

Suicide en milieu pénitentiaire

Au cours des vingt dernières années, le nombre de suicides survenus en détention en France a augmenté, passant de 39 en 1980 à 122 en 2002, soit un taux de suicide passé de 101 pour 100 000 détenus en 1980 à 225 pour 100 000 détenus en 2002.

De surcroît, la sur-suicidité de la population carcérale par rapport à la population générale est avérée : coefficient multiplicateur de 13,5 (ramené toutefois à 6,5 pour une population de mêmes caractéristiques socio-démographiques : hommes jeunes, célibataires, à l'insertion professionnelle précaire), ce qui demeure élevé, même si le taux de suicides déclarés en population générale est vraisemblablement sous-estimé.

La prévention du suicide des personnes détenues est évidemment, et de longue date, une priorité des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire et des pouvoirs publics.

Un groupe de travail associant le Service médico psychologique régional (SMPR, représenté par le Dr Paulet, chef de service), l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA, représentée par le Dr Galinier, chef de service), le Service de probation et d'insertion professionnelle (SPIP, représenté par Mme Falter, chef de service) et l'Administration pénitentiaire (représentée par Mr Grand puis Mr Gomez, directeur adjoint) s'est constitué au Centre pénitentiaire de Marseille (CPM) à la faveur de la parution de la circulaire interministérielle Santé-Justice n° 258 du 6 avril 2002 venue compléter et renforcer la circulaire AP n° 364 du 29 mai 1998, et définissant cinq objectifs prioritaires :

- favoriser un meilleur repérage du risque suicidaire en détention ;
- apporter un soutien aux personnes détenues présentant un risque suicidaire ;
- mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte ;
- améliorer le suivi des actes suicidaires et l'application du dispositif de prévention des suicides ;
- développer les actions de formation ciblées.

Dans cette perspective, le groupe s'est réuni de juillet 2002 à juin 2003 avec pour objectif de faire :

- un état des lieux de l'existant en matière de prévention, de repérage des situations et des personnes à risque et de suivi ;
- une étude rétrospective sur les cas de suicides survenus aux Baumettes de 1996 à 2002 ;
- des propositions d'amélioration du dispositif existant.

Le rapport du Pr Jean-Louis Terra « La prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention » paru en décembre 2003 et les études réalisées par la Direction de l'administration pénitentiaire (précisément par le Bureau des études, de la prospective et des méthodes, de la Sous-Direction des personnes placées sous main de justice) sur les suicides des personnes détenues survenus en 1998-1999 et 2001-2002 sont venus conforter l'utilité de notre réflexion et de notre action pluriprofessionnelle.

Différents intervenants en matière de prévention du suicide au CMP

Les situations à risque (arrivée en détention, période du jugement, annonce d'une mauvaise nouvelle, placement au quartier disciplinaire, approche de la libération...) et les personnes à risque (primaire, antécédents de passages à l'acte auto-agressifs, auteurs d'atteintes aux personnes, auteurs d'infraction à caractère sexuel, état dépressif, toxicomanie...) sont désormais bien connus et font l'objet d'une attention particulière de la part des différents professionnels qui se mobilisent autour de ce repérage.

Administration pénitentiaire

L'administration pénitentiaire est en première ligne pour l'accueil et le suivi des personnes détenues :

- circuit arrivants de liberté et de transfert ;
- politique sociale et d'insertion ;
- suivi individuel et projet d'exécution de peine.

Service de probation et d'insertion professionnelle

Le SPIP est un interlocuteur privilégié de la personne détenue à différents moments de sa trajectoire pénitentiaire :

- circuit arrivants ;
- liens avec l'extérieur ;
- politique sociale et d'insertion ;
- suivi individuel et projet d'exécution de peine.

Unité de consultation et de soins ambulatoires

Au CMP, la prévention des suicides fait partie des axes prioritaires des services médicaux. Une collaboration étroite entre le SMPR et les UCSA est en place depuis de nombreuses années.

À l'entrée en prison

Il y a tout d'abord le travail des médecins des UCSA. Le Code de procédure pénale recommande une visite médicale dès que possible pour tout arrivant de liberté. L'accueil des arrivants de liberté par le service médical s'effectue 6 jours sur 7 ; le dimanche, les arrivants rencontrent une infirmière diplômée d'état (IDE) et sont vus par le médecin dès le lendemain ou le jour même si l'IDE le juge nécessaire.

Cette visite médicale a pour objectif de dépister les maladies somatiques et psychiatriques aiguës. L'évaluation de la détresse psychologique réactionnelle et le signalement au SMPR en urgence ou en différé, en fonction de l'état clinique du patient, sont immédiatement faits. Un traitement d'attente, ou un signalement de « surveillance particulière » par l'Administration pénitentiaire est mis en place si nécessaire. Un contact téléphonique est pris avec l'infirmier psychiatrique ou le psychiatre afin d'informer l'équipe des éléments cliniques du patient.

Le travail des Infirmiers diplômés d'État (IDE) des UCSA consiste également à identifier au cours de leurs entretiens ou de la distribution des médicaments une détresse psychologique, comme un repère pour le signalement au SMPR.

Les IDE peuvent effectuer de manière ponctuelle des entretiens infirmiers afin d'évaluer les risques des patients. Le plus souvent, c'est lors de soins ou de la distribution de médicaments que le patient peut aborder ses problèmes. Les salles de soins des UCSA par leur promiscuité et le passage permanent ne favorisent cependant pas la confiance.

Au cours de l'incarcération

Les manifestations somatiques des détresses psychiques sont fréquentes. C'est parfois au cours de la prise en charge somatique des tentatives d'autolyse (automutilation, ingestion d'eau de javel, de corps étrangers...), que le dialogue peut s'instaurer et qu'une orientation vers le SMPR sera faite.

Service médico-psychologique régional

Le SMPR n'assure pas un entretien psychiatrique systématique de l'ensemble des arrivants.

Repérage des situations et des personnes à risque

En revanche, des entretiens d'accueil sont systématiquement proposés aux personnes habituellement reconnues comme pouvant présenter un risque suicidaire accru :

- par le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) aux personnes ayant des problèmes de dépendances (alcool, drogues, médicaments) ;
- par le SMPR aux mineurs, aux jeunes majeurs et aux auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Les consultations psychiatriques ont lieu à la demande du patient ou de toute personne qui se soucie de lui, y compris en urgence. Les demandes urgentes de consultation sont traitées par un infirmier et un psychiatre détachés à cet effet.

Bien sûr, à tout moment du circuit arrivant, le détenu peut être orienté (en urgence ou en différé) vers le SMPR pour une consultation. À cet égard, l'UCSA qui effectue la visite médicale systématique des arrivants est un partenaire privilégié du SMPR.

En cours de détention, les changements de comportement en relation (ou pas) avec des événements de vie intercurrents font le plus souvent l'objet d'un signalement au SMPR.

Prises en charge

Les tentatives de suicide, les passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs, les grèves de la faim et de la soif, les épisodes d'agitation psycho-motrice font l'objet d'un signalement et d'une consultation systématiques au SMPR.

La possibilité de mettre en place des suivis intensifs (en ambulatoire ou en hospitalisation) va le plus souvent permettre au patient de surmonter la crise suicidaire.

Prévention

Sur le plan individuel, l'accès facile à des consultations et prises en charge intensives individuelles ou de groupe permet d'éviter nombre de décompensations.

Au plan institutionnel, le travail de réunion, d'articulation et de partenariat dans le respect des fonctions de chacun permet de médiatiser les tensions.

Au plan collectif, la mise en place récente (2002) d'« actions diversifiées de prévention et d'éducation pour la santé mentale » au profit de la population pénale paraît prometteuse : tables rondes avec débat public sur les troubles du sommeil, la santé mentale, autres thèmes, radiodiffusées par RadioBaumettes, spectacle de théâtre sur le thème de l'alcoolisme et de ses déboires, travail en petits groupes de détenus sur le thème du suicide et de la dépression à partir d'un outil informatique (CDRom).

Plus généralement, toutes les actions qui vont rompre l'isolement, favoriser le lien et l'estime de soi sont préventives de la tentation suicidaire.

En cas de décès par suicide

Le ou les codétenus sont systématiquement reçus. Une rencontre avec la famille de la personne décédée est toujours proposée. Le personnel pénitentiaire au contact de la personne décédée est pris en charge par le personnel d'encadrement et la psychologue du travail.

Etude rétrospective des cas de suicides survenus entre 1996 et 2002

L'étude rétrospective des suicides survenus au cours de ces sept années avait pour objectif d'identifier les facteurs de risque ou déclencheurs, et singulièrement ceux éventuellement spécifiques à l'établissement.

Chacun des services a recherché les différents dossiers pénitentiaire, social, médical et le cas échéant psychiatrique, et établi une analyse de chacun d'entre eux.

Dix-neuf dossiers ont été analysés, 16 décès par suicide ont été retenus. Deux cas ont été éliminés parce que l'intentionnalité suicidaire ne pouvait être retenue : un décès par overdose et un décès par asphyxie (incendie du matelas de cause vraisemblablement accidentelle). Un cas a été éliminé : le patient hospitalisé au SMPR pour état dépressif, est décédé de cause naturelle.

Taux de suicide

Les taux de suicide ont été répertoriés puis comparés (tableau I).

Tableau I : Taux de suicide au Centre pénitentiaire de Marseille (CPM)

Année	Nombre d'entrants	Nombres de suicides
1996	4 767	2
1997	4 255	2
1998	3 770	3
1999	3 991	1
2000	3 406	5
2001	3 824	1
2002	4 347	2
	(1 630 détenus en moyenne)	(15 tentatives)

Le taux de suicide au CPM est moindre que le taux moyen national, ce qui laisse supposer une relative (bien qu'imparfaite) efficacité des mesures préventives. En 2002, par exemple, le taux de suicide en prison était de 225 pour 100 000 détenus, ce qui, rapporté à la population du CPM, représenterait 3,6 suicides alors qu'il y en a eu 2.

Dans la région pénitentiaire PACA – Corse

La Direction régionale des services pénitentiaires recense mensuellement, à partir des rapports pénitentiaires d'incidents déclarés par les chefs d'établissements pénitentiaires, les cas de suicide, de tentatives de suicide et d'automutilations.

La région pénitentiaire compte en moyenne 6 000 détenus répartis dans 12 établissements pénitentiaires.

Ont été recensés en 2002 : 9 suicides ; 201 tentatives de suicide réparties en 80 phlébotomies, 57 pendaisons, 47 ingestions médicamenteuses, 14 asphyxies (incendies de cellule) et 3 ingestions de corps étrangers ; 66 automutilations.

Le taux de suicide en PACA – Corse est moindre que le taux moyen national. En 2002, par exemple, le taux de suicide en prison était de 225 pour 100 000 détenus, ce qui, rapporté à la population de la région, représenterait 13,5 suicides alors qu'il y en a eu 9.

Le nombre de TS très élevé est préoccupant ; néanmoins, il est à pondérer par le nombre de suicides évités par l'intervention de l'entourage.

Points convergents avec les études sur le suicide en milieu pénitentiaire

Différents points ont été identifiés conformes à ce que les études sur le suicide en milieu pénitentiaire relèvent :

- la moyenne d'âge des personnes décédées par suicide est de 38 ans (le plus jeune étant âgé de 22 ans, le plus vieux de 72 ans). Elle est plus élevée que la moyenne d'âge de la population pénale générale ;
- la majorité a un métier et un domicile ;
- la majorité a maintenu des liens avec la famille ;
- il s'agit pour l'essentiel de prévenus, dans la 1^{ère} année d'incarcération ;
- les délits et crimes sont le plus souvent graves comportant des atteintes aux personnes ;
- moins de la moitié a des antécédents judiciaires ;
- la moitié a des antécédents psychiatriques dont des antécédents de passage à l'acte autoagressifs ;
- 9 personnes sur les 16 bénéficient d'un suivi psychiatrique au moment du suicide. Le diagnostic posé le plus fréquemment est trouble de la personnalité dans la catégorie CIM-10, état limite ;
- 2 présentent un état dépressif majeur et les décès sont survenus au SMPR, dans le cadre d'une prise en charge médicale maximale du risque suicidaire ;
- 4 présentent un état dépressif moyen en voie d'amélioration ;
- pour 4 personnes, la prise en charge vient de débiter ;
- 2 personnes (arrivant de liberté et de transfert) devaient être vues en consultation psychiatrique le lendemain de leur suicide ;
- le moyen utilisé est la pendaison ;
- concernant la période, on peut repérer 2 pics : juin et octobre-novembre.

Particularités du Centre pénitentiaire de Marseille

Différents points ont été identifiés plus inattendus et peut-être particuliers au CPM :

- aucune femme pendant la période considérée. Pour mémoire, un décès par overdose n'a pas été, après analyse du contexte de survenue, qualifié de suicide ;
- peu de suicides au quartier disciplinaire (2 dont 1 en salle d'attente du prétoire) ;
- de 1996 à 1998, les suicides sont survenus rapidement après l'incarcération. En revanche à partir de 1999, soit après la mise en place d'un quartier et d'un circuit arrivant, les suicides sont majoritairement plus tardifs (au delà de 6 mois d'incarcération) ;
- dans les facteurs de risque majoré, outre la nature de l'infraction (crimes de sang, affaires de mœurs), on retrouve souvent un événement de vie déstabilisateur dans les semaines qui précèdent et particulièrement un transfert pénitentiaire.

Cas ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique

Sur les 16 cas, 9 bénéficient d'un suivi psychiatrique au moment du suicide (tableau II). Une 10^e personne, connue du SMPR, arrivant de transfert, devait être vue en consultation psychiatrique le lendemain de son suicide. Une 11^e personne, non connue du SMPR, arrivant de liberté sous traitement de substitution par méthadone, devait être vue en consultation psychiatrique le lendemain de son suicide.

Pistes de réflexion et d'action pour l'amélioration du dispositif

Tout décès en détention fait l'objet d'une enquête pour recherche des causes de la mort, dont une autopsie.

La recherche des causes de la mort a plus à voir avec la recherche des responsabilités pénales, civiles et administratives qu'avec l'analyse des circonstances du décès par suicide en tant que démarche essentielle pour tenter de comprendre ce qui s'est passé, en tirer enseignement et par conséquent améliorer la prévention.

De surcroît, cette recherche entre le plus souvent en résonance avec le sentiment de culpabilité éprouvé par les proches et intervenants, particulièrement intense lorsqu'il s'agit d'un suicide évident (pendaison) ou possible (overdose).

Ces dernières années, la systématisation de l'accueil des familles, de la prise en charge des codétenus, de la prise en compte et en charge des professionnels pénitentiaires et sanitaires ayant eu à faire face au suicide, est un net progrès au plan humain et en terme de travail de postvention.

Néanmoins, il est rarement procédé à l'analyse précise et systématique des circonstances et déterminants du suicide, qui pourtant permettrait d'essayer

Tableau II : Caractéristiques des détenus suicidés ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Âge	38	40	37	32	31	49	33	45	40	36
Situation Familiale	Concubin 2 enf	Marié 3 enf	Séparé 1 enf	Séparé	Marié 2 enf	Divorcé 2 enfants Concubin	Veuf 2 enfants	Célibataire		
Profession	Sans	Éducateur	Agent de Police	Boulangier		Restaurateur Meubles	AAH	Secouriste Ouvrier Forestier		
Domicile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	oui	oui		
Incarc. depuis	5 mois	15 jours	14 mois	4 mois	27 mois	9 mois	10 mois	3 ans	15 jours	2 mois
Situation pénale	Cond correct.	Prévenu criminel	Prévenu criminel	Prévenu	Prévenu criminel	Prévenu criminel	Prévenu criminel	Cond. correct.	Prévenu	Prévenu
ATCD ¹ judiciaires	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	non	non		
ATCD psy	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	oui	oui		
ATCD autogressif	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	oui	oui		
ATCD hétérogressif	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non			
Motif de 1 ^{ère} consultation	EAD ²	Cs AAS ³	Anxiété	Devait être vu en consult. le lendemain du suicide	EAD intense	EAD	EAD + TS par pendaison	EAD	CS AAS	Anxiété
Type de prise en charge (PEC) et Traitement	Suivi Amb Début de PEC TRT ATD*	Suivi amb. TRT ATD	Suivi amb. TRT anxiolytique	ATCD suivi amb. et d'hôp. au SMPR	Suivi amb. TRT ATD et anxiolytique	Suivi amb. Début de PEC et TRT ATD et anxiolytique	Hôp SMPR TRT	Hôp. SMPR TRT ATD et anxiolytique	Suivi amb. Début de PEC	Suivi amb. Début de PEC PEC

Tableau II (suite)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etat clinique au moment du suicide	Mieux	EAD modéré	Mieux		Allait bien	EAD modéré	Mieux	EAD, idées suicidaires Surveillé ++	EAD refuse l'hôp. au SMPR	
Evènement de vie récent	Menace de retrait de l'autorité parentale		Informé par l'avocat : affaire d'assises Décès père en août	Transfert	Séparation en mai	Transfert fin sept.		Il va être orienté vers CNO ⁵ de Fresnes		Transfert
Motif d'incarcération	Violences familiales	Viols sur mineurs	Séquestration	Séquestration	Viols avec violence	Vol à main armée	Meurtre de sa femme	Meurtre compagne	Infraction Sexuelle	
Moyen	Pendaison	Pendaison	Pendaison	Pendaison	Pendaison	Pendaison	Pendaison au SMPR	Pendaison au SMPR	Pendaison	Pendaison
Diagnostic CIM-10			6031 Etat limite	600 et 432 Personnalité paranoïaque. Troubles adaptation	6031 Etat limite	33 trouble dépressif récurrent	31 trouble bipolaire	60.6 Personnalité anxieuse		

¹ ATCD : Antécédent ; ² EAD : Etat anxio dépressif ; ³ AAS : Auteur d'agression sexuelle ⁴ TRT ATD : Traitement Antidépresseur ⁵ CNO : Centre National d'Observation de Fresnes

de repérer des facteurs de risque et dégager des pistes d'amélioration du dispositif de prévention. S'agissait-il d'un suicide imprévisible ou prévisible ou évitable ?

Le travail rétrospectif conduit au Centre pénitentiaire de Marseille sur les cas de suicides n'a pas eu la rigueur d'un travail d'autopsie psychologique *stricto sensu*, néanmoins, il a permis de découvrir un certain nombre d'éléments attendus démontrant l'utilité des efforts conduits (circuit des arrivants par exemple) et inattendus ciblant les efforts à accomplir (transferts pénitentiaires par exemple).

Les questions centrales du respect du secret professionnel d'une part, et de la non recherche de responsabilité d'autre part, étaient un souci éthique et ont constitué un préalable au travail mis en place.

À l'issue du travail conjoint DAP-SPIP-UCSA-SMPR, le groupe a fait un certain nombre de recommandations :

- améliorer l'accueil des arrivants de transfert ;
- améliorer les outils de communication interservices ;
- améliorer les mesures de surveillance particulière et d'accompagnement pour prévenir le risque suicidaire ;
- mettre en place des commissions pluriprofessionnelles : une commission santé par bâtiment de détention et un comité santé pour l'établissement, la question du risque suicidaire et de la prévention du suicide y occupant une place évidemment centrale mais non exclusive ;
- développer la formation des personnels ;
- développer les actions d'éducation à la santé de la population pénale.

Amélioration de la prise en compte des détenus transférés

Les personnes détenues transférées peuvent l'être pour plusieurs raisons, y compris à leur demande. Néanmoins, le transfert constitue dans la plupart des cas un facteur de stress, le cas échéant déstabilisateur d'un équilibre précaire : départ précipité, famille non prévenue, destination incertaine, arrivée dans un établissement inconnu de grande taille...

Une meilleure prise en charge des personnes transférées suppose :

- en amont, une information systématique des raisons et du lieu de transfert ;
- à l'arrivée, une information systématique des proches en présence du détenu, et une information sur le devenir pénal ;
- un repérage des troubles psychologiques ou psychiatriques et des facteurs de risque suicidaire.

Améliorer les outils de communication interservices

Le dialogue entre les professionnels pénitentiaires et sanitaires est complexe parce que les préoccupations et les pratiques sanitaires et pénitentiaires sont distinctes par nature, parfois divergentes, souvent cloisonnées.

Toutefois, au cas par cas et dans l'intérêt de la personne détenue, la pratique démontre quotidiennement que le plus souvent les échanges ont lieu et l'information pertinente (dans le respect du secret médical) circule.

L'élaboration d'une fiche de signalement interservices a permis d'optimiser un outil de communication qui inclut le risque suicidaire mais ne s'y limite pas (tableau III).

Une procédure d'urgence est prévue qui implique un contact personnalisé entre le demandeur et le destinataire et qui suppose, si nécessaire, des mesures conservatoires de surveillance particulière.

Tableau III : Détails de la fiche de signalement interservices d'une personne détenue

Assistance publique de Marseille		Centre pénitentiaire de Marseille	
Fiche de signalement interservices d'une personne détenue			
Service demandeur		Service destinataire	
Détenue : A B/C D QI QD CPF QPA		Détenue : A B/C D Q QD CPF QPA	
SPIP		SPIP	
UCSA : A B D CPF QPA		UCSA : A B D CPF QPA	
SMPR		SMPR	
CSST		CSST	
Autre :		Autre :	
Identité de la personne détenue		Situation	
Nom :		Arrivant de liberté	
Prénom :		Arrivant de transfert	
Age :		En cours de détention	
N° d'écrou :			
Bâtiment : A B/C D QI QD CPF QPA			
Cellule :			
Motif du signalement			
Procédure en cas d'urgence : contact téléphonique impératif			
Date :		Identité du signalant :	
Heure :		Identité du correspondant contacté :	

Améliorer les mesures de surveillance particulière

En détention, il existe un nombre important de mesures de surveillance particulière, pour des raisons fort variées dont le risque médical et le risque suicidaire ne sont qu'une partie.

Les mesures de surveillance particulière pour risque suicidaire sont :

- systématisées fort opportunément pour un certain nombre de détenus et de situations à risque ;

- instaurées à titre conservatoire, là encore fort opportunément, dès qu'un risque suicidaire est suspecté ;
- instaurées à la demande des magistrats ;
- instaurées à la demande de l'UCSA et/ou du SMPR.

Une réflexion est conduite pour mieux définir le type de surveillance et d'accompagnement diurne et nocturne à mettre en œuvre ainsi que sa durée.

En tout état de cause, il est nécessaire de prévoir l'information systématique du détenu des décisions prises à son endroit.

Proposition de mise en place d'une Commission santé par bâtiment de détention et d'un Comité santé pour l'établissement

Les « Commissions santé » réunissent les représentants des équipes pénitentiaires, socio-éducatives et sanitaires qui interviennent sur le bâtiment considéré, à un rythme (si possible) mensuel. Elles visent à améliorer l'articulation entre les différents professionnels et la connaissance de leurs missions et compétences réciproques, au profit des personnes détenues. Les commissions examinent les questions de santé et leurs déterminants, notamment environnementaux. Lorsque le cas individuel d'une personne détenue est évoqué, notamment en matière de prévention du risque suicidaire, les membres de la commission veillent à ce que l'information délivrée ne constitue pas une violation du secret professionnel, particulièrement du secret médical.

Les personnes détenues en surveillance particulière pour risque suicidaire sont informées de la mesure prise à leur endroit.

Le « Comité santé » a vocation à réunir le personnel d'encadrement des équipes pénitentiaires, socio-éducatives et sanitaires de l'établissement, à un rythme bi-annuel (et en cas de besoin). Il a pour objectif d'élaborer (et, le cas échéant, d'ajuster) les procédures et outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des professionnels de santé et pénitentiaires, dans le respect des règles déontologiques de chaque profession. Il ne traite pas des cas individuels.

Il a également pour objectif de favoriser les actions de prévention et d'éducation à la santé pour la population pénale et d'encourager les actions de formation continue multicatégorielle des personnels.

Actions de formation et d'éducation à la santé

La prévention du suicide est une priorité nationale de santé publique depuis 2000 et la stratégie nationale d'actions inclut des actions de formation multicatégorielle des personnels et intervenants au contact direct de la population pénale, au risque et à la crise suicidaires. Elle se décline au niveau régional en co-organisation et co-financement Direction régionale des affaires sanitaires et sociales – Direction régionale des services pénitentiaires.

Les actions d'éducation pour la santé mentale auprès de la population pénale (diversité des supports : conférences, films, tables rondes, ateliers, théâtre, journaux...) ont un impact attendu important.

Catherine Paulet

*Service Médico Psychologique Régional
Centre pénitentiaire de Marseille*

Anne Galinier

*Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
Centre pénitentiaire de Marseille*

BIBLIOGRAPHIE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire DGS /SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires. Consultable sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-41/a0413305.htm>

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Rapport sur les dispositifs de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires, DAP/PMJ1, janvier 2001

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Rapport sur les suicides de détenus (1998-1999), DAP/PMJ1, mai 2000

TERRA JL. Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, décembre 2003, 222 p. Consultable sur le site : <http://www.justice.gouv.fr/publicat/rapportterrap.htm>