il s'agirait d'une tentative inadaptée de faire coupure entre la réalité interne et la réalité objective. On se situerait donc bien dans des configurations très archaïques.

Entre effet de la pathologie de la personnalité et effet de l'incarcération, les conduites auto-agressives de M. B. constituent une sorte d'écran masquant l'essentiel de la psychopathologie. Comme le notent

E. Archer et J.-F. Raviart : *"De la pathologie du corps parchemin ou lieu d'exposition, à celle du corps enveloppe (enveloppe que l'on déchire) puis à celle du corps limite (limite que l'on dépasse) un glissement se produit, de manière non pas métaphorique, mais le plus souvent métonymique, à celle des "états limites", c'est-à-dire en fait, à un trouble de la perception de sa propre continuité, à une pathologie du Soi"*.

On voit bien à travers ce cas clinique combien la répétition des passages à l'acte ne peut se réduire à la seule revendication vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et s'inscrit avant tout dans des processus psychiques complexes et opaques y compris pour le sujet lui-même. Cependant l'inquiétude voire l'angoisse suscitée par de tels passages à l'acte peut provoquer un sentiment d'irritation et paradoxalement une baisse de la vigilance. Nous pourrions nommer cet effet syndrome de *Pierre et le loup*. En termes de prévention, un soutien aux équipes paraît essentiel afin qu'elles puissent faire face sans être enfermées dans des représentations réductrices. L'expérience montre que les soignants, même s'ils les énoncent, ne s'en satisfont pas.

En ce qui concerne la culpabilité, elle renvoie au plan légal à l'infraction sanctionnée par le droit. Il n'en est pas de même pour le sujet. Ainsi, un sujet peut défier le droit et pas la loi symbolique, de même un "crime réel" pour le sujet ne peut avoir aucun intérêt en termes de droit. La culpabilité affirmée par la justice répond à la réalité de l'acte, le sentiment de culpabilité à la logique interne du sujet. Ce sentiment de culpabilité ne s'articule donc pas obligatoirement à la faute avérée ou présumée identifiée par la justice, l'acte humain répondant à des motifs complexes d'ordre rationnel mais aussi inconscients. Pour prendre l'exemple des agresseurs sexuels, la motivation rationnelle de l'acte délictuel pourrait être énoncée ainsi : *"La satisfaction des instincts sexuels du sujet"*, ce que par ailleurs certains sujets reprennent en parlant de pulsion. Le passage à l'acte suicidaire signerait soit la reconnaissance par le sujet de sa faute soit la protestation de son innocence. Or la clinique nous apprend combien il y a distorsion entre le motif rationnel et la réalité psychique des agresseurs sexuels, les motivations pouvant être le sentiment d'un rétablissement d'une identité masculine malmenée, une expérience de puissance ou de force, la recherche d'une proximité identificatrice, l'expérience de sentiments infantiles de toute-puissance, la défense par rapport à des angoisses d'anéantissement, la peur de l'abandon, etc. La représentation des soignants de la motivation rationnelle à la perpétration ne se superpose pas à la logique interne du sujet. Cependant et c'est ce qui complexifie les choses, le sujet psychiquement étranger à cette logique rationnelle peut s'en réapproprier une partie. Ceci peut se manifester par des sentiments de honte voire de sentiment d'indignité et se marque parfois d'une dépression profonde. Cette dépression ne permet pas au sujet d'élaborer. La conviction des soignants qu'il s'agit là d'un sentiment de culpabilité complexifie la prise en charge en instaurant un malentendu. A cette interprétation des soignants, peut ainsi répondre une interprétation du sujet. Dès lors, la voie de l'amélioration de l'humeur se voit barrée et ne permet la construction d'une réelle prise de conscience.

CONCLUSION

Les conduites suicidaires en milieu carcéral ne paraissent à terme pouvoir être déliées des représentations individuelles et collectives attachées au sujet détenu. Ces représentations sont attachées à des catégories ; attachées au lieu, au statut pénal du détenu, au motif de l'incarcération, à la valeur conférée à l'acte par les différents intervenants. Ces représentations à valeur explicative sont d'une part énoncées par les équipes soignantes et d'autre part critiquées dans leur aspect réducteur. La clinique nous rappelle que les conduites suicidaires s'inscrivent avant tout dans des processus psychiques complexes et opaques y compris souvent pour le sujet lui-même. Ces représentations ont néanmoins des effets. Efficaces en termes d'analyse des conduites, le fait de "connaître les représentations c'est comprendre les acteurs se représentant" comme l'explique J. Clenet. Il s'agit là d'une première analyse qui justifierait sans doute qu'un travail de recherche soit poursuivi sur ce thème. Notre hypothèse est que cet éclairage pourrait être opératoire en termes de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod, 1995.
2. Archer E., Raviart J.-F. Le suicide en milieu pénitentiaire : le corps en je(u). *Psychol. Méd.*, 1989 ; 21 ; 4 : 483-85.
3. Balier C. *Rencontre en prison*. *Rev. Franç. Psychanal.*, 1998 ; 1 : 51-62.
4. Bergeret J. *Narcissisme et États limites*. Paris, Dunod, 1996.
5. Clenet J. *Représentations, formations et alternance*. Paris, L'Harmattan, 1998.
6. Denis M. *Image et Cognition*. Paris, PUF, 1989.
7. Fonagy P., Higgitt A. *A developmental perspective on borderline personality disorder*. *Rev. Internat. Psychopath.*, 1990 ; 1 : 125-59.
8. Girard R. *Le Bouc-Émissaire*. Paris, Grasset, 1982.
9. Jodelet D. *Les Représentations sociales*. Paris, PUF, 1989.
10. Kernberg O. *Les Troubles limites de la personnalité*. Paris, Privat, 1979.
11. Labadie J.-M. *Les Mots du crime*. Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1995.
12. Lacan J. *Les Formations de l'inconscient (1958-1959)*. *Le séminaire livre V*. Paris, Seuil, 1998.
13. Lochak D. *Le Sujet et la Loi*. Paris, Eres, 1988.
14. Moscovici S. *Des représentations collectives aux représentations sociales*. In Jodelet D., *Les Représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
15. Papet N., Lafay N., Manzanera C., Senon J.-L. *Du corps supplicié au corps mutilé : réflexion historique dans les champs croisés de la pénologie, de la criminologie et de la psychiatrie comme préalable à la recherche sur le suicide en milieu carcéral*. *Forensic*, 2002 ; 9 : 45-52.
16. Pardinielli J.-L., Bertagne P. *Éthique du suicidant : la phlébotomie, inscription d'une loi sur le corps*. *Psychol. Méd.*, 1986 ; 18 ; 6 : 857-60.
17. Senon J.-L., Lafay N., Papet N., Manzanera C. *L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : procédures, modalités et stratégies thérapeutiques*. *Ann. Med. Psychol.*, 2000 ; 158 ; N° 6 : 445-59.
18. Senon J.-L., Méry B., Lafay N. *Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires*. *Ann. Med. Psychol.*, 1999 ; 157 : 7.
19. Widlöcher D. *Les états-limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique*. *Perspect. Psych.*, 1979 ; 17 : 7-12.