

Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation

La journée d'étude internationale sur la prévention du suicide en prison organisée à l'École nationale de la magistrature à Paris le 22 janvier 2010 tenait à un constat : la permanence du phénomène suicidaire en prison. Cette actualité tenait aussi à la mobilisation réaffirmée de l'administration pénitentiaire, de ses personnels et partenaires, placés devant ces drames. En effet, à la suite des recommandations du rapport du professeur Jean-Louis Terra en 2003, puis de la commission Albrand en 2009, l'administration pénitentiaire a renforcé ses dispositifs de prévention du suicide en détention.

Cette manifestation fut l'occasion de présenter les premiers résultats de ce plan d'actions en cours.

Les suicides en milieu carcéral furent resitués dans le cadre plus général de la mortalité par suicide en France ainsi que dans quatre pays européens (Angleterre, Allemagne, Suisse, Espagne).

Cette journée fut l'occasion d'un débat serein et constructif sur une question sérieuse souvent abordée de façon polémique.

Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation

Journée d'étude internationale

Le 22 janvier 2010
à l'École nationale de la magistrature, Paris



Collection Travaux & Documents



Direction de l'administration pénitentiaire

Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation

Journée d'étude internationale

Le 22 janvier 2010
à l'École nationale de la magistrature, Paris



Collection Travaux & Documents





SOMMAIRE

Les auteurs	5
Préface, Annie Kensey	9
Ouverture de la journée, Jean-Amédée Lathoud	11
Présentation introductive, Laurent Ridel	15
<i>I. Définition du suicide</i>	
Mortalité par suicide en France, Albertine Aouba et Éric Jougla	19
Choisir le bon indicateur, Bruno Aubusson de Cavarlay	27
<i>II. Situation dans quelques pays d'Europe</i>	
En France, Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey, Jean-Louis Pan Ké Shon,	41
En Allemagne, Pascal Décarpes	65
En Suisse, Daniel Fink	95
<i>III. Exemples de bonnes pratiques</i>	
Espagne, Ramón Canovas Calatrava	105
Grande-Bretagne, Michael Keane et Véronique Pajanacci	109
France, Jean-Louis Terra	119
Synthèse conclusive, Antoine Lazarus	123

LES AUTEURS

Albertine Aouba est médecin épidémiologiste au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc de l'Inserm). Elle est particulièrement spécialisée dans le domaine des méthodes de codage et dans la Classification internationale des maladies. Elle est l'auteur de nombreuses études et de communications sur ces thématiques.

Bruno Aubusson de Cavarlay, directeur de recherche CNRS, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales - CESDIP (UMR CNRS, ministère de la Justice, université de Versailles-Saint-Quentin), mène des recherches quantitatives sur le fonctionnement du système pénal. Membre du groupe d'experts *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics* (jusqu'en 2009).

Ramon Canovas Calatrava est responsable de l'établissement Valencia-Picassent en Espagne depuis juin 2008. Pendant un peu plus de 4 ans, en tant que coordinateur technique de la centrale d'observation pénitentiaire, il fut chargé de la mise en place et du suivi du programme de prévention des suicides dans les centres pénitentiaires espagnols (en fait toutes les prisons). Par ailleurs, il est licencié en histoire-géographie et en pédagogie.

Pascal Décarpes, « Master of Laws » de criminologie, DEA de Science politique et DESS d'Études stratégiques européennes. Criminologue au département criminologique du ministère de la Justice de la Hesse (Allemagne). Doctorant sous la direction du professeur Frieder Dünkler et ancien chargé de cours et de recherches à l'université de Greifswald (Allemagne). Expert indépendant auprès de la direction générale

Justice, Liberté et Sécurité (Commission européenne). Membre du conseil d'administration de l'Association française de criminologie (AFC).

Géraldine Duthé est chargée de recherches à l'Institut national d'études démographiques - INED (Paris) depuis 2006. Elle y mène des recherches en démographie de la santé et de la mortalité en France et à l'étranger en s'appuyant sur des données d'état civil, des enquêtes rétrospectives ou de suivi. Dans le contexte français, elle s'intéresse à la santé mentale et aux facteurs de risque associés, notamment la dépression et les personnes seules, et dans le cas présent, le suicide dans les prisons.

Daniel Fink dirige le service Criminalité et droit pénal à l'Office fédéral de la statistique à Neuchâtel, en Suisse (www.statistique.admin.ch). Ce dernier produit l'ensemble des statistiques policières, judiciaires et pénitentiaires de la Suisse. Daniel Fink a été préalablement délégué du Comité international de la Croix-Rouge et a été, à ce titre, visiteur de prisonniers de conflits armés dans plusieurs pays. Il a soutenu une thèse en sciences sociales à l'université Paris Descartes.

Angélique Hazard, démographe au bureau des études et de la prospective (PMJ5) à la direction de l'administration pénitentiaire. Son domaine d'étude concerne notamment les personnes prises en charge par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Elle est l'auteur du *Cahier d'études pénitentiaires et criminologiques* n° 22 (mai 2008) sur le suicide en prison et participe actuellement à une étude quantitative sur ce thème en collaboration avec l'INED.

Éric Jougla dirige le CépiDc de l'Inserm. Il travaille au niveau national et international sur les méthodes d'analyse des causes de décès et sur l'exploitation de leurs résultats. Il est l'auteur de plus d'une centaine d'articles traitant du niveau, des caractéristiques et des inégalités de mortalité ainsi que de la comparabilité internationale des données.

Michael Keane gère les statistiques des événements affectant la détention pour l'Angleterre et le pays de Galles au Service national de gestion de la population sous main de justice (*National Offender Management Service - NOMS*) du ministère de la Justice.

Annie Kensey, docteur en démographie, est actuellement chef du bureau des études et de la prospective (PMJ5) à la direction de l'administration pénitentiaire et chercheur associé au CESDIP. Dernier ouvrage : *Prison et récidive* publié en 2007 aux éditions Armand Colin. Ancien membre du conseil scientifique de l'INED (2000-2005), elle a été de nombreuses fois expert pour des missions du Conseil de l'Europe ou des Nations unies. Membre du conseil d'administration de l'Association française de criminologie (AFC) et, depuis 2009, du groupe d'experts *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics*.

Jean-Amédée Lathoud est le directeur de l'administration pénitentiaire en fonction depuis le 11 janvier 2010. Il débute sa carrière comme auditeur de justice en 1969.

Il occupe successivement les fonctions de substitut du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Dijon de 1973 à 1979 et de procureur de la République près les tribunaux de grande instance de Belfort (1979-1983), Mâcon (1983-1987) puis Strasbourg (1987-1991). Procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lyon (1991-1996), il est ensuite procureur général près la cour d'appel de Riom (1996-1999) et près la cour d'appel de Douai d'août 1999 à juillet 2004. Il assure subséquemment les fonctions de procureur général près la cour d'appel de Versailles.

Antoine Lazarus, professeur de santé publique, est directeur du département de santé publique et médecine sociale, université Paris-Nord, UFR Léonard de Vinci, Santé Médecine Biologie humaine. Il est fondateur du Comité médico-social pour la santé des migrants et également fondateur du groupe multiprofessionnel des prisons qu'il anime depuis les années 1970.

Véronique Pajanacci, directrice des services pénitentiaires, est actuellement chef de la mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral (MPLS) de la direction de l'administration pénitentiaire.

Elle a, successivement, dirigé la détention à la maison d'arrêt de Fresnes, et fut chargée de mission au ministère de la Santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Elle fut également secrétaire générale et rédactrice du rapport de la commission mise en place par le garde des Sceaux, présidée par le D^r Louis Albrand, relative à la prévention du suicide en milieu carcéral (mars 2009).

Jean-Louis Pan Ké Shon est chercheur à l'INED. Ses sujets d'études concernent d'un côté les expressions du mal-être, le suicide, la dépression, l'anorexie mentale, la solitude et de l'autre la ségrégation socio-spatiale, les problèmes urbains et la mobilité résidentielle.

Laurent Ridet, actuellement sous-directeur des personnes placées sous main de justice à la direction de l'administration pénitentiaire. Diplômé en droit et en anthropologie, il a successivement été adjoint au directeur de la maison centrale de Saint-Maur, directeur du centre national d'observation de Fresnes (une structure pluridisciplinaire regroupant personnels pénitentiaires, psychiatres et psychologues autour de projets d'exécution des peines), chef de cabinet du directeur de l'administration pénitentiaire et directeur de la maison centrale de Poissy. En Nouvelle-Calédonie, il a dirigé les services pénitentiaires avant de revenir en métropole où il fut chef de l'état-major de sécurité à l'administration centrale, directeur interrégional dans l'Est et conseiller au cabinet du garde des Sceaux Pascal Clément.

Jean-Louis Terra est professeur de psychiatrie à l'université Lyon I, chef de service au centre hospitalier du Vinatier et dirige un laboratoire de psychologie de la santé et du développement. Missionné par le garde des Sceaux et le ministre chargé de la Santé, il remet en décembre 2003 un rapport sur la « Prévention du suicide des personnes

détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention ». Il est actuellement coprésident du groupe de pilotage national qui suit la mise en œuvre du plan d'actions de prévention du suicide des personnes détenues conçu au printemps 2009 (remise du rapport de la commission dit Albrand).

PRÉFACE

Annie Kensey, *démographe, chef du bureau des études et de la prospective (PMJ5) à la direction de l'administration pénitentiaire.*

A l'initiative de la direction de l'administration pénitentiaire, une journée d'étude internationale sur la prévention du suicide en prison a été organisée à l'École nationale de la magistrature à Paris le 22 janvier 2010. L'actualité de cette journée d'étude tenait à un constat : la permanence du phénomène suicidaire en prison. Cette actualité tenait aussi à la mobilisation réaffirmée de l'administration pénitentiaire, de ses personnels et partenaires, placés devant ces drames. En effet, à la suite des recommandations du rapport du professeur Jean-Louis Terra en 2003, puis de la commission Albrand en 2009, l'administration pénitentiaire a renforcé, à la demande du ministre d'État, garde des Sceaux, ses dispositifs de prévention du suicide en détention. Un plan d'actions de grande ampleur a été lancé. Cette manifestation fut l'occasion de présenter les premiers résultats de ce plan d'actions en cours.

Les suicides en milieu carcéral furent resitués dans le cadre plus général de la mortalité par suicide en France. Dans le même souci d'une meilleure compréhension de ce phénomène, la situation actuelle dans quatre pays européens (Angleterre, Allemagne, Suisse, Espagne) fut présentée.

Cette journée d'études a été conçue avec la mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral (MPLS) et grâce à la mobilisation des membres du bureau PMJ5*. Nous avons fait le choix de parler de la population sous

* Je tiens particulièrement à remercier Frédéric Houzé du service intérieur de la DAP pour sa disponibilité et sa précieuse collaboration.

écrou pour cette journée sur le suicide en prison. C'est une première étape. Ça ne veut pas dire que la question du suicide de certains personnels ne soit pas aussi posée. C'est une question qui mériterait elle aussi d'être étudiée de plus près. Cette journée était destinée aux professionnels de l'administration pénitentiaire et à ses partenaires sanitaires, judiciaires, associatifs, universitaires et aux chercheurs. Elle fut l'occasion d'un débat serein et constructif sur une question sérieuse souvent abordée de façon polémique.

OUVERTURE DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

Jean-Amédée Lathoud, directeur de l'administration pénitentiaire.

Michèle Alliot-Marie, ministre d'État, garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Libertés, n'a eu de cesse de le souligner : les suicides en prison sont des drames humains et la nécessité de toujours mieux les prévenir est une priorité d'action de l'administration pénitentiaire.

Mais pour agir dans cette direction, il est important de pouvoir réfléchir et avancer dans la compréhension du phénomène suicidaire, loin des visions caricaturales et des polémiques.

La Journée d'étude internationale sur le suicide en prison organisée ce 22 janvier 2010 à l'École nationale de la magistrature, à Paris, a précisément pour objectif de participer à une meilleure compréhension de ce phénomène complexe qu'est le suicide en prison, non seulement en le resituant dans le cadre plus général de la mortalité par suicide en France, mais aussi en le comparant à des pays voisins européens.

La présence, à cette occasion, de nombreux chercheurs, universitaires, personnels pénitentiaires de toute la France, partenaires institutionnels, sanitaires, judiciaires, partenaires associatifs ou membres de la société civile, illustre pleinement la volonté de la direction de l'administration pénitentiaire d'avoir sur cette question un débat ouvert et constructif, afin d'avancer ensemble, vers une meilleure connaissance pour une meilleure prévention.

À cet égard, le bilan des suicides de l'année 2009 est préoccupant, même s'il faut pour maintenir la mobilisation forte qui est celle de nos personnels mais aussi des

partenaires, notamment médicaux, ne pas culpabiliser outre mesure, ce qui aurait pour conséquence de paralyser l'action.

En effet, nous avons par rapport à 2009, perdu 6 vies de plus qu'en 2008, 6 vies de trop, bien entendu.

En 2009, nous avons à déplorer 115 suicides dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, outre-mer compris, (décédés en cellule ou à l'hôpital des suites de la tentative de suicide), contre 109 en 2008.

Le chiffre total des suicidés sous écrou, c'est-à-dire non seulement en détention, mais aussi en semi-liberté, en hospitalisation, ou sous surveillance électronique, est de 122, contre 115 en 2008.

Le bilan de l'année 2009 porte ainsi le taux de suicide à 18,1 suicides pour 10 000 personnes écrouées, contre 17,2 en 2008.

L'année 2009 a été plus particulièrement marquée par :

- le suicide d'un mineur et d'une femme, qui demeurent des publics peu nombreux en détention mais souvent à risque ;
- la tendance déjà observée en 2008, de la part croissante des auteurs présumés ou condamnés pour infractions à caractère sexuel - AICS - (alors que leur nombre reste stable) : ils représentent près du tiers des personnes détenues qui se sont suicidées ;
- des suicides dans les quartiers spécifiques (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartiers d'isolement...) qui demeurent des zones très sensibles malgré l'attention portée au risque suicidaire et aux mesures de prévention prises en conséquence : un tiers des personnes se sont suicidées dans ces quartiers de détention ;
- une augmentation du nombre de suicides sur les 8 premiers mois, puis une stabilisation suivie d'une baisse sur les derniers mois : ainsi entre le 31 août et le 31 décembre, il y a eu en moyenne, trois suicides de moins par mois que sur les 8 premiers mois.

Cette baisse du nombre de suicides sur les 4 derniers mois de l'année 2009 a plusieurs facteurs d'explication : une remobilisation des personnels à la suite du plan d'actions décidé par le ministre d'État, garde des Sceaux à l'été 2009 et la restauration d'un climat de sérénité, notamment médiatique.

Les caractéristiques générales des suicides en détention en 2009 demeurent relativement identiques à celles constatées les années antérieures :

- le mode de perpétration le plus usuel reste la pendaison (près de 95 %) ;
- l'âge moyen est de 37 ans ;
- les maisons d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt sont surreprésentés (plus de 80 %) ;
- les deux tiers des suicides ont eu lieu en détention ordinaire, en majorité en cellule seule, mais également en cellule doublée lorsque le codétenu s'est absenté ;

- les prévenus demeurent les plus exposés au risque suicidaire (en proportion), même si en termes de chiffres bruts, les condamnés sont plus nombreux à s'être donné la mort (62 sur 115) ;
- une part importante des personnes qui se sont suicidées souffraient de troubles psychologiques voire psychiatriques ;
- le risque de suicide reste plus élevé pour les personnes détenues ayant commis des infractions contre les personnes.

En conclusion de ce triste bilan, je tiens à rappeler que si le suicide est avant tout un drame pour la personne détenue, sa famille et ses proches, c'est aussi un échec pour les personnels pénitentiaires dont l'action est pourtant unanimement reconnue par les spécialistes.

Ce personnel pénitentiaire est d'autant plus sensible à la question que de son côté, il connaît la souffrance au travail et des situations de mal être dramatiques...

L'augmentation du nombre des tentatives de suicides constatées depuis 2008 permet d'ailleurs aussi, « en miroir », de mesurer l'ampleur du travail effectué sur le terrain : près de 2 600 vies sauvées par les personnels en 2009.

Je souhaite ainsi tout particulièrement rendre hommage à l'action remarquable des personnels qui, malgré les échecs, continuent à se mobiliser et à œuvrer pour toujours plus sauver des vies.

Dans cette optique, la mise en œuvre de la loi pénitentiaire et l'ouverture de nouveaux établissements qui constituent une actualité historique de l'administration pénitentiaire, devraient favoriser notre action de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral, de par l'amélioration des conditions de détention et le sens donné à la peine.



LA PRÉVENTION DU SUICIDE : UNE POLITIQUE PRIORITAIRE

Laurent Ridet, sous-directeur des personnes placées sous main de justice (PMJ) à la direction de l'administration pénitentiaire.

La préoccupation de l'administration pénitentiaire en ce qui concerne les suicides est ancienne et on trouve la trace de premières notes ou instructions sur la question de la prévention du suicide dès le début des années soixante. C'est toutefois dans les années 1990, suivant en cela l'évolution de la société, que l'administration pénitentiaire érige en véritable priorité la lutte contre les suicides en milieu carcéral.

C'est d'ailleurs à cette période (fin des années 1990 et début des années 2000) que le nombre de suicides est le plus élevé dans les prisons françaises, alors même que la population carcérale diminue.

On passe alors d'une relative indifférence à une véritable prise de conscience qui conduit l'administration pénitentiaire à mettre en oeuvre une politique particulièrement volontariste.

À cet égard, deux années méritent d'être citées :

- 2002, où une circulaire importante est cosignée par les ministres de la Justice et de la Santé, marquant ainsi de façon très symbolique le caractère nécessairement pluridisciplinaire de toute action de prévention du suicide ;
- 2003, année où le garde des Sceaux et le ministre de la Santé confient au professeur Terra une mission d'évaluation du dispositif existant et de proposition d'amélioration de ce dernier.

À la suite du rapport Terra (du nom de son auteur), la direction de l'administration pénitentiaire va mettre en place un programme pluriannuel de prévention des suicides avec l'objectif de diminuer leur nombre de 20 % en 4 ans.

Dans ce cadre, 3 axes principaux sont retenus :

- la formation massive des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire ;
- la mise en place de procédures de détection de cette crise suicidaire au travers notamment d'une grille systématiquement renseignée lors des entretiens d'accueil des détenus arrivants ;
- la disparition dans les nouveaux établissements des dispositifs techniques pouvant faciliter le passage à l'acte suicidaire (le plus connu d'entre eux étant la potence de télévision).

L'application du plan « Terra » a permis de diminuer sensiblement le nombre de suicides en détention.

Ainsi, en 2002 on déplorait 122 suicides pour 53 000 détenus (soit un taux de suicidité de 23 pour 10 000).

Quatre ans plus tard, en 2007, le chiffre des suicides en détention était ramené à 96 pour 63 000 détenus (correspondant à un taux de suicidité de 15,2 pour 10 000).

Ce constat est important car il prouve qu'il ne faut pas céder à un discours fataliste et qu'une mobilisation conduite sur la durée et dans la sérénité peut porter ses fruits et sauver des vies.

Toutefois ces progrès demeurent fragiles et en 2008 et 2009, les suicides ont à nouveau augmenté, même si le taux de suicidité est resté inférieur à ce qu'il était avant l'application du plan Terra.

Cette situation a conduit le garde des Sceaux à installer une nouvelle commission chargée de réfléchir à une amélioration du dispositif existant.

Cette commission majoritairement composée de médecins mais comportant également en son sein des professionnels pénitentiaires et des personnalités appartenant à la société civile a inscrit son travail dans la continuité du rapport Terra.

Il n'y a donc pas eu de rupture avec la politique précédemment conduite mais plutôt la recherche d'un approfondissement et d'un enrichissement des actions existantes.

La commission Albrand, du nom de son président, a formulé 20 recommandations qui ont été reprises dans un plan d'actions ministériel arrêté le 15 juin 2009. Celui-ci a été renforcé en août dernier par la ministre d'État Michèle Alliot-Marie.

Je ne déclinerai pas dans le détail l'ensemble de ce plan. Je me contenterai d'en rappeler les grands axes :

1. Le renforcement de la formation du personnel pénitentiaire (même si à ce jour avec plus de 13 000 fonctionnaires formés, le résultat est d'ores et déjà remarquable).

Il nous faut toutefois intensifier notre effort d'une part en veillant à intégrer l'ensemble des personnels pénitentiaires notamment les conseillers d'insertion et

de probation (CIP) dans ces formations et d'autre part, en priorisant les fonctionnaires dans les secteurs à risque (quartiers arrivants, quartiers d'isolement, quartiers disciplinaires, SMPR).

Je tiens à cet égard à rappeler que l'action des personnels permet de sauver tous les jours de nombreuses vies et que pour une tentative de suicide aboutie, près de 20 échouent.

2. L'application de mesures particulières pour les détenus les plus fragiles connaissant une crise suicidaire aigüe. Il s'agit du recours possible à la dotation de protection d'urgence, aux cellules de protection d'urgence ou à la vidéosurveillance. Ces dispositifs, d'un usage limité dans le temps, permettent de surmonter des situations extrêmes face auxquelles nous étions jusqu'à maintenant démunis.

3. L'humanisation de l'univers carcéral avec le développement des activités et l'élaboration de plans de protection individualisés pour les personnes repérées comme présentant un risque suicidaire.

Il s'agit en effet non seulement d'éviter que le détenu ne passe à l'acte mais aussi surtout de diminuer la souffrance qui est à l'origine de ce désir suicidaire car ainsi que le dit souvent le professeur Terra, l'on ne se suicide pas pour mettre un terme à sa vie mais parce que la mort apparaît comme étant la seule issue pour faire cesser une souffrance devenue trop insupportable.

À cet égard, le rôle majeur de la commission disciplinaire unique, comme lieu d'analyse et d'échanges, doit être souligné.

4. La lutte contre le sentiment d'isolement avec la mise en place de mesures particulières dans les quartiers disciplinaires (radio, téléphone).

5. La mobilisation, au-delà des personnels pénitentiaires et sanitaires, de l'ensemble des membres de la « communauté carcérale » :

- les intervenants, les associations ;
- les visiteurs ;
- les autorités judiciaires (protocole d'échanges d'information avec les responsables pénitentiaires) ;
- les familles de détenus, avec l'expérimentation dans une quinzaine de sites de procédures d'échanges d'informations à l'issue des parloirs ;
- les codétenus de soutien pour lesquels une expérimentation va prochainement débiter dans 4 établissements pénitentiaires, s'inspirant des dispositifs existant dans les pays étrangers (Angleterre, Espagne).

Ce plan ambitieux comprend donc à la fois des mesures de portée générale ayant vocation à s'appliquer immédiatement dans tous les établissements pénitentiaires et des mesures expérimentales conduites dans quelques sites et dont il conviendra d'évaluer la pertinence.

Enfin le dernier axe majeur de ce plan concerne le développement de la recherche pluridisciplinaire.

Il est en effet indispensable d'avoir une connaissance aussi exhaustive que possible de ce phénomène particulièrement complexe qu'est le suicide en milieu carcéral. C'est un sujet difficile qui est trop important pour être abordé de façon simpliste, voire caricaturale comme c'est hélas trop souvent le cas.

Il importe donc de disposer de données scientifiques permettant de mieux appréhender cette réalité afin d'être plus efficace sur le terrain. Les idées reçues véhiculées sur les suicides dans les prisons françaises doivent être relativisées tant en ce qui concerne les comparaisons avec nos voisins européens qu'en ce qui concerne le taux de suicidité par rapport à la société française.

À cet égard, il est nécessaire de rappeler deux points : d'une part, la France est l'un des pays où le suicide est élevé et d'autre part, les facteurs objectifs de risque de passage à l'acte suicidaire identifiés par l'ensemble des études se retrouvent de façon très « concentrée » en milieu carcéral :

- population masculine ;
- troubles de la personnalité et pathologies psychiatriques ;
- conduites addictives ;
- conditions dégradées de vie (antécédents de violence, isolement affectif et familial, absence d'insertion professionnelle, etc.).

En conclusion, il est important de souligner que les 20 mesures de ce plan d'action font l'objet d'un suivi mensuel par un comité de pilotage placé sous la présence du professeur Terra et du directeur de l'administration pénitentiaire. Ce suivi très attentif est bien le signe du caractère prioritaire attribué à ce plan d'actions qui doit s'inscrire maintenant dans la durée mais qui ne pourra toutefois produire tous ses effets que si la société porte un regard apaisé et constructif sur la prison, permettant ainsi, au-delà de l'administration pénitentiaire, la mobilisation de tous.

MORTALITÉ PAR SUICIDE EN FRANCE

Albertine Aouba et Éric Jouglu, Inserm-CépiDc (Institut national de la santé et de la recherche médicale-centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

L'objectif de cette communication est de présenter les principales caractéristiques de la mortalité par suicide en France, données de cadrage qui doivent permettre des comparaisons avec les analyses plus spécifiques de la mortalité par suicide observée en prison.

1. Sources de données et indicateurs

La statistique nationale des causes médicales de décès est élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm à partir des données sociodémographiques de l'INSEE et des informations fournies par les certificats médicaux de décès. Les décès sont codés depuis l'année 2000 selon la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10). Les codes correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre « Causes externes de morbidité et de mortalité (X60-X84) » et classés par modes (pendaison, armes à feu...). Les analyses prennent en compte la cause initiale¹ de chaque décès qui est utilisée sur le plan international pour présenter les statistiques des causes médicales de décès. Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en préciser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités démographiques, modes de suicide, variations géogra-

1. La cause initiale de décès est définie comme la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

priques et évolutions dans le temps. Le niveau de la mortalité en France est comparé à celui observé dans les pays de l'Union européenne sur la base des données d'Eurostat.

Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française et les ratios de mortalité selon le sexe (population européenne pour les comparaisons internationales).

2. Principales caractéristiques de la mortalité par suicide

Le suicide en 2007 en France métropolitaine

En 2007, 10 127 décès ont été déclarés comme survenus à la suite d'un suicide ou d'une séquelle de suicide. Le taux de décès standardisé correspondant est de 15,3 pour 100 000 habitants.

Les hommes sont les plus concernés

Les effectifs et les taux de décès sont nettement plus élevés chez les hommes. Trois décès sur quatre sont masculins. Le taux standardisé atteint 24,5 pour 100 000 chez les hommes versus 7,7 chez les femmes. La surmortalité masculine est ainsi de 3,2.

La population de 45-54 ans est la plus touchée

Neuf décès sur dix se produisent entre 25 et 84 ans. De moins de 600 décès avant 25 ans, les effectifs de décès atteignent un pic à 45-54 ans (2 258 décès) correspondant à plus d'un décès sur cinq. Ils baissent après 55 ans et le nombre de décès se situe autour de 500 après 85 ans. Cette distribution des effectifs de décès selon l'âge est proche pour les deux sexes.

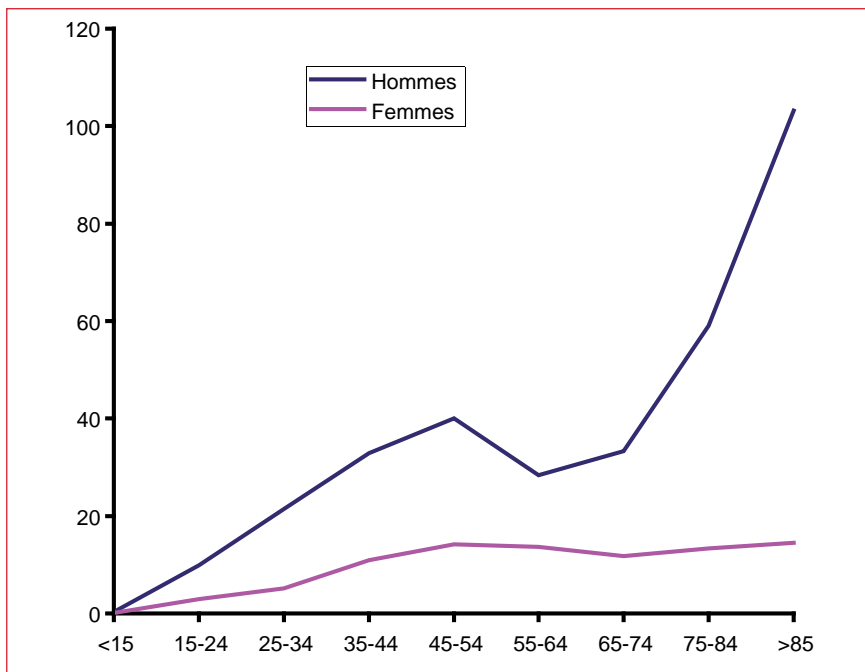
Les taux de décès progressent fortement avec l'âge chez les hommes

Si la part du suicide est relativement faible dans la population des plus de 85 ans, les taux de décès les plus élevés s'observent pour cette tranche d'âge (39,7/100 000). Ils sont deux fois supérieurs à ceux des jeunes de 25-44 ans et 1,5 fois plus élevés qu'entre 45 et 74 ans. L'augmentation des taux avec l'âge n'est cependant pas régulière et varie selon le sexe. Chez les hommes on constate une progression des taux jusqu'à 45-54 ans (de 10/100 000 chez les 15-24 ans à 40), puis une baisse de l'ordre de 25 % jusqu'à 74 ans. Les taux augmentent ensuite fortement pour atteindre 112,1/100 000 après 95 ans. Chez les femmes, la progression des taux de décès est également marquée entre 15 et 54 ans (de 2,9 à 14,2/100 000). Le

fléchissement entre 55 et 74 ans (taux de 11,8) est suivi d'une augmentation beaucoup moins marquée que chez les hommes (figure 1).

La surmortalité masculine est importante. Elle est supérieure à 3 quelle que soit la tranche d'âge considérée (sauf à 65-74 ans). Elle s'élève au-delà de 6 à partir de 85 ans.

Figure 1 : taux de décès par suicide - 2007 - selon le sexe et l'âge - France métropolitaine



Une mortalité élevée chez les sujets veufs ou divorcés

Chez les femmes de plus de 25 ans, les divorcées demeurent largement touchées (20,4/100 000) quel que soit l'âge, sauf chez les 45-54 ans où le veuvage prédomine. Les taux de décès des veuves et des célibataires sont très proches (de l'ordre de 15/100 000). Pour les hommes de même âge, ce sont les veufs qui se suicident le plus fréquemment (taux de 87/100 000), suivis par les divorcés (55,1) et les célibataires (52,4). Autant chez les hommes que chez les femmes, et quel que soit l'âge, les taux de décès des mariés restent les plus faibles. La surmortalité masculine est particulièrement marquée chez les veufs (5,6) et se situe à environ 3 pour les autres statuts.

Des modes de suicides différents selon le sexe et l'âge

Pour l'ensemble de la population, la pendaison constitue le mode de suicide le plus fréquent (46 %) suivi par la prise de médicament (16 %) et les armes à feu (15 %).

Cette hiérarchie varie selon le sexe. Chez les hommes, la pendaison constitue toujours le premier mode de suicide (plus de 50 % des décès). L'utilisation d'une arme à feu arrive en second lieu suivi par la prise de médicaments.

Pour les femmes, la pendaison et la prise de médicaments sont les modes les plus fréquents avec pour chacun 3 décès sur 10. Le saut d'un lieu élevé et la noyade suivent avec des parts égales (11 %).

Les régions de l'Ouest et du Nord en surmortalité

De fortes disparités spatiales de mortalité par suicide sont observées en France. Pour les hommes en 2007, la Bretagne est la région la plus touchée avec un taux de décès de 41,3/100 000 suivie de la Basse-Normandie. Viennent ensuite la Picardie, le Nord - Pas-de-Calais et la Bourgogne. À l'opposé, l'ensemble des régions du sud de la France sont en sous mortalité avec des taux de décès équivalents ou inférieurs au taux national. L'Île-de-France présente les plus faibles taux de décès, l'Alsace se démarque des régions du nord avec des taux inférieurs au taux national. Concernant les femmes, la Bretagne est également la région où le suicide est le plus fréquent (taux de 13,8/100 000). Elle est suivie de la Picardie (10,5), de la Basse-Normandie (9,9) et de la Haute-Normandie (9,6). Les régions en sous mortalité sont Rhône-Alpes (6,5), Auvergne (6,2), Midi-Pyrénées (6) et comme chez les hommes, l'Île-de-France et l'Alsace. La surmortalité masculine atteint son maximum en Poitou-Charentes (4,1) et la plus faible en Île-de-France et en Rhône-Alpes (respectivement 2,5 et 2,7).

Une forte mortalité au sein de l'Europe de l'Ouest

La France se situe parmi les pays de l'Ouest de l'Europe à forte mortalité par suicide. Pour les hommes, elle présente (données 2006) le taux de décès le plus élevé (24,5/100 000) après celui de la Finlande (26,3/100 000), précédant l'Autriche (24), la Suède et le Luxembourg (17,1). Les pays les plus méridionaux (Grèce, Espagne, Portugal) ont de faibles taux de décès par suicide (respectivement 5, 10,5 et 11,9/100 000). Le niveau de mortalité du Royaume-Uni (10/100 000) se situe également parmi les plus faibles. Pour les femmes, quels que soient les pays considérés, les taux de décès sont nettement plus bas. Cependant, la hiérarchie des pays reste très proche de celle observée chez les hommes. Le taux de suicide des Françaises (8,3) situe notre pays également au 2^e rang derrière la Finlande (9,6) et devant la Suède (7,8), l'Autriche (6,8) et les Pays-Bas (5,6). Les écarts entre pays quel que soit le sexe sont importants, les taux de décès français sont ainsi cinq fois supérieurs

à ceux de la Grèce et plus de deux fois supérieurs à ceux du Royaume-Uni, du Portugal et de l'Espagne.

Au sein de l'Union européenne élargie (27 pays), c'est la Lituanie qui présente le taux le plus élevé (37/100 000) suivi par la Hongrie et la Lettonie. La France présente le 7^e taux le plus fort pour les hommes et le 5^e pour les femmes.

Place du suicide dans la mortalité générale

En 2007, les décès par suicide représentaient 2 % de la mortalité toutes causes (520 500 décès). Chez les hommes, le suicide représente 3 % de la mortalité générale et constitue plus du tiers des décès par mort violente. Pour les femmes, un décès sur cent est dû au suicide, ce qui correspond à une mort violente sur cinq.

La part du suicide varie très fortement en fonction de l'âge

Si globalement, la part du suicide est faible dans la mortalité générale, pour les hommes comme pour les femmes, celle-ci varie très fortement avec l'âge. Inférieure à 1 % avant 15 ans, elle atteint son maximum entre 25 et 34 ans (23 % chez les hommes, 18 % chez les femmes) puis chute brutalement jusqu'à 3 % entre 55 et 64 ans. À partir de 65 ans, elle décroît très régulièrement et ne représente plus que 0,3 % de la mortalité générale au-delà de 84 ans.

Première cause de décès chez les hommes entre 25 et 34 ans et deuxième cause chez les femmes entre 25 et 44 ans

Avec près d'un décès sur quatre, le suicide constitue la première cause de décès chez les hommes entre 25 et 34 ans. Il se situe en deuxième position chez les 15-24 ans (avec 16 % des décès après les accidents de transport) et chez les 35-44 ans et (avec 18 % des décès derrière les tumeurs). Chez les hommes de 45-54 ans, le suicide constitue la quatrième cause de décès après les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil digestif. Chez les femmes, le suicide arrive au deuxième rang des causes de décès entre 25 et 44 ans derrière les tumeurs. Chez les 15-24 ans et chez les 45-54 ans, il se situe en troisième position : il est précédé des accidents de transport et des tumeurs chez les 15-24 ans et se situe après les tumeurs et les maladies cardiovasculaires chez les 45-54 ans.

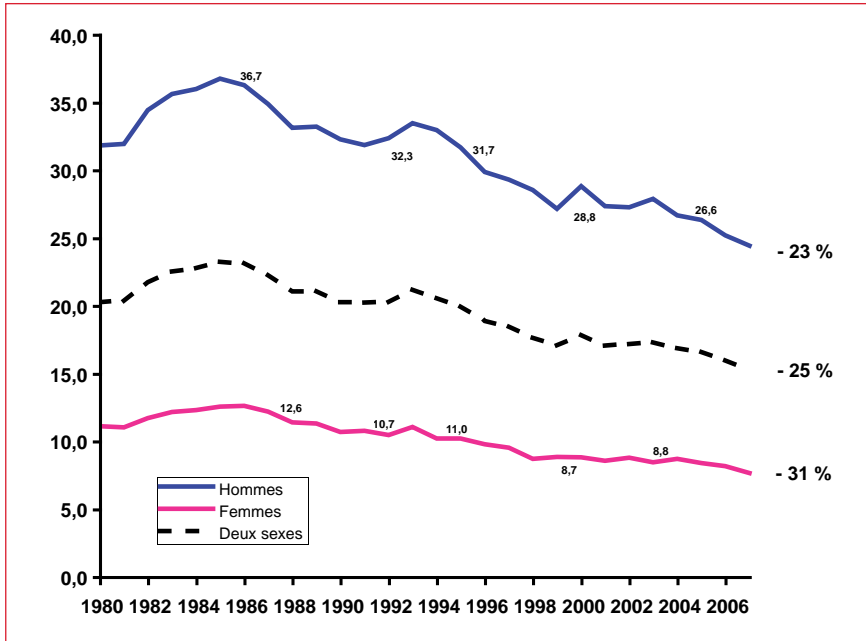
Évolution de la mortalité par suicide

Évolution à long terme (1980 -2007) : une baisse irrégulière

En 1980, le taux standardisé de décès par suicide était de 20,3 pour 100 000 habitants. En 2007, il est moins élevé (15,7). Les taux de décès ont diminué d'environ 25 % en vingt-cinq ans. Cette baisse n'a cependant pas été régulière. Le début des années quatre-vingts a été caractérisé par une augmentation (maximale en 1985), suivie d'une décroissance jusqu'en 1991. La mortalité a ensuite augmenté mais faiblement jusqu'en 1993, suivie d'une nouvelle baisse durant cinq années.

Depuis 1998, la réduction des taux de décès dans la population générale se poursuit régulièrement mais très modérément (figure 2).

Figure 2 : évolutions des taux de décès par suicide entre 1980 et 2007 - France métropolitaine



Une baisse modérée des taux de décès masculins

L'évolution des taux de décès masculins standardisés par âge est similaire aux tendances décrites pour la population générale avec, sur l'ensemble de la période étudiée, une baisse de la mortalité de 16 %. En 1980, le taux de décès était de 31,8 pour 100 000. La valeur la plus élevée (36,7) est atteinte en 1985, la plus basse en 2007 (24,5). À partir de 1995, le taux est constamment inférieur aux taux observés durant les années 1980. À partir de 1998, la baisse de la mortalité est presque linéaire (figure 2).

Une baisse plus accentuée des taux de décès féminins

Tous âges confondus, en vingt-cinq ans, les taux de décès par suicide chez les femmes ont davantage diminué que chez les hommes (23 %). La distribution est uni-modale. Le pic se situe en 1985-1986 avec un taux de 12,5 pour 100 000 habitantes. L'augmentation observée durant les premières années est modérée. À partir du milieu des années quatre-vingts, les taux de décès régressent très fortement jusqu'en 2005. On note cependant deux plateaux, le premier au début des années quatre-vingt-dix (autour de 10 pour 100 000), le second entre 1999 et 2007 (taux de décès voisin de 8) (figure 2).

Évolution récente (2000-2007)

La régression des taux depuis l'année 2000 est de l'ordre de 15 % pour la population générale (15 % chez les hommes et 13 % chez les femmes). L'analyse en fonction de l'âge révèle différentes caractéristiques. On constate une baisse de 28 % des taux chez les hommes de plus de 85 ans. La diminution est d'environ 15 % pour les autres classes d'âge, excepté pour les hommes entre 45 et 64 ans. En effet, pour les hommes de 45-54 ans, les taux de décès par suicide ont augmenté de 8 % alors que pour la tranche d'âge immédiatement supérieure (55-64 ans), les taux ont baissé de moins de 5 %. Chez les femmes, pour les tranches d'âge élevé (75 ans et plus), les taux de décès diminuent de près de 20 %. Le suicide chez les femmes de 45-64 ans évolue peu ; cependant, comme chez les hommes, on note une tendance à l'augmentation pour les 45-54 ans.

3. Qualité des données de mortalité par suicide

Les principaux biais pouvant entacher la fiabilité des données de mortalité par suicide sont à appréhender au niveau de la certification médicale. Pour les mesurer indirectement, une méthode utilisée au niveau international est d'analyser les causes de décès pouvant « masquer » un suicide dans les statistiques. C'est le cas des morts violentes indéterminées quant à l'intention et des causes inconnues de décès. Une enquête récente, menée auprès des médecins certificateurs, a évalué la part du suicide parmi ces causes de décès. Les données provisoires conduisent à une variation du nombre de suicides de l'année 2006 par rapport à la statistique nationale de l'ordre de 9 %. La principale source de ce biais est le non retour d'informations après enquête médico-légale auprès de l'Inserm.

Cette sous-estimation n'a cependant pas d'effet sur les caractéristiques épidémiologiques.

4. Conclusion

Le suicide reste un problème majeur de santé publique en France, avec des disparités selon l'âge et le sexe et des inégalités sociales et géographiques. La sous-estimation des données nationales n'a pas d'influence sur ces caractéristiques. L'étude spécifique des décès en prison à partir des certificats de décès nécessiterait un appariement des fichiers de la population carcérale et de celui du CépiDc. Une telle étude serait très fructueuse à initier en collaboration entre le ministère de la Justice et l'Inserm.

Pour en savoir plus

AOUBA A., PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., JOUGLA E.

« Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes », 1980-2004, *Le Concours Médical*, 2007 ; 31-32 : 1085-1094.

Circulaire DGS-SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002.

Circulaire DGS-SD6C n° 355-2003 du 16 juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003.

MOUQUET M.-C. et BELLAMY V.

« Suicides et tentatives de suicide en France », DRESS, *Études et résultats*, 488, mai 2006.

CHAPPERT J.L., PÉQUIGNOT F., PAVILLON G., JOUGLA E.

Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide - Biais et impact sur les données nationales en France, à partir de l'analyse des causes indéterminées quant à l'intention, DREES, série études, 30, avril 2003, 45p.

TILHET-COARTET S., HATTON F., LOPEZ C., PÉQUIGNOT F., MIRAS A., JACQUART C., JOUGLA E., MALICIER D.

« Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès », *La Presse Médicale*, 2000 ; 29 : 181-185.

JOUGLA E., PÉQUIGNOT F., CHAPPERT J. L., ROSSOLLIN F., LE TOULLEC A., PAVILLON G.

« La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2002 ; 50 : 49-62.

PAVILLON G., COILLAND P., JOUGLA E.

Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives, BEH, 2007 ; 35-36 : 306-308.

LE SUICIDE EN PRISON : CHOISIR LE BON INDICATEUR ?

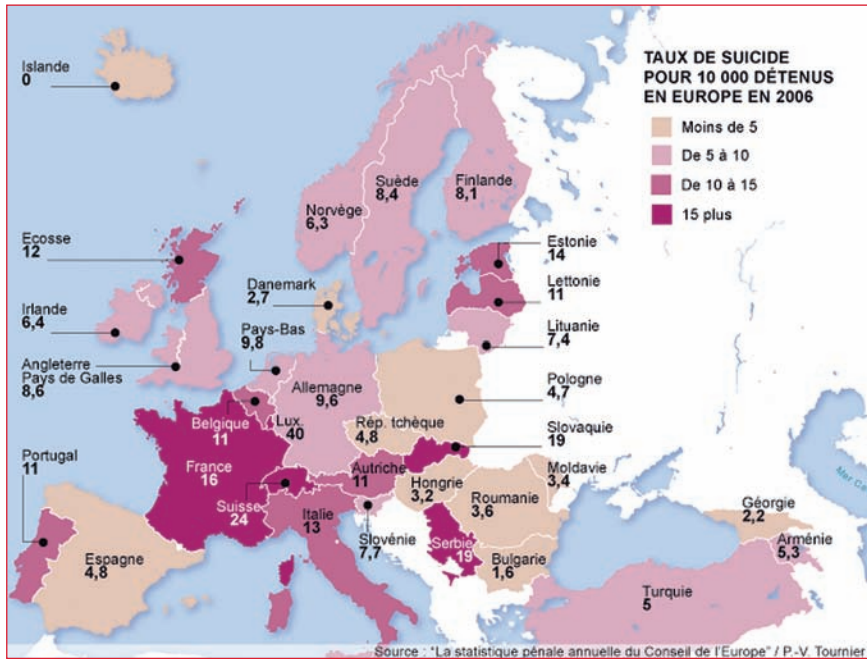
Bruno Aubusson de Cavarlay, directeur de recherche CNRS, centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales - CESDIP (UMR CNRS, ministère de la Justice, université de Versailles-Saint-Quentin)

Choisir le bon indicateur, ou choisir un bon titre ? Là est la question. Les données chiffrées sur le suicide en prison peuvent servir à mieux connaître le phénomène pour le prévenir. Mais il faut réfléchir aussi sur la communication publique qui les prend pour support. À ce propos, les titres ne sont pas neutres.

Mon point de départ personnel dans cette réflexion a été la carte européenne des taux de suicide en prison basée sur les chiffres collectés et diffusés par le Conseil de l'Europe (enquête dite SPACE 1¹). Au moment de la recrudescence des suicides dans les prisons françaises, en 2008 et 2009, elle a été régulièrement commentée dans la presse.

Voici un exemple tiré du journal *Le Monde*, daté du 1^{er} avril 2009. Le titre se veut parlant : « La France reste parmi les pires élèves du Conseil de l'Europe ». Au passage, cela pourrait passer pour un détail ailleurs que dans le pays concerné, il y a une erreur matérielle sur cette carte : le taux pour la Slovaquie est de 4,6 et non 19 à la suite d'une confusion de lignes voisines dans le tableau...

1. La dernière enquête publiée est celle de 2007. Les données utilisées dans ce texte viennent de l'enquête 2005 (Aebi M.F., Stadnic N., SPACE I, *Council of Europe Annual Penal Statistics*, Survey 2005, Conseil de l'Europe, PC-CP (2007) 2, Strasbourg, 2007) .
http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/coop%E9ration_juridique/emprisonnement_et_alternatives/



Je me suis alors livré à un examen détaillé des données et du mode de calcul de ce taux conduisant à ce classement et à ce titre. Je vais tenter de retracer le cheminement que j'ai suivi, les résultats plus détaillés figurent dans une note méthodologique « Note sur la sursuicidité carcérale en Europe : du choix des indicateurs » publiée par la revue électronique *Champ pénal* en 2009 (www.champpenal.org).

Les évaluateurs de ce texte pour la revue m'ont fait remarquer avec raison que mon premier titre « Suicide en prison : choisir le bon indicateur » était assez ambigu. Finalement comme on le verra, différents indicateurs de suicide carcéral peuvent être calculés et d'autres que l'on peut supposer plus adéquats ne peuvent être calculés faute de données disponibles. Mais cela ne doit pas conduire à un relativisme complet et au choix de l'indicateur qui plaît le plus à l'utilisateur. Lorsqu'un classement est en vue et que diverses méthodes de notation sont possibles, le jugement de la méthode de notation risque fort d'être influencé par le résultat du classement lui-même. Cela se voit bien dans d'autres domaines de comparaisons internationales. C'est une raison de plus pour essayer de comprendre de quoi il retourne. Donc plutôt que d'essayer de proposer le bon indicateur, je voudrais montrer concrètement ce qui se joue dans les choix de méthode.

Je vais procéder en trois étapes.

D'abord, je vais revenir au problème de base posé par la comparaison des situations pénitentiaires européennes. Se fier seulement à des taux de détention s'avère insuffisant.

Ensuite, je parlerai du calcul d'un taux de suicide carcéral dans la perspective de comparaisons européennes toujours, en essayant d'intégrer les conséquences de cette première étape : le problème sera bien sûr celui du choix d'un dénominateur auquel rapporter les suicides dénombrés en prison pour chaque pays.

Enfin, j'introduirai les variations observées au niveau européen pour le taux de suicide européen en population générale et donc ce qu'il convient de faire pour prendre en compte cet élément de variation à propos du suicide carcéral.

Je vais prendre une solution risquée pour cet exposé consistant à montrer les résultats de tel ou tel classement avec des cartes géographiques (faites avec le logiciel Philcarto). Le risque est d'ajouter aux problèmes liés uniquement au calcul d'indicateurs ceux qui naissent de la répartition des pays en classes permettant de colorier les cartes et de visualiser le résultat des calculs. Une autre façon est de regarder dans un tableau de résultats chiffrés comment se modifie le rang de classement des pays selon que tel ou tel indicateur est utilisé. C'est ce qui est fait dans l'article cité, mais ces tableaux ne font pas de bons powerpoints...

1. Diversité des situations pénitentiaires européennes

La carte des taux de détention en Europe est assez connue (figure 1). La France occupe une position moyenne comme par exemple aussi l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, le Portugal (en 2005) ; les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Espagne se situent à un niveau un peu plus élevé tandis que les pays nordiques présentent, tout comme la Suisse, des niveaux plus bas. Les pays d'Europe de l'Est ont des taux de détention nettement supérieurs à ceux de ces pays dits d'Europe de l'Ouest.

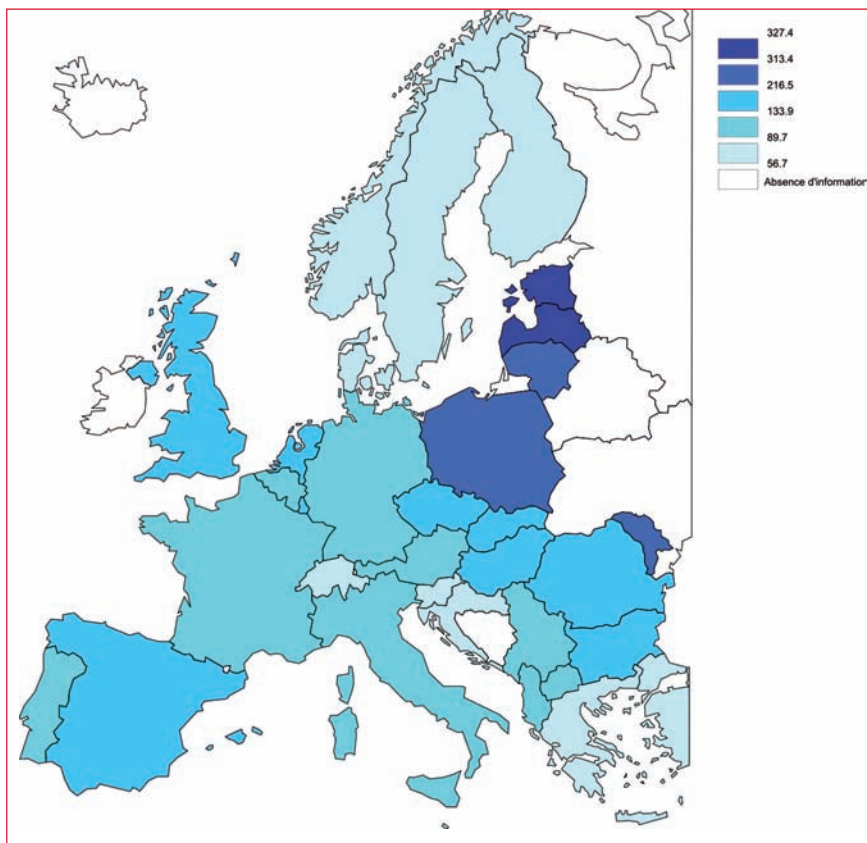


Figure 1 : taux de population pénitentiaire pour 100 000 habitants en 2005. *Source : SPACE1 2005, Conseil de l'Europe.*

Mais un pays peut enfermer en prison à un moment donné 60 000 détenus restant tous captifs pendant un an aussi bien que 60 000 détenus ne séjournant en prison que quatre mois, donc pour une durée trois fois moindre. Ceci à condition que dans le second cas, il entre trois fois plus de personnes en prison chaque année. De tels écarts sont observés entre pays européens : l'Espagne et les Pays-Bas présentent des taux de détention comparables mais il entre en prison trois fois plus de personnes chaque année aux Pays-Bas qu'en Espagne et la durée moyenne de détention en Espagne est en ordre de grandeur trois fois celle observée aux Pays-Bas. Les taux d'entrées en prison sont encore plus variables en Europe que les taux de population pénitentiaire ou taux de détention. Ceci indique des situations pénitentiaires et des régimes d'utilisation de la prison forcément différents (figure 2). Diversité sur laquelle on ne peut pas dire de choses très détaillées malheureusement car le

dénombrement des entrées est assez problématique (mais de tels les problèmes font partie de la diversité observée).

Il faut avoir ceci en tête dans les comparaisons menées sur des aspects particuliers des prisons européennes et en particulier sur la mortalité et le suicide. En simplifiant assez radicalement les choses, et en laissant de côté les très petits pays et globalement les pays d'Europe de l'Est avec leurs taux de détention très élevés, on dira que les pays d'Europe du Nord ont certes des taux de détention plus faibles mais au contraire des taux d'entrées plus élevés (exception notoire la Finlande). L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie occupent une position moyenne pour les deux taux (et présentent donc des durées moyennes de détention comparables). L'Espagne et le Portugal se caractérisent par des taux d'entrées faibles en comparaison des autres pays et présentent donc des durées de détention

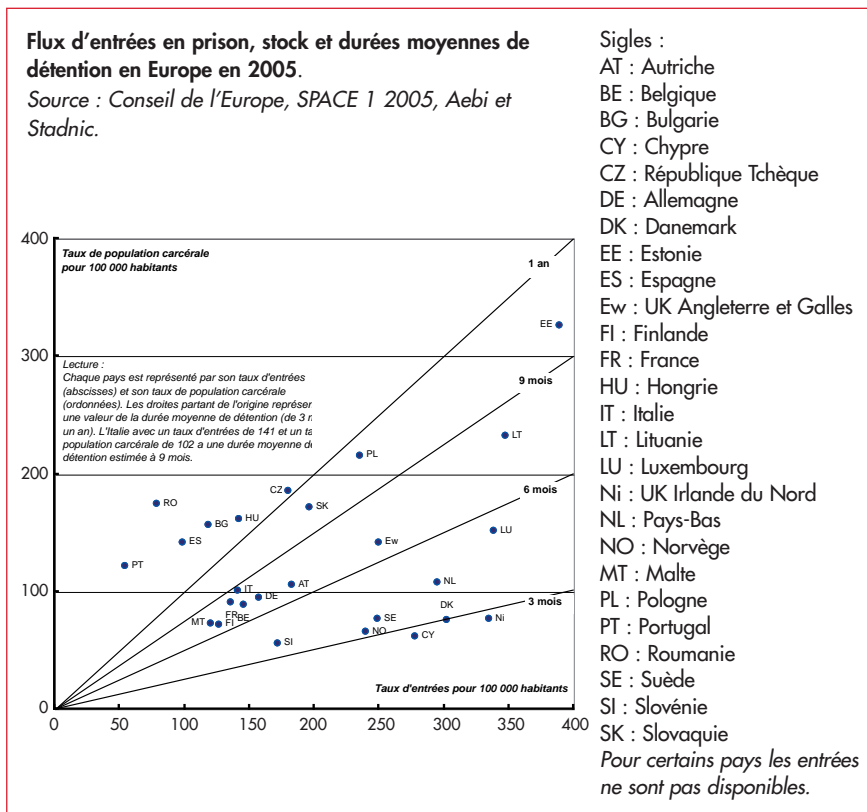


Figure 2 : la diversité des situations pénitentiaires en Europe (voir Questions Pénales n° 3, 2007, www.cesdip.fr).

plus longues. Les Pays-Bas et surtout le Royaume-Uni² présentent des taux d'entrées élevés qui sont à l'origine de taux de détention supérieurs à ceux du groupe moyen mais avec une durée de détention équivalente (UK) ou plus faible (NL). Tout ceci étant approché avec un indicateur de durée moyenne de détention calculé en rapportant le nombre de détenus présents un jour donné (stock) au nombre d'entrées dans l'année (flux).

2. Le calcul du taux de suicide

Le recensement des suicides pays par pays peut ne pas suivre une procédure uniforme, et donc produire des données non strictement comparables. Le point le plus étudié dans le cadre de la collecte de SPACE concerne les décès survenus après transfert d'un établissement pénitentiaire vers l'hôpital. Mais les informations recueillies ne permettent pas d'évaluer l'incertitude qui en résulte (les suicides ne sont pas distingués des autres décès à cet égard).

Il faut aussi relever que pour certains pays le nombre de détenus est très faible et donc le nombre de suicides aussi : les taux seront de toutes façons très peu significatifs quel que soit le mode de calcul (ex. : Luxembourg). Même avec des effectifs suffisants (quelques milliers de détenus), la variabilité peut rester importante (par exemple pour le Danemark). On peut alors regrouper les observations sur plusieurs années, mais cela ne règle pas tout³ (Danemark encore).

Le plus important est cependant ce qu'on va mettre au dénominateur pour un taux permettant des comparaisons entre pays. C'est sur cet aspect que je vais insister. L'usage courant est de calculer un taux par rapport à la population détenue (stock). Comme les suicides sont dénombrés sur une année, il faudrait se référer à la population moyenne sur l'année. Cette donnée étant difficile à collecter, la publication du Conseil de l'Europe donne un taux calculé sur la population au 1^{er} septembre de l'année (convention prise pour la collecte). C'est ce taux qui a été utilisé pour la carte parue dans *Le Monde* du 1^{er} avril 2009. J'ai choisi l'année 2005 disposant des données sur le suicide en population générale concernant cette même année (figure 3). Ce choix place la France en situation plutôt défavorable (c'est l'année du « record » à 122 suicides).

2. Je demande aux Écossais de bien vouloir me pardonner une simplification des données issues de SPACE : ici l'Écosse est regroupée avec l'Angleterre, ce qui permettra ensuite une comparaison des données pénitentiaires et des données générales de mortalité qui font aussi ce regroupement.

3. C'est ce qui a été fait dans la publication de l'INED (*Population et Sociétés*, n° 462), mais même dans ce cas la variabilité reste visible (par exemple pour le Danemark qui a connu une période de niveau élevé du suicide, suivie d'un retour à un niveau plus bas, avec donc un résultat « moyen » très dépendant de la période choisie).

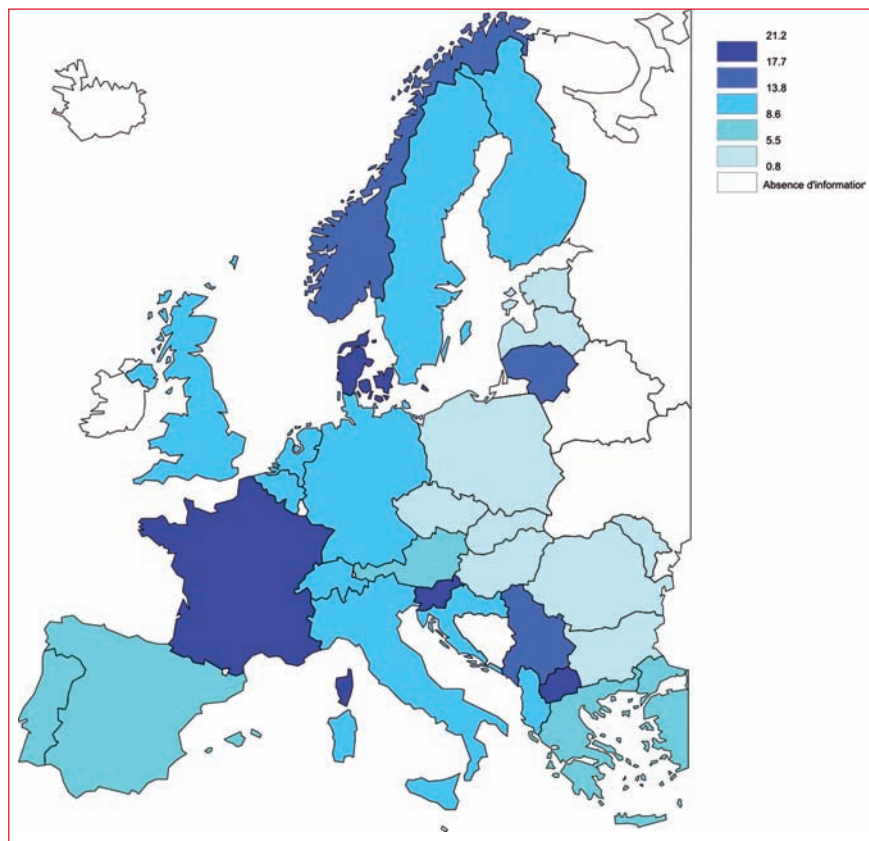


Figure 3 : taux de suicide en prison pour 10 000 détenus (stock 2005). Source : SPACE 1 2005.

Mais on conçoit que cette façon de faire ne tient pas compte de la diversité carcérale européenne. Et cet usage commun à la France et à SPACE (qui ne relève probablement pas du hasard puisque les premières enquêtes SPACE ont été menées sous la responsabilité de Pierre Tournier et reproduisaient assez largement les choix de méthodes faits pour la France⁴) est donc questionnable et questionné.

Je laisserai le soin à mes collègues étrangers d'évoquer ce qui se pratique dans leur pays, mais j'ai pu relever dans les publications scientifiques une discussion à cet égard donnant comme alternative à ce taux de suicide par rapport aux détenus présents, un calcul par rapport aux entrées. Ce point a aussi été discuté en France, mais le

4. Tournier P., Chemithe Ph., *Contribution statistique à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral 1975-1978*, Centre national d'études et de recherches pénitentiaires, ministère de la Justice, Paris, 1979, ronéo.

calcul par rapport aux entrées a été d'emblée disqualifié. Jean-Claude Chesnais l'a dit ainsi : « se baser sur le nombre d'incarcérations [c.a.d. entrées] aboutit à des erreurs considérables car, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'occurrence du suicide est liée à la durée vécue en prison : statistiquement parlant, le risque de suicide d'un individu passant 365 jours en prison est identique à celui de 365 individus de caractéristiques semblables y passant chacun une seule journée »⁵.

On retrouve la même objection contre cet indicateur un peu plus tard de la part de Pierre Tournier et Philippe Chemithe dans une étude publiée par la DAP portant sur le suicide en milieu carcéral entre 1975 et 1978 : « cette méthode donne lieu à une très forte sous-estimation de la fréquence des suicides, car elle ne tient pas compte de la liaison étroite qui existe entre le risque que court une personne de se suicider en prison et la durée de sa détention ». Cet argument sera invoqué de la même façon par Nicolas Bourgoïn qui cite ce même passage⁶.

Ces deux passages sont cités par Jean Favard dans un ouvrage datant de 1981 comprenant un chapitre sur les suicides en prison où sont évoquées les difficultés de choix d'une méthode de calcul. Et l'auteur indique alors que sa « propension a toujours été de calculer les taux de suicidité en comparant le chiffre annuel de suicides et le nombre total de détenus ayant séjourné en prison au cours de l'année considérée »⁷.

Dans le domaine hospitalier, ce nombre de personnes ayant effectué un séjour dans l'année considérée est désigné du terme « file active ». À ses débuts, la statistique pénitentiaire prenait régulièrement cet indicateur pour certaines comparaisons et en approchait la définition en sommant le nombre des présents en début d'année et le nombre d'entrées dans l'année : ceux qui ont séjourné en prison sont bien ceux qui s'y trouvaient en début d'année plus ceux qui y sont entrés dans l'année. Le problème posé par ce calcul, fait à partir des données pénitentiaires, est qu'une même personne peut effectuer deux séjours ou plusieurs séjours dans l'année. Mais je relève que, pour les besoins d'études concernant la prise en charge sanitaire des détenus (en particulier pour les soins psychiatriques), on procède en estimant la « file active » de cette façon.

Les arguments de Chesnais, Tournier et Bourgoïn sont assez curieux. Le premier pourrait viser le calcul d'un taux de suicide par rapport aux entrées qui semble avoir été utilisé dans certains pays et par certains auteurs. Son exemple ouvre de lui-même quelques difficultés : par exemple, qu'advient-il si l'unique détenu devant passer un an en prison se suicide avant la fin de l'année ? L'argument démographique

5. Chesnais J.-C., « Suicides en milieu carcéral et en milieu libre : évolutions et situations comparées (1852-1974) », *Revue de sciences criminelles et de droit comparé*, 1976, p. 761-776, ici page 468.

6. Bourgoïn N., *Le suicide en prison*, L'Harmattan, Paris, 1994.

7. Favard J., *Le labyrinthe pénitentiaire*, Le Centurion, Paris, 1981, page 167.

développé ensuite par Tournier ou Bourgoïn est qu'il est alors remplacé par un autre détenu démographiquement équivalent, « toutes choses égales par ailleurs ».

Mais, justement, toutes ces études insistaient déjà sur la plus grande fréquence des suicides pour les prévenus et/ou au début de la période de détention. Du point de vue du risque, il semble vraiment difficile de soutenir que cent individus détenus un an d'affilée représentent le même risque que mille deux cent individus différents entrant successivement pour un mois en prison, même si le nombre de places occupées est égal à 100 dans les deux cas.

Et enfin, il paraît aussi difficile d'affirmer que la « file active » n'intègre rien de la durée de détention. Pour un même nombre d'entrées, si la durée de détention augmente, le stock augmente, la file active aussi, et une éventuelle augmentation du nombre de suicide (du fait de la durée d'exposition au risque) sera contrôlée dans un calcul du taux de suicide dans les deux modes de calcul. Il faudrait pouvoir en fait pondérer les séjours par un facteur de sur-risque lié à certaines périodes de détention. La file active est un remède partiel aux insuffisances du calcul d'un taux par rapport aux entrées seules (la durée ne joue pas) ou par rapport aux stocks (pas de prise en compte de la fréquence accrue dans la période suivant l'entrée).

Cette méthode appliquée au niveau européen modifie effectivement les résultats (figure 4). Par exemple la Norvège, le Danemark, les Pays-Bas reviennent à des positions moins élevés (zones plus claires sur la carte) tandis que le Portugal présente un taux relativement plus élevé. Les modifications se font à raison inverse des taux d'entrées en prison. Les résultats ne changent pas fondamentalement pour certains pays, notamment pour la France.

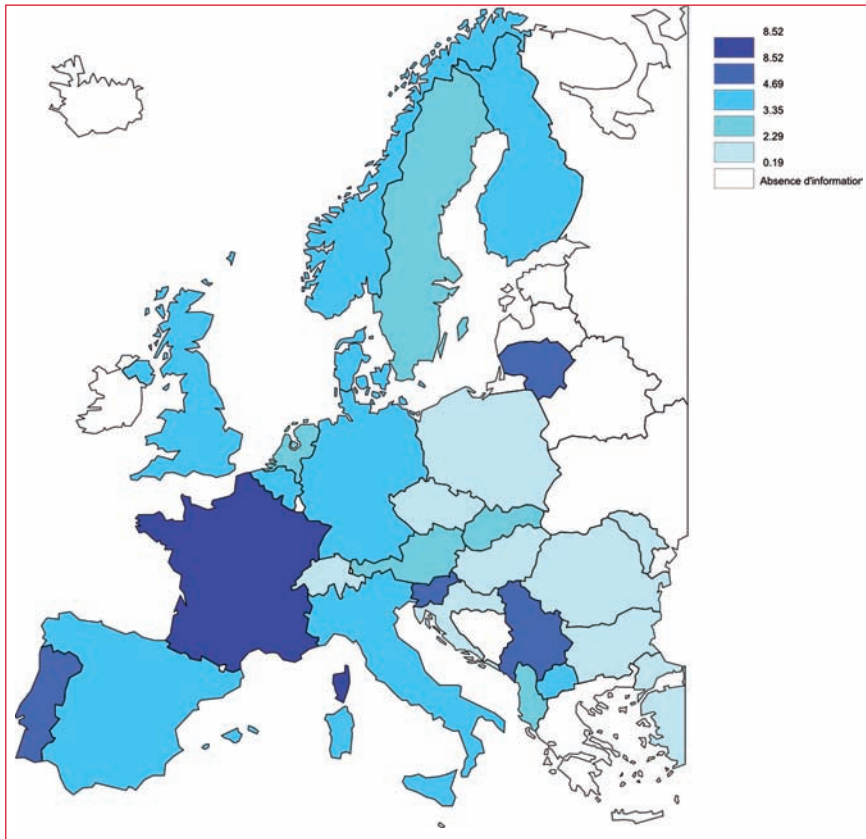


Figure 4 : taux de suicide en prison pour 10 000 séjours (« file active » = entrées + stocks). Source : SPACE 1 2005.

3. Taux de suicide ou ratio de sursuicidité

Ce qui va changer le plus l'appréciation des résultats européens, c'est de tenir compte des taux de suicide en population générale.

En effet, ces taux de suicides sont très variables en Europe. Ici, je me réfère au taux de suicide masculin. Les exposés de cette journée ont abordé l'aspect délicat du calcul de taux comparatifs intégrant les particularités des populations pénitentiaires souvent constituées d'hommes d'âge actif (en moyenne 5 % de femmes seulement, moins de 2 % de mineurs, âge médian 33 ans).

Mais pour cet exercice (mené en incluant des pays non membres de l'UE) j'ai dû me contenter d'une comparaison des taux de suicide en prison aux taux de suicide masculin dans les différents pays d'Europe, en principe pour l'année 2005, mais parfois sur des données plus anciennes pour la population totale (source Organisation mondiale de la santé - OMS).

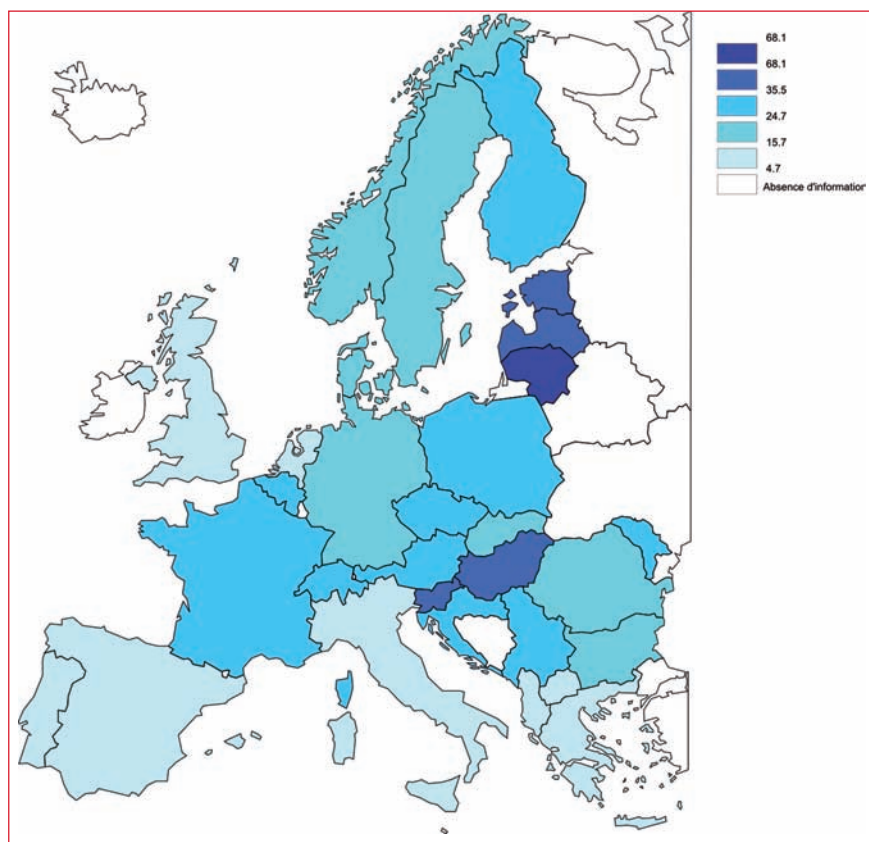


Figure 5 : taux de suicide masculin pour 100 000. Source : OMS.

La carte montre clairement la position de la France et de la Belgique, de l'Autriche et de la Suisse qui présentent des taux de suicide élevés en Europe de l'Ouest, de même que les pays baltes (surtout l'Estonie), la Finlande, et certains pays d'Europe de l'Est. À l'inverse on remarque des taux de suicide bas au Royaume-Uni et dans les pays d'Europe du Sud.

L'appréciation et la comparaison des taux de suicide en prison dans les différents pays d'Europe doivent donc être menées en calculant un ratio de sursuicidité calculé comme le rapport du taux de suicide carcéral au taux en population générale.

Le premier mode de calcul d'un ratio de sursuicidité, traditionnel puisque calculé par rapport aux stocks, change alors très fortement les résultats (figure 6). Les pays qui avaient un fort taux de suicide carcéral (France, Norvège, Danemark) sont rejoints ou dépassés en termes de sursuicidité carcérale par le Royaume-Uni, la Grèce, l'Italie. Tous les pays d'ancienne Europe de l'Est présentent des ratios plutôt bas.

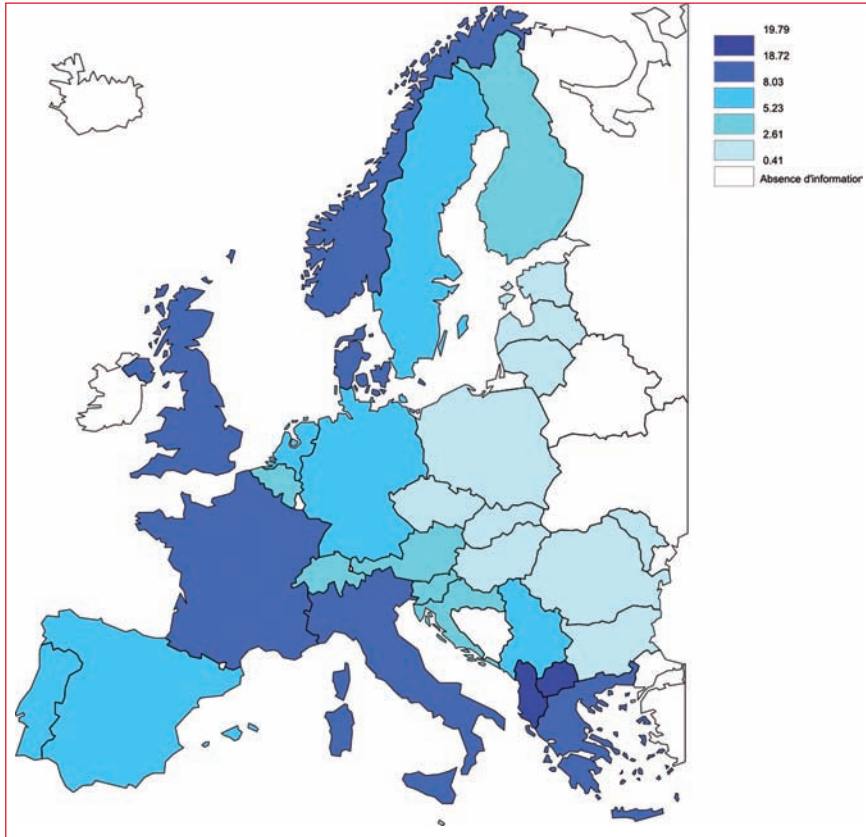


Figure 6 : sursuicidité carcérale en Europe, taux par rapport aux stocks (2005).

Mais il faut aller jusqu'au bout et tenter d'intégrer dans l'analyse à la fois ce qui relève de la sursuicidité par rapport à la population générale et ce qui relève de dynamiques de gestion des populations pénitentiaires très différentes selon les pays européens. C'est ce que propose la dernière carte (figure 7) qui montre de façon étonnante une plus grande régularité que les précédentes avec un gradient croissant du nord-est au sud-ouest. La France se retrouve alors classée avec le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne et le Portugal (en tête).

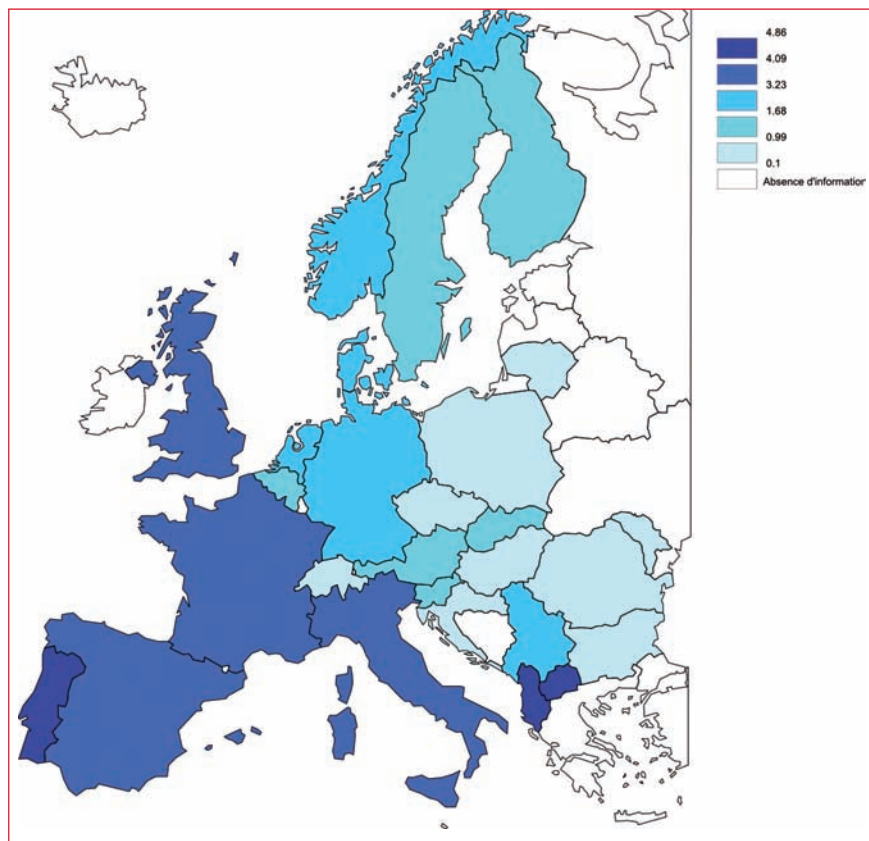


Figure 7 : sursuicidité carcérale en Europe, taux par rapport aux séjours (« file active » 2005).

On aura remarqué que tous ces modes de calcul influent sur la composition du « groupe de tête » où se trouve la France, mais pas sur le fait que justement elle s’y trouve. Une façon de comprendre cette permanence pourrait être de dire que s’agissant des régimes de détention, la France cumule les désavantages du poids des longues détentions et de celui des courtes détentions. Autrement dit, la position « moyenne » de la France sur le graphique des flux et des stocks vient du mélange des courtes et très longues détentions occulté par le calcul de la moyenne, mais les conséquences en termes de suicide n’en sont pas occultées. Par ailleurs, la prévention du suicide carcéral est sans doute plus difficile dans un pays où la suicidité générale est élevée, mais la comparaison de notre pays avec ce qui se passe dans d’autres pays placés devant la même difficulté inciterait à comparer les politiques de prévention qui y sont mises en œuvre.

Ces résultats ne doivent pas être sur-interprétés. Le dernier indicateur n'est pas forcément le meilleur. Ce qui est instructif est surtout la comparaison des résultats d'une étape à l'autre.

Et chaque étape n'est franchie qu'avec une approximation méthodologique qu'il faudrait bien sûr améliorer.

En élargissant le propos (et en prolongeant la comparaison avec l'approche sanitaire suggérée par la référence à la file active), le suicide carcéral peut être considéré comme la partie la plus visible d'un phénomène qui touche une population plus large : population sous main de justice (pour reprendre la terminologie de l'administration pénitentiaire) ou même population en contact avec le système pénal. Certaines études étrangères semblent montrer que le risque de sursuicidité est bien présent pour cette population plus large.

Enfin, pour rendre les comparaisons européennes plus précises, il faudrait mieux cerner ce qui relève de modalités d'incarcération très variables d'un pays à l'autre, en terme quantitatifs mais aussi qualitatifs. Ceci passe forcément par une comparaison allant au-delà des chiffres.

SUICIDE EN PRISON EN FRANCE. ÉVOLUTION DEPUIS 50 ANS ET FACTEURS DE RISQUE¹

Géraldine Duthé, Jean-Louis Pan Ké Shon, *Institut national d'études démographiques.*
Angélique Hazard, Annie Kensey, *direction de l'administration pénitentiaire.*

Les suicides en prison font l'objet de comptes rendus fréquents dans la presse. La majorité des articles fait état d'une sursuicidité généralement présentée comme émanant de mauvaises conditions de détention. Sans préjuger du degré de validité de cette hypothèse, il est évident que le phénomène suicidaire, qu'il se réalise en prison ou en population générale, est multi-causal. Mais par rapport au suicide en population générale, il s'y ajoute certaines particularités. Les plus évidentes concernent le fait d'être incarcéré, les relations entre détenus, les rapports avec l'institution et le personnel pénitentiaire. À un autre niveau, la prison concentre des populations davantage perturbées psychologiquement, provenant fréquemment de familles elles-mêmes déstabilisées, des individus occupant l'échelon le plus bas de l'échelle sociale, moins aptes à s'adapter aux situations changeantes et problématiques. Les caractéristiques sociodémographiques des détenus jouent un rôle important dans le risque suicidaire en termes de sexe, d'âge, de statut familial, profession, etc. (Chesnaï, 1976). Toutefois, les suicidés ne concentrent pas l'ensemble

1. La direction de l'administration pénitentiaire et l'Institut national d'études démographiques (INED) ont réalisé un partenariat scientifique afin d'améliorer la compréhension du suicide en prison. Outre la présente communication ce partenariat a permis la parution d'un numéro dans la revue *Population et Sociétés* (http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf1_popetsoc_462.pdf) rappelant l'évolution du taux de suicide en prison depuis 1960, les principaux facteurs de risque identifiés dans la littérature et apportant des éléments de comparaison européenne. Cette collaboration se prolonge par deux recherches approfondies se basant notamment sur une analyse statistique des facteurs du risque de suicide carcéral. Ce document constitue une étape dans ces recherches.

de ces facteurs de risque et leurs profils sont hétérogènes (Bénézech, 1999). Enfin, il est nécessaire de rappeler que parmi l'ensemble des détenus, très peu se suicident, y compris ceux cumulant l'ensemble des facteurs de risque que l'on peut identifier.

Plusieurs raisons concourent cependant à l'augmentation des effectifs et du taux de suicide en prison au fil du temps. Une des raisons de l'augmentation des effectifs de la population incarcérée, et donc des populations soumises au risque suicidaire, touche aux modifications de la législation pénale, comme nous le verrons plus loin. C'est le cas, par exemple, de l'alourdissement des peines, de la moindre tolérance aux infractions, et des lois autorisant l'allongement des délais de prescription, etc. D'autres lois influent indirectement sur le nombre de détenus comme la désinstitutionnalisation de la psychiatrie au cours des années 1970 qui a conduit à réinsérer les malades mentaux dans la vie civile et à retrouver les plus désocialisés en prison. De plus, l'évolution des lois et de l'opinion publique ont conduit des populations en prison en plus grand nombre (délinquants sexuels, trafiquants de drogue, etc.) modifiant en partie la nature des personnes incarcérées (Fruehwald *et al.*, 2002). Les violences sexuelles, majoritairement commises dans la famille, font que ces détenus bénéficient moins de soutien familial, qu'ils sont davantage ostracisés par les autres détenus et le poids psychologique de la faute s'est alourdi à la mesure de la sensibilité récente de la société aux violences sexuelles.

Au final, toutes ces raisons convergent pour intensifier le risque suicidaire des détenus. Dès lors, il est possible de déduire des constats précédents que différentes raisons poussent ou agissent sur le suicide en prison. Pour ces raisons, il est nécessaire d'appréhender les différentes dimensions de la suicidité carcérale afin de mieux comprendre ce phénomène et de le limiter au maximum.

Définition du suicide et calcul du taux

Les suicides comptabilisés par l'administration pénitentiaire font référence à l'ensemble des décès des personnes écrouées consécutifs à un acte suicidaire. L'administration distingue le nombre de décès constatés en détention (lors du passage à l'acte, la personne était placée sous la garde effective de l'administration pénitentiaire, c'est-à-dire sous écrou et hébergée en établissement) du nombre de décès constatés hors détention (lors du passage à l'acte, la personne n'était plus placée sous la garde effective de l'administration pénitentiaire, elle était sous écrou mais non hébergée ou en permission de sortir). La commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires, instaurée par la circulaire interministérielle du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires, est composée de représentants de l'administration pénitentiaire et du ministère de la Santé ainsi que d'un médecin psychiatre. Si ses missions se sont trouvées modifiées par le plan d'actions du 15 juin 2009, en déléguant à des

commissions interrégionales l'analyse des décès par suicide, elle conserve le contrôle des analyses réalisées au plan interrégional et le traitement des cas litigieux. À cette fin, elle se réunit régulièrement pour faire le point sur l'ensemble des décès, au regard des pièces ultérieures transmises provenant de l'enquête judiciaire et du rapport d'autopsie, et procéder à d'éventuelles requalifications.

Le taux de suicide ou « taux brut de suicide en prison » (pour 10 000 personnes écrouées) est généralement calculé en rapportant le nombre de suicides de l'année (en détention et hors détention) à la population moyenne écrouée, qui approche le nombre de personnes écrouées un jour donné de l'année.

Évolution du suicide depuis cinquante ans

Hausse des suicides en prison en France depuis 1960

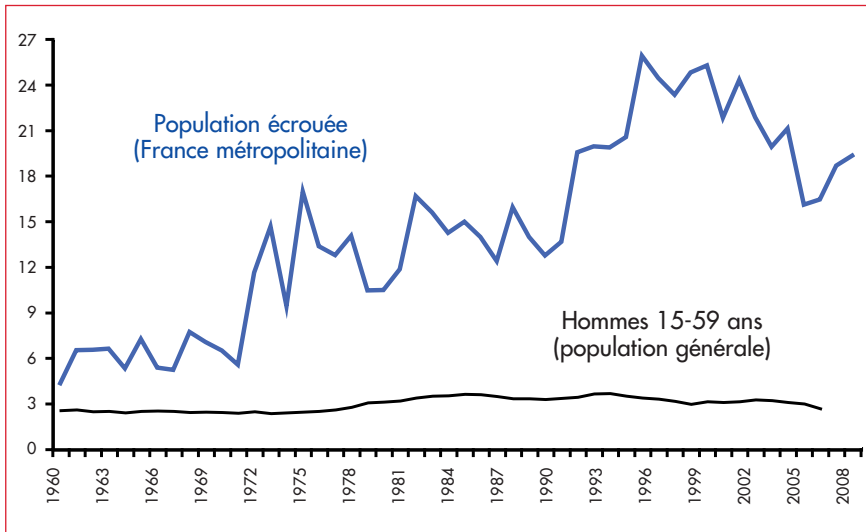
Le nombre de personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine a plus que doublé depuis les années 1960 pour atteindre 62 712 personnes en moyenne en 2009. Le taux brut de suicide en prison a parallèlement presque quintuplé en 50 ans passant de 4,3 pour 10 000 écroués en 1960 à 19,3 en 2009. Son évolution est marquée par des pics comme au milieu des années 1970 ou plus récemment à la fin des années 1990 (figure 1).

Ces évolutions peuvent être comparées à celles du taux brut de suicide observé en population générale en restreignant le champ aux hommes de 15-59 ans. Ce groupe approche la structure par âge et par sexe de la population écrouée puisque 93 % de la population carcérale sont des hommes de ce groupe d'âge. À un niveau bien moins élevé, le taux de suicide en population générale masculine est plus stable², même s'il a connu une progression à la fin des Trente Glorieuses. La tendance à la hausse du taux de suicide en prison est donc spécifique à l'univers carcéral mais elle n'est pas particulière à la France (Fruehwald et al., 2003).

2. Habituellement, on calcule un taux standardisé pour éliminer les variations de structure par âge dans le temps mais l'évolution du taux brut de suicide chez les hommes restreinte au groupe d'âge 15-59 ans est peu marquée par ces variations et peut donc être utilisée à des fins comparatives avec le taux brut calculé en prison.

Figure 1 : taux brut de suicide en population écrouée et des hommes de 15-59 ans en population générale en France métropolitaine depuis 1960

Source : ministère de la Justice/DAP et INED.



Évolution de la structure par âge et sexe de la population carcérale

D'une manière générale, plusieurs facteurs peuvent jouer sur les évolutions du taux de suicide, et notamment des effets de structure de la population carcérale dépendant parfois des politiques pénales. Le premier est de nature démographique. Si la proportion de femmes est restée faible dans le temps (moins de 4 %), la structure par âge s'est modifiée. L'âge moyen est passé de 30 ans en 1980 à 34 ans actuellement. Ce vieillissement de la population écrouée est en partie lié aux politiques pénales. Ainsi par exemple, la loi de 1989 relative aux mineurs victimes de viol ou d'atteintes aux mœurs, permet de différer le délai de prescription de l'infraction à partir de la majorité de la victime. Ce nouveau droit a entraîné la mise sous écrou de nombreuses personnes relativement plus âgées. L'étude des taux de suicide par groupe d'âge quinquennal depuis 1975 montre que la hausse observée précédemment à la fin des années 1990 concerne toutes les tranches d'âges après 20 ans (figure 2). Durant cette période, mais aussi au début des années 2000, le taux de suicide est particulièrement élevé chez les détenus âgés de 40 à 50 ans. Pour la dernière période 2005-2009, le taux de suicide a globalement diminué et ce sont les personnes écrouées âgées de 25 à 30 ans qui connaissent le niveau de suicide le plus élevé.

Figure 2 : taux de suicide en prison par groupe d'âge, par période quinquennale depuis 1975

Source : ministère de la Justice/DAP.

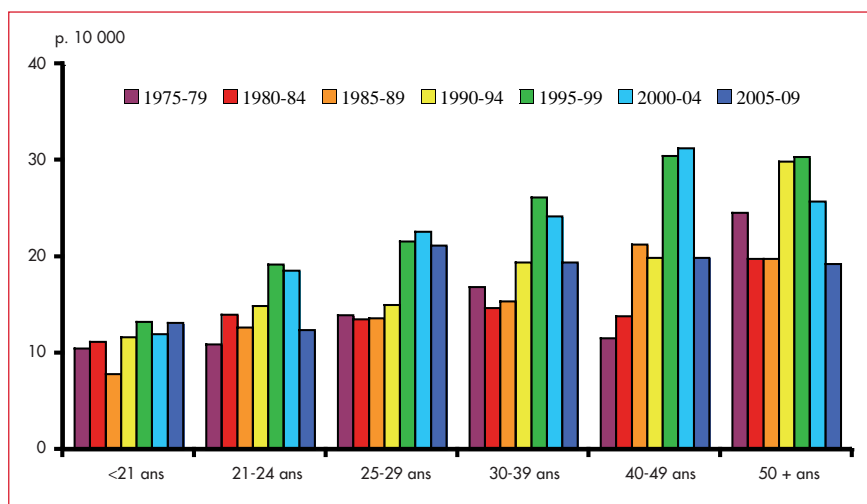
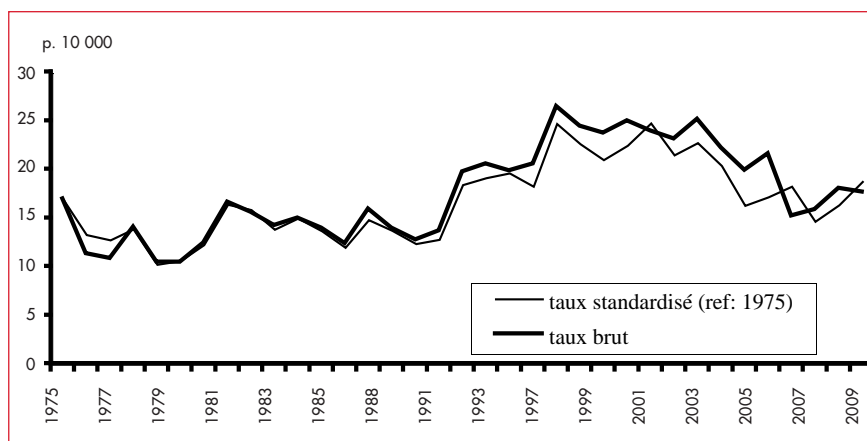


Figure 3 : taux brut et taux standardisé de suicide en population écrouée depuis 1975

Source : ministère de la Justice/DAP.



La figure 3 compare l'évolution du taux brut du suicide avec celle du taux standardisé obtenu si la population par groupe d'âge sous écrou était restée la même que celle de 1975. L'utilisation d'un taux de suicide calculé sur une population stable au cours de la période permet d'étudier les évolutions de la mortalité en éliminant l'effet possible de la structure par âge. Ce taux qu'on qualifie de « standardisé » est légèrement inférieur au taux brut observé depuis les années 1990 mais il reste

très proche. Si le vieillissement de la population carcérale a pu contribuer à la hausse du niveau de suicide en prison, il n'en est donc pas la cause principale.

Modifications des infractions commises

Un second effet de structure a pu contribuer à cette hausse et ce, de manière beaucoup plus significative. Celui-ci relève du profil pénal de la population écrouée. Effectivement, les détenus en fonction des infractions commises ont des risques suicidaires plus élevés que d'autres (Guillonnet, 2002 ; Hazard, 2008) et leur taux de suicide augmente avec la gravité de l'infraction.

Pour tenir compte des différences d'exposition au risque, fonction de la durée d'incarcération très dépendante du motif d'infraction dans les différences de suicidité, le nombre de suicides est rapporté au nombre de personnes écrouées sur une année complète.

Sur la période de janvier 2006 à juillet 2009, on obtiendrait un taux annuel de 46 pour 10 000 parmi les personnes écrouées pour homicides volontaires ; 26 parmi ceux écroués pour viol ; et près de 24 pour les autres atteintes aux mœurs. Les niveaux de suicide parmi les personnes écrouées pour violences volontaires et les vols aggravés ou simples sont bien moins élevés (respectivement 16, 10 et 14). Enfin, avec moins de 5 suicides pour 10 000, les écroués pour infractions à la législation sur les stupéfiants présentent les taux les plus faibles (tableau 1). Précisons que ces derniers ne sont pas forcément des toxicomanes qui montrent plutôt une suicidité élevée (Baechler, 1975, p. 436).

Tableau 1 : taux de suicide en prison selon l'infraction principale (janvier 2006-juillet 2009)

Taux calculé en écroué-année sur la période 1 ^{er} janvier 2006-15 juillet 2009	Taux p. 10 000	Intervalle de confiance
Meurtres, homicides volontaires	46,4	[37,5-57,4]
Viol	26,4	[21,1-33,1]
Autres atteintes aux mœurs	23,8	[16-35,5]
Violences volontaires	16,3	[13,1-20,3]
Vol aggravé	10,1	[7,6-13,4]
Vol simple, recel, escroquerie, abus de confiance	13,8	[9,1-21]
Délits militaires, administratifs et judiciaires	11,3	[6,1-21]
Infractions à la législation sur les stupéfiants	4,9	[3,1-7,9]
Autres	14,8	[8,9-24,5]

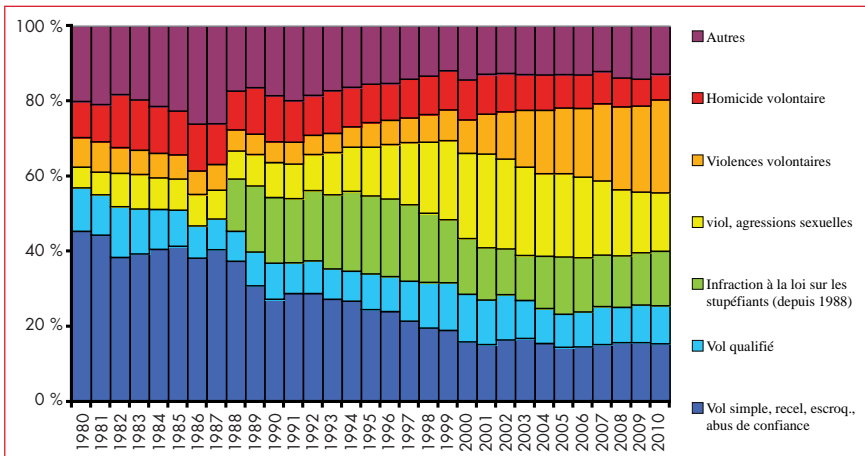
Lecture : sur la période, on comptabilise 46,4 suicides pour 10 000 personnes écrouées pour meurtre durant une année de détention. En cas de cumul d'infractions, celles-ci sont classées selon la procédure pénale encourue (criminelle, délictuelle, contraventionnelle) et la plus lourde est retenue.

Source : ministère de la Justice/DAP.

Les gradients dans les niveaux de suicide observés ici pourraient, non pas être dus à la gravité de l'infraction commise, mais liés à la plus grande durée de la peine à effectuer. Cette hypothèse est cependant infirmée par les analyses multivariées du risque suicidaire présentées dans la suite de ce papier (tableau 5). L'effet propre de l'infraction est donc bien confirmé, indépendamment de la durée de la peine. Une première interprétation mettrait en avant le fait que les personnes incarcérées pour viols, et encore plus pour viols sur mineurs, sont particulièrement ostracisés par leurs codétenus. Ainsi, les « pointeurs » subissent des brimades répétées qui à la longue et ajouté aux autres tensions conduiraient au suicide. Bien que pertinente, cette hypothèse n'est toutefois pas démontrée. Mais surtout, elle n'explique pas le plus haut taux de suicides chez les incarcérés pour meurtres qui ne connaissent pas les mêmes étiquetages de la part de leurs codétenus. Une des voies de recherche à investiguer serait que ces populations répondent possiblement à des causes de stress différents ou d'intensités différentes qui les conduisent au geste fatal.

La loi de 1989 sur l'allongement du délai de prescription des mineurs victimes de viol ou d'atteintes aux mœurs illustre ici aussi notre propos car elle a entraîné une hausse du nombre de personnes incarcérées pour des infractions à caractère sexuel qui représentent des détenus plus perméables au suicide. La proportion de personnes condamnées pour viol ou autres atteintes aux mœurs a fortement augmenté dans les décennies 1980 et 1990, passant de 5 % des condamnés au 1^{er} janvier 1980 à 22 % vingt ans plus tard (figure 4). Elle a baissé dans la toute dernière décennie, période également de baisse des taux de suicide. Les évolutions dans la composition des détenus ont très probablement joué un rôle important dans l'évolution du taux de suicide en prison, en particulier sur les motifs d'infractions, sans que l'on puisse le vérifier statistiquement faute de données suffisamment détaillées.

Figure 4 : répartition des condamnés écroués selon le type d'infraction en France



Champs : population condamnée au 1^{er} janvier de chaque année, France entière.

Source : ministère de la Justice/DAP.

Sursuicidité des prévenus mais stagnation de leurs effectifs

Un autre facteur a également été mis en évidence, celui de la catégorie pénale : les prévenus se suicident plus que les condamnés et cette sursuicidité perdure depuis au moins les années 1970 (Duthé et *al.*, 2009). Si l'on tient compte de la durée de séjour des uns et des autres, le taux annuel de suicide pour les prévenus est de 31 pour 10 000 contre 12 pour les condamnés (tableau 2). De fait, les suicides interviennent en majorité en début de détention puisqu'un quart des suicides a lieu dans les deux mois qui suivent l'incarcération et la moitié dans les six premiers mois (Hazard, 2008).

Tableau 2 : taux de suicide en prison selon l'infraction principale (janvier 2006-juillet 2009)

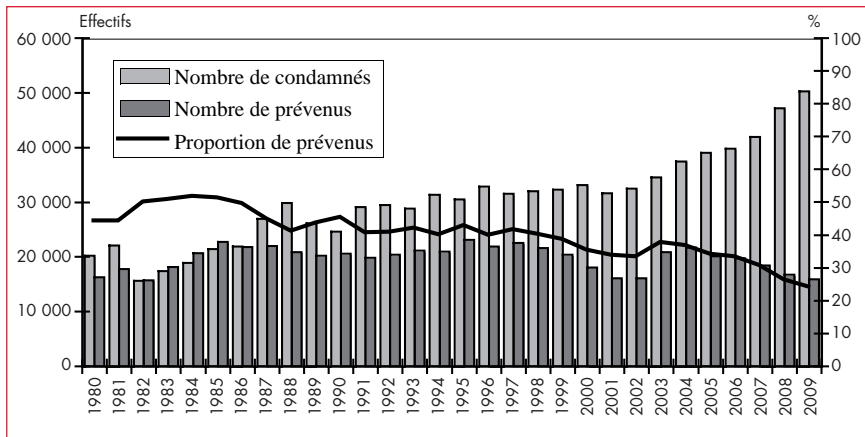
Taux calculé en écroué-année sur la période 1 ^{er} janvier 2006-15 juillet 2009	Taux p. 10 000	Intervalle de confiance
Prévenu	31,3	[26,9-36,3]
Condamné	12,0	[10,5-13,7]

Lecture : Sur la période, on comptabiliserait environ 31 suicides pour 10 000 prévenus durant une année complète.

Source : ministère de la Justice/DAP.

Alors que le risque de suicide est deux fois plus élevé chez les prévenus que chez les condamnés, leur effectif a peu évolué dans les dernières décennies contrairement à celui des condamnés. Il s'en suit une tendance générale à la baisse de la proportion des prévenus dans la population carcérale. Ce qui ne permet donc pas d'expliquer la hausse observée du suicide carcéral au milieu des années 1990.

Figure 5 : Évolution de la population carcérale selon la catégorie pénale et proportion de prévenus



Champs : personnes sous écrou en milieu fermé au 1^{er} janvier de chaque année.

Source : ministère de la Justice/DAP.

Augmentation des effectifs de personnes écrouées

La seconde moitié du XX^e siècle est marquée par une « inflation carcérale » sans précédent en temps de paix. Entre le 1^{er} janvier 1975 et le 1^{er} janvier 1995, la population carcérale a doublé. L'allongement des peines a constitué une des données essentielles de la politique carcérale pendant une trentaine d'années et la durée moyenne de détention n'a cessé de progresser sur la période. Cette évolution s'est accompagnée d'une modification de la population carcérale : la population est de plus en plus âgée et désocialisée. Les condamnés pour vols ont fait place aux condamnés pour violences, agressions sexuelles et stupéfiants.

On constate à partir des années 1980, la montée en puissance de la demande de sanctions rétributives voire neutralisantes de la part des victimes et des associations de victimes (Combessie, 2004). Partant d'actes très graves mais aussi peu fréquents, l'émotion suscitée par le crime est de plus en plus largement relayée par les médias. Elle est prise en compte par les politiques. Cette tension sécuritaire déplace les priorités du débat pénitentiaire. Il ne s'agit plus de s'interroger sur la peine et l'enfermement, sa justice et son efficacité, tant au plan individuel que collectif. L'enfermement n'est plus une question mais devient une réponse à des inquiétudes multiformes.

C'est donc par la multiplication de dispositions répressives partielles et un traitement particulier de certains contentieux qu'est directement produit un processus d'allongement des peines, sans qu'il y ait de débat sur les conditions et les conséquences pratiques de ces politiques tant au niveau individuel que collectif.

L'analyse des caractéristiques des personnes incarcérées montre que nombre d'entre elles cumulent des traits de précarité : absence d'emploi, absence d'ancrage familial, faible niveau d'instruction, étrangers en situation irrégulière. Près de la moitié des entrants sont des personnes qui n'ont pas dépassé le niveau des études primaires (46 %), moins de 3 % déclarent avoir suivi des études universitaires (source FND, fichier national des détenus).

La situation au regard de l'emploi n'est pas toujours déclarée lors de l'écrou : 48 % des personnes incarcérées ne précisent pas leur situation. Seules 31 % affirment occuper un emploi, tandis que 22 % se déclarent chômeurs. Enfin, les deux tiers des détenus sont célibataires, seuls 30 % se déclarent en couple (source FND). Les détenus sont souvent pauvres ou au bas de l'échelle sociale et mal insérés dans une vie domestique classique (Kensey, Cassan, Toulemon, 2000).

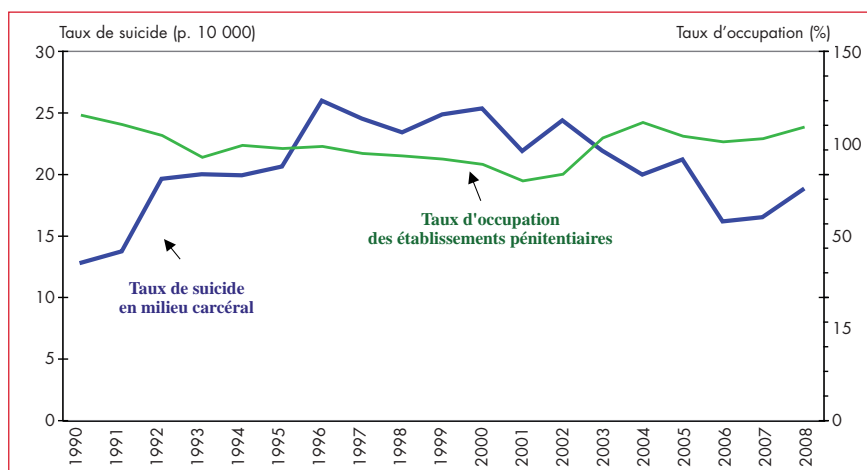
Des constats empiriques récurrents permettent d'affirmer qu'une part non négligeable des détenus présente des troubles psychiques, liés ou non à des problèmes de toxicodépendances (alcool, drogues et médicaments). L'enquête sur la santé des entrants en détention effectuée en 2003 par la direction générale de la santé et la direction

de l'administration pénitentiaire montre que près d'un entrant sur dix déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre ou un psychologue, au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les 12 mois précédant son incarcération. Un tel suivi est plus fréquent chez les entrants en prison que dans l'ensemble de la population. Selon la même enquête, les consommations à risques se cumulent pour le quart des personnes entrées en prison en 2003 et elles sont également nettement plus répandues que dans la population générale (Mouquet, 2005).

Des facteurs individuels aux facteurs contextuels

L'évolution de la composition de la population carcérale est donc partiellement responsable de la montée des suicides en prison. Néanmoins, on peut se poser la question des conditions dans lesquelles sont incarcérés les détenus. Le taux d'occupation des établissements pénitentiaires, calculé en rapportant le nombre de détenus à la capacité effective d'hébergement dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, apparaît comme un indicateur *a priori* pertinent. Cependant, la surpopulation carcérale et le suicide n'évoluent pas de façon parallèle (figure 4) : alors que le taux d'occupation des établissements pénitentiaires diminue au début des années 1990, le taux de suicide augmente. Et lorsque le taux d'occupation augmente à partir de 2002, celui du suicide a tendance à diminuer (figure 6). L'analyse doit cependant être approfondie en fonction du type d'établissement pénitentiaire : les maisons d'arrêt, qui accueillent les détenus en début d'incarcération et donc plus souvent prévenus, regroupent des profils plus à risque, connaissent par ailleurs des taux d'occupation très élevés contrairement aux centres de détention qui accueillent les condamnés.

Au niveau individuel, être seul en cellule est considéré comme un facteur de risque suicidaire (Fazel et *al.*, 2008). Au niveau des établissements, la surpopulation détériore indéniablement les conditions de vie des détenus, les relations entretenues avec le personnel surveillant et médico-social. Ces deux facteurs illustrent la complexité de l'identification des risques du suicide en prison.

Figure 6 : taux brut et taux standardisé de suicide en population écrouée depuis 1975

Source : ministère de la Justice/DAP.

Vers l'identification des facteurs de risque

Rassemblement des données quantitatives

Pour pouvoir étudier dans leur ensemble les facteurs de risque suicidaire, nous avons constitué une base regroupant des données sur :

1. l'ensemble des personnes qui ont été écrouées au moins une fois entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 juillet 2009, soit 3 ans et demi d'observation, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cette base a été constituée à partir de la base de gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE) de l'administration pénitentiaire qui est une application informatique de gestion des personnes écrouées hébergées. Nous avons pu réunir des données sur les caractéristiques démographiques, pénales, la situation pénitentiaire, les événements survenus sous écrou ainsi que les permis de visite et parloirs concernant près de 321 000 personnes détenues en dénombrant 378 suicides sur la période ;
2. des informations sur l'ensemble des établissements pénitentiaires : type d'établissement, année de création, taux d'occupation, ancienneté et formation des personnels, présence d'un service médico-psychologique régional (SMPR) ;
3. l'ensemble des personnes qui se sont suicidées en prison depuis 2003, en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer. Cette base a été constituée à partir des dossiers archivés à l'administration pénitentiaire. Nous avons pu réunir, en plus des données démographiques et pénales, des informations sur les circonstances du suicide et les événements concomitants.

Résultats préliminaires d'un modèle multivarié du suicide carcéral

Les premiers résultats fournis proviennent d'une analyse effectuée sur les données individuelles recueillies à partir de la base GIDE. Les analyses descriptives sont présentées en annexe. L'analyse multivariée réalisée est un modèle de régression logistique qui permet de prendre en compte simultanément les différentes caractéristiques des individus, et de mesurer des effets spécifiques de chacune d'entre elles sur le risque de se suicider. Soulignons ici que le modèle reste peu explicatif au sens où la probabilité de se suicider pour une personne mise sous écrou reste très faible, même si elle cumule l'ensemble des facteurs de risque. Le modèle n'a de sens que dans sa dimension relative, dans l'identification des sur- ou sous- risques de se suicider par rapport à une population de référence.

Les caractéristiques démographiques retenues dans ce modèle sont le sexe, l'âge lors de l'écrou et la nationalité ; les caractéristiques pénales sont la catégorie pénale (prévenu ou condamné) associée à la durée de la peine prononcée (en déduisant les sursis), l'infraction principale, le nombre d'affaires, et la durée de détention en fin d'observation (soit au 15 juillet 2009 pour les personnes sous écrou à cette date, au moment de leur libération pour celles qui ont été libérées durant la période ou de leur décès durant leur détention). Les données sur la situation pénitentiaire font référence au dernier type d'établissement fréquenté (en maison d'arrêt et quartier maison d'arrêt, en établissement pour peine ou en établissement pénitentiaire pour mineurs). Nous avons aussi pris en compte le fait d'être hébergé ou non en établissement pénitentiaire (par exemple les personnes sous surveillance électronique). Concernant les événements survenus lors de l'incarcération, les hospitalisations, les fautes et sanctions disciplinaires, et les visites au parloir ont aussi été prises en compte (tableau 5).

Du point de vue démographique, toutes choses égales par ailleurs, les hommes présentent un risque plus élevé que les femmes, mais la différence est à la limite de la significativité. Cependant, être âgé entre 30 et 50 ans au moment de l'écrou augmente le risque de se suicider contrairement aux mineurs pour lesquels le risque est relativement plus faible. D'après les nationalités, les personnes écrouées de nationalité du Maghreb, et plus généralement d'Afrique, seraient moins exposées au risque que les Français.

Le modèle repère également le sur-risque lié au fait d'être écroué en maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt qui, en référence, présente un risque bien plus élevé que pour les détenus en établissement pour peine. Le début d'incarcération (moins de quatre mois) est aussi un moment à risque, avec un risque qui décroît avec la durée d'incarcération. Il est souvent fait état d'un risque accru avant la sortie vers le milieu libre. Cela n'est pas observé ici mais une analyse biographique serait mieux adaptée pour tester cette hypothèse. S'agissant de la catégorie pénale, deux profils à risque se distinguent : les prévenus que nous avons déjà mentionnés plus haut, mais aussi les condamnés à de longues peines (le sur-risque augmente graduellement jusqu'à 5 ans de peine prononcée).

Un autre facteur déterminant que nous avons déjà évoqué concerne la nature des infractions pour lesquelles la personne est écrouée. Plus l'infraction principale est dirigée vers la personne avec des conséquences pénales lourdes, plus le risque est élevé. Ainsi, en contrôlant le statut pénal, l'âge, la durée d'incarcération, etc., le risque de se suicider est 7 fois plus élevé pour les personnes écrouées pour meurtre que parmi les écroués pour violence volontaire. Inversement, le risque est 2,5 fois moins élevé lorsque la personne est écrouée pour un délit militaire, administratif ou judiciaire.

On voit aussi que le fait d'être affecté dans une cellule avec au moins un autre détenu diminue le risque de se suicider. Précisons que l'on considère ici la dernière affectation de la personne écrouée, il ne s'agit pas des circonstances du suicide c'est-à-dire si la personne était seule ou non au moment du passage à l'acte. Ainsi, le détenu peut être affecté dans une cellule double et pourtant passer à l'acte en quartier disciplinaire, c'est une des limites de ce modèle.

Les personnes qui ont été sanctionnées durant leur incarcération à cause de perturbations portant atteinte à la sécurité dans l'établissement ou mettant éventuellement en danger autrui ont plus de risques suicidaires que les autres mais ce n'est pas le cas de celles qui se sont montrées violentes envers un codétenu. La violence physique envers une personne de l'établissement ou assimilé semble caractérisée par un léger sur-risque, mais qui est faiblement significatif. Parmi les détenus sanctionnés, ceux ayant été placés au moins deux fois durant leur détention en cellule disciplinaire présentent un sur-risque plus de deux fois plus élevé que ceux n'ayant jamais été en quartier disciplinaire. En réalité, ces traits dévoilent des détenus qui ont plus de difficultés à s'adapter à la vie pénitentiaire et la détention en cellule disciplinaire pourrait être vécue comme une sanction injuste sans espace de contestation afin de verbaliser les désaccords avec l'institution ou les relations conflictuelles avec le personnel pénitentiaire et les codétenus.

S'agissant des événements survenus durant l'incarcération, le fait d'avoir tenté de s'évader (ou de s'être évadé) présente un risque plus élevé. Les personnes hospitalisées sont aussi soumises à un risque bien plus élevé que les autres. Les relations avec l'extérieur diminuent sensiblement le risque : notamment le fait d'avoir reçu au moins une visite d'un membre de sa famille ou d'un ami. Enfin, le fait de ne pas avoir eu de dépenses liées à la vie en prison (cantine, location d'un téléviseur) est aussi un facteur de risque.

Certains facteurs ne jouent que sur certains groupes de la population écrouée (modèles non montrés ici). Pour les condamnés, le fait d'être dans un établissement qui n'est pas dans la région de leur domicile fait augmenter le risque de se suicider. Pour les prévenu(e)s, le fait d'être une femme semble à l'inverse diminuer le risque de mettre fin à ses jours.

Tableau 3 : risques de se suicider en prison (résultats provisoires)

	Variable	Modalité	Ratio	Intervalle de confiance
Caractéristiques sociodémographiques	Sexe	Hommes (réf.)	1,00	
		Femmes	0,58	* [0,32-1,07]
	Âge à l'écrou	13-17 ans	0,17	*** [0,06-0,47]
		18-24 ans (réf.)	1,00	[0,00-0,00]
		25-29 ans	0,89	[0,63-1,26]
		30-34 ans	1,46	** [1,04-2,03]
		35-39 ans	1,65	*** [1,17-2,32]
		40-49 ans	1,41	** [1,01-1,96]
		50-99 ans	1,20	[0,81-1,78]
	Nationalité	Française (réf.)	1,00	
		Autre Europe	1,34	[0,92-1,94]
		Maghreb	0,57	** [0,34-0,96]
		Autre Afrique	0,48	* [0,21-1,08]
		Autre nationalité	1,31	[0,79-2,17]
	Caractéristique	Type d'établissement ou de quartier	Maison d'arrêt ou quartier MA (réf.)	1,00
Établissement pénitentiaire pour mineurs			1,12	[0,12-10,1]
Établissement pour peine			0,54	*** [0,37-0,78]
Non hébergé			0,26	*** [0,12-0,55]
Durée d'incarcération en fin d'observation		Incarcéré depuis moins d'un mois	1,24	[0,84-1,82]
		Incarcéré entre 1 et 4 mois (réf.)	1,00	
		Incarcéré entre 4 et 9 mois	0,68	** [0,48-0,96]
		Incarcéré entre 9 et 24 mois	0,38	*** [0,25-0,56]
		Incarcéré entre 2 et 5 ans	0,28	*** [0,16-0,47]
		Incarcéré depuis plus de 5 ans	0,22	*** [0,12-0,42]
Catégorie pénale et durée de peine		Prévenu	7,90	*** [5,00-12,5]
		Condamné à moins de 6 mois (réf.)	1,00	
		Condamné entre 6 mois et moins d'1 an	3,15	*** [1,80-5,51]
		Condamné entre 1 et moins de 3 ans	6,16	*** [3,62-10,5]
		Condamné entre 3 et moins de 5 ans	9,06	*** [4,59-17,9]
	Condamné à 5 ans ou plus	6,63	*** [3,48-12,6]	
Nature de l'infraction principale	Condamné (non renseigné)	4,16	*** [2,12-8,19]	
	Délits militaires, administratifs et judiciaires	0,40	*** [0,21-0,79]	
	Vol simple, recel, escroquerie, abus de confiance	0,52	*** [0,32-0,84]	
	Infraction à la loi sur les stupéfiants	0,29	*** [0,17-0,49]	
	Vol aggravé	0,62	*** [0,43-0,89]	
	Autre atteinte aux mœurs	1,59	* [1,00-2,55]	

Caractéristique		Situation et événements survenus durant la détention		
		Violence volontaire (réf.)	1,00	
		Viol	3,75	*** [2,60-5,41]
		Meurtres, homicides volontaires	6,73	*** [4,65-9,73]
		Autre	0,51	** [0,29-0,90]
		Infraction non renseignée	0,15	* [0,02-1,06]
Co-détention		Seul en cellule en fin d'observation (réf.)	1,00	
		Présence d'un codétenu	0,53	*** [0,41-0,68]
		Co-détention non renseignée	0,16	*** [0,11-0,22]
Type de faute principale durant la détention		Pas de faute en détention (réf.)	1,00	
		Violences physiques/personnel de l'établissement	3,19	* [0,91-11,2]
		Violences physiques/codétenu	1,32	[0,69-2,51]
		Atteinte à la sécurité de l'établissement et des personnes	2,93	** [1,04-8,23]
		Détention, trafic de substances ou d'objets dangereux	1,07	[0,47-2,46]
		Insultes ou menaces/personnel de l'établissement	0,58	[0,21-1,56]
		Perturbations dans l'établissement, dommages	1,42	[0,78-2,61]
		Détention, trafic de substances ou d'objets non autorisés	0,88	[0,44-1,77]
		Insultes ou menaces/codétenu ou l'administration	0,47	[0,11-2,06]
		Autre	1,10	[0,62-1,94]
Séjour en cellule disciplinaire		Pas de séjour en cellule disciplinaire (réf.)	1,00	
		Un séjour	1,35	[0,78-2,33]
		Deux séjours ou plus	2,49	*** [1,43-4,32]
Tentative d'évasion		Pas de tentative d'évasion (réf.)	1,00	
		Tentative d'évasion	2,11	* [0,89-5,04]
Hospitalisation durant la détention		Pas d'hospitalisation (réf.)	1,00	
		Une hospitalisation	3,74	*** [2,79-5,00]
		Deux ou plus	4,01	*** [2,88-5,57]
Visite de la famille au parloir		Pas de visite de la famille au parloir (réf.)	1,00	
		Au moins une visite	0,53	*** [0,40-0,70]
Visite d'amis au parloir		Pas de visite d'amis au parloir (réf.)	1,00	
		Au moins une visite	0,54	*** [0,34-0,84]
Dépenses en prison		Dépenses pour la vie quotidienne en prison (réf.)	1,00	
		Pas de dépense	1,96	*** [1,37-2,79]

Champs : population écrouée entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 juillet 2009 ; ont été retirés de l'analyse les individus de sexe, d'âge et d'établissement inconnus.

Note : *** p<1 % ; ** p<5 % * p<10 %.

Source : ministère de la Justice/DAP.

Conclusions d'étape et perspectives

Parmi les limites de cette étude, la première est que nous étudions un événement rare au sens statistique du terme, ce qui a des conséquences sur les analyses à mener et les résultats. Du point de vue des données, l'application GIDE étant avant tout un outil de gestion, les informations sociodémographiques saisies à l'écrou par le greffe ne sont pas toujours très fiables : elles se basent sur la déclaration des individus, et peuvent être modifiées en cours d'incarcération sans que l'on sache si la modification relève d'un changement de situation ou d'une correction d'information. C'est le cas des données sur la situation familiale et professionnelle que nous n'avons pas pu inclure dans le modèle. Cette perte d'informations est regrettable, notamment pour étudier l'effet de la rupture avec les proches sur le risque suicidaire. Être en couple est bien reconnu comme protégeant des tensions mentales et du suicide en milieu libre depuis Durkheim (1897). La rupture du couple en milieu carcéral aurait un effet d'autant plus fort que le prisonnier est dans une situation où le support social est nécessaire (pour le support social voir Cobb, 1976 ; pour la sursuicidité des personnes en couple à l'incarcération Fazel et *al.*, 2008).

Une autre limite est l'absence de données individuelles et exhaustives sur les tentatives de suicide qui nous permettraient de repérer statistiquement les antécédents. Pour l'administration pénitentiaire, ces informations sont particulièrement précieuses, car il a été montré récemment le lien très fort entre tentatives de suicide antérieures et suicidité effective en prison (Fruehwald et *al.*, 2003 ; Fazel et *al.*, 2008). Cela est bien compréhensible, si l'on veut bien voir dans les tentatives de suicide comme dans le suicide, des indicateurs de mal-être, qui bien que différents, sont liés entre eux (Davidson et Philippe, 1986 ; Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008). De manière plus générale, nous sommes confrontés au manque d'information sur la santé, et plus particulièrement sur la santé mentale des personnes écrouées. Elles présentent pourtant des troubles psychiques importants dès leur entrée en prison (Mouquet, 2005 ; Falissard, 2006) et le lien entre désordres psychiques et suicidité semble bien établi (Way et *al.*, 2005). Fruehwald et ses collègues suggèrent même d'évaluer, à l'entrée en prison, le risque suicidaire et les troubles psychologiques des détenus notamment en effectuant un repérage grâce à une grille d'évaluation afin de réduire le risque de suicide en prison (2003). Les besoins en soins de santé mentale sont dix fois plus élevés en prison qu'en population générale (Mouquet, 2005, Coldefy et Exertier, 2007).

Ce premier modèle élaboré permet néanmoins d'établir des détenus à sur-risque et notamment des prévenus, nouvellement incarcérés, en maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt, pour lesquels le suicide résulterait de ce qu'il est convenu d'appeler le « choc carcéral ». Les condamnés à de lourdes peines présentent aussi des risques plus importants et d'autres analyses permettraient de conforter l'hypothèse de deux groupes de profils plus à risque parmi les détenus. Par ordre de sur-risque, on retrouve les

meurtres, les viols, les atteintes aux mœurs et les violences. L'expérience de la cellule disciplinaire augmente aussi le risque en isolant totalement la personne. D'ailleurs la rupture du lien social est caractérisée par l'importance du rôle des visites, de l'absence d'un codétenu ou de l'éloignement du domicile. Enfin les hospitalisations montrent bien que l'état de santé, notamment mental, joue aussi un rôle très important.

Le modèle présenté ici est provisoire et est amené à être amélioré. Les analyses à venir vont permettre de mettre au jour plus précisément certains aspects des risques de se suicider en prison : grâce à la construction d'un modèle des risques proportionnels de Cox utilisé en analyse biographique, nous pourrions tenir compte de caractéristiques qui changent au cours du temps, notamment la catégorie pénale, les séjours en quartier disciplinaire et la présence d'un codétenu. Un modèle d'analyse multi niveaux (ou modèle mixte) est aussi prévu afin de considérer les risques liés aux facteurs individuels et ceux liés aux caractéristiques des établissements. La distinction des types d'établissements pénitentiaires est en effet nécessaire parce qu'ils concentrent à la fois des populations particulières, des durées d'emprisonnement distinctes et des conditions de détention différentes et qu'ils sont différemment suicidogènes (Way et *al.*, 2005). Enfin, un modèle de classification des personnes qui se sont suicidées permettra de mieux appréhender les différents profils à risque et les événements concomitants. Cette partie permettra notamment de mieux identifier, parmi les causes du suicide, ce qui relève de l'univers carcéral de la sphère privée.

La connaissance du suicide carcéral progresse petit à petit. Néanmoins, il demeure un point aveugle qui échappe actuellement à nombre d'observateurs, il s'agit du nombre de suicides anormalement élevé des anciens détenus récemment libérés (Pratt et *al.*, 2006). Le suicide des personnes récemment libérées vient souligner les manques d'accompagnement des détenus rendus à la vie civile.

Références

- BAECHLER J., 1975, *Les suicides*, Calmann-Levy.
- BÉNÉZECH M., 1999, « Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises », *Année Médicale psychologique* ; 157 : 561-7.
- BOURGOIN N., 1993, « Le suicide en milieu carcéral », *Population*, n° 3, p. 609-626.
- BOURGOIN N., 1994, *Le suicide en prison*, L'Harmattan, Paris, Coll. Logiques sociales.
- CHESNAIS J.-C., 1976, *Les morts violentes en France depuis 1826, Comparaisons internationales*, Travaux et Documents, Cahier n° 75, INED, PUF.

- COBB S., 1976, « Social Support as a Moderator of Life Stress », *Psychosomatic Medicine*, 38, p. 300-314.
- COLDEFY M. et EXERTIER A., 2007, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », in Coldefy Magali (coord.), *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Paris, La Documentation Française (coll. Études et Statistiques), 314 p.
- COMBESSIE P., 2004, *Sociologie de la prison*, collection Repères, La Découverte.
- COUSTEAUX A.-S. et PAN KÉ SHON J.-L., 2008, « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue Française de sociologie*, 49-1, p. 53-92.
- DAVIDSON F., PHILIPPE A., 1986. « Les tentatives de suicide » in : Davidson F., Philippe A. (dir.), *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*, Paris, INSERM (Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie), p. 33-68.
- DÉSESQUELLES A., KENSEY A., 2006, « Les détenus et leur famille : des liens presque toujours maintenus mais parfois très distendus », in *Données sociales 2006 : la société française*, Paris, INSEE, 2006, p. 59-67.
- DUTHÉ G., HAZARD A., KENSEY A. et PAN KÉ SHON J.-L., 2009, « Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens », *Population et Sociétés*, n° 462, INED, 4 p.
- DURKHEIM É., 1897, *Le suicide. Étude de sociologie*, 9^e éd. 1997, Paris, PUF (Coll. Quadrige).
- FALISSARD B., LOZE J.-Y. et al., 2006, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 6:33.
- FAZEL S., CARTWRIGHT J., NORMAN-NOTT A., HAWTON K., 2008, « Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11): 1721-1731.
- FRUEHWALD S., FROTTIER P., RITTER K., EHER R., GUTIERREZ K., 2002, « Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody, Experiences in Austria, 1967-1996 », *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, p. 119-128.
- FRUEHWALD S., FROTTIER P., MATSCHNIG T., EHER R., 2003, « The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides », *European Psychiatry*, 18, p. 161-165.
- GUILLONNEAU M., 2002, « Suicides en détention et infractions pénales », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, Paris, direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice.
- HARVEY J. et LIEBLING A., 2001, « Suicide et tentatives de suicide en prison : vulnérabilité, ostracisme et soutien social », *Criminologie*, vol. 34, n° 2, p. 57-83.

HAZARD A., 2008, « Baisse des suicides en prison depuis 2002 », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 22, Paris, direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice.

KENSEY A., 2001, « Vieillir en prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 10, Paris, direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice.

KENSEY A., 1991a, « Suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral de 1986 à 1990 », *Note de conjoncture*, 105, Paris, direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice.

KENSEY A., 1991b, « Suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral », *Bulletin du CLCJ*, 24, p. 84-88.

KENSEY A., CASSAN F. TOULEMAN L., « La prison : un risque plus fort pour les classes populaires », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 9, Paris, direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice.

MOUQUET M.-C., 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n° 386, DREES, 12 p.

PRATT D., PIPER M., APPLEBY L., WEBB R., SHAW J., 2006, « Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study », *The Lancet*, 368, p. 119-23.

WAY B., MIRAGLIA R., SAWYER D., BEER R., EDDY J., 2005, « Factors related to suicide in New York state prisons », *International Journal of Law and Psychiatry* 28 (2005), p. 207-221.

TERRA J.-L., 2003, « Prévention du suicide des personnes détenues », *Rapport de mission au ministre de la Justice et au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*.

Remerciements

Les auteurs remercient Bertrand Bouquet et Nicolas Bourgeois stagiaires à l'INED durant l'été 2009, les membres du bureau des études et de la prospective (DAP/PMJ5), de la Mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral (DAP/PMJ), du bureau des systèmes d'information (DAP/SD4) ainsi que le service méthodes et statistiques de l'INED (INED/SMS).

Annexes

Statistiques descriptives des principales variables disponibles (%)

Population écrouée au moins un jour entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 juillet 2009 (n = 377 688)	Ensemble des détenus non suicidés (n = 37 310)	Ensemble des suicides (n = 378)
Sexe		
Féminin	4,3	2,9
Masculin	95,1	97,1
Non renseigné	0,5	0
	100,0	100
Nationalité		
Française	79,5	81,5
Autrer Europe	6,2	8,5
Maghreb	6,9	4
Autre Afrique	3,5	1,6
Autre	3,4	4,5
Non renseigné	0,5	0
	100	100
Génération de naissance		
1915-54	5,7	9,3
1955-64	11,6	18,8
1965-69	9,9	12,7
1970-74	12,8	17,5
1975-79	15,6	13,8
1980-84	22,3	16,1
1985-89	18,4	10,3
1990-97	3,2	1,6
Non renseigné	0,6	0,0
	100,0	100,0
Âge à l'écrou		
13-17 ans	3,4	1,3
18-24 ans	30,7	25,1
25-29 ans	19,1	13,0
30-34 ans	13,9	15,6
35-39 ans	11,3	15,1
40-49 ans	14,0	18,8

50-99 ans	7,1	11,1
Non renseigné	0,6	0,0
	100,0	100,0
Francophone (déclaration)		
Oui	82,1	85,2
Non	0,7	1,1
Non renseigné	17,2	13,8
	100,0	100,0
Niveau de lecture (déclaration)		
Lettré	81,2	78,0
Illettré	6,7	8,5
Non renseigné	12,1	13,5
	100,0	100,0
Situation professionnelle (déclaration)		
Actif	30,7	30,7
Chômeur, inactif	21,6	21,4
Non renseigné	47,7	47,9
	100,0	100,0
Situation matrimoniale (déclaration)		
Célibataire	60,7	54,0
En couple	29,7	32,0
Séparé, veuf	8,4	12,4
Non renseigné	1,2	1,6
	100,0	100,0
A des enfants (déclaration)		
Oui	40,7	44,4
Non ou inconnu	59,3	55,6
	100,0	100,0
Distance du domicile au dernier établissement fréquenté		
Non renseigné	15,3	19,3
Même département	57,3	48,4
Même région	16,9	15,1
Autre région	10,4	17,2
	100,0	100,0
Durée d'incarcération en fin d'observation		
Moins d'un mois	14,1	17,2
1 à 4 mois	35,2	20,4
4 à 9 mois	25,6	20,6
9 à 24 mois	15,0	17,7

24 mois à 5 ans	6,6	13,2
Plus de 5 ans	3,5	10,9
	100,0	100,0
Type d'établissement ou quartier en fin d'observation		
Établissement pénitentiaire pour mineurs	0,4	0,3
Maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt	77,1	76,7
Établissement pour peine	13,5	20,6
Non hébergé	7,7	2,4
Non renseigné	1,3	0,0
	100,0	100,0
Nombre d'affaires		
1	69,9	65,1
2 ou plus	29,3	32,5
Non renseigné	0,8	2,4
	100,0	100,0
Nombre d'infractions		
1	26,0	32,3
2 ou plus	52,6	49,2
Non renseigné	21,4	18,5
	100,0	100,0
Infraction principale		
Délit	8,6	2,7
Vol simple	10,7	5,8
Stupéfiant	14,7	4,5
Vol aggravé	21,0	12,3
Autre atteinte aux mœurs	3,4	6,4
Violence	21,3	21,2
Viol	4,3	20,4
Meurtre	2,5	22,5
Autre	10,8	4,0
Non renseigné	2,6	0,3
	100,0	100,0
Hébergé en fin d'observation		
Oui	90,2	97,3
Non	7,7	2,4
Non renseigné	2,1	0,3
	100,0	100,0

Catégorie pénale et durée de peine en fin d'observation		
Prévenu	18,8	44,4
Condamné à une peine de moins de 6 mois	37,5	7,1
Condamné à une peine de 6 mois à moins d'1 an	14,8	7,9
Condamné à une peine de 1 à à moins de 3 ans	15,3	13,8
Condamné à une peine de 3 à à moins de 5 ans	3,9	5,3
Condamné à une peine de 5 ans et plus	6,3	17,7
Condamné (non renseigné)	3,5	3,7
	100,0	100,0
Procédure pénale		
Correctionnelle	86,3	47,9
Criminelle	12,6	52,1
Autre	0,4	0,0
Non renseigné	0,7	0,0
	100,0	100,0
Tentative d'évasion		
Non	99,5	98,4
oui	0,5	1,6
	100,0	100,0
Présence d'un codétenu en fin d'observation		
Non	21,8	54,2
Oui	38,2	32,0
Non hébergé	7,7	2,4
Non renseigné	32,3	11,4
	100,0	100,0
Transfert d'établissement durant l'incarcération		
Oui	82,3	73,5
Non	17,7	26,6
	100,0	100,0
Nombre d'hospitalisation		
Aucune	90,2	65,3
Une	5,8	18,5
Deux ou plus	3,9	16,1
	100,0	100,0
Faute enregistrée durant la détention		
Aucune ou non applicable	81,1	68,2
Au moins une	18,9	31,8
	100,0	100,0

Type de la faute principale commise		
Aucune	81,1	68,2
Violences physiques/personnel de l'établissement	0,2	0,8
Violences physiques/codétenu	2,2	3,4
Atteinte à la sécurité de l'établissement et des personnes	0,4	1,3
Détention, trafic de substances ou d'objets dangereux	1,9	2,1
Insultes ou menaces/personnel de l'établissement	1,7	1,3
Perturbations dans l'établissement, dommages	3,3	7,1
Détention, trafic de substances ou d'objets non autorisés	2,7	3,7
Insultes ou menaces/codétenu ou l'administration	0,5	0,5
Autre	6,1	11,4
	100,0	100,0
Nombre de mise en cellule disciplinaire		
Aucune	85,7	73,5
1 fois	8,5	11,1
2 fois ou plus	5,8	15,3
	100,0	100,0
Visite au parloir de la famille ou du conjoint		
Non	76,3	80,7
Oui	23,7	19,3
	100,0	100,0
Visite au parloir d'un ami		
Non	92,6	94,2
Oui	7,4	5,8
	100,0	100,0
Dépenses en prison pour le quotidien		
Aucune	19,4	17,5
oui	80,6	82,5
	100,0	100,0

EN ALLEMAGNE¹

Pascal Décarpes, université de Greifswald, Allemagne.

En 2005, 10 260 personnes se suicidèrent en Allemagne – 7 523 hommes et 2 737 femmes, 50 % des femmes étant âgés de plus de 60 ans. En 2006, le chiffre était de 9 765 personnes, dont 7 225 hommes et 2 540 femmes². Il est remarquable que les hommes se suicident en moyenne trois fois plus que les femmes. Le taux pour 100 000 habitants est de 11,9 décès (hommes : 17,9, femmes : 6). Les femmes se suicident principalement à un âge avancé. En 2006, le taux de suicide des plus de 50 ans chez les femmes est de 57,8 %. Le groupe de suicidés le plus important est représenté par la classe d'âge 15-45 ans³.

I. Statistiques du suicide dans les établissements pénitentiaires allemands

Tout d'abord, chaque suicide doit être notifié auprès des instances de contrôle pénitentiaire (*Aufsichtbehörde*).

Le taux de suicide dans les prisons allemandes, ainsi que la connaissance de tentatives de suicide, dépasse très largement celui de la population générale⁴. Le taux

1. Ce texte est issu d'une recherche initiée au sein de la chaire de criminologie de l'université de Greifswald (Allemagne).

2. Cf. Rübenach S., 10/2007, p. 960.

3. Cf. Rübenach S., *ibid.*, p. 966.

4. Cf. Konrad N., 2001, p. 103.

est en effet 3 fois plus élevé pour les détenus hommes et 8 fois plus élevé pour les détenues femmes. Le groupe d'âge le plus important est, avec 40 %, les 21-29 ans⁵. Entre 2000 et 2006, 646 détenus se sont suicidés dans les prisons allemandes⁶. L'Allemagne, en comparaison avec les autres pays européens, se trouve en position moyenne avec 7 fois plus de suicides en prison par rapport aux suicides dans la population générale⁷.

Le centre de criminologie de Basse-Saxe indiqua que les 621 détenus hommes qui se suicidèrent entre 2000 et 2006 dans les établissements pénitentiaires allemands employèrent les méthodes suivantes :

Méthode (citations multiples possible)	Nombre
1 Pendaison/strangulation	569
2 Coupure des veines	31
3 Étouffement	10
4 Médicaments	8
5 Drogue	3
6 Électrocution	1
7 Empoisonnement	7
8 Autres méthodes	11

Source : *Kriminologischer Dienst Niedersachsens 2008, p. 101.*

On peut en conclure que les détenus privilégient les méthodes dures et rapides. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les moyens de suicide à l'extérieur ne sont pas tous disponibles en prison. Les médicaments et les objets tranchants ne sont pas aussi accessibles qu'à l'extérieur de la prison.

Deux études seront présentées où il sera fait état des possibles causes des suicides et des mesures d'intervention appliquées en prison.

Dans les prisons de Hambourg, pour une population annuelle moyenne d'environ 2 600 personnes, 275 cas de décès furent enregistrés entre 1962 et 1995. La cause de décès la plus fréquente est le suicide avec 120 cas⁸. Cela correspond à une moyenne de 3,5 personnes par an ou un taux de suicide de 138 pour 100 000. Il s'agissait pour la plupart de détenus âgés entre 20 et 35 ans, 106 étaient de nationalité allemande (88 %) et 14 n'étaient pas Allemands (12 %). Ce nombre n'est

5. Cf. Matschnig T., Frühwald S., Frottier P., *op. cit.*

6. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2009, p. 5.

7. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005, p. 106.

8. Cf. Püschel K., Granzow B., 1998, p. 1-3.

sûrement plus actuel car la part des détenus issus de l'immigration a fortement augmenté et se trouve au-dessus de 50 %. En 1995 par exemple, les 4 suicides commis le furent par des non-Allemands. La répartition par genre était de 30 suicides d'hommes pour 1 suicide de femme, les 4 femmes s'étant suicidées par pendaison. Dans l'ensemble, la pendaison représentait également la méthode la plus choisie (106 cas = 88 %). Les autres méthodes sont les coupures menant à l'hémorragie (6 cas), l'empoisonnement (5 cas) ainsi que l'étouffement (2 cas) – commis par la mise d'un sac sur la tête (cf. fig. 2). C'est surtout la nuit que les suicides sont opérés (65 %). 36 % des décès concernaient des détenus en maison d'arrêt, 58 % se trouvaient quant à eux en établissement pour peine (cf. fig. 3). Presque tous les suicides se déroulèrent en cellule individuelle⁹.

Le type de délit a pu être contrôlé dans le cas de 70 suicides. Ainsi, 35 détenus (50 %) étaient incarcérés pour des délits contre les biens (dont escroquerie), 18 (26 %) pour coups et blessures (dont homicide), 8 (11 %) pour stupéfiants, 5 (7 %) pour infraction aux mœurs et 4 (6 %) pour d'autres délits (cf. fig. 4). 54 % étaient célibataires, 30 % divorcés et 31 % avaient des enfants (cf. fig. 5). Les détenus avaient peu ou pas de qualification professionnelle, plus de la moitié n'ayant aucune formation professionnelle. Environ 70 % souffraient de troubles psychiques, dont 32 cas qui correspondaient à des formes psycho-pathologiques clairement définies (4 - schizophrénie, 8 - dépression, 2 - troubles de la personnalité, 14 - dépendances, 4 - autres cas) (cf. fig. 6)¹⁰. Les raisons du suicide ne purent être déterminées que dans 40 % des cas. La majorité des suicidés avait peur de la peine d'emprisonnement, des problèmes de couple, le sentiment d'une condamnation injuste et des bilans-suicides¹¹. Dans 20 cas (sur 72), une tentative de suicide était présente. Dans 8 cas le suicide fut annoncé, et dans 11 cas le personnel pénitentiaire avait noté « danger suicidaire ». En danger sont les primo-détenus et surtout ceux qui doivent purger une longue peine et se voient ainsi sans perspective d'avenir¹².

Dans l'établissement pénitentiaire de Munich, avec à l'époque 1 688 places de détention, 42 suicides eurent lieu entre 1984 et 1993, dont la majorité se déroula en maison d'arrêt (37 soit 88,1 %). En outre, 4 suicidés (9,5 %) étaient en établissement pour peine et 1 (2,4 %) en centre de rétention (cf. fig. 7). La part des suicidés étrangers était de 45,2 %, contre 54,8 % pour les Allemands (cf. fig. 8). Le groupe d'âge 30-39 ans (16 soit 38,1 %) et les plus de 50 ans (8 soit 19 %) sont les plus représentés (cf. fig. 9). La plus grande partie des suicidés étaient célibataires ou divorcés (69,1 %), et seulement 26,2 % étaient mariés, tout en

9. Cf. Püschel K., Granzow B. 1998, p. 3-5.

10. Cf. Püschel K., Granzow B. 1998, p. 3-5.

11. Bilan-suicide – qui laisse entrevoir une vie vidée de sens dans ces conditions et une volonté de décision entamée.

12. Cf. Püschel K., Granzow B. 1998, p. 5-9.

prenant en compte les concubinages (cf. fig. 10). 78,6 % (33) des détenus étaient en encellulement individuel et 21,4 % (9) étaient en cellule commune (cf. fig. 11). Dans la prison de Munich, la méthode de suicide la plus souvent utilisée a été la pendaison/strangulation, puis les coupures de veines pour 11,9 % (5) et les overdoses pour 2,4 % (1) (cf. fig. 12). La plupart se sont suicidés de nuit. De plus, 23,8 % (10) des détenus suicidés exerçaient une activité rémunérée alors que 76,2 % (32) n'avait pas de travail dans l'établissement (cf. fig. 13)¹³. Quant aux visites reçues, elles étaient régulières dans seulement 16,7 % des cas (7). Pour 9,5 % (4), ce n'était qu'une fois par mois, pour 4,7 % (2) seulement une fois tous les trois mois, et dans 69,1 % des cas (29) il n'y avait pas de visite. En ce qui concerne les détenus qui se sont suicidés dans les premières semaines de détention, il est à noter qu'ils n'avaient pas encore fait l'objet de permis de visite. Le risque suicidaire était connu pour 9 détenus (21,4 %). Les 33 détenus restants (78,6 %) n'étaient pas, selon leur dossier, classés comme suicidaires (cf. fig. 14). La gravité de l'infraction et l'expectative d'une peine plus élevée peuvent être combinés avec un risque suicidaire renforcé. Dans 7 cas (16,7 %), un homicide avait été commis et dans 3 cas (7,1 %) une agression sexuelle (cf. fig. 15). 57,1 % de tous les suicides occurrant au cours du premier mois d'incarcération. 12 des 24 détenus étaient des primo-détenus. Il est également à noter que les primo-détenus sans précédente condamnation sont exposés à un risque suicidaire plus élevé (52,4 %). Ainsi, plus le nombre de condamnations précédentes est faible, plus le moment du suicide sera rapproché, et *vice versa*¹⁴.

Ici comme dans d'autres études, il peut être constaté que ce sont surtout les détenus en maison d'arrêt et les primo-détenus qui se suicident¹⁵, la nuit étant privilégiée ainsi que les méthodes « dures ». Le choix du suicide est principalement effectué par des personnes entre 20 et 30 ans ainsi que de plus de 50 ans. Il ne faut pas non plus sous-estimer l'influence de l'encellulement individuel sur la tendance suicidaire. Bien qu'être à plusieurs en cellule n'est pas une garantie contre le suicide, l'encellulement individuel devrait être évité pour des détenus dont le risque suicidaire est détecté. L'existence d'un emploi du temps quotidien bien organisé ainsi que l'encouragement aux contacts sociaux sont des éléments importants de la prévention, car leur carence peut faire augmenter le risque suicidaire.

La recherche sur cinq ans du centre de criminologie de Basse-Saxe corrobore d'autres études dans la prise en compte du développement des savoirs sur le

13. Cf. Pecher W., Nöldner W., Postpischl S., 1995, p. 348-350.

14. Cf. Pecher W., Nöldner W., Postpischl S., 1995, p. 348-350.

15. Cf. Schmidt P., Freudenstein P., Bonte W., « Suizide in Polizeigewahrsam et Justizvollzugsanstalten » in *Rechtsmedizin* 2 (1991), p. 16-19 ; Frühwald S., « Kriminalität und Suizidalität, Selbstmorde in Österreichs Haftanstalten 1975-1994, Ursachen, Statistik, Schlussfolgerungen », in *Zeitschrift für Strafvollzug* (ZfStrVol) 4 (1996), p. 219-224 ; Bennefeld-Kersten K., « Suizide in Justizvollzugsanstalten der Bundesländer in den Jahren 2000 bis 2004 », (cf. bibliographie).

comportement suicidaire dans les prisons allemandes. Selon l'enquête fédérale qui couvrit toutes les prisons allemandes sur la thématique du suicide entre 2000 et 2004, 467 suicides eurent lieu, dont 3 femmes, 12 détenus en milieu ouvert, 5 en centre de rétention, 1 en rétention de sûreté et 3 dans d'autres types de détention (24). Seront ainsi présentés les 443 suicides commis par des détenus hommes en établissement fermé (cf. fig. 16). La grande partie (256) se trouvait en maison d'arrêt (cf. fig. 17). 65 % des détenus qui se suicidèrent se trouvaient en encellulement individuel. 50 % (213 détenus) de tous les suicides se produisirent dans les 3 premiers mois de l'incarcération (cf. fig. 18). En encellulement individuel, c'est la nuit qu'eurent lieu les suicides, car les contrôles sont moins fréquents. À l'inverse, le suicide en cellule commune est davantage commis le dimanche et en journée quand le codétenu est absent. Parmi les suicidés, 93 détenus (21 %) étaient incarcérés pour agression sexuelle et 155 (35 %) pour délits violents (meurtre/homicide/coups et blessures) (cf. fig. 19). 12 détenus étaient en rétention de sûreté selon le § 66 du Code pénal. La méthode de suicide la plus utilisée en établissement fermé est la pendaison (cf. fig. 20), alors qu'en milieu ouvert on ne distingue pas de prévalence. Il semble d'autre part ne pas y avoir de corrélation entre le risque suicidaire et l'encellulement individuel. Cependant, il y a une tendance à l'augmentation des suicides en cas de surpopulation. La promiscuité est un facteur de stress supplémentaire¹⁶.

Le nombre de détenus issus de l'immigration plus élevé de 50 % (en comparaison avec la population générale) rend la situation plus compliquée de par la barrière linguistique et les différences culturelles. Le problème du suicide est particulièrement présent en centre de rétention, car le détenu ne reçoit aucune mesure spécifique et la réinsertion n'y est pas prévue. Le risque suicidaire est plus élevé car le suivi psychosocial dû aux problèmes de compréhension avec les personnels est compliqué à mettre en place. De plus, le fait que la famille habite souvent loin et que les contacts sociaux sur place soient amoindris renforce le sentiment d'isolement¹⁷. Entre 2000 et 2005, 170 immigrés se sont suicidés dans les prisons allemandes. Parmi les 170 immigrés se trouvaient 3 personnes sans nationalité, 30 Allemano-russes et 137 étrangers. Environ la moitié (54 %) n'ont pas survécu aux 3 premiers mois, ce qui est supérieur au groupe des non-migrants (47 %). Le groupe d'âge des 20-35 ans s'est davantage suicidé. Le plus jeune immigré qui se suicida avait 18 ans, le plus âgé 75 ans. La méthode de la pendaison a été utilisée par 91 % des immigrés. Par manque d'étude concrète sur le sujet, il n'est pas possible de différencier les caractéristiques suicidaires entre immigrés et non-migrants en prison¹⁸.

16. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005a, p. 22-23.

17. Cf. La commission de prévention du suicide des prisons de Basse-Saxe 1995, p. 364.

18. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2007, p. 8.

La part croissante des détenus atteints de troubles psychiques peut servir d'explication à l'augmentation du suicide en prison. Des études montrent que cette proportion augmente par rapport aux détenus sans trouble identifié. Missoni, Utting et Konrad indiquèrent dans une étude de 2001 que l'on pouvait estimer, sur les 107 détenus de la prison de Berlin-Moabit, que 74 % présentaient des troubles psychiques. Dans la prison de Würzburg, 239 détenus furent examinés à l'aide de la liste de contrôle des symptômes SCL-90-R¹⁹. On a pu ainsi observer une plus forte manifestation de troubles psychiques, de dépression et de pensée paranoïaque. 10,9 % de la population étudiée présentèrent de fortes voire très fortes pensées suicidaires. Les détenus en maison d'arrêt (56) souffraient de nombreux symptômes dans différents domaines²⁰. Fazel et Danesh ont mené en 2002 une évaluation de 62 études psychiatriques issues de 12 pays différents qui furent publiées entre 1966 et 2001. Ils découvrirent que sur 22 790 détenus hommes, 3,7 % souffraient d'un état psychotique et 10 % d'une dépression grave. Ils montrèrent également que 42 % de l'ensemble présentaient des troubles de la personnalité²¹. Une longue peine privative de liberté peut conduire à des changements de personnalité²². L'ampleur de ce changement dépend surtout de la propension de la personne concernée à développer des troubles psychiques et ainsi des changements de personnalité. Dès lors, il n'y a pas de lien monocausal entre la durée de détention et les troubles psychiques²³.

II. Mesures et moyens de l'administration pénitentiaire pour la surveillance des détenus présentant des risques suicidaires

Suivi médical

D'après le § 155 alinéa 2 de la loi pénitentiaire (StVollzG), il faut prévoir pour chaque établissement un nombre suffisant de personnels des différentes professions, c'est-à-dire médecins, pédagogues, psychologues, travailleurs sociaux et prêtres. Les psychologues sont responsables de la conduite de traitement thérapeutique individuel et de groupe, ainsi que des activités de pronostic et de diagnostic, des interventions de crise et des jugements d'aptitude, en plus de la formation continue des surveillants. Malheureusement, le nombre requis de personnel est souvent

19. SCL-90-R – la liste de contrôle des symptômes de L. R. Derogatis mesure la contrainte subjective ressentie à travers les symptômes physiques et psychiques d'une personne, cf. : <http://www.testzentrale.de/?id=526&mod=detail> – 20.12.08.

20. Cf. Missoni L., Utting F., Konrad N., 2003, p. 331.

21. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005, p. 108.

22. Cf. Laubenthal, 2008, p. 127.

23. Cf. Laubenthal, 2007, p. 87-88.

déficitaire dans les établissements concernés. Il est donc fréquent que la pratique de l'activité soit assurée mais restreinte à son minimum. Le psychologue est ainsi impliqué avant tout lors des interventions de crise et ne peut proposer suffisamment de mesures thérapeutiques²⁴.

La prise en charge des soins doit être assurée par des médecins titulaires. Pour des raisons particulières, celle-ci peut cependant être assurée par des remplaçants ou des contractuels (§ 158 StVollzG). Cela concerne surtout les soins spécialisés et dentaires. Dans la pratique, les établissements emploient souvent des médecins vacataires. Cela signifie que le soin médical n'est assuré qu'à certaines heures et que cela ne permet que difficilement un processus de soins²⁵.

La participation d'un médecin est nécessaire lors de l'examen d'arrivée (§ 5 StVollzG), de l'examen de soins (§ 6 StVollzG) et lors des tâches du projet de peine (§ 7 StVollzG). Il s'agit également de la surveillance des mesures de protection particulières, de la participation à certaines sanctions disciplinaires et de la conduite de mesures de contrainte dans le domaine médical²⁶.

Dans l'examen de soins, qui suit l'examen d'arrivée (§ 5 StVollzG), la personnalité et le milieu social du détenu sont recherchés pour bâtir un projet de peine. L'examen de soins sert à obtenir des renseignements nécessaires au traitement et à la réinsertion²⁷. L'examen de soins selon le § 6 StVollzG et la mise en place et en marche du projet de peine selon le § 7 StVollzG prévoient de s'adapter à la forme de traitement individuel du détenu. Le projet de peine (§ 7 alinéa 2 n° 6 StVollzG) doit comprendre des données sur les mesures d'aide et de traitement qui visent le risque suicidaire et l'intervention inhérente. Leur prise en compte et leur mise en œuvre dans les prisons allemandes restent incertaines. La conduite de l'examen de soin ainsi que la mise en place et la mise à jour régulière du projet de peine (§ 7 StVollzG) varient d'établissement à établissement. Dans quelques prisons, le personnel spécialisé mène l'anamnèse, l'exploration, l'observation du comportement et les processus de tests établis selon des standards optimaux afin de pouvoir réaliser un diagnostic psychosocial de qualité. Pour d'autres prisons, l'analyse de questionnaires remplis par les détenus et documentés par le personnel suffit à proposer et à entreprendre des soins pour le détenu. Pour les courtes peines, l'examen de soins, quand il est mené, n'est que très restreint, bien qu'un traitement soit nécessaire, par exemple une offre d'aide dans le cas de pathologies liées à la dépendance ou bien aussi pour des situations sociales (règlement de dette, obtention d'un logement, etc.). Cela a pour conséquence que des détenus peuvent ne pas avoir

24. Cf. Laubenthal, 2008, p. 156.

25. Cf. Laubenthal, 2008, p. 154.

26. Cf. Laubenthal, 2008, p. 153-154.

27. Cf. Laubenthal, 2008, p. 177.

eu d'examen de soins pendant des années au cours de plusieurs séjours en détention²⁸.

Lors de la constatation d'un danger ou d'une pathologie qui ne peuvent être suffisamment pris en charge dans l'établissement, le détenu doit être, selon le § 65 StVollzG alinéa 1, transféré dans une prison-hôpital ou dans une prison mieux adaptée à ses soins. Si la pathologie ne peut être prise en charge dans une prison-hôpital ou dans une prison, le détenu doit être transféré dans un hôpital hors de la pénitencier²⁹. Lors de l'apparition d'une psychose ou d'un autre trouble du comportement de type psychiatrique (danger suicidaire fort) qui nécessite un traitement spécialisé, le patient sera transféré pour une prise en charge psychiatrique adéquate³⁰.

Mesures pour prévenir les conduites suicidaires

D'après le § 88 de la loi pénitentiaire (StVollzG), les personnels de surveillance peuvent déclencher des mesures de protection particulières quand le risque de suicide ou d'automutilation existe, afin de protéger le détenu de lui-même³¹. Cependant le risque doit être « de niveau élevé » afin de pouvoir ordonner une telle mesure.

« Sont acceptées comme mesures de protection particulières :

1. le retrait ou la confiscation d'objets,
2. l'observation de nuit,
3. l'isolation d'autres détenus,
4. le retrait ou la limitation de séjour en liberté,
5. le placement dans une cellule sécurisée sans objet à risque et
6. la contention.

Les mesures de protection particulières ne peuvent être maintenues que tant qu'elles remplissent leur mission³². Ceci signifie que les mesures de protection particulières ne peuvent être appliquées que pour la résolution de situations de risque temporelles et urgentes, car elles représentent une atteinte grave aux droits fondamentaux du détenu³³. La conduite de mesures de protection particulières est ordonnée par le chef d'établissement, voire par un membre du personnel si le danger est imminent, cependant la décision du chef d'établissement doit être immédiatement requise (§ 91 alinéa 1 StVollzG). Un médecin doit être impliqué dans la décision d'application de la mesure de protection si le détenu concerné est sous soins

28. Cf. Laubenthal, 2008, p. 179.

29. Cf. Nomos-Gesetze.

30. Cf. Konrad, 2001, p. 104.

31. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005, p. 106.

32. Cf. Nomos Gesetze.

33. Cf. Laubenthal, 2008, p. 417.

ou observation médicale ou si l'état mental du détenu le nécessite (§ 91 alinéa 2 StVollzG). Une observation médicale continue et si possible quotidienne est de mise tant que le détenu est placé dans une cellule sécurisée ou qu'il se trouve sous entraves (§ 92 alinéa 1 StVollzG)³⁴. Le placement dans une cellule spécialement sécurisée sans objet dangereux et sous permanente observation, afin d'éviter automutilation ou suicide, ne doit être effectué qu'en dernier recours et demeure dans la mesure du possible à éviter. La durée de la mesure se réfère à la nécessité du placement et peut ainsi durer plusieurs jours³⁵. Les mesures peuvent toutefois être qualifiées de sanction supplémentaire et être considérées comme une violation des droits fondamentaux du détenu. De plus, ce type de mesure ne peut avoir d'effet préventif durable. Lorsque la mesure se termine, il est difficile d'évaluer si l'effet souhaité et non son contraire a été obtenu, et donc si le risque suicidaire n'a pas augmenté. Il est donc indispensable de prendre en compte les problèmes du détenu et d'avoir sur place un personnel bien formé.

Programme de prévention

Il existe déjà en Allemagne des programmes de prévention provenant des USA, ils ne sont cependant pas appliqués conséquemment dans tous les établissements de chaque Land³⁶. Ces mesures de prévention prévoient un contrôle plus important des personnes suicidaires ainsi qu'une meilleure formation des personnels de Justice. Dans ce cadre seront transmis les savoirs autour des traits caractéristiques des détenus qui appartiennent au groupe des suicidaires. Des check-lists destinées à des examens réguliers approfondis peuvent être utiles, car le suicide peut survenir même après plusieurs années de détention. Pour cette raison, il faut s'assurer que les personnels soient capables de porter une attention constante au risque suicidaire et de reconnaître pour chaque détenu des changements de comportement. Des changements de comportement peuvent se traduire par du lymphatisme, l'absence de motivation, des modifications subites de caractère et des insomnies. Le refus de s'alimenter, l'arrêt des contacts avec les personnels, le refus des médicaments ou alors leur prise en surdose peuvent être des indicateurs supplémentaires d'un risque suicidaire. Les personnels doivent être en permanence à l'écoute de crises qui pourraient émerger à la suite d'un divorce ou d'un décès dans la famille. De plus, des entretiens doivent détecter d'éventuels sentiments de désespoir et de pensées suicidaires³⁷. Un échange d'information régulier doit avoir lieu entre les agents pénitentiaires. Afin de le permettre, toute observation doit être documentée. Les membres de la famille doivent aussi pouvoir informer le personnel lorsque

34. Cf. Laubenthal, 2008, p. 419.

35. Cf. Laubenthal, 2008, p. 418.

36. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005, p. 106.

37. Cf. WHO, 2000, p. 9-12.

des signes suicidaires sont relevés pendant les visites. De plus, lors de l'arrivée de tout nouveau détenu, le processus d'évaluation doit être effectué afin de découvrir un risque suicidaire élevé. Les détenus qui indiquent un risque suicidaire élevé doivent être surveillés toutes les 15 minutes, ceci surtout la nuit lorsque le personnel est en plus petit nombre. Le placement en cellule commune, surtout avec un codétenu qui est sympathique avec l'autre, réduit le danger suicidaire et contrecarre le sentiment d'isolement social. Cette forme de placement peut cependant être contreproductive car le détenu suicidaire dispose ainsi d'un accès plus large à des objets qu'il pourrait utiliser pour se suicider. À l'inverse, la situation peut s'avérer insupportable si le codétenu est ressenti comme antipathique. Un encellulement commun n'est donc pas nécessaire si une surveillance précise et un soutien social de la part de personnels qualifiés sont assurés. Pour les détenus à haut risque suicidaire, la consultation et l'intégration d'autres systèmes de soin dans la prévention du suicide sont importantes. L'établissement ne peut, seul avec ses moyens, procurer une offre psychiatrique à tous ses détenus suicidaires³⁸.

Formation des personnels

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2000 une brochure de 13 pages sur le thème de la prévention du suicide avec des principes s'orientant spécialement vers les personnels pénitentiaires. Il est prouvé dans d'autres pays que les programmes de prévention en prison ont fait reculer les taux de suicide et de tentative de suicide³⁹. Il est malheureusement constaté que ces standards sont peu connus et donc peu utilisés dans les prisons allemandes.

Les mesures de formation ainsi que les conférences informatives régionales sur le thème « prévention du suicide » sont des plus nécessaires, de même que la qualification nationale des personnels pénitentiaires dans ce domaine et leur suivi⁴⁰. Ce sont là des facteurs de prévention importants dans leur rapport aux détenus. Les agents se familiarisent avec les risques et les comportements suicidaires des détenus⁴¹. Plus le travail devient pesant et émotionnel, plus il est nécessaire d'intégrer un superviseur neutre de la pénitencière afin de permettre une supervision régulière. C'est important pour la situation de l'équipe et des surveillants eux-mêmes car ceci est une tâche qui ne peut être correctement accomplie que lorsque le surveillant n'est pas lui-même dépassé par les tensions psychiques au sein de la prison⁴².

38. Cf. WHO, 2000, p. 9-12.

39. Cf. WHO, 2000, p. 1-13.

40. cf. Fuchs, 2001, p. 111-112.

41. Cf. Matschnig T., Frühwald S., Frottier P., 2006, p. 8 ; Konrad N., 2001, p. 104.

42. Cf. Konrad, 2001, p. 104.

Un risque de suicide plus élevé est notamment remarquable dans les endroits à forte fluctuation comme les maisons d'arrêt et les centres de rétention ainsi que dans les services de transport et médicaux. Il est difficile d'y construire des relations sociales solides. C'est pourquoi il est important dans ces domaines qu'un échange d'informations continu s'installe entre les personnels concernés, que de nombreuses offres concernant les activités de groupe soient mises en place, et que les loisirs et le sport soient proposés pour structurer l'emploi du temps quotidien⁴³. Il faudrait également intensifier la prise en charge afin de mettre en place davantage de possibilités thérapeutiques et d'impliquer un personnel qualifié.

Le suivi psychosocial en prison est assuré lorsqu'un détenu peut formuler la demande d'entrer en contact avec un travailleur social ou un psychologue. Le personnel qualifié doit être consultable à tout moment dans les situations de crise. Ces groupes professionnels sont cependant fortement sous-représentés en prison. C'est pourquoi il serait bon que le personnel de surveillance puisse, à la suite d'une formation adéquate, assurer quelques fonctions de suivi psychosocial. Les services spécialisés devraient (§ 155 alinéa 2 StVollzG) être en nombre suffisant dans la prison. Une structure organisationnelle adaptée et un management du personnel pertinent ainsi que la répartition concrète des responsabilités facilitent la collaboration entre agents et conduisent à une meilleure prévention du suicide. De par une formation initiale et continue dans ce domaine, où les connaissances se développent, de par une sensibilité accrue à cette thématique et un suivi régulier, le travail des personnels pénitentiaires devraient ainsi être qualitativement garanti⁴⁴.

Prévention du suicide : mesures qui évitent l'apparition du risque suicidaire

L'incarcération a des effets psychiques et physiques pour la plupart des détenus, phénomène appelé le « choc carcéral ». Celui-ci peut être une explication du fort taux de suicide des détenus en maison d'arrêt. Les détenus en maison d'arrêt se trouvent pour la plupart dans une situation incertaine, que cela soit vis-à-vis du jugement, de la peine, de sa longueur et de la vie en détention. L'incarcération est un facteur de stress, les détenus doivent y faire face sans aucune préparation. La promiscuité renforce ce stress⁴⁵.

Le principe de normalisation (§ 3 alinéa 1 StVollzG) prévoit que la vie en prison doit s'approcher le plus possible de la vie en liberté. Ceci n'est cependant réalisable qu'en partie. Il s'agit donc surtout de combattre les effets négatifs de la privation de liberté (§ 3 alinéa 2 StVollzG) et de fournir une soupape à travers les aménagements de peine⁴⁶. Cela signifie aussi la mise en place de mesures de préven-

43. Cf. la commission de prévention du suicide des prisons de Basse-Saxe, 1995, p. 364.

44. Cf. la commission de prévention du suicide des prisons de Basse-Saxe, 1995, p. 364.

45. Cf. Konrad, 2001, p. 103.

46. Cf. Laubenthal, 2004, p. 89.

tion du suicide. L'établissement doit garantir, à côté d'un hébergement correct la nuit, suffisamment de places de temps libre, de travail, de formation et d'éducation, ainsi que des locaux pour, entre autres, les mesures thérapeutiques, les visites et la pratique religieuse (§ 145 StVollzG). La prison en Allemagne offre aux détenus, autant que faire se peut, la possibilité de participer à des activités qui structurent le quotidien carcéral en vue de réaliser une réinsertion. Le travail en prison est quant à lui obligatoire pour les détenus (§ 41 StVollzG), tout en prenant en compte leurs capacités, leur dextérité et leurs intérêts (§ 37 StVollzG). Si un détenu apte au travail ne peut en obtenir un, il doit obtenir une occupation adaptée (§ 37 alinéa 4 StVollzG), quant à un détenu non-apte il a droit à une occupation thérapeutique (§ 37 alinéa 5 StVollzG). La formation scolaire et professionnelle (§ 38 StVollzG) ainsi que l'acquisition de compétences sociales à travers des cours spéciaux ne peuvent qu'encourager le détenu vers la socialisation, si du moins il y adhère. La diversité de soins en prison couvre les traitements psychothérapeutiques et comportementaux (thérapie individuelle et de groupe centrée sur la musique, la psychothérapie, l'environnement social, etc.). Il existe également des cours spéciaux (formation aux compétences sociales, thérapie de groupe pour toxicomanes, etc.) afin de surmonter les déficits et les lacunes individuelles, mais qui peuvent aussi s'adresser à des groupes de délit précis comme la thérapie sociale pour les agresseurs sexuels et les cours d'anti-agressivité pour les délinquants violents⁴⁷. L'intégration de telles mesures de traitement peut conduire à une forte réduction et prévention du suicide, mais cela reste dépendant de l'offre de traitement et de sa mise en œuvre ainsi que du détenu lui-même.

L'organisation du temps libre joue également un grand rôle dans la socialisation du détenu. Selon le § 67 StVollzG, « le détenu a la possibilité de s'occuper lors de son temps libre. Il doit obtenir l'opportunité de participer au sport, aux cours à distance, au programme scolaire et autres cours de formation, aux groupes de loisirs, aux groupes de parole, aux événements sportifs et à la bibliothèque ». Le détenu a également un droit d'accès à des journaux et revues (§ 68 alinéa 1 StVollzG) ainsi que le droit de posséder des livres et autres objets pour la formation ou le temps libre (§ 70 alinéa 1 StVollzG). Les activités protègent et aident le détenu contre le sentiment d'isolement et de solitude, et contrecarrent les effets négatifs de la détention⁴⁸. Il est prévu que le détenu doit être protégé, lors du temps calme, des influences négatives des autres détenus et doit être placé en cellule individuelle pour garantir son intimité. Un placement à plusieurs n'est prévu que lorsque le détenu est indigent ou quand il est en situation de danger pour sa vie ou sa santé (§ 18 alinéa 1 StVollzG), comme par exemple dans le cas d'un risque suicidaire.

47. Cf. Laubenthal, 2008, p. 82-89.

48. Cf. Laubenthal, 2008, p. 356-365.

Le maintien de contacts sociaux avec l'extérieur doit être favorisé (§ 23 StVollzG). La durée de visite dure au moins 1 heure par mois et les visiteurs peuvent bénéficier de plus de temps si le traitement et la réinsertion l'exigent (§ 24 StVollzG). Par ailleurs, l'échange de courrier est illimité (§ 28 StVollzG), la réception de colis est limitée (§ 33 StVollzG) tout comme le téléphone (§ 32 StVollzG).

Le transfert d'un détenu dans un autre établissement pénitentiaire peut avoir lieu si son traitement ou sa réinsertion après la libération y sont favorisés (§ 8 alinéa 1 StVollzG).

Pour éviter les suicides, il faut agir préventivement. Cela signifie que les détenus doivent avoir accès à un examen de santé et à un entretien d'arrivant dès leur incarcération, là où le risque suicidaire est le plus élevé. Les détenus doivent de plus recevoir un soutien psychologique lors de la manifestation de situation de crise. Des unités de détention à taille humaine et différenciées ainsi qu'un interlocuteur constant chez le personnel peuvent également contribuer à une prévention du suicide plus efficace. Il est aussi important que les locaux où les détenus peuvent sortir de leur routine quotidienne ne soient pas transformés en cellule dans les périodes de surpopulation⁴⁹. De même, un interlocuteur qualifié doit être présent la nuit. Lors d'une intervention de crise, il faut montrer de la compréhension pour l'angoisse du détenu. La discussion avec le détenu sur sa situation carcérale, son délit et son risque suicidaire peut réduire les pensées mortuaires et donner au détenu le sentiment d'être pris au sérieux. Avec précaution, on peut faire comprendre au détenu que même dans ces circonstances il a la possibilité de décider⁵⁰.

La prise en compte et en considération des caractéristiques personnelles qui font accroître le risque suicidaire aident à prévenir ce dernier. Ce sont entre autres la présence d'une pathologie psychiatrique, d'une dépression, d'une toxicomanie, un parcours d'immigré, une longue peine, des menaces de suicide et enfin des tentatives de suicides. Il est reconnu que ces groupes sont fortement exposés au risque suicidaire. Ces personnes ont besoin d'un quotidien structuré, de tâches et de responsabilités, ainsi que du sentiment d'estime de soi afin de diminuer le sentiment d'inutilité.

Au vu des différents programmes de prévention, il est notable que l'engagement contre le suicide carcéral s'intensifie. Katharina Bennefeld-Kersten, directrice du centre de criminologie de Basse-Saxe, s'occupe exclusivement de la thématique « suicide en prison ». Elle travaille depuis 2005 au programme national de prévention du suicide comme référente pour la prison. Il existe depuis 2006 deux groupes de travail sur la prévention du suicide en prison, un au niveau fédéral et un autre régional. Dans le groupe fédéral, des surveillants de tous les *Länder* sont représentés. En plus de l'échange d'informations, les groupes de travail développent des recom-

49. Cf. commission de prévention du suicide des prisons de Basse-Saxe 1995, p. 364.

50. Cf. Pecher W., Nöldner W., Postpischl S. 1995, p. 350.

mandations, comme par exemple la mise en place d'une unité arrivants et d'une brochure à destination des personnels pénitentiaires. Le but est de proposer des stratégies de prévention du suicide. Le groupe régional a déjà collecté du matériel pour la conduite de mesures de formation continue. Par ailleurs, deux études sur l'évaluation du suicide sont en préparation, l'une sur la prévalence des pensées suicidaires en maison d'arrêt et l'autre sur les facteurs protecteurs prévenant le passage à l'acte⁵¹.

Le travail fédéral est compliqué car la thématique pénitentiaire est au niveau des *Länder*. Un pas vers une meilleure collaboration est l'engagement des *Länder* de fournir chaque année leurs données sur le suicide en prison au centre de criminologie de Basse-Saxe. Ce projet doit permettre une vue d'ensemble complète, régulière et actualisée sur le suicide carcéral dans toute l'Allemagne⁵². La réalisation de ce projet signifierait un énorme progrès, car l'ampleur de la problématique du suicide n'en serait que plus claire et les mesures de prévention pourraient être alors intégrées dans les différentes administrations pénitentiaires.

Prévention en quelques idées

Prendre en compte la taille de l'établissement, les conditions de détention, la sécurité statique et dynamique.

Les aspects institutionnels sont :

- les ressources en personnels ;
- le type d'hébergement et les espaces permettant des discussions confidentielles ;
- le « burn-out » des personnels qui présentent alors davantage un danger qu'une aide aux détenus à risque suicidaire ;
- supervision : il est important qu'une personne extérieure au service pénitentiaire accompagne les personnels, détecte les difficultés et propose des stratégies d'adaptation ;
- formation initiale et continue pour les personnels pénitentiaires et médicaux.

S'agissant des personnes incarcérées :

- offrir des traitements adéquats pour les dépendances toxicomanes ;
- « dédramatiser » les premiers mois de détention (choc carcéral) ;
- favoriser le développement personnel et la réinsertion sociale, notamment par la thérapie ;
- diminuer les doutes existentiels et les sentiments de culpabilité ;
- développer les centres de semi-liberté et autres institutions ouvertes (Susann Furrer/Reto Widmer, *Aspekte suizidaler Handlungen in den westlichen Gesellschaften*, Zürich, 1997).

51. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2008, p. 5.

52. Cf. Bennefeld-Kersten K., 2005a, p. 2.

Annexe

Brochure d'information du programme national de prévention du suicide

(Service criminologique du ministère de la Justice de la Basse-Saxe

Fuhsestraße 30, D-29221 Celle

Katharina Bennefeld-Kersten, +49 (0)5141 - 5939 401

katharina.benefeld-kersten@bi-jv.niedersachsen.de)

« Saviez-vous déjà... »

- Que le risque suicidaire est particulièrement élevé au début de l'incarcération ?
- Que presque la moitié des suicides ont lieu dans les trois premiers mois de détention ?
- Que 57 % des suicides sont commis par des personnes en détention provisoire, alors que celle-ci ne représente que 18 % des incarcérations ?
- Que les détenus auteurs d'agressions sexuelles sont particulièrement suicidaires (53 % de l'ensemble des suicides) ?
- Que les détenus qui ne se sont pas présentés d'eux-mêmes à la mise sous écrou présentent un risque plus élevé que les autres ?
- Que la plupart des détenus qui se sont suicidés se trouvaient en cellule individuelle ?
- Que les toxicomanes font partie des groupes à risque ?
- Que les personnes plus âgées sont plus vulnérables ?
- Que le risque de suicide n'est pas différent entre une première incarcération et une énième incarcération ? »

« Le suicide nous concerne tous ! »

- Le suicide représente un problème important au sein de la population générale. En Allemagne, le suicide cause plus de décès que les accidents de la route. Le taux de suicide est plus élevé chez les détenus que dans la population générale.
- En tant que personnel de Justice, vous devez partir du principe que vous serez confrontés au suicide au cours de votre carrière. Les informations suivantes peuvent peut-être vous aider à faire face au risque suicidaire.
- Pour évaluer correctement un risque suicidaire, vous devez échanger vos observations avec d'autres personnes. La qualification professionnelle n'est pas à elle seule décisive, l'attention et l'écoute de tous est essentielle.

Entre 2000 et 2007, dans 1 cas de suicide sur 4, les détenus concernés présentaient les indices d'un risque suicidaire à travers des tentatives, des annonces ou des messages de suicides.

• **Demeurez attentif, même lorsque vous avez informé les personnels qualifiés ! »**

« Le suicide peut arriver à tout moment !

- La vulnérabilité particulière des détenus
- Une incarcération signifie :
 - perte de la liberté et des moyens personnels pour résoudre les problèmes ;
 - pas de soutien personnel de la famille ou des amis ;
 - peur de l'inconnu, de la violence morale, physique et sexuelle ;
 - peur de l'avenir, de l'exclusion sociale ;
 - sentiments de honte et de culpabilité ;
 - stress particulier de la détention, ce qui requiert un effort important d'adaptation pour les arrivants.
- En tant que personnel pénitentiaire, durant ses premières semaines de détention, vous avez peu d'informations sur le détenu, l'ampleur de ses problèmes et sa vulnérabilité.
- C'est pourtant au début de l'incarcération que le détenu est particulièrement vulnérable.
- Votre intuition de professionnel de la Justice est alors bonne conseillère pour la prévention du suicide.
- **Prenez vos sentiments au sérieux ! »**

« Vous pouvez agir !

- Prenez au sérieux votre interlocuteur et ses remarques.
- Essayez toujours de reprendre la discussion avec le détenu et de maintenir le contact.
- Prenez des engagements (« j'aurai de nouveau du temps pour vous demain après la distribution du petit-déjeuner ») et respectez-les.
- Essayez de vous fixer des objectifs et des tâches concrètes.
- Ne vous faites pas de reproches. Posez des questions sur son humeur et ses perspectives, mais aussi sur ses pensées suicidaires.
- Essayez de briser l'isolement et le repli sur soi du détenu en proposant par exemple, une cellule double ou une activité.
- Rendez possible les contacts envers les autres détenus et les membres de la famille.

- Si vous avez l'impression que le détenu présente un risque suicidaire, demandez l'avis de vos collègues et du personnel qualifié.
- Partez du principe que tous les détenus se posent des questions existentielles sur leur vie. Ne croyez pas que c'est seulement quand vous parlerez de suicide que le détenu y pensera.
- Les détenus qui pensent au suicide ne veulent pas forcément mourir, mais ne savent pas dans l'instant comment ils peuvent continuer à vivre.
- **Prenez le temps de discuter avec le détenu ! »**

Bibliographie

- BENNEFELD-KERSTEN K.**, « Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen », Lengrich: Pabst, 2009.
- BENNEFELD-KERSTEN K.**, « Suizide in Gefängnissen der Betesrepublik », Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, Celle: 2008, p. 5 ; http://www.cdl.niedersachsen.de/blobimagesC50451008_L20.pdf – 25.10.08.
- BENNEFELD-KERSTEN K.**, « Migranten-Suizide im Justizvollzug der Betesrepublik » in *Suizidprophylaxe* 34(2007)1, p. 8-10 ; http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/01_heft128_2007.pdf - 08.12.2008.
- BENNEFELD-KERSTEN K.**, « Warum ist Suizidprävention im Bereich des Justizvollzugs wichtig? », in *Suizidprophylaxe* 32(2005)3/4, p. 105-108.
- BENNEFELD-KERSTEN K.**, « Suizide in Justizvollzugsanstalten der Betesländer in den Jahren 2000 bis 2004 », *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*, September 2005a, p. 1-23, <http://www.gesethitszentrum-justizvollzug-niedersachsen.de/pdf/Suizide%20in%20JVAen%20in%20der%20Betesrepublik%20Deutschland.pdf> - 25.10.2008.
- BRONISCH T.**, *Der Suizid – Ursachen, Warnsignale, Prävention*, München, Beck Verlag, 1995.
- BRONISCH T., GÖTZE P., SCHMIDTKE A., WOLFERSDORF M.** (sous la dir.), « Suizidalität, Ursachen, Warnsignale, therapeutische Ansätze », Stuttgart by Schattauer GmbH 2002.
- FIEDLER G.**, « Suizide, Suizidversuche et Suizidalität in Deutschland - Daten et Fakten 2005 » p.1 Version 6.0, April 2007; http://www.suicidology.de/online-text_daten – 27.10.2008.
- FROTTIER P., FRÜHWALD S., RITTER K., KÖNIG F.**, « Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodell für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten », in *Fortschr Neurol Psychiatr* (2001)69, p. 90-95.
- FUCHS S.**, « Suizidprävention im Strafvollzug – Ein konkretes Projekt in der Justizanstalt Innsbruck », in *Zeitschrift für Strafvollzug (ZfsVö)* (2001)2, p. 109-112.
- FURRER S., WIDMER R.**, « Aspekte suizidaler Handlungen in den westlichen Gesellschaften », Soziologisches Institut der Universität Zürich, Zürich: 1997, S. 1-10. <http://socio.ch/health/suizid02.htm> - 10.12.2008.

GERISCH B., FIEDLER G., GANS I., « Zur Entwicklung der Theorie suizidalen Erlebens et Verhaltens im deutschen Sprachraum ».

<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/tzs/suizidalität/Information/theorie.html> -17.11.08.

Kommission zur Suizidprophylaxe in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten, « Auftrag et Zusammensetzung, Zusammenfassung des Berichts, Konsequenzen », in *Zeitschrift für Strafvollzug (ZfStrVo)* (1995)6, p. 363-364.

KONRAD N., « Suizid in Haft – Europäische Entwicklungen », in *Zeitschrift für Strafvollzug (ZfStVo)* (2001)2, p. 103-108.

Kriminologischer Dienst Niedersachsens, « Suizide von 621 männlichen Gefangenen, die sich 2000-2006 im geschlossenen Vollzug das Leben genommen haben », in *Forum Strafvollzug – Zeitschrift für Strafvollzug et Straffälligenhilfe* 57(2008)3, p. 101.

LAUBENTHAL, *Strafvollzug*, (5^e édition) Springer Verlag 2008, p. 12, 23.

LAUBENTHAL, *Strafvollzug*, (2^e édition) Springer Verlag, 2004, p. 87-89.

MATSCHNIG T., FRÜHWALD S., FROTTIER P., « Suizid im Strafvollzug », in *Forensik-Info* 5(2006)1, p. 1-9, http://www.forensik.de/boardPDFForensik-Info_2006_1.pdf – 25.10.08.

MISSONI L., UTTING E., KONRAD N., « Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen – Ergebnisse et Probleme einer epidemiologischen Studie » in *Zeitschrift für Strafvollzug (ZfStrVo)* 6(2003), p. 323-332.

ORTMANN R., « Abweichendes Verhalten et Anomie : Entwicklung et Veränderung abweichenden Verhaltens im Kontext der Anomietheorien von Durkheim et Merton », *Kriminologische Forschungsberichte*, Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut für ausländisches et internationales Strafrecht (Bd. 89) 2000, p. 49.

PECHER W., NÖLDNER W., POSTPISCHL S., « Suizide in der Justizvollzugsanstalt München 1984-1993 », in *Zeitschrift für Strafvollzug et Straffälligenhilfe* 44(1995)6, p. 347-351.

PROF. DR. MED. PÜSCHEL K., DR. MED. GRANZOW B., « Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995 », in *Archiv für Kriminologie*, 1998, p. 1-9.

RÜBENACH S., « Todesursache Suizid », Statistisches Betesamt, Wiesbaden 10/2007 p. 960.

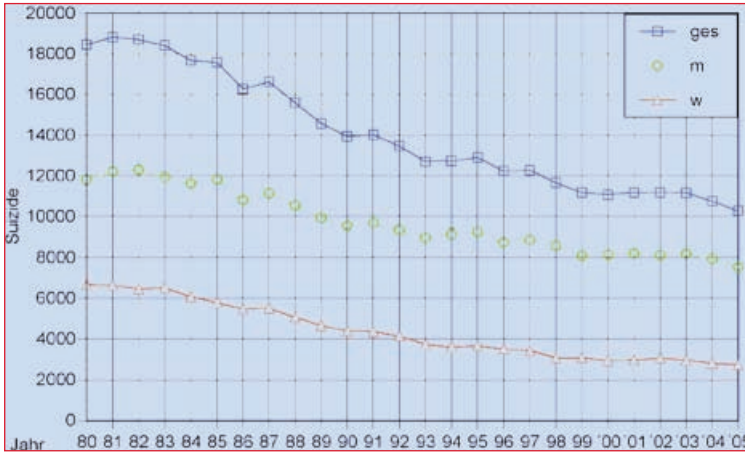
Therapiezentrum für Suizidgefährdete – http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/tzs/suizidalität/information/was_ist.html - 17.11.2008.

WHO, *Preventing Suicide, A Ressource for Prison Officers*, Genf 2000, p. 1-13, http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf – 25.10.2008.

WHO – Weltbericht Gewalt et Gesetheit 2003, *Die Dynamik des Selbstmords*, p. 28; http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_reporten – 25.10.2008.

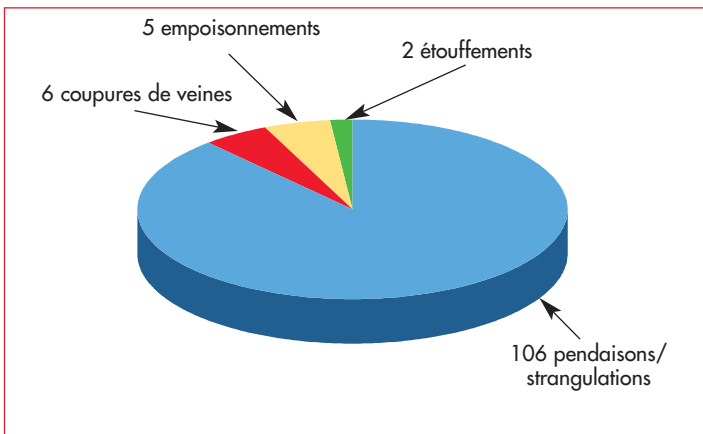
Annexe

Figure 1 : statistiques du suicide dans la population générale
(« ges » = total ; m = hommes ; w = femmes)



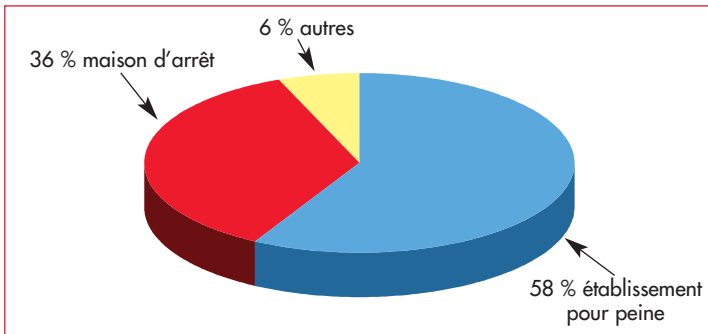
(source : Statistisches Bundesamt; de : Fiedler G., « Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland - Daten und Fakten 2005 », p. 6
Version 6.0, Avril 2007; http://www.suicidology.de_online-text_daten – 27.10.2008)

Figure 2 : méthode



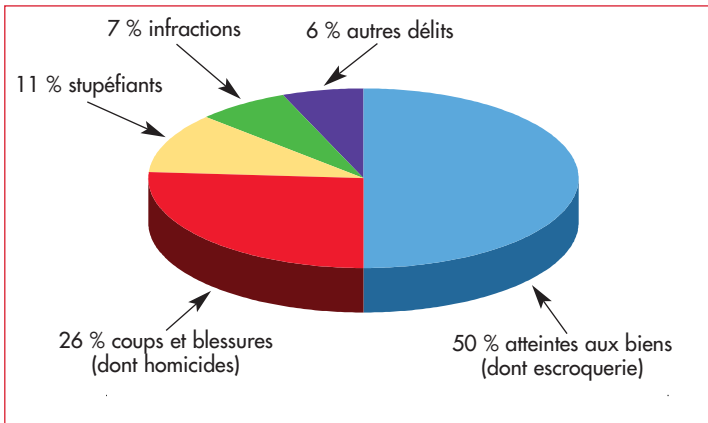
Prisons de Hambourg, 1962-1995 (n = 275).

Figure 3 : type de détention



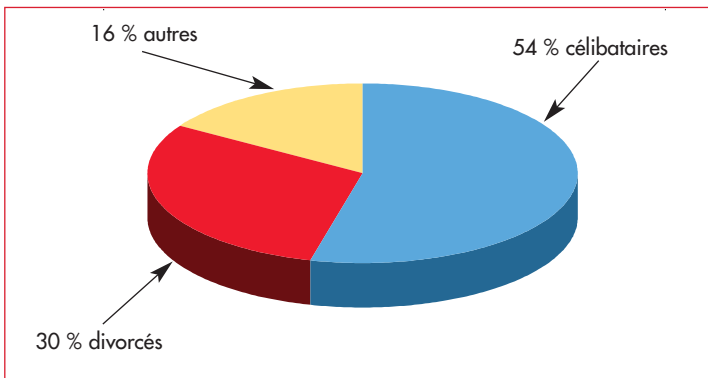
Prisons de Hambourg, 1962-1995 (n = 275).

Figure 4 : type de délit (70 suicidés)



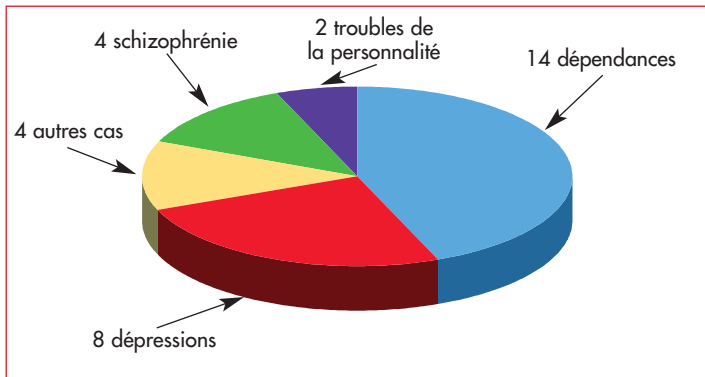
Prisons de Hambourg, 1962-1995 (n = 275).

Figure 5 : statut familial



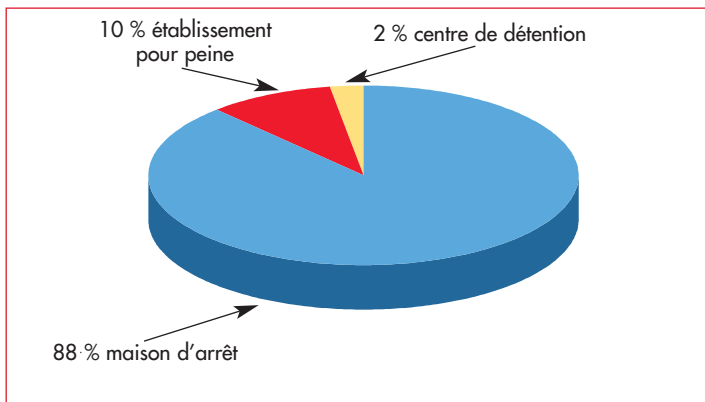
Prisons de Hambourg, 1962-1995 (n = 275).

Figure 6 : troubles psychopathologiques



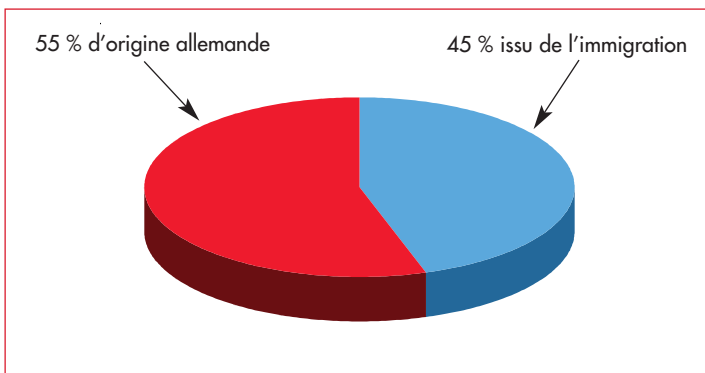
Prisons de Hambourg, 1962-1995 (n = 275).

Figure 7 : type de détention



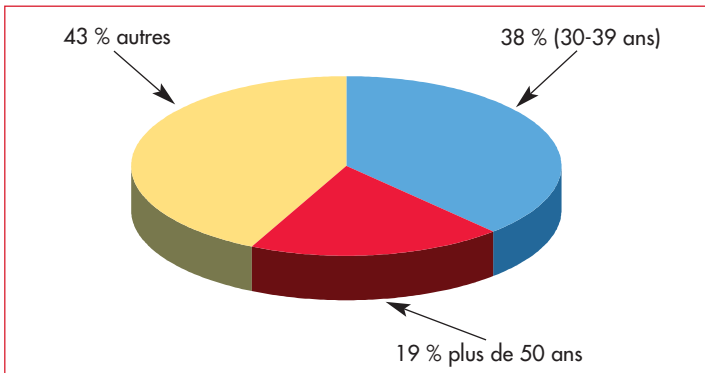
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 8 : origine



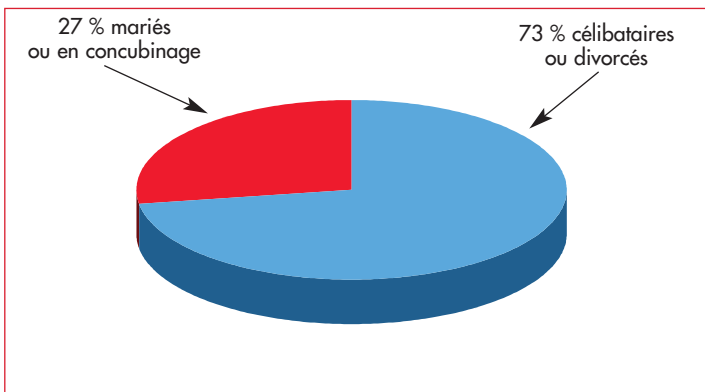
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 9 : classe d'âge



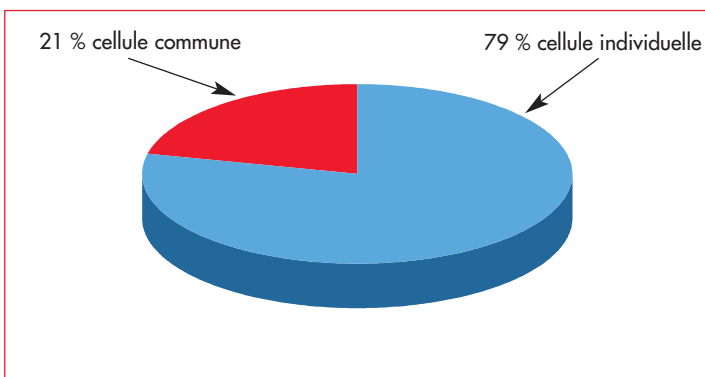
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 10 : statut familial



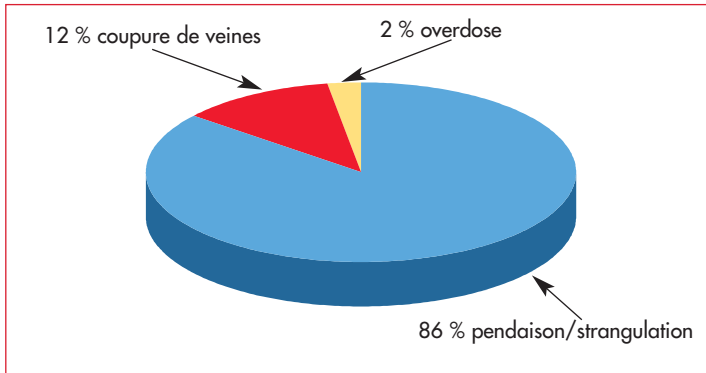
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 11 : type d'encellulement



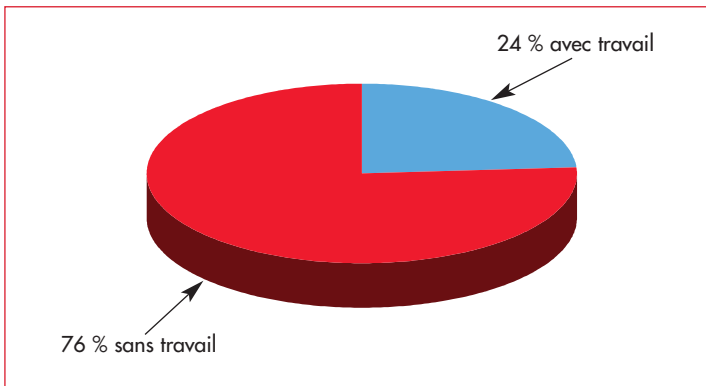
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 12 : méthode



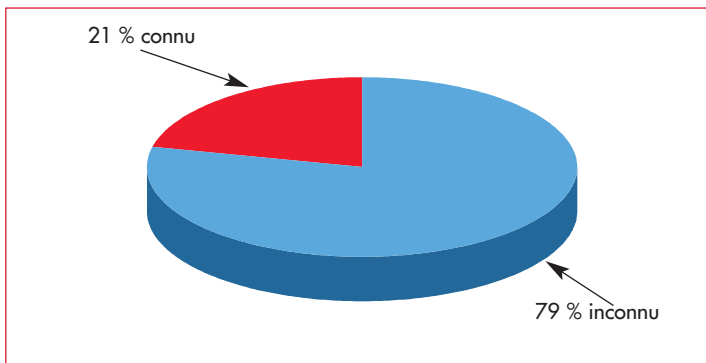
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 13 : activité en détention (parmi les suicidés)



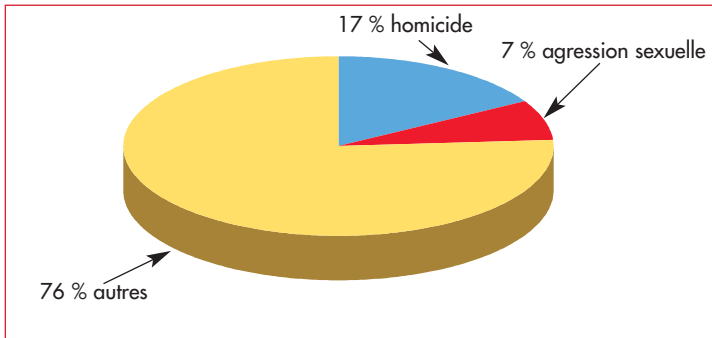
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 14 : risque suicidaire



Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 15 : type de délit



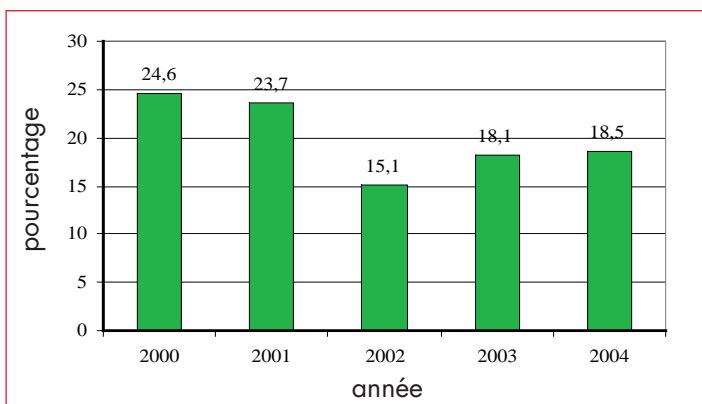
Prison de Munich, 1984-1993 (n = 42).

Figure 16 : suicides de détenus hommes en établissement fermé (2000-2004)

2000 – 2004		
Année	Fréquence	%
2000	109	24,6
2001	105	23,7
2002	67	15,1
2003	80	18,1
2004	82	18,5
Total	443	100,0

Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 16 a : suicides de détenus hommes en établissement fermé (2000-2004)



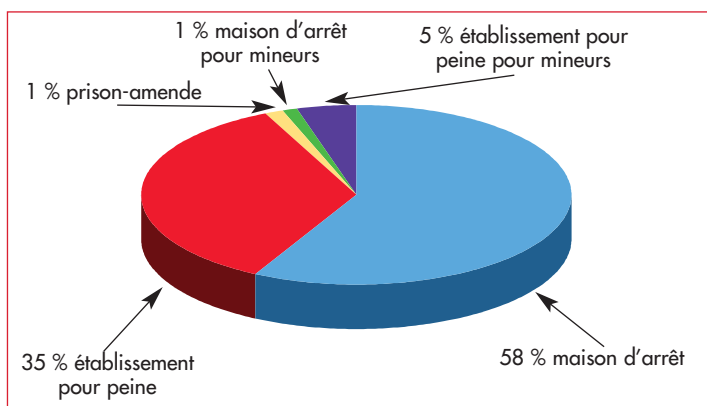
Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 17 : type de détention

	Fréquence	%
Maison d'arrêt	256	57,8
Établissement pour peine	156	35,2
Prison-amende	6	1,4
Maison d'arrêt pour mineurs	5	1,1
Établissement pour peine pour mineurs	20	4,5
Total	443	100,0

Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 17 a : type de détention



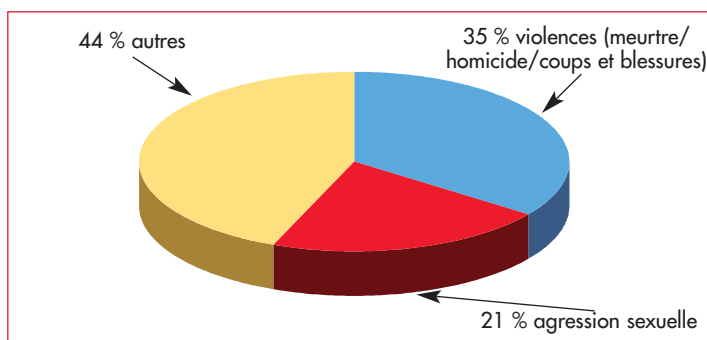
Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 18 : durée de détention jusqu'au suicide

	Fréquence	%	% cumulé
Aucun jour	7	1,6	1,6
1 jour	20	4,5	6,1
2 jours	15	3,4	9,5
3 jours	17	3,8	13,3
4 jours	6	1,4	14,7
5 jours	5	1,1	15,8
6 jours	3	0,7	16,5
7 jours	6	1,4	17,9
1 à 2 semaines	15	3,4	21,3
2 semaines à 1 mois	32	7,2	28,5
1 à 2 mois	48	10,8	39,5
2 à 3 mois	39	8,8	48,2
3 à 6 mois	66	14,9	63,1
6 à 9 mois	49	11,1	74,2
9 à 12 mois	22	5,0	79,2
1 à 2 années	34	7,7	86,9
2 à 3 années	22	5,0	91,9
3 à 5 années	19	4,3	96,2
Plus de 5 années	17	3,8	100,0
Total	442	99,8	
Manquant	1	0,2	
Total	443	100,0	

Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 19 : type de délit



Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).

Figure 20 : méthode de suicide

Mort par :	Nombre
Pendaison/strangulation	405
Coupure des veines	20
Étouffement	5
Médicaments	5
Drogue	3
Électrocution	2
Arme à feu	2
Incendie	1
Empoisonnement	1

Ensemble des prisons allemandes (recherche du centre de criminologie de Basse-Saxe).



EN SUISSE¹

Daniel Fink, *Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.*

Le suicide en prison n'est pas une préoccupation nationale d'actualité en Suisse, alors même qu'à première vue, tenant compte des statistiques du Conseil de l'Europe, le pays pourrait probablement faire mieux. En effet, selon les taux de suicide publiés par cette organisation internationale, la Suisse se situe juste au-dessus de la moyenne parmi les pays d'Europe, alors que sa population pénitentiaire est bien en-dessous de la moyenne européenne. L'indication « à première vue » pointe ici vers le fait que l'adoption d'autres critères d'évaluation fournit des résultats qui changent le positionnement de la Suisse dans la hiérarchie des pays d'Europe du tout au tout. Reste à savoir si ces critères sont pertinents dans leur application au cas de la Suisse. C'est pourquoi on tient ici à considérer cette contribution comme une première exploration, car on manque encore de standards internationaux d'évaluation des suicides en prison. Cela d'autant plus que les rares études portant sur la Suisse n'ont toujours pris en compte que le taux des suicides sur l'effectif des détenus et rarement d'autres critères. Aussi, il faut dès l'entrée en matière prendre note du fait que les statistiques sur le suicide en prison ne sont établies sur le plan fédéral que depuis 6 ans, fait qui est lié au fort fédéralisme existant en Suisse en matière pénale.

Avant d'exposer les résultats relatifs aux taux actuels de suicide en prison en Suisse, on donnera quelques brèves indications générales sur le système pénitentiaire suisse nécessaires à la compréhension de l'importance du suicide en prison dans ce

1. L'opinion exprimée dans ce texte ne reflète que celle de l'auteur.

pays et on indiquera sommairement les rares études réalisées à ce jour sur le suicide en Suisse.

1. Le système pénitentiaire suisse et le suicide

Une des caractéristiques du système pénitentiaire suisse est qu'il n'existe pas d'administration pénitentiaire sur le plan fédéral ; de même, la Suisse ne connaît pas d'établissements pénitentiaires fédéraux, et aucune gestion centralisée des détenus. En réalité, c'est aux cantons, souverains en matière de police, justice et prison, que sont déléguées les tâches de gestion de la détention avant jugement et d'exécution des peines ainsi que de construction et de gestion des établissements nécessaires à l'exécution des décisions judiciaires et des sanctions. L'article 377 du Code pénal suisse prévoit que « les cantons créent et exploitent les établissements et les sections d'établissements nécessaires à l'exécution des peines en milieu ouvert et en milieu fermé et à l'accueil des détenus en semi-détention ou travaillant à l'extérieur »². Ils peuvent également former des concordats d'exécution des peines et mesures tant pour gérer des établissements prévus selon le Code pénal que pour définir des politiques et des règlements communs en vue d'harmoniser les pratiques dans le domaine.

Sur le plan fédéral, il existe à l'Office fédéral de la justice, en quelque sorte le ministère suisse de la justice, une petite unité de politique en matière d'exécution des peines et des mesures. Il lui incombe essentiellement de veiller à l'application des standards internationaux en matière d'exécution des sanctions et d'attribuer des subsides de construction des établissements, alloués en fonction d'exigences fédérales et internationales d'exécution des sanctions. Cependant, ni l'Office fédéral de la justice ni les trois concordats couvrant respectivement la Suisse latine, centrale et orientale (mentionnés à l'article 377 CP) n'ont d'instruments de gestion des détenus ou n'établissent des statistiques détaillées. L'activité statistique dans le domaine pénal est dévolue à l'Office fédéral de la statistique qui réalise des relevés de données à des fins d'observation statistique et non à des fins de gestion.

Une information supplémentaire doit être fournie ici quant aux modalités de détention ; elle est nécessaire à la compréhension de certaines données sur le suicide que nous produirons ci-après. Il s'agit des différentes modalités d'incarcération et d'exécution des sanctions telles qu'elles sont partiellement contenues dans la citation donnée ci-dessus de l'article 377 CP.

La détention avant jugement est généralement de courte durée en Suisse (2008 : médiane de 4 jours, moyenne de 30 jours). Il y avait, le 2 septembre 2009, 1 900 personnes en détention avant jugement pour 6 084 détenus. En revanche,

2. Code pénal suisse, art. 377 CP, sous www.admin.ch/ch/f/rs/311_0/.

quand la détention provisoire se prolonge, il existe la modalité anticipée d'exécution des peines et mesures – on comptait le jour de référence 2009, 600 détenus dans ce statut. La personne passée aux aveux, mais non encore jugée, sera alors transférée dans un établissement d'exécution des peines ayant généralement des conditions de détention meilleures.

Quant à l'exécution des peines, elle se passe, pour une grande partie, dans des établissements dits ouverts, voire pour les peines jusqu'à un an, en règle générale, dans le régime de la semi-détention, dans les prisons dites de district ou de région. Dans ce dernier cas, les jours ouvrables, les détenus poursuivent une formation ou une activité professionnelle, ne passant que le temps de loisirs (les nuits, les fins de semaine) en prison. Pour l'exécution des détentions avant jugement et des courtes peines, y compris la semi-détention, il existe à peu près 1 700 places dans des prisons dont la grande majorité ont bien moins de 100 places. Finalement, les prisons fermées offrent un total de 1 500 places. À ce sujet, il faut dire que la plupart des établissements tant fermés qu'ouverts ont été modernisés, qu'ils offrent du travail pour l'ensemble des détenus en exécution des peines³ et que la libération conditionnelle est accordée pour la quasi-totalité des personnes purgeant des peines au-delà de 3 mois. Une dernière information sur les durées des peines sans sursis : elles sont de nature plutôt courte ; dans le prononcé des jugements, la médiane est de 90 jours, dans les peines exécutées, déduction faite des détentions avant jugement, la médiane est de 40 jours, la moyenne de 140 jours.

Pour la Suisse entière, on comptait, en 2009, 6 683 places de détention dans 114 établissements gérés par les départements cantonaux de justice et police, le plus grand établissement ayant 460 places et une vingtaine plus de 100 places. Le nombre restant de prisons est de plus petite taille. Quant à leur occupation, le 2 septembre 2009, elle était de 6 084 personnes, à savoir un taux d'occupation global du système pénitentiaire de 91 %. Il y avait le jour de référence une dizaine de prisons en suroccupation⁴.

Reste, en vue des taux de suicide à calculer, à indiquer les chiffres des flux dans les prisons suisses : il y avait en 2008, dernier chiffre disponible, quelque 8 000 incarcérations en vue d'une exécution de sanctions, y compris des conversions d'amendes, et – chiffre énorme, s'il en est – 33 000 incarcérations en détention avant jugement. Ne sont ici pas comptées les détentions en vue d'un renvoi (6 000 incarcérations) ou les privations de liberté à des fins d'assistance, ou autre. Si ce chiffre semble élevé en comparaison internationale, c'est que la détention policière n'existe

3. Durant les 200 dernières années, l'astreinte des détenus au travail a été la règle en Suisse. Le Code pénal suisse révisé en 2007 statue à l'article 80 chif. 2 CP : « Le détenu est astreint au travail. Ce travail doit correspondre, autant que possible, à ses aptitudes, à sa formation et à ses intérêts. »

4. Le cas le plus grave de suroccupation concerne la prison de Champ-Dollon, dans le canton de Genève. En mars 2009, environ 500 personnes, notamment en détention avant jugement, pour 270 places, y étaient détenues.

quasiment dans plus aucun canton, exception faite de l'arrestation ou de la garde à vue ne pouvant durer au maximum que quelques heures dans des cellules de police.

En résumé, on peut affirmer qu'il existe un système pénitentiaire très décentralisé, peu coordonné, composé généralement de petites unités, tout en étant modernisé quant aux établissements existants, offrant des modalités fermées, voire ouvertes d'exécution de sanctions – ainsi que l'exécution anticipée de la sanction. Durant l'exécution de la peine, le travail est obligatoire pour tout détenu, ce qui lui permet de disposer d'un petit pécule à la sortie. Finalement, existent la semi-détention, qui doit offrir quelques garanties contre les effets de désocialisation due à toute détention, ainsi que des modalités de fins de peine graduées, fortement appliquées. De plus, la surpopulation est rare dans le système carcéral suisse. Ces caractéristiques devraient exercer un effet réducteur sur le taux de suicide.

En revanche, on a fait observer qu'il y avait en Suisse un taux d'incarcération extrêmement élevé pour la détention avant jugement. Pour l'exécution des peines, le recours à la peine privative de liberté de courte durée a été fortement limité dès 2007⁵. Étant donné que le choc de la mise en détention est, avec le prononcé de la peine, un des moments-clés de survenue d'un suicide en prison, ce taux d'incarcération avant jugement devrait exercer un effet d'augmentation du taux de suicide.

2. Les études sur le suicide en prison en Suisse

Les données sur le suicide en prison sont très lacunaires, car la statistique de la mortalité, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis plus de 100 ans, ne contient pas d'informations sur le lieu ou l'institution où est survenu un suicide. De ce fait, toutes les études antérieures au relevé de l'Office fédéral de la statistique – établi en 2003 – ont été réalisées sur des enquêtes partielles, limitées à une prison ou un canton, voire à quelques années choisies à des fins de comparaison, souvent avec de nombreuses données manquantes. À des fins d'information, rappelons néanmoins les résultats des études précédentes réalisées en Suisse (ou sur la Suisse) depuis les années 1980 et quelques-unes de leurs limites.

La première référence que nous pouvons ici citer constitue probablement une des premières études internationales réalisées par le médecin psychiatre Bernheim⁶

5. La révision du Code pénal entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007 vise à réduire le recours à la courte peine privative de liberté ferme jusqu'à 6 mois. Art. 41 Chiff. 1 du CP : courte peine privative de liberté ferme : Le juge peut prononcer une peine privative de liberté ferme de moins de six mois uniquement si les conditions du sursis à l'exécution de la peine (art. 42) ne sont pas réunies et s'il y a lieu d'admettre que ni une peine pécuniaire ni un travail d'intérêt général ne peuvent être exécutés. Les incarcérations pour l'exécution de courtes peines sont passées de 10 000 en 2006 à 5 000 en 2008.

6. Bernheim, J.-C. : *Les suicides en prison*. Éditions du Méridien, Montréal, 1987.

dans laquelle le suicide en prison est traité sur tous les plans, y compris pour la Suisse⁷. Il basait son étude sur les suicides intervenus entre 1975 et 1977 et observait, en utilisant l'indicateur suicide/effectif, une suicidité 14 fois supérieure à celle observée dans la population générale.

Très rapidement, une autre étude, cette fois limitée à du matériel statistique de la prison de Champ-Dollon à Genève, offrait une analyse de l'évolution du phénomène dans un établissement pour détention avant jugement, comparant 1983-1986 à 1987-1989. Les auteurs – Harding, Zimmermann⁸ – confirmaient la classique sursuicidité carcérale par rapport à la population générale tout en concluant à une augmentation du taux de suicide en prison sur la courte durée.

L'étude suivante, portant plus particulièrement sur la Suisse, est d'origine allemande. Le matériel de base provient d'une thèse de Braun⁹, dans laquelle il exploite des données relatives au suicide en prison, celles sur la population pénitentiaire, en les comparant avec les taux de suicide de la population masculine générale pour la période de 1983 à 1998. Son travail porte sur tous les pays membres du Conseil de l'Europe. On y trouve, pour la Suisse, des données fournies partiellement par l'OFS¹⁰. Il conclut à la sursuicidité de facteur trois des détenus masculins de 15 à 44 ans par rapport à leurs pairs dans la population, à l'augmentation du taux de suicide pour la période sous observation pour ce groupe de détenus, alors que le taux de suicide de la population masculine d'âge comparable n'a globalement pas augmenté, tout en indiquant des évolutions fort contrastées selon les pays. Ainsi, pour la Suisse, il trouve un taux de suicide de la population masculine de 15 à 44 ans qui baisse alors que celui de la population des détenus masculins d'âge égal croît (- 15 %, + 24 %).

Sur la base de ce matériel, Konrad¹¹ analyse plus spécifiquement les évolutions européennes en réservant un regard particulier sur la Suisse. Pour ce pays, il confirme les tendances déjà constatées par les précédents chercheurs, à savoir que le taux de suicide des hommes de 15 à 44 ans déclinait tant pour la période de 1983 à 1986 que de 1991 à 1994. Au contraire, le taux de suicide des hommes d'âge égal

7. Notons pour être complet que l'Office fédéral de la justice avait rédigé, pour répondre à une question posée par un parlementaire en 1978 (Carobbio), une réponse consultant la Conférence des médecins et psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire. Cette dernière avait répondu par une prise de position du mois de février 1981 dans laquelle elle faisait le constat d'un manque de tout chiffre sur le plan fédéral sur cette problématique.

8. Harding T., Zimmermann E., « Psychiatric Symptoms, Cognitive Stress and Vulnerability Factors. A Study in a Remand Prison », *British Journal of Psychiatry*, 155, p. 36-43.

9. Braun U., *Der Gefangenensuizid in Europa*, thèse non publiée, Université libre de Berlin, 2000.

10. Un des problèmes est que l'auteur n'a pas pris note que les chiffres fournis ne se référaient qu'aux détenus en exécution des peines et mesures – problème majeur quand on pense à l'importance du suicide en détention avant jugement.

11. Konrad N., « Suizid in Haft – europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz », in *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 3/2002.

croissait dans les établissements pénitentiaires, étant par ailleurs quatre fois plus élevé que dans le groupe de référence de la population générale.

La dernière étude, la plus récente, porte sur une comparaison des taux de décès et de suicide de la population pénitentiaire et de la population correspondante condamnée non sanctionnée par un emprisonnement, la thèse étant que cette catégorie de personnes, hors détention ou en prison, a des taux de décès et de suicide supérieurs à la population générale de référence. Les auteurs - Killias, Sattar¹² – concluent « que les résultats de Sattar (2001) pour l'Angleterre et le pays de Galles se confirment largement, en ce sens que les taux très élevés de mort non naturelle au sein de la population pénitentiaire semblent moins liés à la prison en tant qu'institution qu'au profil de la population concernée. (...) La prison – aussi incroyable que cela puisse paraître – fonctionne souvent comme un environnement « protégé », dans lequel différents risques comme le décès suite à une consommation excessive de drogues ou d'alcool sont affaiblis »¹³.

Concernant les relevés et résultats statistiques sur le suicide en prison, toutes ces études concluent qu'ils sont incomplets, modifiés de relevés en relevés, donc souvent incohérents dans le temps, manquant de variables explicatives. D'un point de vue méthodologique, bien des auteurs questionnent la méthode consistant à n'utiliser que les taux des suicides rapportés aux effectifs, étant donné que les flux constituent un facteur probablement important dans le calcul du taux de suicide. Malgré ces réserves de méthode avancées par tous les auteurs, il faut noter qu'aucun d'eux ne calcule, voire ne procède en utilisant des taux calculés sur les flux ou la file active.

Le relevé sur les décès et les suicides en prison n'a finalement été établi sur le plan national par l'Office fédéral de la statistique qu'à partir de 2003. Il s'agit d'un relevé absolument minimal, à partir de deux questions administrées dans un relevé annuel sur les places de détention et les détenus un jour de référence, transmis à tous les établissements pénitentiaires. Une première question porte sur les décès et une autre sur les suicides intervenus durant l'année complète précédant l'année du jour de référence. Pour le dire différemment, le jour de référence 2009, l'OFS a interrogé les directions des prisons sur le nombre de décès et de suicides en 2008, différenciés selon les six régimes de détention (détention avant jugement, en exécution de peine, en expulsion, etc.). Aucune information supplémentaire de nature socio-démographique, juridique ou médicale n'est relevée. Les questions de durée de la détention déjà subie, à subir, ou celles liées au quotidien de la détention (accès au médecin, travail, visites, sport, formation, cachot) ne peuvent pas être relevées, faute de mandat et de moyens. Les instructions sont également minimalistes :

12. Killias M., Sattar G., « Le suicide et d'autres causes de mort chez les détenus et les suspects », in: *Criminoscope*, n° 28, septembre 2005. Voir également en anglais: Sattar, G., Killias M., « The death of offenders in Switzerland », in *European Journal of Criminology*, n° 2 (3), 317-340.

13. Killias M., Sattar, G., *idem.*, p. 5.

sont à considérer détenues toutes les personnes sous écrou, y compris celles qui auraient été transférées dans un hôpital. Aucune instruction supplémentaire n'est donnée. Reste qu'à des fins de contrôle, l'OFS entreprend parallèlement une vérification de ses résultats à l'aide des communiqués de presse qui sont publiés par les cantons dans la survenue d'un suicide.

3. Les suicides entre 2003 et 2008

Cette première exploration statistique des données rassemblées par l'Office fédéral de la statistique dans son enquête annuelle sur les détenus et quelques autres aspects est ici réalisée en tenant compte des remarques méthodologiques de Bruno Aubusson de Cavarlay¹⁴, présentées dans sa note sur la sursuicidité carcérale en Europe. Il s'agit notamment de tenir compte de sa recommandation d'analyser, outre les taux sur effectifs, les taux sur la « file active », à savoir le flux des personnes y compris les personnes présentes en détention en début d'année.

Taux de suicide en prison calculé sur effectif et sur file active, pour 10 000 détenus - graphique 1

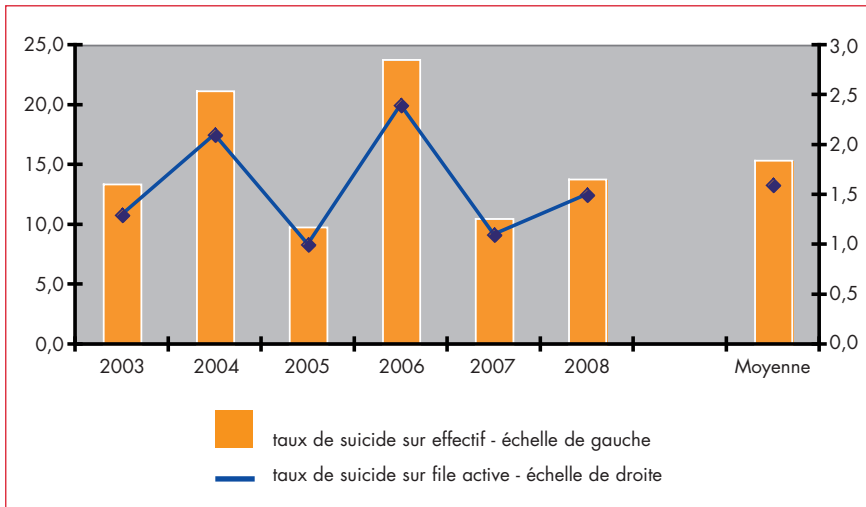
Il faut d'abord constater qu'il y a, en nombre absolu, peu de suicides dans les prisons suisses et que le chiffre annuel peut fortement varier d'une année à l'autre. Pour les années entre 2003 et 2008, le nombre de suicides varie entre 6 en 2005 et 14 en 2006, la moyenne étant de 9 suicides par année pour la période. La forte différence du nombre de suicide entre détenus avant jugement et détenus en exécution des peines est confirmée. Alors qu'on observe une moyenne de 6 suicides pour le premier groupe, on en enregistre 3 pour le second. À titre d'information, indiquons que la moyenne des décès annuels en détention est également de 9, mais inversée quant à la détention avant jugement et l'exécution des peines. On en trouve en moyenne 2 pour la détention avant jugement et 6 pour l'exécution des peines et mesures, dans d'autres formes de détention il y a en moyenne un cas.

La population carcérale suisse est caractérisée, comme nous l'avons déjà fait remarquer ci-dessus, par un flux extrêmement important, notamment en ce qui concerne les détenus avant jugement. En calculant le taux de suicide pour l'effectif de tous les détenus, la Suisse se trouve donc, pour les années sous observation, au même niveau que la France. En revanche, cet énorme flux aura une incidence importante en ce qui concerne le calcul du taux de suicide sur la « file active ».

14. Aubusson de Cavarlay B., « Note sur la sursuicidité carcérale en Europe : du choix des indicateurs », *Champ pénal/ Penal field*, <http://cahmppenal.revues.org/7558>.

Le taux de suicide dans la population carcérale suisse, calculé sur effectif des détenus, varie, pour les années entre 2003 et 2008, entre 10 (2005) et 25 suicides (2006) pour 10 000 détenus, la moyenne étant de 15 suicides pour 10 000 détenus. En utilisant le taux sur la file active, le taux baisse à 1, voire 2 suicides pour 10 000 détenus, la moyenne étant de 1,6 suicide pour 10 000 détenus.

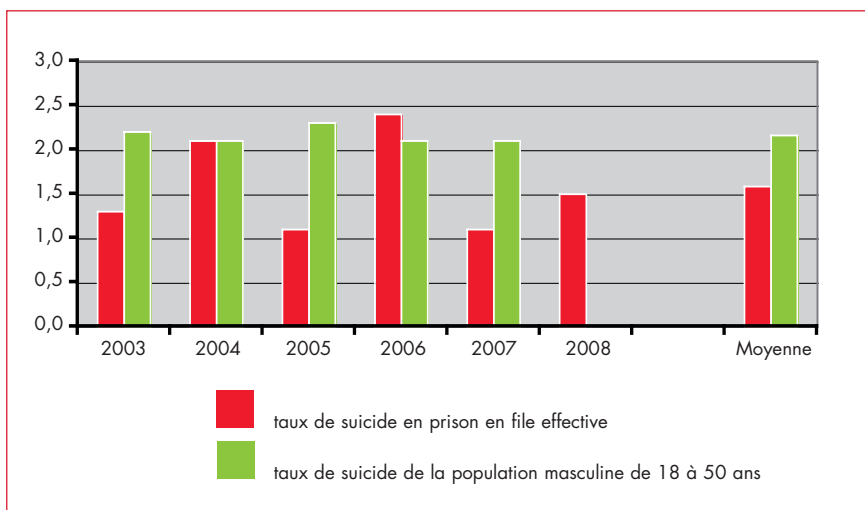
Graphique 1 : taux de suicide en prison calculé sur effectif et sur file active, pour 10 000 détenus



Taux de suicide en prison (en file active) et parmi la population masculine (18 à 50 ans) (pour 10 000 personnes) - graphique 2

Le taux de suicides de la population masculine de 18 à 50 ans était de 2 pour 10 000 hommes. En comparant les taux de suicide de la population masculine (de 18 à 50 ans) et ceux de la population en prison, calculés à partir de l'effectif des détenus, à savoir 15 suicides pour 10 000 détenus, on obtient une sursuicidité de 7 fois celle de la population masculine générale d'âge comparable. En revanche, en mettant en relation le taux de suicide des détenus en file active, les choses s'inversent. Alors qu'on a toujours une très légère sursuicidité en 2006, il y a des années comme 2005 ou 2003 où l'on observe une sous-suicidité en prison par rapport à la vie hors murs. Il s'agit pour le moins d'un résultat étonnant qui pose le problème de l'application d'une méthode ayant fait ses preuves dans un contexte autre.

Graphique 2 : taux de suicide en prison (en file active) et parmi la population masculine (18 à 50 ans) (pour 10 000 personnes)



3. Conclusion

Toutes les études que nous avons citées mentionnent le fait qu'il faut davantage d'études sur le phénomène du suicide, en Suisse comme ailleurs. Nous ajouterions qu'il faut y inclure les décès en prison. Du point de vue de la statistique publique suisse, il y a nécessité d'améliorer les relevés et d'étendre les variables saisies, permettant d'élargir l'étude de ce phénomène en Suisse. Aussi, il est urgent d'établir une méthode standardisée de calcul des taux de suicide en prison et de permettre des comparaisons tant sur le plan national que sur le plan international. Qu'il s'agisse de l'étude de Killias/Sattar ou de l'analyse présentée ici des phénomènes du décès et du suicide en prison, confirmer la validité de résultats qui pourraient libérer le milieu carcéral de l'accusation d'être un facteur favorisant la survenue du suicide pose encore problème. Reste à savoir si les méthodes ayant permis d'atteindre ces résultats résisteront à la critique future.

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DES SUICIDES (PPS) EN ESPAGNE

Ramon Canovas Calatrava, *responsable de l'établissement Valencia-Picassent en Espagne.*

La mise en place du programme de prévention des suicides (PPS) est une conséquence du principe que « la prison ne peut jamais être un lieu pour mourir ». Selon la constitution espagnole, l'emprisonnement vise en priorité à la réhabilitation du détenu et à sa réinsertion dans la société.

Cette préoccupation a conduit à l'élaboration progressive, entre les années 1997 et 2005, d'un PPS (programme de prévention des suicides) qui est fondé sur :

- l'observation du détenu ;
- un diagnostic médical ;
- un diagnostic psychologique ;
- recueil des éléments disponibles dans l'établissement sur l'histoire de vie du détenu ;
- le recueil de toutes les informations sur la conduite récente du détenu ;
- la participation de tous les professionnels, les collaborateurs et même d'autres détenus qui ont connu le détenu suicidaire.

Ces programmes prennent leur source dans la conviction que tout ce qui affecte le détenu est de la compétence de l'administration pénitentiaire.

Le programme donne lieu à :

- a) une intervention provisoire et immédiate qui suit la voie hiérarchique et sollicite la collaboration technique des psychologues et des personnels soignants ;

b) une étude technique pour évaluer la pertinence de l'inscription du détenu au PPS de manière définitive.

La création d'une culture de PPS au sein du secrétariat général des institutions pénitentiaires lui-même.

Le programme exige que pratiquement la totalité du secrétariat général participe à la gestion, l'évolution et le contrôle du programme, que ce soit au niveau de :

- la direction des programmes ;
- le centre d'observation ;
- l'aire de santé publique ;
- l'aire de l'ordre sanitaire ;
- l'aire des régimes de détention ;
- l'inspection ;
- le centre d'études et de formation du personnel ;
- le cabinet du secrétariat général.

De même, on procède à une démarche de sensibilisation de l'ensemble des intervenants de chaque établissement pénitentiaire :

- la direction ;
- la sous-direction de suivi psychologique ;
- la sous-direction de Santé ;
- les assemblées collégiales ou commissions pluridisciplinaires (*Junta de tratamiento*).

Cette sensibilisation nécessite la participation de :

- tout le personnel ;
- tous les collaborateurs ;
- des bénévoles ;
- **et, très important, la collaboration des familles des détenus suicidaires ;**

Dans ce cadre, on procède au contrôle de chaque cas individuel inclus dans le PPS. Ce contrôle s'exerce :

- lors des fins de service en détention ;
- lors des tournées en détention du directeur et des cadres dirigeants ;
- lors des réunions du personnel chargé du suivi psychologique ;
- dans la gestion des éducateurs ;
- dans la gestion des travailleurs sociaux.

Selon l'évolution du détenu, on procède :

- à l'adaptation des formes de vie, des horaires,
- à l'adaptation de l'affectation du détenu dans l'établissement,
- ou à la levée des mesures.

Tout est fait pour assurer la bonne circulation des informations entre les centres pénitentiaires dans lesquels le détenu a été affecté :

- signalement dans le dossier du détenu ;
- en cas de transfèrement, signalement aux cadres dirigeants et aux personnels de l'établissement d'affectation ;
- communication des informations obtenues dans d'autres centres (par ex. des informations obtenues dans la correspondance entre détenus).

Très important

La participation aux PPS des « **détenus de soutien** » (*interno de apoyo*) :

Il faut sélectionner des détenus puis leur faire suivre une formation pour détenus de soutien dans le cadre du PPS.

Aujourd'hui, les compétences des détenus de soutien sont élargies pour englober le traitement des malades mentaux et d'autres groupes requérant une attention spéciale. La formation comprend 300 heures de cours et donne lieu à un diplôme autorisant le détenu de soutien à exercer cette activité dans les centres pour personnes handicapées ou dans les centres gériatriques.

La formation prévoit aussi la spécialisation des fonctions des détenus de soutien.

Par ailleurs, en ce qui concerne la **formation du personnel pénitentiaire** :

- le PPS est inclus dans la formation initiale de tous les fonctionnaires de l'institution pénitentiaire ;
- il existe en plus des cours spécifiques pour la gestion du PPS ;
- et des cours de spécialisation pour le personnel qui travaille dans des collectifs d'infirmerie.

Enfin, les PPS incluent l'action des experts du secrétariat général pour la recherche et le suivi du PPS :

- médecins ; psychiatres ; pharmaciens ;
- psychologues ; enseignants ; sociologues ;
- cadres dirigeants.

Le bon fonctionnement du PPS requiert une observation constante, une analyse des vicissitudes de la vie quotidienne du détenu quant à :

- sa situation familiale, professionnelle et sociale ;
- sa situation pénale et procédurale ;
- sa situation du point de vue disciplinaire.

Les enseignements tirés des PPS

La conviction que les facteurs suivants sont des causes directes de suicide :

- l'isolement du détenu dans une cellule ;
- l'absence ou la diminution de ses activités ;
- l'inexistence de projets concernant la vie en liberté ;
- le changement brusque d'intérêts ou de genre de vie.

La constatation que les périodes suivantes sont des circonstances qui favorisent les conduites suicidaires :

- les fêtes de Noël et de Nouvel An ;
- les vacances d'été ;
- les fêtes de la ville de résidence du détenu ;
- les week-ends.

L'examen des comportements du détenu dans la quasi totalité des cas de suicide montre que certains comportements observés sont effectivement des signes de pensées suicidaires.

Un cinquième de ceux qui ont réalisé une tentative de suicide feront une nouvelle tentative.

Le cas de ceux qui simulent une tentative de suicide est particulier : ces simulations tendent à se répéter et dans quelques cas, par un défaut de surveillance du détenu, elles finissent par aboutir au suicide.

LA SITUATION DANS LES PRISONS ANGLAISES ET GALLOISES

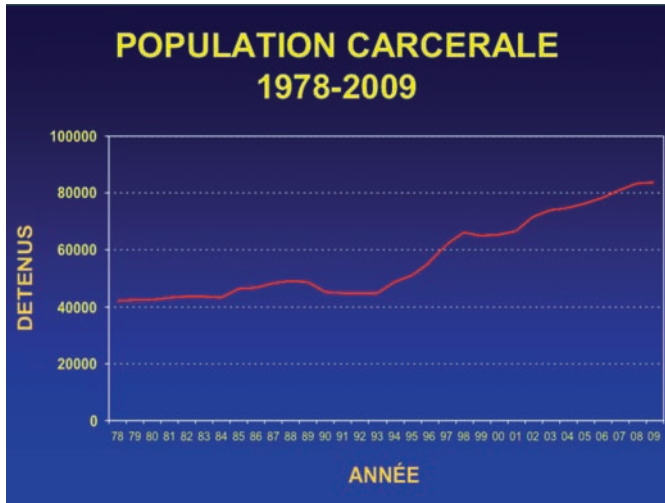
*Mickaël Keane, National Offender Management Service - NOMS,
du ministère de la Justice et Véronique Pajanacci, MPLS, DAP.*

National Offender Management Service fait partie du ministère de la Justice dont dépendent 145 prisons. Comparons la situation des prisons en Angleterre et au pays de Galles avec celle des autres pays européens.

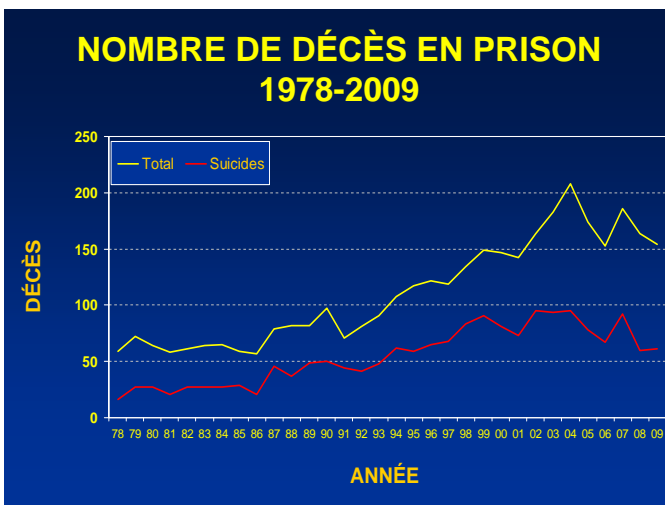
Comparaison Des populations carcérales		
Pays	Population carcérale en 2008	Détenus pour 100.000 habitants
Italie	58 127	97
France	62 843	98
Espagne	71 718	157
Allemagne	75 056	91
Angleterre et pays de Galles	83 406	153
Pologne	84 459	222
Union européenne	620 741	124

Source: Ministry of Justice: Offender Management Caseload Statistics 2008 (table 7.15)

En 2008, l'Angleterre et le pays de Galles se situaient au troisième rang européen quant à l'importance de la population carcérale, juste derrière la Pologne et l'Espagne.

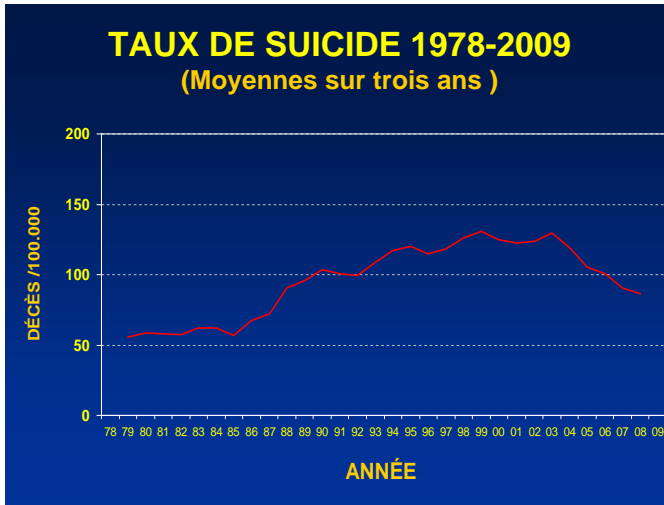


Depuis 1978, la population carcérale a pratiquement doublé.
La principale raison de cet accroissement est l'allongement de la durée des peines.



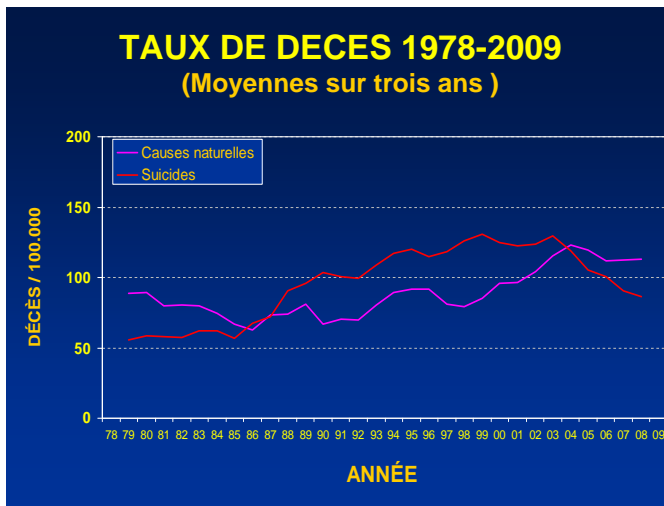
Voici le nombre total de décès en prison. La ligne jaune marque le nombre total de décès, la ligne rouge les suicides.

Comme vous pouvez l'observer, ces chiffres ont triplé depuis 1978.
Autrefois, les suicides représentaient plus de la moitié de l'ensemble des décès.
Désormais, ils comptent pour moins de la moitié.



Voici les taux de suicide.

Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour prévenir les suicides, et la baisse observée ces dernières années est le fruit de ces efforts.



Ici, nous pouvons voir que les taux de mortalité liés aux causes naturelles de décès d'une part, aux suicides d'autre part, ont évolué différemment.

Une partie au moins de l'augmentation du taux de mortalité liée aux causes naturelles de décès est due à l'allongement des peines, comme je l'ai mentionné précédemment.

CHRONOLOGIE	
1993	Des détenus sont formés pour être « à l'écoute » de leurs co-détenus
1999	Nouvelles normes pour la conception des cellules
2000	Approche globale pour la sécurisation de la détention (prévention du suicide et des automutilations, réduction de la violence)
2000-2003	Ressources supplémentaires pour les prisons
2004	Recherches indépendantes sur les causes de décès
2006	Nouveau système de planification des soins
2007	Formation des personnels à l'usage des couteaux de sûreté

Voici quelques-unes de nos orientations politiques relatives à la prévention du suicide.

1. Tous les ans, une organisation bénévole de soutien psychologique, les *Samaritans*, assure la formation de plusieurs centaines de détenus à la fonction d'« écoutants » (« *listeners* »).

La majorité des prisons en Angleterre et au pays de Galles bénéficie en effet aujourd'hui du système des *Listeners*, des détenus volontaires et bénévoles apportant un soutien psychologique confidentiel aux autres détenus depuis 1991.

Ces détenus sont sélectionnés, formés et soutenus par les *Samaritans* dont ils complètent l'action puisque les *Samaritans* sont des professionnels bénévoles du soutien psychologique, disponibles tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

- Les détenus suicidaires peuvent demander à rencontrer un Listener à tout moment.
- Nous croyons que ce système peut prévenir les suicides. Toutefois, il ne peut à lui seul juguler l'augmentation du nombre total des suicides.

2. À partir de 1999, de nouvelles cellules ont été conçues ; elles représentent près de 10 % de toutes les cellules.

Les prisons les plus récentes semblent avoir des taux inférieurs de suicide, et le nombre des pendaisons s'est réduit. Nous croyons que ces nouveaux dispositifs ont eu un effet bénéfique mais il n'est pas facile de l'évaluer précisément pour deux raisons :

- nos exigences normatives sont de plus en plus élevées ;
- le risque suicidaire est inégalement réparti selon les types de cellules.

3. À la suite d'une évaluation importante, nous avons adopté une approche globale pour la sécurisation de la détention (prévention des actes auto et hétéro-agressifs). Le coût de cette approche n'est certes pas un critère décisif mais il convient quand même de souligner que le coût de la politique de prévention des suicides s'élève approximativement à cent millions d'euros par an. Ce coût inclut :

- le coût des escortes et de la prise en charge hospitalière ;
- le coût d'observation des détenus suicidaires ;
- le coût des congés maladie des personnels affectés par ces drames ;
- le coût des investigations et des éventuels litiges ;
- etc.

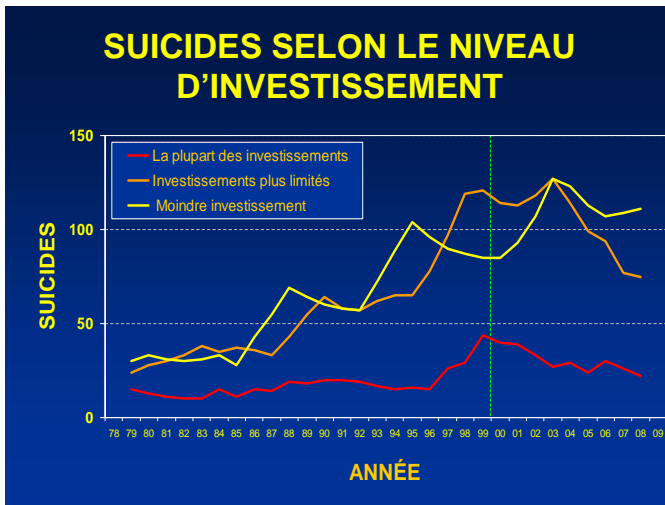
**Coût du dispositif de prévention 2000-2003
(au cours actuel, en millions d'euros)**

	Dépenses d'investissement	Dépense de revenu
6 prisons	10,6 €	0,9 €
24 prisons	-	1,6 €
Arrondissements	-	0,8 €

Nous avons lancé notre politique volontariste de prévention du suicide en l'an 2000.

Nous avons investi beaucoup d'argent dans six prisons pilotes afin d'améliorer le confort des cellules et du quartier arrivants.

Nous avons également engagé des personnels supplémentaires dans 24 autres établissements.



En voici le résultat.

La ligne rouge marque l'évolution des suicides dans les prisons au sein desquelles nous avons engagé l'essentiel de nos crédits.

La ligne orange, les prisons ayant fait l'objet d'investissements plus limités.

La ligne jaune, les prisons où nous avons investi le moins.

Les prisons dans lesquelles nous avons engagé le moins de crédits sont les seules où la tendance demeure à la hausse.

LES CHAMPS D'INTERVENTION (*Death Investigation Recommendations*)

SUJET	%
Les politiques de soins	29 %
La politique de prévention du suicide et des automutilations	19 %
L'accompagnement des proches et témoins	9 %
La réactivité des secours	6 %
Le respect des consignes	5 %
La communication	3 %
Les équipements / le matériel	3 %

Ce tableau rend compte des principales thématiques mentionnées dans les enquêtes postérieures au décès d'un détenu.

Le nouveau système de procédure de protection¹

Depuis 2006, les détenus dits à risque suicidaire font l'objet d'une procédure de protection (*care-planning system*) appelée ACCT (*Assessment, Care in Custody and Teamwork*). L'objectif de ce nouveau système est de renforcer l'aspect pluridisciplinaire du soutien et d'améliorer la circulation des informations entre les personnels impliqués dans la gestion d'un détenu à risque, dans le but d'aider ce détenu à réduire sa détresse en lui prodiguant une aide individualisée.

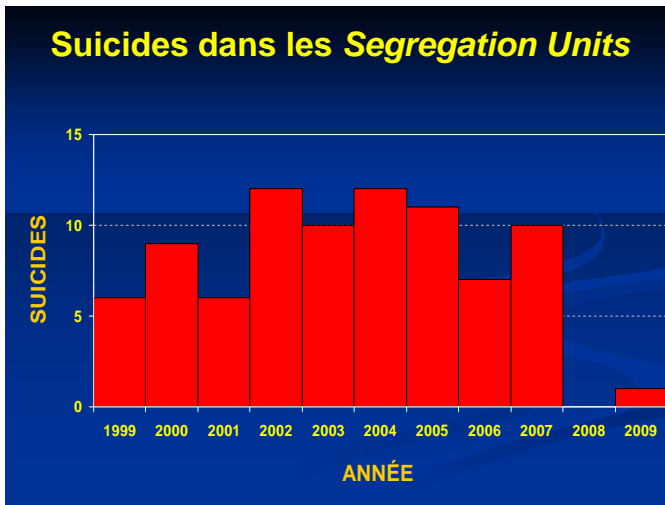
Une procédure ACCT est ouverte par un entretien (*assessment interview*) du détenu repéré avec un *unit manager* pour identifier plus précisément le risque (en parlant du suicide), suivie d'une réunion appelée « *Case review* » organisée dans les 24 heures sous la présidence du *unit manager* avec l'assessor et d'autres membres du personnel compétents, pour évaluer précisément le niveau de risque et élaborer le plan d'action et de management (CAREMAP) avec le détenu concerné. Ce plan de protection contient les instructions concernant les besoins du détenu, les actions qui doivent être entreprises (avec la fréquence des « conversations » nécessaires) et les responsabilités de chaque acteur du plan. Toutes les observations utiles et actions engagées sont notées (état d'esprit, conversations, activités, changements de comportement soudains, actes d'automutilation...) et la date du prochain *Case review* est planifiée en fonction des besoins du détenu.

Le CAREMAP est un plan individualisé qui prend en compte les problèmes de la personne détenue, l'aide à les résoudre et si cela n'est pas possible, l'aide à vivre avec. Il est élaboré avec la personne détenue qui est impliquée en première ligne puisqu'elle doit donner son accord préalable aux actions prévues. Il crée un environnement rassurant en favorisant les activités et des réunions d'expression (sorte de groupe de parole) pour « évacuer la souffrance ». Il vise aussi à mettre le détenu en relation avec des personnes qui pourraient le soutenir : famille, mais aussi d'autres détenus (*Listeners*).

Le plan est clos lorsque la *Case Review Team* juge que la personne peut gérer seule les problèmes subsistants. Un nouvel entretien est réalisé après la clôture.

Tous les ans nous ouvrons plus de 32 000 de ces plans.

1. V. Pajanacci, extrait du Rapport de la commission Albrand, mars 2009.



Concernant la situation dans les « *Segregations Units* » (quartiers d'isolement et disciplinaire), une baisse des suicides est notable depuis 2008.



Enfin depuis 2007, tous les personnels de prison sont équipés de couteaux de sécurité comme ceux-ci.

Ces outils donnent confiance aux personnels et aident à épargner des vies.

Pour plus d'informations

Enquêtes (death investigation reports)

<http://www.ppo.gov.uk/fatal-incident-investigation/>

Statistiques

<http://www.justice.gov.uk/publications/statistics.htm>

Demandes d'information

À adresser à Michael Keane

data.access@justice.gsi.gov.uk



LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN FRANCE

Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie à l'université Lyon I, chef de service au centre hospitalier du Vinatier.

Je tiens à remercier l'administration pénitentiaire d'avoir eu l'initiative de cette journée d'échanges et de réflexion sur le thème des indicateurs du suicide et de sa prévention. L'angle de vue que j'aborderai est celui des indicateurs nécessaires au pilotage de la prévention.

Il est certainement important de se poser la question des objectifs visés lorsque des indicateurs sont construits, recueillis et analysés. Leur nature pourra être différente s'ils sont destinés à décrire en détail un phénomène ou à être le simple reflet d'une tendance, telle que la conduite d'une politique.

1. Les indicateurs de décès par suicide

Le nombre absolu

Le nombre absolu de décès survenu chaque année est en soi un objectif mobilisateur et facilement communicable comme il est utilisé dans la prévention routière. Mais un tel objectif ne tient pas compte de paramètres qui peuvent plus ou moins faciliter la prévention, tels le nombre de personnes détenues ou encore la sévérité des troubles mentaux qui précèdent l'incarcération.

Les taux de décès

Le calcul du taux de suicide en population générale est le nombre de décès pour 100 000 habitants par an. Cet indicateur suppose une exposition au risque sur une

période de 12 mois. Or la transposition de cet indicateur pour les institutions où les personnes séjournent moins d'un an, pour l'année considérée, pose un important problème de précision. C'est le cas pour les hôpitaux et les établissements pénitentiaires, en particulier les maisons d'arrêt. En toute rigueur, le taux de suicide devrait inclure dans le dénominateur la durée moyenne de présence.

Le recours au calcul des décès en fonction du nombre moyen de détenus présents au cours d'une année conduit à faire remarquer qu'un décès doit être relié à une personne alors que dans ce mode de calcul le nombre de personnes détenues au moins une fois dans l'année est supérieur au nombre moyen de présents.

Le taux de suicide pour 1 000 admissions à l'hôpital est par exemple utilisé dans certains pays. Cet indicateur complémentaire est intéressant car d'une part, il permet de se représenter la taille du risque lors d'un séjour et d'autre part, il peut refléter le sur-risque lié à la période d'admission.

Il semble assez pertinent pour apprécier le risque lié au fait d'être écroué et au choc carcéral.

2. Les indicateurs de la prévention du suicide

Si la diminution du nombre de suicide ou du taux de suicide est l'indicateur de résultat par excellence, le suivi d'une politique volontariste de prévention doit être piloté par des indicateurs intermédiaires. On distingue classiquement les indicateurs de ressources (on a), des indicateurs de processus (on fait) et des indicateurs de résultat (on obtient).

Les indicateurs de ressources

Concernant les ressources, les taux sont :

- une politique de prévention avec des objectifs planifiés et quantifiés, et des ressources allouées ;
- une organisation avec des acteurs aux rôles définis, des moments dédiés comme la CPU (commission pluridisciplinaire unique) ;
- des compétences avec notamment les professionnels formés à l'intervention de crise suicidaire dans le cadre du programme national piloté par la direction générale de la santé ;
- les méthodes et dispositifs mis au point ;
- des documents, procédures.

Les indicateurs de processus

Ils sont essentiels à envisager comme :

- le taux de personnes détenues correctement évaluées quant au risque de suicide ;
- le taux de personnes en urgence suicidaire faisant l'objet d'un plan de prévention personnalisé.

Les indicateurs de processus doivent évoluer en fonction des progrès accomplis. On peut distinguer des indicateurs recueillis en routine et ceux qui feront l'objet d'une collecte périodique. Dans chaque établissement pénitentiaire, il serait précieux d'apprécier tous les 6 mois et sur un échantillon de 10 « entrants » combien ont bénéficié d'une évaluation du potentiel suicidaire qui soit suffisamment le reflet de ce que vit la personne écrouée.

Les indicateurs de processus nous rappellent souvent que la formation ne suffit pas à changer durablement les pratiques. La prévention du suicide nécessite une sorte de pression positive continue dans la mesure où elle est constituée d'attitudes et d'actes difficiles à réaliser surtout régulièrement. Le suicide est un risque ; dans cette mesure il est nécessaire d'avoir de très nombreuses actions de prévention pour éviter un seul suicide.

Le processus de prévention est parfois analysé tardivement en cas de décès. Souvent on peut se rendre compte de la difficulté qu'il y a eu à rassembler les informations pertinentes que chacun détenait à titres divers et que les autres ne possédaient pas. C'est comme si chacun détenait deux ou trois lettres du mot suicide, et les autres intervenants, les lettres manquantes.

Les indicateurs de résultats

Plus que dans tout autre milieu, excepté le cas récent d'une entreprise, la survenance d'un décès par suicide fait l'objet d'un écho amplifié au risque parfois de déstabiliser les professionnels voire les personnes détenues. Pourtant la transparence doit être la règle et le rester. Mais la survenance d'un décès ne peut pas refléter fidèlement la qualité de la prévention. En effet, le suicide est une mort intentionnelle au cours d'un processus où les personnes peuvent plus ou moins aider les autres à les aider surtout si la fierté et la défiance sont par trop présentes.

La mise en évidence de corrélation entre les efforts de prévention et le taux de suicide est difficile même au niveau d'un pays comme la France. D'un point de vue épidémiologique la population carcérale est d'une taille modeste pour évaluer l'impact des actions de prévention. Cependant deux paramètres sont favorables : un niveau de risque élevé et des actions de prévention plus identifiables que dans le milieu ouvert. L'interprétation des résultats pour un établissement voire une région doit être prudente sauf si une tendance perdure au fil des années. Le phéno-

mène de contagion suicidaire peut venir dépasser le potentiel de prévention d'un établissement et ne signifie pas son insuffisance.

Le taux de tentatives de suicide est un autre indicateur de valeur, peut-être pas assez analysé à ce jour. L'effort est à faire même si des problèmes de définition et de limites se posent avec les automutilations, les simulacres et les tentatives interrompues par les actions de surveillance.

L'évaluation des résultats est orpheline de résultats positifs dans le sens où il est difficile de dénombrer les situations où le suicide a été évité. La relation de cas ponctuels devrait être très illustrative.

Si un décès par suicide est toujours un échec humain, il n'est pas toujours un échec professionnel dans le cas où tout ce qui pouvait être fait a été tenté. Mais l'impact sur les professionnels est essentiellement humain ce qui fait que la post-vention est essentielle.

SYNTHÈSE CONCLUSIVE

Intervention d'Antoine Lazarus, professeur de santé publique, directeur du département de santé publique et médecine sociale, université Paris-Nord, UFR Léonard de Vinci, Santé Médecine Biologie humaine

Il m'est demandé, en tant que médecin et universitaire en médecine publique, santé publique et sociale en Seine-Saint-Denis, de vous présenter mes remarques et conclusions sur la journée écoulée. Cet exercice n'est pas simple, d'autant que je n'ai rien préparé. Je connais les prisons depuis le début des années 1970 en France, période qui a marqué une grande mutation. J'ai été médecin durant un certain nombre d'années à la prison de Fleury-Mérogis. Je suis une sorte d'« archéo-observateur », attentif au présent et me projetant également dans l'avenir. Mon approche des questions de santé et institutionnelles se fait à travers le prisme des sciences humaines - le savoir clinique, la psychiatrie mais aussi la sociologie, l'anthropologie, etc. Cette approche sera à prendre en compte dans l'appréciation des remarques qui suivront.

Pour commencer, je souhaite revenir sur la difficulté à définir la tentative de suicide. La définition a significativement évolué. Pendant très longtemps, la gravité de la tentative de suicide était considérée par rapport à la gravité de l'atteinte somatique. Si la personne se trouvait dans un état justifiant la réanimation, la tentative de suicide était clairement établie. Par contre, un détenu qui aurait mis dans sa cigarette des produits toxiques pour entraîner sa mort immédiate et qui, pour quelques raisons, ne serait pas mort, se faisait moquer. Cette nuance soulève la notion d'intention. À partir de quand la notion d'intention, et éventuellement celle de répétition des tentatives ont-elles été prises en compte ? Statistiquement, les tentatives sont beaucoup plus nombreuses, et les morts moins fréquentes chez les femmes. Toutefois, la probabilité de mourir augmente avec le nombre des tentatives. À

partir des années 1970, l'administration pénitentiaire a commencé à attirer l'attention sur le fait que les tentatives devaient être prises au sérieux. Pendant très longtemps, la tentative de suicide déclenchait une sanction disciplinaire pour trouble à l'ordre public. Comment le suicide ou la tentative de suicide trouble-t-il l'ordre public ? Cette question pourrait figurer comme l'un des points de conclusion. La « tentative chantage » est ainsi devenue une espèce d'objet à la fois projet compassionnel et utilisation presque politique d'une institution. Pour prendre l'exemple du quartier des jeunes détenus de la prison de Fleury-Mérogis dans lequel j'ai travaillé, les mineurs ont toujours été traités plus sévèrement que les majeurs puisque à la discipline pénitentiaire s'ajoute l'idée du droit, presque d'un sévice pédagogique. Après une tentative, les mineurs étaient mis nus dans une cellule appelée « le frigidaire » parce qu'une des fenêtres était cassée...

Durant cette journée, le statut accordé par la société au suicide ou à la tentative de suicide a été peu évoqué. Au Moyen Âge, le suicidé était interdit d'enterrement chrétien et sa famille était chassée du village avec confiscation de ses biens. Depuis toujours, une sanction extrêmement significative pour la personne ainsi qu'une punition sur son entourage répondent à l'acte de suicide. L'entourage, jugé comme ayant été incapable d'empêcher cet acte, est pris dans un jugement négatif allant jusqu'à l'exclusion. Par rapport à cette vieille constante, quelle est la situation actuelle ? Cette question est celle de la médicalisation du problème. Il s'agit de la ligne continue de cette journée qui s'inscrit dans une logique de prévention plutôt que de prise en charge.

En France, dans l'ancien droit, le suicide était considéré comme meurtre de soi-même, faute pénale et faute morale. Dans le droit pénal anglais, pendant très longtemps, la tentative de suicide valait inculpation de coups et blessures contre un sujet de sa majesté. Ainsi, il était rappelé, de manière constante, que l'individu appartient au groupe social – indépendamment du fait qu'il est enfant de Dieu, etc. – avant de s'appartenir à lui-même. De fait, toute agression faite contre soi-même est interdite au même titre qu'une agression envers autrui.

Regardons maintenant l'histoire de l'IVG depuis les années 1970 en France. L'avortement était enseigné comme un acte criminel avec une sanction extrêmement sévère (loi de 1920), il donnait lieu d'ailleurs à un sadisme médical. Puis, sous l'impulsion du mouvement féministe, la notion de corps comme appartenant à chacun s'est peu à peu imposée. Il s'agit toujours de la question de la liberté, déjà posée précédemment. N'étant plus considéré sur la base d'une faute morale, l'IVG est ensuite devenue une prise en charge médicale. Au titre du médical, elle s'inscrit dans la bonté collective et dans la stratégie de la survie de l'espèce au travers, notamment, de la santé publique.

Ces premières observations renvoient à la question sur laquelle termine Pascal Décarpes : Le suicide fait-il partie du libre-arbitre ? Dans une logique de programmation par objectifs, est-il légitime de fixer un but quantitatif concernant le suicide.

Si l'objectif de baisser le pourcentage peut paraître légitime, la fixation d'un taux semble choquante. Cela revient à dire qu'une société a le droit de laisser se suicider tel nombre de personnes. Aujourd'hui, cela est pratiquement impossible à concevoir. D'ailleurs, il est intéressant de noter que les protestations qui ont pu s'exprimer tout à l'heure sur cette proposition sont celles d'une sensibilité médicale. Les médecins la trouvent assez choquante. À ce propos, nous pouvons nous interroger sur ce que doit être l'objectif du politique. L'objectif du politique ne se situe-t-il pas dans l'espace d'une obligation d'agir (agir du mieux possible) plutôt que dans l'atteinte d'un objectif quantitatif qui, ne pouvant pas être zéro, signifierait qu'il est admis comme étant normal qu'un certain nombre de personnes détenues aient comme un « droit » au suicide. Chose que nous ne voulons pas dire.

Deuxièmement, j'ai cru percevoir dans ce qui a été dit aujourd'hui, une absence de corrélation entre les réactions ou la capacité de résister à la frustration dans la société actuelle. Au sein de celle-ci, alors que les individus vivent de plus en plus vieux et sont de plus en plus robustes, des effets de fatigabilité et de difficultés à résister à la frustration et à la contradiction les rendent plus fragiles que les générations précédentes. Quel est ce phénomène ? La France est le deuxième pays, après le Japon, avec la plus longue espérance de vie. Les individus vivent beaucoup plus vieux que leurs parents et grands-parents, y compris les pauvres. Le pays est de plus en plus sûr. D'après des indicateurs de toutes sortes, nos pauvres sont les plus riches du monde compte tenu des prestations auxquelles ils ont droit. Pourtant, nous observons une espèce de sentiment dominant que les choses vont de plus en plus mal, une impression de victimologie dominante et une incapacité à nommer ce malaise dans le champ politique, qui entraînent l'auto-agression. Le fait n'est pas simplement l'effet de la prison, comme le montre la question du suicide dans le monde du travail. Une sensibilité politique croissante à la visibilité du suicide s'observe. Pour rappeler quelques chiffres, 64 % des suicides ont lieu au domicile dans une espèce d'invisibilité. Pour les 36 % restants, dont certains ont lieu en prison, un certain nombre des suicides semble interpeller l'ensemble du fonctionnement du groupe social, au-delà de l'institution. En quoi et pourquoi certains suicides très rares, dans certains endroits, deviennent-ils les baromètres de l'état de la solidarité, de la santé mentale et de la santé globale de la société ? La question reste ouverte. En outre, il est question chaque jour d'attentats-suicides. Ces cas sont-ils du côté de la psychopathologie ? Faut-il élaborer des programmes de prévention des « kamikazés » ou kamikazes ?

Nous voyons bien la volonté d'essayer de sortir du « suicide chantage ». Pourtant, le suicide résultant clairement de processus psychopathologiques (le désespoir et l'incapacité à vivre) et le « suicide chantage » ont été très peu différenciés au cours de la journée. Le « suicide chantage » correspond notamment à la tentative de suicide utilisée par des détenus comme un moyen de se faire entendre. Il arrive parfois que certains soient maladroits dans leur message pour signifier qu'ils voulaient

vivre et meurent de leur tentative. S'agit-il de la même catégorie ? La prévention à mettre en œuvre est-elle de même nature ? La prévention pourrait consister en la circulation d'informations, souvent mineures, qui sont souvent de petites demandes ayant une valeur de réassurance plutôt qu'une valeur opératoire. La prévention s'inscrit-elle dans le champ de la psychopathologie ? La prévention consiste-t-elle en la réforme des institutions, notamment dans sa capacité à entendre ? D'un côté, la prévention vise à ouvrir les oreilles d'un dispositif qui est sourd. La grève de la faim est un exemple de mise en scène de suicide potentiel, sur la liberté d'agir sur son propre corps - la liberté résiduelle. Cet acte était considéré comme l'une des agressions les plus insupportables dans le milieu institutionnel (justice, administration pénitentiaire, armée, etc.). Toutes ces questions sont intéressantes pour pouvoir interroger ce qui est à l'œuvre lorsque, de manière très technique, nous essayons de nous demander quelles sont les mesures à prendre et les formations à apporter aux uns et aux autres.

Pour revenir plus précisément au sujet annoncé en introduction, le suicide des détenus intervient dans un milieu relativement fragile, avec une relative sur-suicidité, et des personnels qui ne vont pas toujours très bien. D'ailleurs, à certaines époques, les personnels disaient que la santé des détenus était mieux assurée que la leur. Il faut remarquer qu'il n'est pas question de la prise en charge par l'institution, mais de la prise en charge de toute l'institution. Enfin, en des temps très anciens, il se racontait parfois que dans le cas d'une évasion, le directeur de l'établissement était sanctionné, alors qu'il ne l'était pas dans le cas d'un suicide. Il semble donc que les critères de lecture du trouble à l'ordre public, ou du moins du trouble à l'ordre, n'étaient pas tout à fait les mêmes.

Je vais maintenant reprendre la chronologie de la journée et commenter chacune des interventions.

Tout d'abord, le premier exposé de Jean-Amédée Lathoud, directeur de l'administration pénitentiaire, a soulevé plusieurs questions. Cette journée a-t-elle permis davantage de transparence ? Au fond, fallait-il apaiser un espace particulièrement contesté ? Est-ce l'un des éléments à mettre dans l'évaluation de la journée ? Pour freiner la mobilisation, faut-il, comme cela a été dit à plusieurs reprises, échapper à la culpabilité ? Cependant, en échappant à la culpabilité, nous revenons à la question du libre arbitre. Soit il est question de libre arbitre et dans ce cas, il est admis que la personne fasse librement son choix. Soit il ne s'agit pas de libre arbitre et tout dépend alors de nous. Dans ce cas, le suicide est un échec et il n'y a aucune raison pour échapper à la culpabilité. Ces éléments sont toujours relativement antagonistes. M. Lathoud a ensuite signalé un certain nombre de statistiques, notamment la fragilité des minorités incarcérées (les mineurs ; les femmes) et la proportion des suici-

des dans des quartiers spécifiques¹ (un tiers). Sur le fait que les chiffres varient d'une année à l'autre, il s'agit d'une fausse question dont s'emparent les médias. Il a évoqué le drame que constitue le suicide pour l'entourage (la famille et les proches). Sur ce point, je rappelle qu'il existe, depuis quelques semaines, une journée d'audition publique pour les proches des suicidés. Outre l'impact sur l'entourage, le suicide a également un fort impact sur les personnels. Les personnels de surveillance, de l'administration, mais aussi les personnels soignants, éducatifs et autres, le vivent toujours comme un « échec mal ressenti ».

Dans son exposé, Jean-Amédée Lathoud a parlé de « continuer à modéliser pour sauver plus de vies ». Il y a là une notion également soulevée par d'autres. Ne prenez pas ma question pour insolente, mais nous avons pu lire « nous avons sauvé 2 600 vies ». Cela veut-il dire que sans programme de prévention des suicides, il y aurait eu 2 600 morts ? Que veut dire « sauver 2 600 personnes » ? Je ne sais pas si nous pouvons répondre. Mais, derrière cette phrase apparaît l'idée – que je n'avais pas entendue jusqu'à aujourd'hui, mais peut-être n'étais-je pas attentif – que nous « sauvons » des gens. Qu'est-ce que cette idée de sauver des personnes ? Pourquoi ne pas dire « empêcher de » ? Cette question reste ouverte.

Enfin, le directeur de l'administration pénitentiaire a terminé son intervention en réclamant davantage de sécurité, de justice et de droit de l'homme, soit la pensée institutionnelle qui nous réunit et nous accueille ici avec l'École nationale de la magistrature et l'administration pénitentiaire.

L'intervention de Laurent Ridet a apporté toute une série d'informations et montré la prise de conscience intervenue dans les années 1990. Comme je vous le disais, cette prise de conscience s'était déjà amorcée dans les années 1970. Il a parlé des programmes visant la baisse des taux en quatre ans. Le programme de réduction de 20 % a d'ailleurs été atteint. Les programmes sont établis en interne alors que, dans la même période, les taux de suicides changent dans la population générale. Cela donne l'impression que ce qui se passe en prison est déconnecté des mouvements à l'extérieur. Pour moi qui anime le groupe des prisons² depuis les années 1970, ce qui se passe en prison, avec ou sans décalage, montre de façon beaucoup plus concentrée l'ensemble des mouvements qui traversent la société extérieure. Par conséquent, la baisse des suicides observée en prison est-elle propre à l'institution et à ses programmes de prévention ou aux changements institutionnels et à la modernisation ? Par exemple, à l'époque où la prison de Fleury-Mérogis était la plus moderne d'Europe, on y enregistrait le plus grand nombre de tentatives de suicide. Les vieux surveillants n'avaient jamais connu cela. Comment expliquer le fait que les individus, alors qu'ils étaient seuls en cellule, tentent autant de se suicider ?

1. Il s'agit des quartiers arrivants, des quartiers d'isolement et des quartiers disciplinaires.

2. Ouvert au public, il se réunit une fois par mois, excepté au mois d'août, à la Maison des sciences de l'homme).

Pour ma part, j'ai mis très longtemps à comprendre. Le mode de vie proposé était un mode de vie de dignité idéale, modèle « Éducation nationale ». Or, les détenus, bien que très respectés dans leur dignité, n'avaient pour beaucoup d'entre eux jamais été seuls dans une pièce de leur vie, depuis leur enfance. La capacité à être seul n'était pas acquise. Il en ressort que lorsque des personnes un peu comme nous, de la bourgeoisie moyenne, pensent un modèle idéal et en font une règle la plus honorable possible pour tout le monde, elle est en fait strictement décalée. En particulier, tout le discours sur le fait qu'il faut être seul dans une cellule, au nom de la dignité, est quelques fois strictement contre-productif et massivement générateur d'angoisses. Cette remarque sort des considérations cliniques.

Sur les résultats, Laurent Ridet fait clairement apparaître qu'ils sont fragiles et connaissent des variations. Rien n'est jamais gagné.

L'exposé des responsables de l'administration et de Laurent Ridet font également apparaître un certain nombre de points comme la lutte contre le sentiment d'isolement ; la rencontre des familles ; le téléphone Croix-Rouge ; l'écoute ; la mobilisation de l'ensemble des intervenants (autorité judiciaire, famille des détenus) ; la mobilisation des codétenus ; l'expérimentation des codétenus de soutien... Pourquoi faire cela pour certains plutôt que transformer de manière générale l'ensemble de l'institution ? Cette question est sous-jacente. D'autre part, s'agissant du lien avec les familles et du renforcement des liens sociaux, nous voyons très vite sur quoi nous allons buter. Par exemple, serions-nous prêts à accorder un droit d'association des détenus entre eux ? Il s'agit d'un mode formalisé de relations interpersonnelles. Or le lien interpersonnel – amitié, amour – sera immédiatement considéré comme éminemment suspect du point de vue de la trop grande proximité entre les détenus – ne serait-ce que sexuelle – et comme espace potentiel de complot. Tout groupe organisé à l'intérieur de l'institution peut être vu d'un point de vue positif comme étant le renforcement positif du lien, soit une envie de vivre. Mais, l'instant d'après, il peut être considéré comme le lieu dans lequel peuvent se lier ensemble des individus dans une logique de lutte contre l'enfermement, donc recouvrant des possibilités d'évasion. Certains d'entre nous, qui ont beaucoup vécu dans le milieu des prisons, connaissent des tentatives de suicide incompréhensibles. Il arrive qu'à la libération d'un détenu, son codétenu aille très mal, n'ose pas en parler et tente de se suicider. Par conséquent, nous sommes là sur des positions extrêmement contradictoires : Voulons-nous un espace dans lequel les impératifs de survie passent avant les impératifs de sécurité ? Ou voulons-nous que les impératifs de sécurité soient en première position et que les personnes soient en situation de la survie ?

Cela dit, je rejoins complètement les propos de Laurent Ridet sur la concentration des facteurs de risque : population masculine, addiction, conditions dégradées, manque de soutien sociaux, accès de violence, pathologie... Il s'agit effectivement

de cela. Administration et cliniciens, nous parlons manifestement bien tous de la même chose.

L'intervention de Jean-Louis Terra est difficile à rapporter. En clair, s'agit-il de prévenir tout au long d'une vie ce qui apparaît, à un moment donné, du fait de l'incarcération (maladies, drames, suicides) ? Ou s'agit-il de prévenir pendant le temps attribué ? Jean-Louis Terra réfléchissait également en fonction de l'hôpital psychiatrique. Est-ce parce que les individus vont mal – ce qui justifierait le passage à l'acte suicidaire – qu'ils sont en hôpital psychiatrique ? Ou, comme nous disent très souvent les familles, cet individu allait-il bien jusqu'à son hospitalisation ? Dans ce cas, le traitement – par la prison ou par l'hôpital – apparaît comme étant le déclencheur responsable de l'acte suicidaire. D'autre part, comme nous le voyons avec les familles de psychotiques qui vivent comme elles le peuvent avec leur malade – ce qui trouble profondément la possibilité de vivre ensemble dans la famille – ou avec des personnes âgées très dépendantes, lorsque l'individu est placé, le sentiment d'abandon entraîne l'acte suicidaire. Enfin, je suis tout à fait en accord sur le fait que le suicide n'est pas une maladie.

Sur les formations de formateurs par l'École nationale d'administration pénitentiaire, il faut se demander à qui appartient la prévention de la crise suicidaire. Pourquoi faudrait-il soigner des personnes qui ont fait du mal à la société et auxquelles nous voulons appliquer une sanction ? Voulons-nous qu'elles aillent mieux sous prétexte qu'elles ont mal fait parce que nous ne nous sommes pas occupées d'elles ? Nous sommes dans un grand paradoxe. Comment se fait-il que ces personnes, qui sont fautives, soient au fond dispensées de l'effet même, sur leur corps et sur leur vie, de la sanction de leur faute ? Nous sommes sur une ligne très incertaine. Nous voulons masquer notre volonté de sanction derrière un projet médical. La question du suicide en prison est idéale comme indicateur.

J'avance, je ne vous dis pas tout, vous vous en doutez.

J'en arrive à la question posée par M. Soubrier³. Quelle est la part des personnes souffrant de troubles psychiatriques parmi les suicidés ? Nous ne le savons pas très bien. Cette question n'est pas simple. Faut-il travailler là-dessus ?

D'autre part, la question de la personnalisation de la prise en charge ressort de toute une série d'exemples, en France et à l'étranger. Il faudrait suivre personnellement les victimes. En République, notamment en France, nous sommes dans l'idée que l'éthique républicaine est le droit commun proposé à tous. Pour éviter la stigmatisation, notamment de ceux que nous n'aimerions pas, nous devons traiter tout le monde de la même manière. Nous avons supprimé les tenues réglementaires pour les détenus en prison, l'unité des régimes, nous laissons peu à peu réapparaître des signes de classe et d'argent entre les détenus. Faut-il traiter différentes person-

3. Jean-Pierre Soubrier est psychiatre, vice-président de l'UNPS (Union nationale pour la prévention du suicide), membre international de l'OMS pour la prévention du suicide.

nes de différentes manières à l'intérieur du même dispositif de droit commun ? Cela peut être considéré comme une discrimination. Pourquoi s'occuper de certains plus que d'autres ? Est-ce sous prétexte qu'ils vont mal ? Evidemment, c'est le contraire. Nous le voyons très bien dans l'Éducation nationale lorsque nous nous rapprochons trop des élèves : derrière le code interdisant d'être seul dans une pièce avec un élève, un lycéen ou même un étudiant, réside l'idée que le péché principal est d'être trop près. Il s'agit de la répression professionnelle majeure, notamment dans le monde éducatif. Pourtant, parallèlement, une relation interpersonnelle et de confiance est préconisée afin de prévenir le malaise, les addictions, voire le suicide. Nous voyons bien la confusion et la contradiction qui existent entre une injonction de personnalisation – dans le cadre du traitement pénal mais aussi des prises en charge médico-psy – et l'idée de l'équivalence du droit commun en termes de services offerts à chacun.

Sur quels objectifs existe-t-il une alliance entre les soignants (avec tout le programme de santé publique, de prévention, etc.) et l'administration pénitentiaire, voire la justice ? Est-ce une alliance visant à réduire le nombre des suicides ? Certainement, car il s'agit d'un objectif d'ordre public. Les suicides constituent un désordre. Ils signifient également l'incapacité de l'instance qui garde à maintenir un ordre. Or, rester vivant représente le premier élément impératif de ce qui compose l'ordre public. S'agit-il d'une alliance d'ordre public ? Est-ce une alliance sur un objectif de santé ? L'administration pénitentiaire, à travers le code de procédure ou la loi, a-t-elle une mission de garantir la santé des détenus dans un but autre que l'obligation de les garder vivants ? L'obligation de les garder vivants s'entend par rapport à l'ordre public. En effet, s'ils sortent abîmés et incapables de vivre à l'extérieur, ils sortent néanmoins vivants. Or, la santé, au sens physique, mental et social de l'OMS, est-elle une mission confiée à l'administration ? Cela n'a jamais été tout à fait exprimé. S'agit-il d'un objectif humanitaire ? Vraisemblablement. Cependant, nous voyons bien que les attentes des uns et des autres sur cette apparente alliance diffèrent. Sans doute ne sont-ils pas associés sur les mêmes mouvements. Par conséquent, ils vont mettre en commun un certain nombre d'éléments dont il faut se demander, le plus possible, ce qu'il en est. L'élucidation est une manière, non pas de se décourager, mais au contraire de nommer à un moment donné, dans les critères et les alliances, les objectifs de chacun afin de travailler ensemble. Ceci reste un point de vue de méthodologie discutable.

D'autres exposés ont apporté une série de chiffres et d'indicateurs. Je n'ai rien de spécial à en dire. Toutefois, quelques questions peuvent se poser. Notamment, faut-il apparier les chiffres issus des lectures d'enquêtes sanitaires, des dossiers médicaux et du secret des dossiers médicaux, et les chiffres de gestion administrative ? J'en profite pour répondre à la question, posée plus tôt, de savoir si nous travaillons sur la population *intra-muros* uniquement ou sur l'ensemble de la population sous main de justice. Je plaide depuis des années pour que la population des détenus soit

élargie à l'ensemble de la population sous main de justice. Ce serait, d'une part, beaucoup plus large. D'autre part, cela nous permettrait de savoir comment vont toutes ces personnes et d'avoir d'autres types d'alliance, de projets sociaux et de réinsertion. Faut-il alors faire des cohortes, c'est-à-dire des groupes de personnes identifiées et suivies un certain nombre d'années ? Ensuite, par rapport aux pourcentages des décès, faudrait-il réintroduire et faire apparaître dans les déclarations les lieux de vie dans les semaines ou les mois précédant le décès, de manière à ce que ces éléments soient traités au niveau national ? Nous n'avons pas discuté de ce point qui pourrait toutefois être intéressant. Nous pourrions en tirer une proposition. S'agissant des longues peines pour les infractions les plus graves, ce sont celles qui, en procédure criminelle, représentent le maximum de risques. Ce sont notamment celles pour lesquelles il existe le moins d'alternatives à une longue peine de prison. J'y reviendrai en conclusion.

Concernant la question des indicateurs, de quoi s'agit-il au fond ? Cette question peut sembler très technique pour ceux dont ce n'est pas le métier. En santé publique, le plus difficile est de déterminer quel est le problème et pour qui. Est-ce le problème de la société ? Des professionnels ? Des individus eux-mêmes ? Des familles ? De ceux qui financent ? Quel est le problème ? Dans le cas d'un suicide, est-ce au problème de cette personne que nous pensons ? S'agit-il du problème de ceux qui pourraient mourir ? De leur famille ? De l'administration ? Prenons l'exemple d'un toxicomane qui va bien, qui est en paix avec son produit et n'a pas besoin de le prendre à doses toxiques, et qui l'achète sur le marché avec ses ressources parce qu'il mène une vie normale. Dans ce cas, il va bien. Alors s'agit-il du problème du toxicomane, du policier, de la famille ou du vendeur qui doit écouler ses stocks ? Quel est le problème ? Si nous n'avons pas dit quel est le problème et pour qui, nous ne sommes évidemment pas au clair. Cela renvoie à la question des indicateurs. Que voulons-nous indiquer ? Quel est le type d'indicateur adéquat ? Nous avons très bien montré, notamment pour la France, que la probabilité d'un passage à l'acte est d'autant plus grande pour un individu qu'il reste longtemps quelque part (par exemple : un individu part une semaine quelque part ; il a moins de chance d'attraper la grippe durant cette semaine que chez lui où il vit depuis 10 ans). La probabilité d'une tentative de suicide pour une personne est d'autant plus grande qu'elle reste longtemps quelque part. Par conséquent, la durée sera-t-elle un indicateur ? Allons-nous continuer à prendre comme référence la population générale alors que les individus qui viennent en prison n'en sont pas un échantillon représentatif ? Nous savons tous que les individus qui vont en prison sont notamment les pauvres et parmi eux ceux qui n'arrivent pas à faire autrement. D'autre part, si aujourd'hui le nombre d'étrangers est relativement restreint au niveau national, dans certains établissements ils représentent 30 à 40 % de la population carcérale et, si nous considérons la nationalité de la famille qui a élevé la personne, la sur-représentation des personnes étrangères est énorme. Il s'agit

des première ou deuxième générations, qui n'ont pas encore fait beaucoup d'étude et dont les parents s'en sortent comme ils peuvent. Par rapport à tout cela, que pouvons-nous prendre comme indicateurs et comme référence de population à l'extérieur ? Il serait extrêmement intéressant – mais je ne sais pas si cela est possible – d'imaginer qu'il n'y ait pas de chiffres absolus mais, éventuellement, des indicateurs un peu fabriqués, comme nous avons des indices. Par exemple, l'indice de pauvreté au niveau mondial du PNUD⁴ précise le niveau des ressources, le niveau d'étude et l'espérance de vie. La pauvreté est définie par rapport à ces éléments. Quel indicateur pourrions-nous utiliser pour savoir si une population prise par rapport à un établissement donné – en l'occurrence la prison – est plus ou moins exposée par rapport à l'extérieur ? Comment fabriquer ce type d'outil ? Il existe un certain nombre de pistes. Il est certain qu'en intégrant dans ces indicateurs la population sous main de justice, au sens général, aux individus en prison, nos mentalités changeraient complètement. Au niveau du grand public et de tous les juges et personnels qui sanctionnent, il existe une sur-représentation de la prison comme exclusive monnaie de punition. La prison reste la monnaie de base en matière d'évaluation des peines. Dans des grandes optiques de prévention, prendre la santé des gens sous main de justice serait un moyen de dé-stigmatiser les individus entièrement en prison, ceux qui ne travaillent qu'à l'intérieur des prisons, et une manière d'avoir, entre l'amont et l'aval de l'incarcération, des politiques beaucoup plus efficaces, dans une espèce de générosité. Cela fait partie des discussions que nous pourrions avoir.

L'inquiétude de M. Louchouart⁵ quant aux effets paradoxaux, voire contradictoires, des injonctions préventives de l'Administration centrale par rapport à ce qui est vécu au niveau des terrains (des établissements), nous révèle une lecture assez intéressante de la manière de populariser ou de lancer ces politiques de prévention. Du point de vue de l'administration centrale – j'ai moi-même travaillé un certain nombre d'années au niveau le plus central de l'administration centrale – la vision y est très panoramique et s'inscrit, au fond, dans une logique populationnelle. Lorsque les mots utilisés pour lancer des politiques publiques – qui sont ceux repris par la presse – et lorsque les résultats qui nous arrivent au niveau national – qui sont les seules choses reprises par la presse – sont lus au niveau local par des gens qui vivent dans l'ordinaire de l'effort et ne sont pas forcément dans du quantitatif mais dans une espèce de qualitatif partagé, difficile et pas toujours bien connu, nous produisons effectivement quelquefois des effets contradictoires. Il faudrait voir lesquels. Dans une journée d'unification entre le haut et le bas du dispositif, ces points seraient intéressants à travailler. Laurent Ridel a rappelé et souligné l'effet contre-productif de l'annonce par LCI du 93^e suicide. Nous nous sommes

4. PNUD : programme des Nations Unies pour le Développement.

5. Directeur de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

d'ailleurs laissés avoir en nous défendant pieds à pieds sur le nombre, laissant ainsi croire que l'objectif à atteindre est celui du nombre. Or, nous pourrions imaginer que la question du suicide soit renvoyée à la position d'une société et d'une institution à encourager les gens à vivre. Nous l'avons très bien vu avec l'exemple de la jeunesse américaine : elle chantait « *consommer la vie ici et maintenant, il n'y a pas d'avenir, personne ne nous aime ou ne s'intéresse pas à nous, nous ne servons à rien...* ». Le discours ne serait-il pas de leur dire « *Vous servez à quelque chose* » ? Mais à quoi peuvent-ils servir ? Sur ce point, il devient extrêmement intéressant, quoique très ambigu, d'entendre le détenu à qui nous dirons qu'il peut servir à faire en sorte que son copain ne se suicide pas. Nous lui donnons alors une production de type sauvetage ou, éventuellement, de type réparatrice qui peut-être perverse. Cela se discute.

Culturellement, nous avons entendu un balancement à travers les programmes lancés sur une logique médicale de prévention et de santé publique. Ils mettaient en cause ou proposaient des modifications des pratiques de l'administration et de ses agents. Former les agents de l'administration ne remet pas en cause la justice qui incarcère. Ce ne sont pas les agents de la pénitencière qui vont chercher des individus dans la rue pour les mettre en prison. Ils leur sont bien envoyés. Cela ne remet pas en cause l'expert psychiatre qui propose le degré de responsabilité, afin de déterminer si nous sommes du côté du non-lieu ou de la responsabilité, notamment en jouant avec l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal sur la responsabilité atténuée. De fait, en envoyant en prison, il protège une institution psychiatrique de plus en plus incapable d'accueillir des individus « mal élevés » ou un peu agités. Sur toutes ces questions relatives au suicide en prison, faut-il voir une sorte de connivence pour protéger et ne pas remettre en cause l'ensemble des fonctionnements institutionnels, y compris de la prison ? Dès lors, les individus seront traités en tant que cas particuliers, à prendre en charge comme tels. C'est-à-dire que la logique institutionnelle n'est pas réfléchie dans son ensemble. Faut-il comprendre quelque chose qui protège la justice qui envoie de plus en plus vers la prison des individus qui, d'après des enquêtes épidémiologiques réalisées par des personnes qui n'appartiennent pas à la pénitencière, sont malades au sens le plus habituel du terme, notamment malades psychiques ? Est-ce parce que beaucoup d'entre nous qui sont ici, avant de travailler sur les questions de la prison, ont travaillé pendant les années 1970, et même 1980, sur la désinstitutionnalisation psychiatrique. En 1981, il existait 120 000 places dont 10 000 qui ne fonctionnaient pas beaucoup et moins de 30 000 détenus. Aujourd'hui, le nombre des détenus dépasse les 60 000 et il y a 60 000 places en psychiatrie. Ce ne sont pas forcément ceux qui étaient en hôpital psychiatrique qui vont en prison. Cela dit, pouvons-nous réfléchir sur le suicide en prison si nous ne regardons pas, de façon générale, où la société installe et comment elle nomme des personnes qui ont transgressé – qui transgressent soit comme symptôme de la maladie, soit clairement dans la responsabi-

lité d'une infraction pénale pour leur propre bénéfice ou leur propre violence ?
Pouvons-nous appréhender le suicide en prison du seul point de vue institutionnel, c'est-à-dire de la prison coupée de son contexte et des autres institutions ?
Nous avons un peu fait l'économie de cette question du fait qu'elle ne figurait pas à l'ordre du jour de cette journée, toutefois elle reste ouverte.

À travers les expériences étrangères très intéressantes présentées en fin de journée, nous avons entendu les groupes de parole sur l'auto-agressivité. Nous avons également vu la question du détenu de soutien. Celle-ci est très intéressante pour un tas d'aspects, mais très compliquée. L'exposé posait notamment la question des gratifications. Des gratifications sont-elles données au détenu de soutien ? Est-il juste de mettre en place des gratifications pour certains détenus par rapport aux autres ?
L'intervention de Michael Keane m'a fort intéressé. Premièrement, parce qu'il travaille sur des quartiers disciplinaires. Sur les groupes indiqués, une baisse complète des suicides a pu être atteinte dans ces quartiers, avec notamment zéro mort sur une année. Pour nous, il s'agit d'un tiers des suicides. Comment s'y sont-ils pris ? D'autre part, j'ai été d'autant plus intéressé que nous constatons que le travail mené pour améliorer la situation dans les quartiers disciplinaires change l'attitude de l'ensemble des détenus. L'élément qui apparaît est l'atmosphère d'apaisement de tout l'établissement, avec moins d'agressions vis-à-vis du personnel de la part du détenu standard. Le travail sur toute une catégorie semble permettre de mieux s'occuper de tous. Cela s'observe également avec les personnes handicapées. Peut-être cette piste est-elle à envisager ?

En guise de conclusion, je vous soumetts quelques questions. Pardonnez-moi si elles sont un peu insolentes.

- Faudrait-il moduler les sanctions pénales en fonction de l'état de santé ?

Si nous en croyons les textes, cela s'applique déjà un peu. Mais, dans le cas d'un criminel sexuel, la personne est souvent dans un état psychologique fragile. Susceptible d'incarcération longue, il a le risque de suicide maximum. Est-ce lui, par excellence, que nous n'enverrons plus en prison ? En revanche, le petit voleur qui dispose d'un fort soutien social, avec ses copains déjà incarcérés avant lui et des visites de la famille, supportera parfaitement la prison du point de vue du risque suicidaire. Donc, c'est très bien de l'envoyer en prison. Présentés ainsi, ces deux cas nous mettent devant toute la limite de notre bonne volonté. C'est-à-dire que nous continuons à considérer normal d'envoyer en prison ceux qui présentent le plus de risques suicidaires. Évidemment, la prison n'est pas faite pour améliorer l'état de santé.

- À quoi jouons-nous lorsque nous voulons intégrer les savoirs et les données médicales au savoir et données pénitentiaires en rapprochant les missions ?

Lors des discussions de la loi pénitentiaire, notamment sur la personnalisation, l'une des positions consistait à demander davantage d'informations médicales pour mieux protéger la vie des détenus, alors que durant les dernières années, la volonté était d'isoler les données médicales. Or, si celles-ci n'ont rien de très secret, elles ont un statut symbolique et politique qui diffère de celui des données d'ordre public de l'institution. Cela dit, l'absence de dialogue entre les médecins et les pénitentiaires entraîne un véritable espace d'abandon des détenus à mi-chemin. Pour ma part, j'ai toujours considéré que les surveillants qui se moquent du dossier d'un détenu, d'autant plus s'il comporte des éléments confidentiels, n'était pas bien. Mais lorsqu'un médecin vient dans une famille pour effectuer sa visite, il dit aux proches ce qu'il faut faire. Dans ce cas, il prend les proches pour des co-soignants. Ou alors il s'adresse à la personne elle-même, qui est alors auto-soignante. À l'hôpital, tout cela est le rôle de l'infirmière, le malade ne peut rien faire seul. Lorsque le médecin quitte la cellule d'une personne qui l'inquiète un peu, à qui s'adresse-t-il et à qui demande-t-il de faire un peu attention à elle ? Évidemment, aux surveillants.

Nous revenons à la question du détenu-soutien. J'ai connu l'époque des détenus-infirmiers, en blouse blanche, qui participaient au travail de l'infirmerie. Puis, la position était de considérer que ça n'était pas bien. À travers cela, nous voyons que ne pas appréhender l'institution comme un lieu de vie et les gens qui y habitent ou y travaillent, notamment les surveillants, comme étant co-responsables de l'état de santé de tous, risque d'aboutir à des positions et des choix trop théoriques.

- En quoi la prison peut-elle mieux soigner la crise suicidaire ? Est-ce son rôle ?

En 1656, le roi Louis XIV, encore jeune, demande à son lieutenant général de police un édit pour que tous les malades mentaux, vagabonds et mendiants de la Ville de Paris soient enfermés dans ses propriétés de la Salpêtrière, Bicêtre et La Charité. Il s'agit du « Grand enfermement », dont parle Michel Foucault, appelé l'Hôpital général. Jusqu'à ces dernières années, nous avons bien séparé la maladie – avec l'hôpital psychiatrique en 1838 – de la prison, avec au milieu une sorte de marécage des prises en charge sociales, bien qu'elles soient très carcérales. Éthiquement, politiquement et du point de la justice, nous pensions qu'il était bien et normal de séparer l'espace de la responsabilité pénale de l'espace de la maladie. Aujourd'hui, que voyons-nous ? Le même phénomène, si ce n'est que ce n'est pas l'hôpital qui accueille les délinquants mais les prisons qui accueillent les malades. Dans ce retour de l'histoire, avec la question du suicide, des prises en charge par l'assurance maladie de personnels pénitentiaires, la prison n'est plus jugée sur sa capa-

cité à punir mais sur sa capacité à protéger la santé, à mener un travail d'insertion, social, voire médico-social. En quelque sorte, cette journée tentait de répondre à cette question qui reste ouverte.

Je vous remercie de m'avoir invité à participer à cette journée. À titre personnel, je remercie Annie Kensey pour l'idée, la création et l'organisation de cette journée. Sans son travail, nous ne serions pas là, me semble-t-il.



Conception-rédaction : bureau des études et de la prospective (PMJ5)

et Fabrice Liégeard (MPLS)

Secrétariat de rédaction : Stéphanie Tenailon

Maquette : Pierre Testault

Imprimerie : Imprimerie L'Artésienne

ISBN : 978-2-11-099402-8

Réalisé en juillet 2010