



Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes

Aline Désesquelles, Annie Kensey, France Meslé

► To cite this version:

Aline Désesquelles, Annie Kensey, France Meslé. Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes. Population (édition française), 2018, 73 (4), pp.757-786. 10.3917/popu.1804.0757 . hal-02160345

HAL Id: hal-02160345

<https://hal.science/hal-02160345>

Submitted on 19 Jun 2019

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

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



Aline DÉSESQUELLES*, Annie KENSEY**, France MESLÉ*

Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes

La mauvaise qualité des conditions de vie carcérale, qui fait régulièrement l'objet de débats publics en France, a des conséquences en termes de santé mentale et physique. Un article paru en 2014 dans Population mettait en évidence la surmortalité par suicide de la population carcérale par rapport à la population générale (Population, 2013, n°4). Qu'en est-il des autres causes de décès ? Cet article étend l'analyse à l'ensemble des causes, morts violentes et naturelles, de la population masculine, et retrace les conditions dans lesquelles ces décès surviennent. Les résultats rendent compte à la fois des effets potentiellement délétères de la prison sur la survie des personnes, et des aménagements de peine qui limitent la fréquence des morts naturelles.

Au premier janvier 2018, on comptait en France 79 785 personnes sous écrou⁽¹⁾⁽²⁾. Parmi elles, 68 974 étaient détenues dans un établissement pénitentiaire et 10 811 bénéficiaient d'un aménagement de peine ou d'une libération sous contrainte⁽³⁾ (placement à l'extérieur⁽⁴⁾, placement sous surveillance électronique⁽⁵⁾),

(1) Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, Ministère de la Justice, DAP/Me5.

(2) L'écrou est un acte juridique par lequel une personne se trouve placée sous la responsabilité d'un établissement pénitentiaire. Une partie des personnes écrouées (les bénéficiaires d'un aménagement de peine ou d'une libération sous contrainte) ne sont pas détenues.

(3) Modalité d'exécution d'une peine permettant à la personne condamnée d'exercer une activité (travail, formation...), de maintenir des liens familiaux ou de suivre un traitement médical en dehors d'un établissement pénitentiaire. *Source* : site du Ministère de la Justice <http://www.justice.gouv.fr/les-mots-cles-de-la-justice-lexique-11199/>

(4) Chaque jour, une fois l'activité terminée, la personne doit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre et l'héberge.

(5) Le bracelet électronique permet de détecter à distance la présence ou l'absence du condamné dans un lieu et pour une période déterminée lors du prononcé de la peine.

* Institut national d'études démographiques.

** Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire.

Correspondance : Aline Désesquelles, Ined, 133 Bd Davout, 75980 Paris cedex 20, courriel : alined@ined.fr

mesure de semi-liberté⁽⁶⁾. Plusieurs enquêtes ont apporté un éclairage quantitatif sur certains aspects de l'état de santé de cette population : les incapacités (Désesquelles, 2005), la santé mentale (Falissard *et al.*, 2006), l'infection par le VIH ou le virus de l'hépatite C (Chiron *et al.*, 2013). Tous ces travaux, de façon cohérente avec ceux menés à l'étranger (Godin-Blandeau *et al.*, 2014), font le constat d'un état de santé très dégradé des personnes détenues par rapport à la population générale. Cette situation résulte en partie d'une sélection à l'entrée de personnes déjà en mauvaise santé ou risquant de l'être précocement, vraisemblablement en lien avec la sélection par l'origine sociale qui s'opère à l'arrivée en prison (De Bruyn et Kensey, 2014). Les conditions de vie en prison sont aussi pointées du doigt. Dans un récent rapport de la Cour des comptes (2014), on pouvait lire que :

« l'enfermement, la promiscuité, la violence, l'inactivité, l'isolement et la rupture des liens familiaux agissent comme autant de déterminants négatifs sur la santé des personnes détenues. Dans les prisons anciennes [...], les carences en matière d'hygiène sont particulièrement problématiques : absence d'eau chaude et de douche dans les cellules (les détenus ne pouvant prendre une douche que 3 fois par semaine), présence de nuisibles, mauvaise isolation, etc. La surpopulation renforce encore ces difficultés ».

Il faut ajouter que, depuis deux décennies, le vieillissement de la population carcérale⁽⁷⁾ se traduit par l'émergence de personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de perte d'autonomie (Brillet, 2013 ; Touraut et Désesquelles, 2015).

Dans ce contexte, on s'attend à ce que la mortalité des personnes sous écrou soit élevée. En France, entre 2000 et 2010, 230 personnes sont décédées en moyenne chaque année alors qu'elles étaient écrouées. Est-ce plus qu'attendu ? Quelles sont les causes de ces décès ? La recherche présentée ici répond à ces deux questions. L'analyse repose sur un recueil d'informations *ad hoc* dans des dossiers archivés au ministère de la Justice. Les données à notre disposition permettent également de préciser les circonstances dans lesquelles sont survenus ces décès. Cette étude est l'une des premières à s'intéresser à l'ensemble des décès, quelles qu'en soient les causes, parmi les personnes sous écrou en France.

I. Surmortalité par suicide et sous-mortalité pour les autres causes ?

On sait depuis longtemps que les suicides sont fréquents dans les prisons françaises (Chesnais, 1976 ; Bourgoïn, 1998). Les travaux les plus récents dans ce domaine sont ceux de Duthé, Hazard et Kensey (2011 et 2014). Ils s'appuient sur une comptabilisation des suicides effectuée par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice. En effet, la statistique

(6) L'activité terminée, la personne rejoint un centre de semi-liberté.

(7) L'effectif des 60 ans ou plus écroués est passé de 449 personnes en 1990 à 3 021 en 2015.

nationale des causes de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ne permet pas de repérer les décès de personnes détenues ou sous écrou. Le classement par la DAP s'appuie en premier lieu sur les conclusions de l'autopsie qui est systématiquement demandée par le Parquet lorsqu'un décès est suspecté d'être un suicide. Les cas litigieux sont ensuite examinés par la Commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires dans laquelle siègent des représentants de la DAP, un psychiatre expert et un représentant du ministère de la Santé. Selon la DAP, la moitié des décès observés chaque année sont des suicides⁽⁸⁾. Sur la base de cette classification, Duthé *et al.* (2014) ont montré une très forte surmortalité par suicide des personnes écrouées par comparaison avec la population générale. Le risque de suicide était particulièrement élevé chez les prévenus⁽⁹⁾ et chez les auteurs d'infractions graves (homicides, viols, agressions sexuelles et violences volontaires). Les causes du suicide en prison sont complexes (Fernandez, 2009 ; Rabe, 2012). L'impact de l'incarcération sur l'état psychique des personnes est incontestable, mais la forte prévalence des pathologies mentales chez les personnes incarcérées joue aussi un rôle important (Falissard *et al.*, 2006 ; Godin-Blandeau *et al.*, 2014).

Selon la DAP, la moitié des décès seraient donc dus à d'autres causes violentes (accidents, homicides...)⁽¹⁰⁾ ou à des causes dites naturelles. Observe-t-on également une surmortalité pour ces causes de décès ? Dans le cas des causes violentes autres que le suicide, il est souvent avancé que la prison jouerait un rôle protecteur, par le simple fait que les personnes détenues ne sont pas exposées à certains risques accidentels (accidents de la circulation, du travail...). La violence n'est cependant pas absente derrière les barreaux et la prise fréquente de divers produits psychotropes expose au risque de décès par surdose (Godin-Blandeau *et al.*, 2014). Concernant les causes naturelles, Fazel et Benning (2006) écrivaient que si « la morbidité est plus élevée chez les détenus [...] il n'est pas certain que cette morbidité accrue soit associée à une mortalité plus forte »⁽¹¹⁾. L'une des raisons de ce possible paradoxe serait un meilleur accès aux soins en prison. De ce point de vue, la loi du 18 janvier 1994⁽¹²⁾ sur la réorganisation des soins aux détenus a vraisemblablement amélioré leur situation. Selon les termes de cette loi, les personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé. Un bilan médical est généralement programmé dans la semaine suivant l'entrée en détention. Par la suite, les personnes détenues peuvent consulter les médecins de l'unité sanitaire de l'établissement⁽¹³⁾.

(8) La proportion varie très peu d'une année à l'autre.

(9) Personne inculpée qui n'a pas été encore jugée.

(10) Dans la terminologie de l'Organisation mondiale de la santé, on parle de causes externes.

(11) « *Prisoners have increased rates of morbidity [...] However, uncertainty exists over whether this increased morbidity is associated with raised mortality.* »

(12) Loi n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale.

(13) Pour plus de précisions, on se référera au Guide méthodologique sur la prise en charge des personnes sous main de justice publié conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice en 2012, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf

Vingt ans plus tard, la Cour des comptes (2014) estimait cependant que l'offre de soins restait incomplète. La mortalité par cause naturelle pourrait aussi être plus faible qu'attendu en raison des mesures de suspension de peine et de libération conditionnelle pour raison médicale (encadré) qui font sortir de l'observation des personnes dont le risque de décéder peut être élevé. Enfin, la fréquence des suicides pourrait mathématiquement réduire le poids des causes naturelles dans la mortalité : le fait de se suicider exclut de mourir d'une autre cause.

Les travaux menés à l'étranger sur cette question l'ont traitée de façon plus ou moins précise en termes de distinction des causes de décès et de caractérisation des détenus. Aux États-Unis, Salive *et al.* (1990) ont comparé la mortalité des hommes détenus dans une prison du Maryland entre 1979 et 1987 à celle de la population masculine du même État. Toutes causes de décès confondues, la mortalité était 0,61 fois plus faible en prison qu'à l'extérieur. L'examen par cause de décès révélait une surmortalité des personnes détenues uniquement pour les suicides et les maladies infectieuses. Sur la base du suivi pendant 15 ans de plus de 23 000 personnes détenues dans l'État de Géorgie (États-Unis), Spaulding *et al.* (2011) ont également constaté une sous-mortalité « toutes causes de décès confondues », avec un rapport standardisé entre les taux de mortalité en détention et en population générale (rapport standardisé de mortalité ou RSM) égal à 0,85. Kim *et al.* (2007) sont parvenus à une conclusion similaire (RSM = 0,62). Si la mortalité apparaît plus faible chez les détenus pour la plupart des maladies, elle est en revanche plus élevée pour les suicides et les surdoses, mais l'écart, sans doute en raison d'un effectif insuffisant (178 décès), n'est pas significatif. L'étude de Brittain *et al.* (2013) fait également état d'une sous-mortalité des détenus des maisons d'arrêt de la ville de New York par rapport à la population de cette ville (RSM = 0,86). Les résultats par causes de décès sont moins univoques : pour certaines causes (cancers, grippe et accidents), la mortalité est plus faible en prison qu'à l'extérieur, mais pour d'autres (pathologies cardiovasculaires, infection VIH, maladie chronique du foie, homicide et suicide), elle y est plus élevée. Dans certaines études, les résultats dépendent du groupe d'âges considéré. Un rapport concernant l'ensemble des prisons d'État étatsuniennes sur la période 2001-2004 (Mumola, 2007) concluait à une sous-mortalité des détenus âgés de 15 à 44 ans et une surmortalité de ceux âgés de 55 à 64 ans (RSM = 1,56). Ces résultats ne tenaient pas compte de la composition ethnique des deux populations. Or l'étude montrait aussi que si les Noirs en détention avaient un risque de décéder moindre que ceux hors les murs, la situation était inversée pour les Blancs et les Hispaniques. Noonan (2010), dans un rapport concernant cette fois-ci les maisons d'arrêt étatsuniennes entre 2000 et 2007, a tenu compte de l'âge, du sexe et de l'origine hispanique ou non hispanique des personnes pour la comparaison. Ce faisant, seule la mortalité par suicide était plus élevée parmi les détenus. L'étude de Rosen *et al.* (2011) sur la mortalité dans les prisons d'État de Caroline du Nord entre 1995 et 2005 distingue également les détenus selon leur appartenance ethnique. Ils observent une sous-mortalité des hommes

Les suspensions de peine pour raison médicale

La suspension de peine pour raison médicale (SPRM) a été introduite par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner. Aux termes des dispositions de l'article 10, cette loi prévoyait qu'une suspension de peine pouvait être ordonnée,

« quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux ».

Sauf en cas d'urgence, deux expertises médicales distinctes devaient établir de manière concordante que la personne se trouvait dans l'une des situations prévues par la loi. Par ailleurs, la mesure ne pouvait être accordée qu'en l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction. Une libération conditionnelle pouvait également être accordée aux personnes condamnées devant suivre un traitement médical.

La loi du 15 août 2014 sur l'individualisation des peines a assoupli les conditions d'octroi de la SPRM de façon à raccourcir la durée de la procédure. Une seule expertise médicale est maintenant nécessaire. La libération conditionnelle pour raison médicale (LCRM) peut être sollicitée par tous les détenus, qu'ils soient prévenus ou condamnés.

détenus Noirs par rapport aux Noirs en population générale (RSM toutes causes confondues de 0,52), y compris pour les suicides et les autres causes violentes. Concernant les hommes Blancs, l'écart avec la population générale varie selon l'âge (surmortalité des 50-79 ans et sous-mortalité des 20-49 ans) et selon la cause (sous-mortalité par accident, surmortalité par cancer et par infection VIH). Enfin, Patterson (2010), qui s'appuie sur les données de 29 États étatsuniens sur la période 1985-1998, ne différencie pas les causes de décès, mais elle montre également une sous-mortalité des hommes Noirs détenus et une surmortalité des hommes Blancs détenus par rapport aux mêmes groupes ethniques en population générale. Patterson donne des éléments qui défendent, sans toutefois expliquer la totalité des différentiels, l'hypothèse d'un effet protecteur de la détention (*safety hypothesis*) pour les populations généralement défavorisées en population générale.

Des études menées dans d'autres pays étrangers conduisent à des résultats quelque peu différents de ceux observés aux États-Unis. Wobeser *et al.* (2002), pour la province canadienne de l'Ontario, observent une surmortalité des hommes détenus sur la période 1990-1999 pour toutes les causes, sauf pour les cancers. L'étude de Fazel et Benning (2006) sur 1 631 décès d'hommes détenus survenus en Angleterre-Galles entre 1978 et 1997, conclut également à une surmortalité des détenus « toutes causes de décès confondues » (RSM = 2,93) mais elle met aussi en évidence une sous-mortalité par cause naturelle des détenus âgés de moins de 60 ans (RSM = 0,70). Enfin, Graham *et al.* (2015), dans une étude portant sur l'ensemble des prisons écossaises au

cours de la période 1996-2007, observent une sous-mortalité des hommes détenus par rapport à la population générale (RSM = 0,6), mais une surmortalité des femmes détenues (RSM = 1,9).

La conclusion la plus fréquente de tous ces travaux est celle d'une sous-mortalité des hommes détenus par rapport à la population générale : la surmortalité par suicide serait compensée par une sous-mortalité pour tout ou partie des causes naturelles de décès. Les spécificités des populations carcérales des pays dans lesquels ces études ont été menées rendent une généralisation à la France hasardeuse. La seule étude dont on disposait en France il y a encore peu portait sur la période 1977-1983 (Clavel *et al.*, 1987). Elle concluait à une sous-mortalité des hommes détenus par causes dites naturelles (RSM = 0,84) et par accidents (RSM = 0,34). Très récemment, Chan Chee et Moutengou (2016) ont publié une étude approfondie de la période 2000-2010. Elle s'appuie sur un appariement entre la statistique nationale des causes de décès et un fichier constitué par la DAP au fur et à mesure de la survenue de décès de personnes sous écrou (2541 décès durant la période étudiée). L'étude confirme la surmortalité par suicide des détenus (RSM égal à 7,3 pour les hommes et 21,1 pour les femmes). Elle met également en évidence une surmortalité « toutes causes de décès confondues » (RSM de 1,2 pour les hommes et 2,0 pour les femmes), mais une sous-mortalité pour une grande partie des causes naturelles. Il faut noter que dans cette étude, près de 20 % des décès sont de cause inconnue ou mal définie. Les décès en détention font systématiquement l'objet d'un examen médico-légal ou d'une autopsie. Or dans ce cas, l'institut médico-légal ne transmet pas toujours à l'Inserm la partie médicale du certificat de décès. Les auteurs de l'étude indiquent qu'il s'agit de la limite la plus importante de leur travail.

Dans notre recherche, la détermination de la cause des décès ne repose pas sur les certificats de décès mais sur des dossiers archivés au ministère de la Justice, qui contiennent notamment les rapports d'expertises *post-mortem*. Comme d'autres études l'ont fait précédemment (Alpérovitch *et al.*, 2009), la comparaison des deux approches donne des renseignements sur la qualité des informations des deux sources. Ces dossiers contiennent par ailleurs des informations sur la situation pénale de la personne décédée et sur les circonstances de son décès. Dans la littérature, à de rares exceptions près, l'analyse des différentiels de mortalité est limitée à quelques caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, appartenance ethnique). Dans la lignée du travail de Duthé *et al.* (2014) sur le suicide, les données à notre disposition permettent d'examiner ces aspects de façon plus fine.

II. Les dossiers archivés au ministère de la Justice

Le décès d'une personne sous écrou donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif à la Direction de l'administration pénitentiaire. Les informations recueillies sont plus ou moins détaillées. Certains dossiers très volumineux

contiennent l'ensemble des documents relatifs à la personne depuis sa mise sous écrou, du compte rendu de son procès au récit circonstancié de son décès. On y trouve systématiquement une copie de la fiche pénale, c'est-à-dire du formulaire rempli au moment de l'écrou et qui, au fil du temps, s'enrichit des informations relatives à l'exécution de la peine (condamnation, réductions de peine, etc.). Les caractéristiques sociodémographiques (date de naissance, sexe, nationalité ainsi que, au moment de l'écrou, état matrimonial, niveau d'instruction et activité) et pénales (infraction principale⁽¹⁴⁾, date d'écrou, statut pénal⁽¹⁵⁾ au moment du décès, durée de la peine et modalités d'exécution au moment du décès⁽¹⁶⁾) de la personne décédée y sont indiquées. Les circonstances du décès et, le cas échéant, l'enchaînement des événements l'ayant précédé (lieu, date et heure à laquelle la personne a été « découverte », personne ayant donné l'alerte) sont souvent minutieusement rapportés. Les copies de certains courriers – du Procureur de la République au Procureur Général notamment, ou de la direction de l'établissement pénitentiaire à la direction interrégionale des services pénitentiaires – sont souvent consignées dans les dossiers. Ces courriers fournissent une bonne synthèse des informations connues de l'administration pénitentiaire, tant en termes de circonstances du décès que de sa cause potentielle, avant expertises *post-mortem* complémentaires (autopsie, analyses toxicologiques et anatomo-pathologiques). Les résultats de ces expertises sont assez fréquemment joints aux dossiers. Il convient toutefois de souligner que ces dossiers ne sont pas des dossiers médicaux, et l'absence de mention d'une maladie ne signifie pas que cette personne n'en était pas atteinte. Cette remarque vaut aussi pour de nombreuses autres informations comme les antécédents en termes de consommation de stupéfiants ou d'alcool, les tentatives de suicide ou les automutilations antérieures, ou encore l'existence d'un suivi psychologique. Lorsqu'elles étaient présentes dans les dossiers, nous les avons néanmoins relevées.

Toutes ces informations ont été collectées en utilisant une fiche de recueil *ad hoc*. Elles permettent le plus souvent de déterminer la cause du décès. Suivant les définitions de l'Organisation mondiale de la santé, nous nous en sommes tenues à la cause dite initiale du décès, c'est-à-dire celle à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. Le plus souvent, les éléments présents dans le dossier orientaient assez clairement vers une cause de décès. Toutes les morts classées en suicide par l'administration pénitentiaire ont été maintenues comme telles. La distinction entre causes naturelles et causes violentes a été affinée pour distinguer, dans le premier ensemble, les maladies infectieuses, les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire, et dans le second ensemble les suicides, les surdoses/intoxications et

(14) Il s'agit de l'infraction pour laquelle la peine encourue est la plus longue (les infractions commises sont souvent multiples).

(15) Prévenu (personne en attente du jugement), condamné, en appel (personne ayant fait un recours suite à une décision de justice rendue contre elle).

(16) Détention ou aménagement de peine.

les homicides. Pour les décès par surdose/intoxication médicamenteuse, nous nous sommes appuyées en partie sur les résultats des expertises toxicologiques, et en partie sur le récit des circonstances du décès et sur la conclusion générale rendue dans le dossier.

Le choix a été fait de travailler sur les dossiers de l'année 2011, année la plus récente pour laquelle tous les dossiers étaient supposés complets⁽¹⁷⁾. Les caractéristiques des décédés de l'année 2011 ont pu être comparées à celles des personnes ayant été sous écrou au cours de la même année (appelées aussi « file active 2011 ») extraites du Fichier national des détenus (FND) de l'administration pénitentiaire. Les durées de séjour étant plus ou moins longues, des pondérations tenant compte de la durée d'exposition au risque ont été calculées et utilisées pour établir les distributions relatives à la « file active 2011 ». Ces durées d'exposition sont aussi utilisées pour le calcul des taux de mortalité. Pour l'année 2011, nous avons eu accès à 246 dossiers concernant des personnes décédées alors qu'elles étaient sous écrou⁽¹⁸⁾. C'est un petit effectif, mais la stabilité des résultats observés d'une année à l'autre par Chan Chee et Moutengou rassure sur la robustesse des nôtres.

Nous commençons par examiner les causes de ces 246 décès et nous comparons les niveaux de mortalité par grand groupe de causes au sein de cette population et en population générale. Nous faisons ensuite le portrait des personnes décédées, en le comparant à celui des autres personnes sous écrou, et nous décrivons les circonstances de leur décès. La présentation des résultats des analyses quantitatives est complétée par quelques brefs récits⁽¹⁹⁾ qui, au-delà de l'illustration du propos, permettent de restituer la chronologie des événements, de mettre en relation divers éléments extraits des dossiers et d'en montrer la complexité.

III. Caractéristiques de la mortalité des personnes sous écrou en 2011 : structure par cause et comparaison des risques avec la population générale

1. Sept décès sur dix sont des morts violentes

La première cause de décès chez les personnes sous écrou en 2011 (7 décès sur 10) est une cause violente (tableau 1). Sur ces 178 décès, 123 ont été classés en suicide par l'administration pénitentiaire. Il s'agissait très majoritairement

(17) L'accès aux expertises *post-mortem* peut prendre du temps.

(18) Le Fichier national des détenus (FND) en compte 256. Après appariement des dossiers archivés avec le FND, nous avons trouvé 241 décès communs aux deux sources ; 15 décès n'étaient présents que dans le FND et 5 décès uniquement dans les dossiers archivés. Le nombre total de décès en 2011 pourrait ainsi s'élever à 261, mais on ne peut exclure que des erreurs dans les informations renseignées dans l'une ou l'autre source n'aient pas permis l'appariement.

(19) Ces récits figurent dans le texte. Il ne s'agit pas de *verbatim* extraits des dossiers mais de courtes présentations.

Tableau 1. Causes des décès des personnes sous écrou en 1993-1995 et en 2011

	1993-1995		2011	
	Effectif	%	Effectif	%
Causes naturelles	192	36	68	28
Maladie infectieuse	38	7	3	1
<i>dont SIDA</i>	29		<i>nd</i>	
Cancer	31	6	14	6
Maladie de l'appareil circulatoire	72	13	26	11
Maladie de l'appareil respiratoire	10	2	5	2
Autre maladie	16	3	9	4
Cause naturelle inconnue	25	5	11	4
Causes violentes	354	65	178	72
Suicide	309	57	123	50
Surdose/intoxication	19	3	28	11
Homicide	} 26	} 5	10	4
Autre cause violente			10	4
Cause violente non précisée			7	3
Ensemble des décès	546	100	246	100

nd : non disponible.
Sources : Pour les données 1993-1995 : Guillonnet et Kensey (1997) ; pour 2011 : calculs des auteures sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice.

de suicides par pendaison (116 cas)⁽²⁰⁾. Les autres morts violentes sont le plus souvent des décès par surdose ou par intoxication médicamenteuse (28 cas)⁽²¹⁾. La drogue entre en prison, notamment au moment des retours de permission ou des visites (Chantraine, 2004). Des traitements de substitution et d'autres médicaments psychotropes sont par ailleurs régulièrement prescrits (Obradovic, 2005). La thésaurisation de ces médicaments, parfois associée à des pratiques de troc et de trafic, permet aux détenus de disposer de quantités suffisantes pour obtenir l'effet psychotrope recherché et, malheureusement aussi parfois, pour mourir de leur absorption.

Fatima⁽²²⁾ (30-39 ans) était incarcérée pour infraction à la législation sur les stupéfiants et vol. La veille de son décès, elle était rentrée d'une permission et avait vraisemblablement rapporté de l'héroïne en détention. Elle est trouvée morte par le personnel de surveillance à l'ouverture des cellules (elle partageait sa cellule avec d'autres détenues). Le décès est dû à une surdose d'héroïne dont les effets ont été majorés par la prise d'autres médicaments à dose supra-thérapeutique.

On compte par ailleurs 10 décès par homicide et 10 décès pour des causes violentes diverses, dont 5 par incendie de cellule. Enfin, dans 7 cas, les éléments présents dans les dossiers n'ont pas permis de déterminer avec certitude la

(20) On compte par ailleurs 3 suicides par asphyxie, 2 par surdose et 2 par arme.

(21) Dans 20 cas, les résultats des expertises toxicologiques étaient disponibles. Pour 13 d'entre eux, les doses trouvées étaient supérieures au seuil thérapeutique ; dans 7 autres cas, les doses étaient inférieures au seuil thérapeutique mais parmi les substances trouvées figuraient l'héroïne ou un produit de substitution (méthadone ou buprénorphine).

(22) Les prénoms sont fictifs.

cause du décès, mais une mort violente est la plus probable. Il s'agit souvent du décès soudain d'un toxicomane mais, en l'absence des résultats d'analyses toxicologiques⁽²³⁾, la mort par surdose n'a pu être confirmée.

Éric (30-39 ans) était incarcéré depuis un an pour vol. Il est trouvé mort dans sa cellule individuelle vers 7h. Signalé comme toxicomane lourd, la mort par surdose ne peut être confirmée car les analyses toxicologiques ne sont pas disponibles.

Il faut ici souligner que la non-intentionnalité des décès par surdose est difficile à apprécier. Pour l'année 2011, seuls deux décès par surdose ont été comptabilisés avec les suicides. Dans un cas, la personne avait laissé une lettre dans laquelle elle exprimait son intention de se suicider ; dans l'autre, le médecin certificateur avait mentionné « but suicidaire » sur le certificat de décès. Il n'est le plus souvent pas possible de savoir si la prise de produits en quantité importante, éventuellement après thésaurisation, était destinée à produire un effet psychotrope ou s'il s'agissait d'un suicide. Pour 11 décès non classés en suicide par la DAP⁽²⁴⁾, le caractère non intentionnel du décès nous est apparu incertain. Il s'agissait de détenus ayant déjà fait des tentatives de suicide (9 cas) et/ou ayant exprimé des idées suicidaires (3 cas).

Stéphane (40-49 ans) avait été écroué une semaine plus tôt. Personnalité fragile, il était toxicomane et alcoolique et avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide. Dans le dossier, il est indiqué qu'il avait thésaurisé des médicaments durant 5 jours avant son décès. Le décès a été attribué à une intoxication médicamenteuse.

On peut aussi s'interroger sur les décès consécutifs à un incendie de cellule qui peuvent correspondre à des actes suicidaires ou à des actes protestataires.

Samir (20-29 ans) avait été placé sous écrou quelques mois plus tôt et condamné à une peine de plus de 2 ans. Incarcéré quelques semaines plus tôt dans l'établissement où il est décédé, il y avait été puni de 4 jours au quartier disciplinaire pour détention d'un téléphone portable. C'est là qu'il a mis le feu à son matelas.

Les deux premières causes naturelles de décès sont les mêmes que dans la population générale française (Mazuy *et al.*, 2015), mais dans l'ordre inverse : les maladies cardiovasculaires (26 cas) viennent en tête, suivies par les cancers (14 cas). Il est possible que l'attribution de suspensions de peine pour raison médicale à des personnes atteintes d'un cancer réduise leur poids dans la mor-

(23) Les résultats des analyses toxicologiques sont disponibles pour 90 des 246 décès. Dans 3 cas sur 4 (69 décès), ils sont positifs, avec des doses supérieures au seuil thérapeutique pour 21 décès. Même parmi les décès dont la cause est naturelle, il n'est pas rare que les résultats des analyses soient positifs. Les produits les plus souvent retrouvés à dose supra-thérapeutique ou en cocktail sont les anxiolytiques. Viennent ensuite les traitements de substitution (méthadone et buprénorphine), les antipsychotiques, les antidépresseurs puis, beaucoup moins fréquemment, l'alcool.

(24) 9 décès par surdose ou intoxication médicamenteuse et 2 décès dont la cause est inconnue.

talité des personnes sous écrou. Au total, ces deux groupes de pathologies comptent pour 17 % des décès et 60 % des décès par cause naturelle ; 17 autres décès étaient dus à diverses maladies, chroniques ou aiguës ; enfin, il n'a pas été possible de déterminer la cause de 11 décès, mais dans la mesure où rien ne permettait de penser qu'il pourrait s'agir de morts violentes, nous avons considéré qu'il s'agissait de décès par cause naturelle inconnue. Il faut noter que la détermination de la cause du décès est parfois difficile en raison des multimorbidités ou de l'association entre pathologies et comportements à risque :

Incarcéré depuis un an pour violence, Loïc (20-29 ans) devait sortir dans quelques mois. Tôt le matin, le surveillant a constaté qu'il ne bougeait plus et a donné l'alerte. L'expertise toxicologique a montré la présence de méthadone et d'anxiolytiques. Le détenu aurait absorbé l'intégralité de son traitement. Compte tenu du rapport d'autopsie, le médecin légiste a conclu à un décès par cause naturelle mais la prise de médicaments pourrait être à l'origine de cette mort subite.

Michel (60-69 ans) était incarcéré depuis quelques mois seulement mais condamné à une peine de 20 ans. Il partageait sa cellule avec plusieurs détenus. C'est l'un d'entre eux qui a donné l'alerte en milieu de journée. Quinze minutes plus tard, le Samu était sur place. Les analyses toxicologiques excluent une cause toxique. Le rapport anatomo-pathologique relève plusieurs pathologies, notamment liées à l'alcool. L'autopsie penche en faveur d'un décès d'origine cardiaque.

Le tableau 1 reprend les résultats d'une étude plus ancienne, qui repose également sur les informations transmises par les établissements pénitentiaires au ministère de la Justice (Guillonnet et Kensey, 1997) et concerne les décès de la période 1993-1995. La comparaison avec nos résultats, non contrôlée de l'évolution de la structure par âge de la population carcérale, est périlleuse. De plus, en 1993-1995, le poids du sida dans la mortalité des détenus n'était pas négligeable. Les pathologies cardiaques étaient déjà une cause de décès plus fréquente que les cancers. La part des morts violentes dans le total des décès (65 %) était un peu inférieure au chiffre de 2011 (72 %). Notre distribution des décès par cause est proche de celle de l'étude de Chan Chee et Moutengou (2016) dans laquelle les pathologies de l'appareil circulatoire (12 % des décès) devançant également les cancers (9 % des décès soit un peu plus que dans notre travail). Les causes violentes ne représentent que 50 % des décès (vs 72 % dans notre étude) mais si on y agrège les décès dont la cause est mal définie ou inconnue (19,6 % des décès), on parvient à des résultats très proches. Les surdoses/intoxications accidentelles semblent particulièrement sous-estimées dans l'étude de Chan Chee et Moutengou (3 % vs 11 % dans notre étude). En comparaison et avec la prudence qu'impose le contexte très différent, les études menées à l'étranger que nous avons citées précédemment conduisent à une répartition entre causes naturelles et causes violentes plus équilibrée (Wobeser *et al.*, 2002 ; Fazel et Benning, 2006) ou même à une nette prédominance des décès par cause naturelle (Brittain *et al.*, 2013 ; Graham *et al.*, 2015 ; Kim *et al.*, 2007 ; Mumola, 2007 ; Noonan, 2011 ; Rosen *et al.*, 2011).

2. Toutes causes de décès confondues,
être sous écrou est associé à un sur-risque de décéder

Pour l'année 2011, le taux de mortalité des personnes sous écrou s'élève à 3,55 pour 10000. Dans la mesure où 96 % des décès concernent des hommes (tableau annexe A.1), nous avons comparé le taux de mortalité des hommes sous écrou avec celui de la population générale masculine, en tenant compte de la structure par âge différente de ces deux populations (tableau 2).

Le taux de mortalité des hommes sous écrou âgés de 20 à 79 ans s'élève à 36,1 pour 10000. Le rapport standardisé de mortalité de 1,5 signale une sur-mortalité par rapport à la population générale. À titre comparatif, Chan Chee et Moutengou (2016) obtiennent un RSM un peu plus faible pour les hommes (1,2), mais la tranche d'âges retenue (13 ans ou plus) est plus large⁽²⁵⁾. Entre 20 et 39 ans, la mortalité est même plus de deux fois supérieure parmi les hommes sous écrou qu'en population générale. Après 50 ans, pour autant que le faible effectif dont nous disposons permette de l'apprécier, la mortalité « toutes causes » n'apparaît pas significativement différente chez les hommes sous écrou et en population générale.

Tableau 2. Taux de mortalité par groupe d'âges décennal (pour 10000)
et rapport standardisé de mortalité (RSM) par cause des hommes sous écrou

Groupe d'âges	Toutes causes				Causes naturelles				Causes violentes			
	Taux pour 10000	Décès observés	Décès attendus ^(a)	RSM ^(b)	Taux pour 10000	Décès observés	Décès attendus ^(a)	RSM ^(b)	Taux pour 10000	Décès observés	Décès attendus ^(a)	RSM ^(b)
20-29 ans	19,4	56	24	2,3 *	1,4	4	9	0,4 ns	18,7	54	15	3,6 *
30-39 ans	26,9	51	23	2,2 *	4,7	9	13	0,7 ns	19,5	37	10	3,6 *
40-49 ans	49,7	56	32	1,8 *	9,8	11	24	0,5 *	36,4	41	8	5,1 *
50-59 ans	75,7	42	40	1,0 ns	30,6	17	36	0,5 *	39,7	22	5	4,8 *
60-69 ans	125,3	25	27	0,9 ns	80,2	16	25	0,6 *	50,1	10	2	6,3 *
70-79 ans	272,7	12	14	0,9 ns	181,8	8	13	0,6 ns	68,2	3	1	4,6 ns
20-79 ans	36,1	242	159	1,5 *	9,7	65	119	0,5 *	24,9	167	40	4,2 *

(a) Le nombre de décès attendus est calculé en appliquant les taux de mortalité par groupe d'âges décennal observé dans la population de la France entière (données Inserm, CépiDc) aux effectifs par groupe d'âges décennal de la file active 2011.

(b) Rapport entre les décès observés et les décès attendus.

Significativité : * p < 0,05 ; ns : non significatif au seuil 5 %.

Les intervalles de confiance du RSM ont été calculés en utilisant la formule suivante (Breslow-Day, 1987) :

$$\frac{n}{A} \left(1 - \frac{1}{9*n} - \frac{Z_{\alpha/2}}{3*\sqrt{n}} \right)^3 * 10^2 < RSM < \frac{n+1}{A} \left(1 - \frac{1}{9*(n+1)} + \frac{Z_{\alpha/2}}{3*\sqrt{n+1}} \right)^3 * 10^2$$

n est le nombre de décès observés, A le nombre de décès attendus et α est le risque de première espèce d'une loi normale ($Z_{\alpha/2}$ est égal à 1,96 pour l'intervalle de confiance à 95%).

Source : Calculs des auteures sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice.

(25) Le mode de calcul des taux de l'étude de Chan Chee et Moutengou (la population moyenne est estimée par la moyenne des populations en début et en fin d'année) peut aussi contribuer à cette différence, alors que nos calculs utilisent la durée d'exposition au risque.

3. Lien entre la sous-mortalité par cause naturelle et la suspension de peine pour raison médicale

Le tableau 2 montre que pour l'ensemble des causes naturelles, la mortalité des hommes sous écrou âgés de 20 à 79 ans est près de deux fois inférieure à celle en population générale (RSM = 0,5). Cette sous-mortalité se vérifie dans tous les groupes d'âges, mais n'est significative qu'entre 40 et 69 ans. Comme évoqué précédemment, l'une des raisons de cette sous-mortalité pourrait être l'octroi de suspension de peine pour raison médicale (SPRM). Selon le rapport de la Cour des comptes déjà cité, 925 demandes de suspension de peine pour raison médicale ont été déposées entre 2002 et 2011 et 650 ont été acceptées, soit en moyenne 65 par an. Si l'on ajoute ces 65 SPRM annuelles aux 68 décès par cause naturelle de l'année 2011, « l'avantage » des détenus en termes de mortalité par cause naturelle disparaît. Le devenir des bénéficiaires d'une SPRM n'est pas connu et une partie d'entre eux peuvent ne pas être en fin de vie. Mais il est certain qu'en l'absence de SPRM, la sous-mortalité observée serait réduite. L'assouplissement des conditions d'octroi d'une SPRM apporté par la loi du 15 août 2014 devrait encore amplifier cet effet. Jusque-là, les obstacles à sa mise en œuvre étaient nombreux. Dans le cas d'un pronostic vital engagé, les lenteurs de la procédure pouvaient empêcher que la personne bénéficie de la mesure « à temps ». L'examen des dossiers de l'année 2011 en porte la trace. Des informations sur des démarches de suspension de peine pour raison médicale figuraient dans 9 dossiers, et pour 6 d'entre eux⁽²⁶⁾, des démarches étaient en cours au moment du décès. Il faut y ajouter 17 dossiers sans indications de démarches de SPRM mais qui, de fait, concernaient des personnes dont le pronostic vital était engagé (principalement des personnes décédées des suites d'un cancer) ou, dans un cas, une personne en situation de perte d'autonomie. L'âge moyen au décès de ces 26 personnes était de 57 ans. La plupart d'entre elles (22 sur 26) étaient condamnées et le temps moyen avant la sortie s'élevait à près de 6 ans. Les motifs d'incarcération les plus fréquents étaient graves : un homicide dans 11 cas, un viol ou une agression sexuelle dans 9 autres cas.

Jean (60-69 ans) était incarcéré pour viol. Gros fumeur, il était atteint d'un cancer dépisté plusieurs années avant son incarcération et à l'origine d'une invalidité déjà signalée lors de l'écrou. Il a été trouvé inanimé dans sa cellule lors de la ronde de 6h et le décès a été constaté peu après.

Bernard (60-69 ans) était incarcéré depuis quelques mois. Il partageait sa cellule avec d'autres détenus mais c'est le service de distribution des repas qui a donné l'alerte vers midi. Le Samu est arrivé vers 13h et le décès a été constaté peu après. Il serait décédé d'un cancer pour lequel il recevait des soins palliatifs. Une expertise médicale en vue d'une SPRM devait être faite deux jours plus tard.

(26) Dans deux autres cas, les personnes concernées avaient refusé que des démarches soient entreprises. Une troisième personne atteinte d'un cancer avait vu sa demande rejetée.

En plus de ces décès fortement prévisibles, la grande majorité des dossiers mentionnent des antécédents médicaux, des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme ou toxicomanie), des troubles mentaux sévères ou d'autres signes d'un état de santé dégradé (obésité, « délabrement »). Nous n'avons finalement comptabilisé que 10 décès par cause naturelle pour lesquels rien dans les éléments présents dans le dossier ne permettait de prévoir le décès. Il s'agit de 4 décès dus à une cause cardiovasculaire (infarctus ou accident vasculaire cérébral), d'un décès par œdème pulmonaire et de 5 décès de causes vraisemblablement naturelles mais inconnues.

Jean-Marc (40-49 ans) était incarcéré depuis 8 ans. En fin de matinée, il a signalé au surveillant qu'il se sentait mal. Celui-ci a prévenu le personnel de l'UCSA(27) qui s'est déplacé rapidement. Aucun antécédent ou comportement à risques ne figurent dans le dossier. Une demi-heure plus tard, il était trouvé inconscient dans sa cellule. Malgré l'intervention du Samu, il n'a pu être réanimé.

4. Une surmortalité par suicide plus forte que pour les autres causes violentes

La fréquence élevée des causes violentes parmi les décès de personnes sous écrou a pour corollaire une surmortalité très forte par rapport à la population générale (tableau 2). Le taux de mortalité par cause violente chez les hommes sous écrou âgés de 20 à 79 ans s'élève à 24,9 pour 10 000 et le rapport standardisé de mortalité est de 4,2. Cette surmortalité s'accroît avec l'âge jusqu'à 70 ans : à 60-69 ans le rapport est ainsi de 6,3 contre 3,6 à 20-29 ans.

Les résultats présentés dans le tableau 3 précisent ce constat en distinguant les suicides et les autres causes violentes. Le taux de mortalité par suicide chez les personnes sous écrou âgées de 20 à 79 ans (17 pour 10 000) est identique à celui trouvé par Duthé *et al.* (2014) pour la période 2006-2009. Si l'on excepte un sensible recul à 30-39 ans, ce taux augmente avec l'âge et dépasse 40 pour 10 000 après 60 ans. La surmortalité par suicide par rapport à la population générale (RSM = 6,7) est forte dans tous les groupes d'âges, mais elle s'accroît également avec l'âge (RSM supérieur à 10 à 60 ans ou plus).

Pour les causes violentes autres que le suicide, le taux de mortalité chez les hommes sous écrou (7,9 pour 10 000 entre 20 et 79 ans) est aussi significativement plus élevé qu'en population générale de même structure par âge, mais l'écart est plus faible que pour les suicides. Dans chaque groupe d'âges, la différence entre les deux populations est toujours en défaveur des personnes sous écrou mais, sans doute en raison d'effectifs insuffisants, elle n'est significative qu'entre 30 et 49 ans. Il faut ici noter qu'un tiers des décès dus à une cause violente autre que le suicide concernait des personnes bénéficiant d'un aménagement de peine (contre 10 % seulement de l'ensemble des décès). Ces

(27) Unité de consultation et de soins ambulatoires.

Tableau 3. Taux de mortalité par groupe d'âges décennal (pour 10 000) et rapport standardisé de mortalité (RSM) par suicide et par autres causes violentes des hommes sous écrou

Groupe d'âges	Suicides				Autres causes violentes			
	Taux pour 10 000	Décès observés	Décès attendus ^(a)	RSM ^(b)	Taux pour 10 000	Décès observés	Décès attendus ^(a)	RSM ^(b)
20-29 ans	13,2	38	5	7,9 *	5,5	16	10	1,6 ns
30-39 ans	9,5	18	5	3,6 *	10,0	19	5	3,7 *
40-49 ans	25,7	29	4	6,7 *	10,6	12	4	3,2 *
50-59 ans	34,2	19	2	8,8 *	5,4	3	2	1,2 ns
60-69 ans	40,1	8	1	13,4 *	10,0	2	1	2,0 ns
70-79 ans	45,5	2	0	10,2 *	22,7	1	0	2,2 ns
20-79 ans	17,0	114	17	6,7 *	7,9	53	23	2,3 *

(a) Le nombre de décès attendus est calculé en appliquant les taux de mortalité par groupe d'âges décennal observés dans la population de la France entière (données Inserm, CépiDc) aux effectifs par groupe d'âges décennal de la file active 2011.

(b) Rapport entre les décès observés et les décès attendus.

Significativité : * $p < 0,05$; ns : non significatif au seuil 5%.

Source : Calculs des auteures sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice.

personnes sont vraisemblablement moins protégées que les personnes incarcérées face à certains risques de mort violente (accident ou homicide par exemple)⁽²⁸⁾.

IV. Profil des personnes décédées et circonstances de leur décès

1. Spécificités sociodémographiques et pénales des personnes décédées

Sans surprise, l'âge est le trait le plus discriminant des personnes décédées par rapport aux autres personnes écrouées. Les régressions multinomiales le montrent bien (tableaux 4 et 5)⁽²⁹⁾. Dans une première régression très simple, seul le groupe d'âges a été inclus comme variable confondante. La variable dépendante comprend trois modalités : décès par cause naturelle, décès par cause violente, vivant. Les *odds ratios* augmentent avec l'âge aussi bien pour les décès par cause naturelle que pour les décès par cause violente, mais ils sont beaucoup plus élevés dans le premier cas que dans le second. Toutes causes de décès confondues, l'âge moyen des décédés est de 42,3 ans contre 34,5 ans pour la file active 2011 (tableau annexe A.1). Les décès par cause violente concernent des personnes en moyenne plus jeunes (38,4 ans) que les décès par cause naturelle (52,5 ans). La plupart des décès de personnes sous écrou sont des décès précoces : 7 décès sur 10 concernent des personnes âgées

(28) Sur ces 17 décès, 7 étaient dus à un homicide, 3 à un accident et 7 à une surdose.

(29) Les analyses ont été conduites sur les 241 décès communs au Fichier national des détenus et aux archives du ministère de la Justice.

**Tableau 4. Résultats des régressions logistiques multinomiales
sur la probabilité de décéder
selon la cause et les caractéristiques sociodémographiques des détenus**

	Morts naturelles (n=68)		Morts violentes (n=173)		Significativité de la variable
	Odd ratio	Significativité	Odd ratio	Significativité	
Groupe d'âges au décès					***
Moins de 30 ans (Réf.)	1		1		
30-39 ans	2,8	***	1,5	*	
40-49 ans	6,3	ns	2,1	ns	
50-59 ans	18,8	***	2,7	< 0,05	
60 ans et plus	61,0	***	3,7	**	
Sexe ^(a)					ns
Homme (Réf.)	1		1		
Femme	1,2	ns	1,6	ns	
Nationalité (à l'écrou) ^(a)					ns
France (Réf.)	1		1		
Pays d'Europe (autre que France)	1,0	ns	0,9	ns	
Autre pays	0,9	ns	0,7	ns	
État matrimonial (à l'écrou) ^(a)					ns
Célibataire (Réf.)	1		1		
Divorcé/séparé	1,1	ns	1,1	ns	
Marié	0,7	ns	1,0	ns	
Veuf	1,4	ns	0,7	ns	
Niveau d'instruction ^(b) (à l'écrou) ^(a)					ns
CAP/BEP/BEPC/BNC/DNC (Réf.)	1		1		
Sans diplôme/illettré	1,7	ns	1,0	ns	
Primaire	1,4	ns	1,0	ns	
Collège/lycée	1,3	ns	1,1	ns	
Baccalauréat/Bac pro	0,8	ns	0,8	ns	
Études supérieures	0,6	ns	2,0	**	
Autre	1,5	ns	0,9	ns	
Activité (à l'écrou) ^(a)					*
Chômeur (Réf.)	1		1		
Salarié	0,6	ns	1,0	ns	
Autre actif	0,6	ns	0,5	*	
Sans emploi	0,9	ns	1,1	ns	
Retraité	1,0	ns	0,9	ns	
Invalide	0,9	ns	2,8	***	
Autre inactif	1,2	ns	1,0	< 0,05	

(a) Effet de la variable une fois le groupe d'âges contrôlé.

(b) Les catégories sont des catégories regroupées à partir de celles utilisées dans la fiche pénale et dans le Fichier national des détenus.

Significativité : ns : non significatif au seuil 5% ; * p < 0,01 ; ** p < 0,001 ; *** p < 0,0001.

Source : Calculs des auteures sur les décès communs au Fichier national des détenus et au archives du ministère de la Justice.

Tableau 5. Résultats des régressions logistiques multinomiales sur la probabilité de décéder selon la cause et les caractéristiques pénales des détenus

	Morts naturelles (n=68)		Morts violentes (n=173)		Significativité de la variable
	Odd ratio	Significativité	Odd ratio	Significativité	
Temps passé sous écrou^(a)					***
Moins d'un mois	1,7	ns	10,0	***	
1 mois à moins de 6 mois (<i>Réf.</i>)	1		1		
6 mois à moins d'un an	0,9	ns	0,6	***	
1 an à moins de 5 ans	0,9	ns	0,7	***	
5 ans et plus	1,8	< 0,05	0,6	***	
Infraction principale^(a)					***
Vol (<i>Réf.</i>)	1		1		
Agression sexuelle	0,6	ns	0,9	ns	
Circulation	0,6	ns	0,4	*	
Homicide	2,8	***	2,4	***	
ILS	0,5	ns	0,6	< 0,05	
Viol	1,2	ns	1,5	**	
Violence	0,9	ns	1,1	ns	
Autre	0,9	ns	0,6	< 0,05	
Statut pénal^(a)					***
Condamné (<i>Réf.</i>)	1		1		
Appel	5,0	***	3,3	< 0,05	
Prévenu	0,7	**	3,2	**	
Quantum de peine (détenus condamnés)^(a)					ns
Moins de 6 mois	< 0,1	ns	0,6	ns	
6 mois à moins d'un an	0,4	ns	0,7	ns	
1 an à moins de 2 ans	0,9	ns	0,8	ns	
2 ans à moins de 5 ans (<i>Réf.</i>)	1		1		
5 ans à moins de 10 ans	0,6	ns	0,6	< 0,05	
10 ans et plus	1,4	ns	0,8	ns	
RCP	3,6	< 0,05	4,4	***	
(a) Effet de la variable présentée une fois le groupe d'âges contrôlé. ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants. RCP : réclusion criminelle à perpétuité. Quantum de peine : durée de la peine prononcée. Significativité : ns : non significatif au seuil 5% ; * p < 0,01 ; ** p < 0,001 ; *** p < 0,0001. Source : Calculs des auteurs sur les décès communs au Fichier national des détenus et au archives du ministère de la Justice.					

de moins de 50 ans⁽³⁰⁾ (8 sur 10 pour les morts violentes et 4 sur 10 pour les morts naturelles).

Compte tenu de la corrélation très forte entre l'âge et la plupart des caractéristiques sociodémographiques et pénales prises en compte, les spécificités des personnes décédées ont été recherchées à l'aide de régressions dans lesquelles le lien de chaque variable⁽³¹⁾ avec le risque de décéder est évalué à groupe d'âges

(30) Tous les résultats des tris croisés sont présentés en annexe.

(31) Les groupes de référence sont ceux les plus nombreux dans la file active.

identique⁽³²⁾. Ce faisant, la plupart des caractéristiques sociodémographiques ne sont pas significativement discriminantes quant au risque de décéder par cause violente ou naturelle (tableau 4). Un niveau d'instruction supérieur est associé à un sur-risque de décès par cause violente (OR = 2). Dans l'analyse descriptive, on retrouve cette surmortalité pour les suicides (11 % des décédés par suicide ont un niveau d'instruction supérieur contre 3 % de la file active) (tableau annexe A.1). Le choc de l'incarcération pourrait être d'autant plus violent que l'on est plus instruit et mieux intégré socialement (Rabe, 2012). Le risque de décès par cause violente est par ailleurs négativement corrélé au fait d'être actif non salarié avant l'écrou, et positivement corrélé au fait d'être en invalidité ou, dans une moindre mesure, d'appartenir au groupe des autres inactifs⁽³³⁾.

Les caractéristiques pénales sont beaucoup plus discriminantes (tableau 5). Les temps courts passés sous écrou sont très fortement associés à une surmortalité pour cause violente (OR = 10). Au moment du décès, 17 % des personnes mortes de cause violente (19 % pour les suicides, 15 % pour les autres morts violentes vs 1 % de la file active) étaient écrouées depuis moins d'un mois (tableau annexe A.2). Inversement, toujours à groupe d'âges donné, les longs séjours sont associés à un risque plus élevé de décéder d'une cause naturelle. Un tiers des personnes dont la mort était naturelle (vs 10 % de la file active) étaient écrouées depuis au moins 5 ans. Au total, si la moitié des décès ont eu lieu dans l'année suivant l'écrou, ce chiffre est beaucoup plus élevé pour les morts violentes (62 %) que pour les morts naturelles (37 %).

Concernant l'infraction principale commise, les personnes incarcérées pour homicide ont un risque plus élevé de décéder, aussi bien de cause naturelle (OR = 2,8) que de cause violente (OR = 2,4), que celles écrouées pour vol. Un tiers des personnes décédées de cause naturelle et un quart de celles décédées de cause violente – 30 % pour les suicides – contre 9 % pour la file active étaient incarcérées pour homicide. On observe aussi une surmortalité des auteurs de viols mais elle n'est significative que pour les causes violentes, et plus particulièrement les suicides : un quart des décès par suicide (vs 9 % de la file active) concernent des auteurs de viol. Nous retrouvons ici la corrélation observée par Duthé *et al.* (2014) entre risque de suicide et gravité de l'infraction commise. Le sentiment de culpabilité quant à l'acte commis et la difficulté à en assumer les conséquences interviennent sans doute dans le passage à l'acte suicidaire. Dans le cas des morts de cause naturelle, l'hypothèse d'un lien entre le type d'infraction commise et le parcours de vie plus ou moins chaotique avant l'incarcération ne peut être exclue⁽³⁴⁾. La délivrance

(32) En raison d'effectifs trop faibles et de corrélations fortes entre variables (par exemple, la nature de l'infraction et la durée de la peine), nous n'avons pas mis en œuvre d'analyse multivariée dite « toutes choses étant égales par ailleurs ».

(33) Étudiant, stagiaire, apprenti, personne effectuant un travail d'utilité collective (TUC), autre inactif sans précision.

(34) On peut par exemple penser à l'alcoolisme.

de suspensions de peine pour raison médicale à des auteurs d'infractions graves, notamment lorsqu'il y a risque de récurrence, est aussi plus problématique.

Par ailleurs, la gravité de l'infraction est corrélée à la longueur du temps restant ou déjà passé en prison, dont nous avons vu qu'il était associé à une plus forte mortalité par cause naturelle. Ce résultat pourrait témoigner d'un effet délétère du temps passé en prison sur la santé. Pour ce qui est du temps restant, il n'est pas sûr que face à un avenir derrière les barreaux, le vieillissement de l'organisme se fasse au même rythme qu'à l'extérieur, ni que la résistance de l'individu ne soit pas affectée. L'analyse montre enfin que par rapport aux auteurs de vol, les auteurs d'une infraction à la réglementation de la circulation routière ou d'une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) ont un moindre risque de décéder de cause violente. Ce résultat peut surprendre si l'on pense que toxicomanie et ILS se recouvrent, mais ce n'est pas le cas. De fait, une partie des auteurs de vol sont des toxicomanes qui trouvent ainsi le moyen de financer leur consommation.

Le statut pénal est aussi très discriminant. Par rapport aux condamnés, l'avantage va aux prévenus concernant les causes naturelles ($OR = 0,7$)⁽³⁵⁾ mais ils subissent un lourd désavantage concernant les causes violentes ($OR = 3,2$). Près de la moitié des personnes qui se sont suicidées (47 % vs 13 % de la file active) étaient des prévenus. Duthé *et al.* (2014) attribuent ce sur-risque de décès par suicide des prévenus à l'incertitude quant à la peine prononcée et au choc produit par l'incarcération : « Cette incarcération marque la rupture avec les proches, la restriction des libertés, la nécessité de s'adapter à ce nouvel environnement et, pour beaucoup, une absence de perspective d'avenir ». Les personnes dont l'affaire était en appel présentent un très fort sur-risque de décéder par rapport aux personnes condamnées, aussi bien de cause violente ($OR = 3,3$) que de cause naturelle ($OR = 5,0$) (tableau 5). Dans le premier cas (exclusivement des suicides), la même hypothèse peut être faite que pour les prévenus. Le cas des morts naturelles est plus énigmatique.

Quant au quantum de peine⁽³⁶⁾, le seul effet significatif interprétable concerne les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité (RCP). À groupe d'âges donné, ces personnes ont un risque de décéder plus élevé ($OR = 3,6$ pour les causes naturelles, $OR = 4,4$ pour les causes violentes) que les autres condamnés. Ce résultat est cohérent avec celui obtenu pour les auteurs d'infractions graves. Au total, un tiers des personnes condamnées décédées en 2011 (vs 18 % pour la file active) exécutaient une peine d'au moins 10 ans. La sortie était souvent encore loin : 70 % des personnes condamnées décédées devaient sortir dans plus d'un an.

(35) Plus de 8 décès par cause naturelle sur 10 concernent une personne condamnée (tableau annexe A.2).

(36) Durée de la peine prononcée.

2. Les circonstances de décès

Dans la majorité des cas, les décès ont eu lieu en détention : sur les 246 décès de notre relevé, 166 ont eu lieu en détention et 59 à l'hôpital. Les 21 décès restants concernent des personnes sous écrou ayant obtenu un aménagement de peine. La moitié des personnes décédées détenues se trouvaient en maison d'arrêt⁽³⁷⁾, un tiers étaient en centre pénitentiaire⁽³⁸⁾, 14 % en centre de détention⁽³⁹⁾ et 4 % en maison centrale⁽⁴⁰⁾ (tableau 6). La distribution selon le type d'établissement des détenus décédés par mort violente est peu différente. Si l'on affine le tableau en distinguant les suicides des autres morts violentes, on note que les suicides ont plus souvent eu lieu en maison d'arrêt (57 % vs 42 % des autres morts violentes). Les autres morts violentes ont plus souvent eu lieu en centre de détention (16 %) ou en centre pénitentiaire (39 %). Les personnes détenues décédées d'une cause naturelle étaient elles aussi moins souvent en maison d'arrêt (39 %), ce qui est cohérent avec le fait qu'il s'agissait souvent de personnes condamnées.

Tableau 6. Lieux et circonstances de décès (% colonne)

	Décès selon la cause				Total des décès
	Morts naturelles (n=68)	Morts violentes			
		Suicides (n=123)	Autres morts violentes (n=55)	Ensemble	
Lieu du décès					
Détention	49	81	60	75	67
Hôpital	50	15	13	14	24
Lieu privé	1	4	16	8	6
Autre	0	0	11	3	2
Nature de l'événement					
Suicide	0	100	0	72	58
Malaise	98	0	66	18	34
Bagarre et autres violences	0	0	15	4	3
Incendie de cellule	0	0	11	3	2
Accident	0	0	9	2	2
Inconnu	2	0	0	0	0
Type d'établissement (personne détenue)					
Maison d'arrêt	39	57	42	54	49
Centre de détention	20	10	16	12	14
Maison centrale	5	3	3	3	4
Centre pénitentiaire	36	29	39	32	33

(37) Reçoit les personnes prévenues ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excèdent pas deux ans.

(38) Comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

(39) Reçoit les personnes condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Le régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus.

(40) Reçoit les personnes condamnées les plus difficiles. Le régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Tableau 6 (suite). Lieux et circonstances de décès (% colonne)

	Décès selon la cause				Total des décès
	Morts naturelles (n=68)	Morts violentes			
		Suicides (n=123)	Autres morts violentes (n=55)	Ensemble	
Heure de la « découverte » ^(a)					
Petit-matin 6h-9h	40	29	51	35	36
Matin 9h-13h	28	16	5	13	16
Après-midi 13h-19h	13	26	19	24	22
Soir 19h-24h	8	6	11	7	7
Nuit 0h-6h	13	23	14	21	19
Quartier de la cellule ^(a)					
Quartier arrivant	0	10	0	8	6
Quartier disciplinaire	0	7	5	6	5
Isolement	2	6	0	5	4
SMPR/UCSA	2	0	3	1	1
« Normal »	95	77	92	81	84
Lieu de l'évènement ^(a)					
Cellule individuelle	53	71	39	63	61
Cellule à plusieurs	32	22	58	31	31
Cellule « doublée » ^(b)	0	5	0	4	3
Autre lieu en détention	16	2	3	2	5
Personne qui a fait la découverte ^(a)					
Surveillant	61	86	68	82	77
Codétenu	17	10	11	10	12
Autre détenu	7	0	3	1	2
Autre	2	1	11	3	3
Inconnu	12	3	8	4	6
Personne qui a fait la découverte (détenus en cellule à plusieurs) ^(a)					
Surveillant	33	65	64	64	58
Codétenu	50	35	18	28	32
Autre	8	0	14	6	6
Inconnu	8	0	5	2	3

(a) Évènement en détention.

(b) Placement de deux détenus dans une même cellule lorsque l'un d'entre eux présente un risque suicidaire.

SMPR : Service médico-psychologique régional.

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires.

Source : Calculs des auteures sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice.

Si l'on excepte le cas des personnes hospitalisées pour le traitement d'une pathologie (23 cas), un « événement » (malaise, bagarre...) précède toujours le décès. Le plus souvent, il s'agit d'un « malaise ». Autrement dit, on trouve la personne inanimée ou dans un état anormal (douleurs, vomissements, convulsions...). Cette « découverte » a lieu à l'ouverture des cellules dans un peu plus d'un tiers des cas. C'est particulièrement fréquent pour les morts violentes autres que les suicides (51 % des cas). Pour ces personnes, il peut donc s'être écoulé un temps assez long entre l'événement à l'origine du décès et la découverte. Il n'est toutefois pas rare que l'alerte soit donnée la nuit : c'est le cas par exemple d'un décès par cause violente sur cinq. La plage horaire au cours de laquelle la survenue « d'événements » est la moins fréquente se situe le soir,

entre 19h et minuit. Dans plus de trois quarts des cas, l'alerte a été donnée par un surveillant. Lorsque la personne décédée n'était pas seule dans sa cellule, l'alerte n'a été donnée par un codétenu que dans un cas sur trois.

Claude (40-49 ans) était incarcéré depuis 10 ans. Il est trouvé inanimé dans sa cellule par un surveillant vers 7h. Le Samu est sur place une demi-heure plus tard. Il serait mort vers 2h du matin d'une complication d'une maladie cardiaque.

Kamel (30-39 ans) avait été placé sous écrou un an plus tôt. Quelques mois après, il fait une tentative de suicide. Grand toxicomane, il avait plusieurs antécédents d'intoxication médicamenteuse massive. Vers 18h, lors de la distribution des repas, le surveillant a constaté qu'il était, ainsi que son codétenu, dans un état semi-comateux. Il était habituel de trouver ces détenus dans cet état, surtout le jour de la remise des traitements. Le surveillant a cependant donné l'alerte. Les pompiers puis le Samu sont intervenus mais le décès par intoxication médicamenteuse a été constaté peu après.

L'événement à l'origine du décès a le plus souvent eu lieu alors que le détenu était dans sa cellule. Dans plus de 4 cas sur 5, cette cellule se trouvait dans un quartier ordinaire de la détention. C'est un peu moins fréquent pour les détenus qui se sont suicidés : 10 % étaient dans le quartier destiné aux nouveaux entrants (quartier arrivant), 7 % dans le quartier disciplinaire (QD) et 6 % à l'isolement (QI). Dans 61 % des cas, il s'agissait d'une cellule individuelle, mais ce pourcentage varie assez fortement selon la cause du décès. Il est de 71 % pour les suicides, 53 % pour les morts naturelles et 39 % seulement pour les autres morts violentes. L'encellulement individuel et le stress associé aux mesures disciplinaires sont des facteurs connus de risque suicidaire en détention (Duthé *et al.*, 2014 ; Rabe, 2012 ; Way *et al.*, 2007). On note toutefois en creux que le fait de ne pas être seul dans sa cellule ne constitue pas une protection absolue : 27 % des personnes qui se sont suicidées partageaient leur cellule avec d'autres détenus.

Conclusion et recommandations

L'étude que nous avons menée à partir d'informations recueillies dans des dossiers du ministère de la Justice met au jour le poids écrasant des morts violentes dans la mortalité des personnes sous écrou. La surmortalité par suicide de ces personnes était déjà connue ; s'y ajoute une surmortalité pour d'autres causes violentes, et notamment par surdose ou intoxication médicamenteuse. S'agit-il de surdoses accidentelles ou de suicides ? Il n'est le plus souvent pas possible de répondre à cette question, mais on ne peut exclure que les chiffres du suicide en prison sous-estiment la réalité. C'est aussi la conclusion à laquelle sont parvenues Chan Chee et Moutengou (2016). Selon elles, il faudrait réévaluer le chiffre de l'administration pénitentiaire d'au moins 6 %. Dans la mesure où une partie des décès de cause mal définie ou inconnue de cette étude pourraient être des surdoses, dont certaines avec une intention suicidaire, la réévaluation pourrait être un peu plus importante.

Ces morts violentes donnent le plus souvent lieu à des situations d'urgence. Pour les éviter, la rapidité de la prise en charge est primordiale. Dans notre étude, les secours sont arrivés en moyenne 30 minutes après le signalement, mais ce temps d'intervention est très variable. L'accès des services de secours aux espaces de la détention nécessite encore souvent le franchissement de plusieurs sas. Les sas d'urgence, déjà opérationnels dans les nouveaux établissements, devraient être généralisés. Par ailleurs, la mise en place d'une permanence 24h sur 24h dans les unités sanitaires (actuellement, elles ne sont ouvertes que dans la journée) accélérerait la prise en charge par le personnel médical.

En amont de l'intervention des secours se pose la question de la rapidité avec laquelle l'alerte est donnée. Le contexte carcéral y est défavorable à plusieurs titres. Lorsque les détenus ne sont pas seuls dans leur cellule, les codétenus sont *a priori* les premiers à pouvoir donner l'alerte⁽⁴¹⁾. Encore faut-il qu'ils s'en aperçoivent. L'habitude de voir les détenus dans un état « bizarre » ne favorise pas la détection rapide des situations d'urgence. Il faut ici souligner que ni les codétenus, ni le personnel de surveillance ne sont compétents pour apprécier la gravité de l'état de santé d'une personne. La création d'une permanence à l'unité sanitaire permettrait une meilleure évaluation des situations. Enfin, il nous semble important de rappeler un autre résultat de l'étude : pour la moitié des décès de l'année 2011, l'alerte a été donnée entre minuit et 9h du matin. La nuit est une période à risques. La surveillance moins rapprochée et l'allongement vraisemblable du temps d'accès aux cellules (seul le gradé a les clés) font obstacle à une prise en charge rapide des situations d'urgence.

Notre étude met également au jour une sous-mortalité par cause naturelle des personnes sous écrou. La compétition avec les causes violentes ne suffit vraisemblablement pas à l'expliquer. L'octroi de suspension de peine pour raison médicale joue un rôle plus probable. Enfin, l'amélioration de la prise en charge de la santé en détention depuis la réforme de 1994 doit également y contribuer. Comme dans le cas des suicides, la réduction de cette mortalité passe sans doute par davantage de prévention et une plus grande rapidité dans la gestion des incidents de santé.

Notre dernière recommandation porte sur l'observation statistique des causes de décès des personnes sous écrou. Pour y parvenir, Chan Chee et Moutengou ont dû effectuer un appariement entre la statistique nationale des causes de décès de l'Inserm et un fichier de la Direction de l'administration pénitentiaire. Cette opération complexe ne peut être que ponctuelle. Le suivi permanent des causes de décès des personnes sous écrou par la statistique de l'Inserm nécessiterait que ce statut pénal soit mentionné sur le certificat de

(41) Dans le cadre de la prévention du suicide, la mise en place de « codétenus de soutien » a été expérimentée en 2010 dans 5 établissements pénitentiaires. La mission principale de ces détenus, formés par la Croix-Rouge française aux premiers secours, était d'écouter et de repérer les détenus en situation de difficulté ou de souffrance. Ce dispositif devrait être étendu à tous les établissements de plus de 600 places.

décès. À défaut, nous préconisons qu'un recueil de données *ad hoc*, sur le modèle de celui effectué pour cette étude, soit mis en œuvre de façon permanente, au fur et à mesure de l'ouverture des dossiers des personnes décédées. La comparaison avec l'étude de Chan Chee et Moutengou montre que ces données permettent de déterminer la cause des décès de façon satisfaisante, avec par ailleurs moins de causes inconnues que dans la statistique nationale de l'Inserm. Tout en veillant à ce que les éléments recueillis soient présents de façon homogène dans tous les dossiers, on pourrait sans doute en extraire plus d'informations. Un tel recueil permettrait de suivre les évolutions de la mortalité et des causes de décès sur le temps long et selon les caractéristiques sociodémographiques et pénales des personnes sous écrou. Certaines études ont, par exemple, montré l'existence d'un lien entre surpopulation carcérale et mortalité en détention (Rabe, 2012). L'intégration de variables contextuelles permettrait de mettre au jour d'éventuels écarts entre types d'établissements et de préciser l'effet des conditions d'hébergement sur la santé des détenus.

Remerciements : Les auteurs remercient Monsieur Hervé Duplay et Madame Sonia Moulier pour l'aide précieuse apportée lors de la consultation des archives de la Direction de l'administration pénitentiaire.



TABLEAUX ANNEXES

Tableau A.1. Caractéristiques sociodémographiques des détenus décédés en 2011 (% en colonne)

	Décès selon la cause				Total des décès (n=246)	Ensemble des détenus
	Morts naturelles (n=68)	Morts violentes				
		Suicides (n=123)	Autres morts violentes (n=55)	Ensemble		
Groupe d'âges au décès						
Moins de 30 ans	7	33	29	32	25	45
30-39 ans	15	15	38	22	20	27
40-49 ans	18	28	22	26	24	16
50-59 ans	25	15	5	12	16	8
60 ans et plus	35	8	5	7	15	4
Âge moyen (en années)	52,5	39,6	35,9	38,4	42,3	34,5
Sexe						
Femmes	4	6	4	5	5	4
Hommes	96	94	96	95	95	96
Nationalité (à l'écrou)						
France	85	83	87	84	85	82
Pays d'Europe (autre que France)	6	8	0	6	6	5
Autre pays	9	9	13	10	9	13
État matrimonial (à l'écrou)						
Célibataire	46	63	85	70	64	79
Divorcé/séparé	30	15	11	14	18	8
Marié	17	20	4	15	16	12
Veuf	6	2	0	1	3	1
Niveau d'instruction (à l'écrou)						
Sans diplôme/illettré	9	4	7	5	6	5
Primaire	19	8	7	8	11	7
CAP/BEP/BEPC/BNC/DNC	28	25	35	28	28	31
Collège/lycée	19	30	38	33	29	32
Baccalauréat	7	5	9	6	7	7
Études supérieures	3	11	0	8	7	3
Inconnu	15	16	4	12	13	14
Activité (à l'écrou)						
Chômeur	15	21	26	23	20	23
Salarié	16	24	15	21	20	21
Autre actif	3	2	2	2	2	6
Sans emploi	15	7	11	8	10	8
Retraité	19	3	2	3	7	2
Invalide	3	2	7	4	4	1
Autre inactif	3	7	2	5	4	6
Inconnue	26	33	35	34	32	32

Note : Chiffres pondérés pour tenir compte des durées d'exposition inégales.

Source : Calculs des auteures sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice sauf pour la dernière colonne : données de la file active 2011 du Fichier national des détenus.

Tableau A.2. Caractéristiques pénales des détenus décédés en 2011 (% en colonne)

	Décès selon la cause				Total des décès (n=246)	Ensemble des détenus
	Morts naturelles (n=68)	Morts violentes:				
		Suicides (n=123)	Autres morts violentes (n=55)	Ensemble		
Temps passé sous écrou						
Moins d'un mois	3	19	15	17	14	1
1 mois à moins de 6 mois	18	26	35	29	26	21
6 mois à moins d'un an	16	17	13	16	16	27
1 an à moins de 5 ans	29	31	29	30	30	42
5 ans et plus	34	7	9	8	15	10
Infraction principale						
Vol	10	20	36	25	21	22
Agression sexuelle	4	1	4	2	2	3
Circulation	6	2	2	2	3	7
Homicide	32	30	11	24	26	9
ILE	0	0	2	1	0	1
ILS	6	2	15	6	6	17
Viol	25	24	7	19	20	9
Violence	9	15	15	15	13	10
Autre	7	7	9	8	8	23
Situation pénale						
Détenu	96	95	69	87	89	-
PE/PSE/SL	4	5	31	13	11	-
Catégorie pénale						
Condamné	84	48	95	62	68	85
Appel	7	5	0	3	4	2
Prévenu	9	47	5	34	27	13
Quantum de peine (détenus condamnés)						
Moins de 6 mois	0	7	6	6	4	6
6 mois à moins d'un an	7	7	19	13	11	10
1 an à moins de 2 ans	12	17	21	19	17	16
2 ans à moins de 5 ans	18	31	31	31	26	32
5 ans à moins de 10 ans	11	12	8	10	10	18
10 ans et plus	44	20	13	17	26	17
RCP	9	7	2	5	6	1
Peine restant à exécuter (détenus condamnés)						
Moins d'un an	19	29	44	36	30	-
Un an	26	24	29	26	26	-
Plus d'un an	46	41	25	33	38	-
RCP	9	7	2	5	6	-

Note : Chiffres pondérés pour tenir compte des durées d'exposition inégales.

ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants.

ILE : infraction à la législation sur les étrangers.

PE : placement à l'extérieur.

PSE : placement sous surveillance électronique.

RCP : réclusion criminelle à perpétuité.

SL : semi-liberté.

Source : Calcul des auteurs sur les données extraites des dossiers archivés au ministère de la Justice sauf pour la dernière colonne : données de la file active 2011 du Fichier national des détenus.

RÉFÉRENCES

- ALPÉROVITCH Annick, BERTRAND Marion, JOUGLA Eric, VIDAL Jean-Sébastien, DUCIMETIÈRE Pierre, HELMER Catherine *et al.*, 2009, « Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification », *European Journal of Epidemiology*, 24(11), p. 669.
- BOURGOIN Nicolas, 1998, *Le suicide en prison*, Paris, L'Harmattan, 272 p.
- BRILLET Emmanuel, 2013, « Vieillesse(s) carcérale(s) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 38, 6 p.
- BRITTAIN Joan, AXELROD George, VENTERS Homer, 2013, « Deaths in New York city jails, 2001–2009 », *American Journal of Public Health*, 103(4), p. 638-640.
- CHANTRAINE Gilles, 2004, *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, PUF, 268 p.
- CHAN CHEE Christine, MOUTENGOU Elodie, 2016, *Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité*, Saint-Maurice, Santé publique France, 64 p.
- CHESNAIS Jean-Claude, 1976, « Le suicide dans les prisons », *Population*, 31(1), p. 73-85.
- CHIRON Elise, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, LE STRAT Yann, CHEMLAL Khadoudja, VALANTIN Marc-Antoine, SERRE Pierre *et al.*, 2013, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35-36, p. 445-450.
- CLAVEL Françoise, BENHAMOU Simone, FLAMANT Robert, 1987, « Decreased mortality among male prisoners », *The Lancet*, 330(8566), p. 1012-1014.
- COUR DES COMPTES, 2014, « La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables », *Rapport public annuel*, Tome 1, volume I-1, p. 251-290.
- DE BRUYN Florence, KENSEY Annie, 2014, « Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°40, 12 p.
- DÉSESQUELLES Aline, 2005, « Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? », *Population*, 60(1-2), p. 71-98.
- DUTHÉ Géraldine, HAZARD Angélique, KENSEY Annie, 2014, « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, 69(4), p. 519-549.
- DUTHÉ Géraldine, HAZARD Angélique, KENSEY Annie, PAN KÉ SHON Jean-Louis, 2011, « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47-48, p. 506-510.
- FALISSARD Bruno, LOZE Jean-Yves, GASQUET Isabelle, DUBURC Anne, DE BEAUREPAIRE Chantal, FAGNANI Francis *et al.*, 2006, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 6(33).
- FAZEL Seena, BENNING Ram, 2006, « Natural deaths in male prisoners: A 20-year mortality study », *European Journal of Public Health*, 16(4), p. 441-444.
- FERNANDEZ Fabrice, 2009, « Pour une sociologie du mal-être carcéral », in « Suicides et conduites auto-agressives en prison », *Bulletin Amades. Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé*, n° 76.

- GODIN-BLANDEAU Elodie, VERDOT Charlotte, DEVELAY Aude-Emmanuelle, 2014, *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 96 p.
- GRAHAM Lesley, FISCHBACHER Colin, STOCKTON Diane, FRASER Andrew, FLEMING Michael, GREIG Kevin, 2015, « Understanding extreme mortality among prisoners: A national cohort study in Scotland using data linkage », *The European Journal of Public Health*, 25(5), p. 879-885.
- GUILLONNEAU Maud, KENSEY Annie, 1997, « La santé en milieu carcéral. Éléments d'analyse démographique », *Revue française des affaires sociales*, 51(1), p. 41-59.
- KIM Seijeoung, TING Andrew, PUISIS Michael, RODRIGUEZ Sergio, BENSON Roger, MENNELLA Connie *et al.*, 2007, « Deaths in the Cook County jail: 10-year report, 1995–2004 », *Journal of Urban Health*, 84(1), p. 70-84.
- MAZUY Magali, BARBIERI Magali, BRETON Didier, D'ALBIS Hippolyte, 2015, « L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans », *Population*, 70(3), p. 417-486.
- MUMOLA Christopher, 2007, « Medical causes of death in state prisons, 2001-2004 », *Bureau of Justice Statistics*, 12 p.
- NE Breslow, NE Day, 1987, « Statistical methods in cancer research », Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publication n° 82 (vol. 2).
- NOONAN Margaret, 2010, « Mortality in local jails, 2000-2007 », DIANE Publishing.
- NOONAN Margaret, CARSON Ann, 2011, « Prison and jail deaths in custody, 2000-2009-statistical tables », *Bureau of Justice Statistics*, 34 p.
- OBRADOVIC Ivana, 2005, « Addictions en milieu carcéral », OFDT, *Tendances*, n° 41, 4 p.
- PATTERSON Evelyn, 2010, « Incarcerating death: Mortality in US state correctional facilities, 1985–1998 », *Demography*, 47(3), p. 587-607.
- RABE Klaus, 2012, « Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe », *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), p. 222-230.
- ROSEN David, WOHL David, SCHOENBACH Victor, 2011, « All-cause and cause-specific mortality among black and white North Carolina state prisoners, 1995–2005 », *Annals of Epidemiology*, 21(10), p. 719-726.
- SALIVE Marcel, SMITH Gordon, BREWER Fordham, 1990, « Death in prison: Changing mortality patterns among male prisoners in Maryland, 1979-87 », *American Journal of Public Health*, 80(12), p. 1479-1480.
- SPAULDING Anne, SEALS Ryan, MCCALLUM Victoria, PEREZ Sebastian, BRZOZOWSKI Amanda, STEENLAND Kyle, 2011, « Prisoner survival inside and outside of the institution: Implications for health-care planning », *American Journal of Epidemiology*, 173(5), p. 479-487.
- TOURAUT Caroline, DÉSESQUELLES Aline, 2015, *La prison face au vieillissement : expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, Rapport final à la Mission de recherche droit et justice, 400 p.
- WAY Bruce, SAWYER Donald, BARBOZA Sharen, NASH Robin, 2007, « Inmate suicide and time spent in special disciplinary housing in New York State prison », *Psychiatric Services*, 58(4), p. 558-560.
- WOBESER Wendy, DATEMA Jason, BECHARD Benoit, FORD Peter, 2002, « Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999 », *Canadian Medical Association Journal*, 167(10), p. 1109-1113.

Aline DÉSESQUELLES, Annie KENSEY, France MESLÉ • CIRCONSTANCES ET CAUSES DES DÉCÈS DES PERSONNES ÉCROUÉES EN FRANCE : LE POIDS ÉCRASANT DES MORTS VIOLENTES

Cette étude présente un tableau complet de la mortalité des personnes placées sous écrou en France. Elle s'appuie sur les 246 dossiers archivés au ministère de la Justice relatifs aux personnes décédées en 2011. Sept décès sur dix sont des morts violentes, principalement des suicides et des surdoses ou intoxications médicamenteuses. L'analyse confirme la surmortalité par suicide des hommes sous écrou par rapport à la population générale, ainsi qu'une surmortalité due à d'autres causes violentes. Inversement, la mortalité par cause naturelle est plus faible pour les hommes sous écrou que pour ceux en population générale. L'octroi de suspension de peine pour raison médicale explique sans doute en partie ce résultat. À groupe d'âges donné, les auteurs d'infractions graves présentent un risque plus élevé de décéder, aussi bien de cause violente que de cause naturelle, que les auteurs de délits. Le risque d'une mort violente est aussi plus grand chez les prévenus que chez les condamnés. La description des circonstances des décès plaide en faveur de l'amélioration des dispositifs d'alerte et de prise en charge des incidents de santé, notamment la nuit.

Aline DÉSESQUELLES, Annie KENSEY, France MESLÉ • CIRCUMSTANCES AND CAUSES OF DEATH AMONG PRISONERS IN FRANCE: THE PREPONDERANCE OF VIOLENT DEATHS

This study provides a full table of the mortality of prisoners in France. It is based on the 246 files archived at the French Ministry of Justice for individuals who died in 2011. Seven out of ten deaths were violent, primarily suicides and drug overdoses or medicinal poisonings. The analysis confirms excess mortality from suicide among male prisoners compared with the general population, as well as excess mortality due to other violent causes. Conversely, natural-cause mortality is lower among male prisoners than for males in the general population. The use of suspensions of sentence for medical reasons partly explains this result. For a given age group, the perpetrators of serious offences present a higher risk of death, whether due to violence or natural causes, than the perpetrators of less serious offences. The risk of violent death is also higher among pretrial detainees than among convicts. The description of the circumstances of death highlights the need for better alert systems and improved management of health incidents, especially at night.

Aline DÉSESQUELLES, Annie KENSEY, France MESLÉ • CIRCUNSTANCIAS Y CAUSAS DE MUERTE DE LAS PERSONAS ENCARCELADAS EN FRANCIA: EL FUERTE PESO DE LAS MUERTES VIOLENTAS

Este estudio presenta un cuadro completo de la mortalidad de la población encarcelada en Francia. Se apoya en 246 informes archivados en el Ministerio de Justicia relativos a las personas muertas en 2011. Siete muertes sobre diez son debidas a causas violentas, principalmente suicidios y sobredosis o intoxicaciones medicamentosas. El análisis confirma el exceso de mortalidad por suicidio respecto a la población general, así como una sobremortalidad por otras causas violentas. Inversamente, la mortalidad por causas naturales es más baja en los hombres encarcelados que en la población general. Probablemente, las suspensiones de peine por razones médicas explican en parte este resultado. En un mismo grupo de edad, los autores de infracciones graves corren un riesgo más grave de morir, tanto por causas violentas que por causas naturales, que los autores de delitos. El riesgo de una muerte violenta es también más elevado en los inculpadados que en los condenados. La descripción de las circunstancias de la muerte abogan a favor de una mejora de los dispositivos de alerta y de tratamiento de los incidentes de salud, en particular durante la noche.

Mots-clés : prison, mortalité, causes de décès, suicide, morts violentes, France

Keywords: prison, mortality, causes of death, suicide, violent deaths, France