



HAL
open science

Le suicide des personnes détenues en France: état des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention

Alexis Vanhaesebrouck

► **To cite this version:**

Alexis Vanhaesebrouck. Le suicide des personnes détenues en France: état des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention. Sciences du Vivant [q-bio]. Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), 2024. Français. NNT: . tel-04826753

HAL Id: tel-04826753

<https://hal.science/tel-04826753v1>

Submitted on 12 Dec 2024

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.

Public Domain

Avec le soutien de



UNIVERSITÉ PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

Le suicide des personnes détenues en France

Etat des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention

THÈSE DE DOCTORAT

présentée par

Alexis VANHAESEBROUCK

Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SANTE PUBLIQUE

soutenu le 8 octobre 2024 devant le jury d'examen constitué de :

Pr Alexandra Rouquette, Université Paris Saclay

Pr Fabrice Jollant, Université Paris Saclay

Pr Bruno Falissard, Université Paris Saclay

Dr Thomas Fovet, Université de Lille

Dr Thomas Lefèvre, Université Sorbonne Paris Nord

Dr Maria Melchior, Sorbonne Université

Rapporteuse

Rapporteur

Président

Examinateur

Directeur de thèse

Co-directrice de thèse

A Maxime,

A toi à qui on a ri au nez,
Lorsque dans tes efforts
Pour toucher du doigt l'expérience carcérale,
Tu as demandé à dormir en cellule.

Tu es parti à l'âge où je soutiens
Et d'une certaine manière,
Mon travail s'inscrit
Dans le prolongement du tien.

Repose en paix

Remerciements

Le travail mené au cours de ce doctorat s'est nourri de nombreux travaux menés par de nombreuses personnes, et n'aurait pas été possible sans le soutien financier, matériel, administratif, méthodologique et moral de nombreuses personnes et organisations auxquelles je souhaite témoigner de ma gratitude.

Je remercie Thomas Lefèvre et Maria Melchior d'avoir cru à ce projet de thèse et de m'avoir accompagné au cours de ces années, ainsi que pour leurs nombreux conseils, pour leur écoute et pour leur disponibilité.

Je remercie Alexandra Rouquette, Fabrice Jollant, Bruno Falissard, Thomas Fovet, Thomas Lefèvre et Maria Melchior de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membres de mon jury de thèse et pour l'intérêt qu'ils et elles portent à mes travaux. Je remercie plus particulièrement Alexandra Rouquette et Fabrice Jollant d'avoir accepté d'en être les rapporteurs.

Je remercie Christophe Bartoli, Thierry Baubet et Alice Barbier d'avoir veillé à mes bonnes conditions de travail dans le cadre du comité de suivi de thèse.

Je remercie l'école doctorale Erasme et l'Université Sorbonne Paris Nord (USPN) pour l'intérêt qu'elles ont porté à mon projet de thèse et pour avoir accepté de la financer via un contrat doctoral, ainsi que pour m'avoir accompagné dans mes démarches. Je remercie également Santé publique France d'avoir accepté de financer une quatrième année de thèse. Ces appuis financiers m'ont permis de mener ce travail à bien dans de bonnes conditions.

Je remercie l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux et l'équipe de recherche en épidémiologie sociale de l'Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique pour leur chaleureux accueil et pour leur soutien et leur accompagnement dans mes nombreuses démarches.

L'étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées, présentée au chapitre 2 du manuscrit, n'aurait pas pu voir le jour sans la contribution d'un grand nombre de personnes. Je remercie le ministère de la santé et Santé publique France pour avoir porté cette étude. Je remercie Christine Chan Chee pour l'avoir conçue. Je remercie Cyrille Canetti,

Béatrice Carton et la Direction générale de la santé pour leur contribution à la construction du questionnaire. Je remercie Christine Chan Chee et Imane Khireddine-Medouni pour avoir contribué au recueil des données. Je remercie également la Direction de l'administration pénitentiaire pour sa contribution à cette étude et en particulier Amélie Tostivint, François-Marie Tarasconi, Laurent Trippier et Ludivine Marne.

Cette étude n'aurait pas non plus vu le jour sans la contribution de nombreuses équipes de soignant-es exerçant en milieu pénitentiaire, qui pour chaque suicide de personne détenue ont complété un questionnaire et l'ont transmis à Santé publique France. Je remercie pour ce travail les équipes soignantes exerçant au centre pénitentiaire (CP) de Fresnes, à la maison d'arrêt (MA) de Fleury-Mérogis, à la MA Lyon-Corbas, au CP d'Aix-Luynes, au CP de Toulouse-Seysses, au CP de Longuenesse, au CP de Nantes, au CP de Lille-Annoeullin, au CP de Toulon-la-Farlède, au CP de Marseille, au CP de Villeneuve-Lès-Maguelone, à la MA de Nice, au CP de Lille-Loos-Sequedin, au CP de Bordeaux Gradignan, au CP de Perpignan, à la MA de Rouen, au CP de Poitiers-Vivonne, à l'ancienne MA de Mulhouse-Lutterbach, au CP de Laon, au CP de Nancy-Maxéville, au CP de Bourg en Bresse, au CP de Metz, au CP d'Orléans-Saran, au centre de détention (CD) de Salon-de-Provence, au CP d'Aiton, à la MA de Douaï, à la MA Le Mans-Les-Croisettes, à la MA d'Angers, au CP de Béziers, au CP Mont-de-Marsan, au CP de Saint-Quentin-Fallavier, à la MA de Besançon, à la MA de Béthune, au CP de Villefranche-sur-Saône, au CP de Saint-Etienne, à la MA de Grasse, au CP de Lorient, au CP de Remire-Montjoly, à la MA de Châlons-en-Champagne, à la MA d'Epinal, à la MA de Nanterre, à la MA de Saint-Brieuc, à l'unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues (UHSA) de Nancy, au CP de Ducos, à la MA de Villepinte, au CD d'Argentan, au CD d'Eysses, au CD de Joux-la-Ville, au CD de Tarascon, au CP d'Avignon-le-Pontet, au CP de Moulins-Yzeure, au CP de Riom, au CP Sud Francilien, à la MA d'Arras, à la MA de Basse-Terre, à la MA de Bayonne, à la MA de Bourges, à la MA de Brest, à la MA de Chaumont, à la MA de Draguignan, à la MA de Nîmes, à la MA de Niort, à la MA de Pau, à la maison centrale (MC) de Saint-Maur, à l'UHSA d'Orléans-Saran, à l'UHSA de Toulouse, au CP de Rennes-Vezin, à la MA de Caen, au CP de Beauvais, à la MA d'Amiens, au CD de Roanne, au CP de Baie-Mahault, au CP de Bois-d'Arcy, au CD de Bapaume, au CD de Montmédy, au CD de Saint-Mihiel, au CD d'Uzerche, au CP de Faa'a Nuutania, au CP de Le Havre, au CP de Maubeuge, au CP de Valence, au CP de Varennes-le-Grand, à la MA d'Auxerre, à la MA de Reims, à la MA de Saintes, à la MA de Saint-Pierre, à la MC de Saint-Martin de Ré, à la MA de Strasbourg, au CD de Villenauxe-la-Grande, à la MA de Vannes, à

l'UHSA de Bron, au CP de Saint-Denis de la Réunion, à la MA d'Angoulême, à la MA de Bonneville, à la MA de Dijon, au CD de Bédenac, au CD d'Ecrouves, au CD de Neuvic, au CD de Toul, au CD du Val-de-Reuil, au CP d'Alençon, au CP de Château-Thierry, à l'ancienne MA de Colmar, au CP de Rennes, à l'établissement pour mineurs (EPM) de Lavour, à l'EPM de Meyzieu, à la MA d'Aurillac, à la MA de Bar le Duc, à la MA de Cherbourg, à la MA d'Evreux, à la MA de Laval, à la MA de Limoges, à la MA de Nevers, à la MA de Puy-en-Velay, à la MA de Rocherfort, à la MC d'Arles, à la MC d'Ensisheim, à l'UHSA de Lille et à l'UHSA de Villejuif.

En raison du caractère sensible des données de cette étude, il ne m'était pas possible d'y accéder depuis l'extérieur. Je remercie Santé publique France, et en particulier Anne-Gallay, Emmanuelle Bauchet et Nolwenn Regnault, pour m'avoir accueilli à l'unité petite enfance, périnatalité et santé mentale (UPEPS) de la direction des maladies non transmissibles (DMNTT) de Santé publique France, en tant que chargé de cette étude et sous la forme d'une convention d'accueil de chercheur avec l'USPN. Je remercie à nouveau Nolwenn Regnault pour son accompagnement assidu, sa réactivité et son soutien. Je remercie également toute l'équipe de l'UPEPS et la DMNTT pour leur accueil et le soutien apporté à mes travaux.

De la même manière, l'étude de cohorte rétrospective présentée au chapitre 3 repose sur des données sensibles et je remercie la Direction de l'administration pénitentiaire, et notamment Florence de Bruyn et Mathias Denjean de m'avoir accueilli au bureau de la donnée de la sous direction de l'expertise de la Direction de l'administration pénitentiaire. Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé dans mes travaux, que ce soit pour les démarches administratives et juridiques, la prise en main de la base de données et les analyses ou en répondant à mes questions sur le fonctionnement de la prison. Je remercie en particulier Florence de Bruyn, Mathias Denjean, Amélie Tostivint et Maxime Giraud.

Je remercie également les personnes qui m'ont donné à voir un aperçu des soins en milieu pénitentiaire et de l'incarcération. Je remercie François Cordonnier de m'avoir accueilli pour une demi-journée à l'unité sanitaire de la MC de Poissy. Je remercie Thomas Fovet de m'avoir accueilli une demi-journée à l'UHSA de Lille. Je remercie l'équipe du dispositif de soins psychiatriques exerçant au CP Aix-luynes et au CD de Salon de Provence de m'avoir accueilli dans leur service au centre hospitalier de Montperrin. Je remercie la Direction de

l'administration pénitentiaire et le personnel du CP de Fresnes de m'avoir accueilli au CP de Fresnes dans le cadre d'un stage de découverte du milieu carcéral d'une semaine, en uniforme de surveillant.

J'aimerais remercier également toutes les personnes qui, au-delà de mes encadrants, ont contribué à ce travail par une relecture critique, des échanges stimulants, ou en m'ouvrant des portes, dont Léa Billen, Christine Chan Chee, Thomas Fovet, Amélie Tostivint, Maxime Giraud, Camille Davisse-Paturet, Philippe Pirard, François-Marie Tarasconi, Laurent Trippier, Sandrine Broussouloux, et plein d'autres personnes encore.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont eu la patience d'écouter mes interrogations et mes dissertations sur ce sujet qui m'a passionné, qui m'ont soutenu et m'ont encouragé, à commencer par ma compagne et toute ma famille.

Résumé

Le suicide est une cause majeure de décès chez les personnes détenues. Son taux y est plusieurs fois supérieur à celui observé en population générale en France et dans la plupart des pays. La surveillance et la prévention du suicide en milieu pénitentiaire ont été inscrites à l'agenda des politiques de santé françaises au début du XXI^e siècle. Cette thèse de santé publique sur les suicides des personnes détenues est organisée en quatre chapitres. Le Chapitre 1 présente une revue de la littérature sur les indicateurs de mesure de fréquence des suicides des personnes détenues et en propose une analyse critique, dans un contexte où le taux d'incidence fait l'objet de critiques récurrentes quant à sa pertinence pour la mesurer. Le Chapitre 2 décrit les caractéristiques sociodémographiques, pénales, carcérales, cliniques et les circonstances du suicide de l'ensemble des 598 personnes détenues décédées par suicide en France sur la période 2017-2021, à partir d'une étude coordonnée par Santé publique France. Cette étude s'appuie sur des données recueillies par l'administration pénitentiaire et par les unités sanitaires via le dossier médical. Le Chapitre 3 recherche des facteurs de risque sociodémographiques, pénaux et carcéraux de suicide au sein d'une cohorte rétrospective d'incarcérations exhaustive à l'échelle nationale sur la période 2017-2020. La cohorte a été construite à partir d'une base de données de la direction de l'administration pénitentiaire et les facteurs de risque ont été recherchés à partir d'analyses de survie. Le Chapitre 4 part de la question des implications des résultats pour la prévention du suicide des personnes détenues pour interroger les principes généraux de la prévention du suicide ainsi que ses spécificités en milieu pénitentiaire. Il documente les justifications générales à la prévention du suicide et interroge les orientations que les fonctions sociales de la prison sont susceptibles de donner à la prévention du suicide.

Abstract

Suicide is a major cause of death among people incarcerated. Its rate is several times higher than that observed in the general population in France and in most other countries. The monitoring and prevention of suicide in prisons was placed on the French health policy agenda at the beginning of the 21st century. This public health thesis on suicides among people incarcerated is organised into four chapters. Chapter 1 presents a literature review on indicators to measure the frequency of suicides by incarcerated persons, and offers a critical analysis, in a context in which the incidence rate is the subject of recurrent criticism as to its relevance for measuring it. Chapter 2 describes the sociodemographic, criminal, prison and clinical characteristics and the circumstances of the suicide of all 598 people incarcerated who died by suicide in France during the period 2017-2021, based on a study coordinated by Santé publique France. This study is based on data collected by the prison administration, as well as by health units via medical records. Chapter 3 investigates sociodemographic, penal and prison risk factors for suicide in a nationwide retrospective cohort of people incarcerated over the period 2017-2020. The cohort was constructed from a database of the Prison Administration and the risk factors were researched using survival analyses. Chapter 4 begins with the question of the implications of the results for suicide prevention among people incarcerated, and examines the general principles of suicide prevention and its specific features in prisons. It documents the general justifications for suicide prevention and examines the orientations that the social functions of the prison are likely to give to suicide prevention.

Table des matières

Remerciements	5
Résumé	9
Abstract	10
Table des tableaux	16
Table des figures	19
Liste des sigles	21
Introduction générale.....	23
I.A. Définitions du suicide.....	25
I.A.1. Aspects théoriques	25
I.A.2. Aspects pratiques	28
I.B. La prison et les personnes détenues.....	36
I.B.1. La justice pénale et l'emprisonnement	36
I.B.2. Les établissements pénitentiaires	40
I.C. Les suicides des personnes détenues : un problème de santé publique.....	43
I.C.1. La construction historique des suicides des personnes détenues comme problème de santé publique	43
I.C.2. Le suicide : un évènement grave et fréquent	57
I.D. Etat des lieux sur les causes de suicide	64
I.D.1. En population générale	66
I.D.2. En population carcérale	75
I.E. Prévention du suicide.....	89
I.E.1. En population générale.....	89
I.E.2. En population carcérale.....	99
I.F. Plan de la thèse.....	116
Chapitre 1 Mesurer la fréquence des suicides des personnes détenues en prison : quels indicateurs pour quels usages ?	119

II.A. Introduction.....	120
II.B. Définitions.....	122
II.B.1. Définitions et règles d'appellation des indicateurs.....	122
II.B.2. Définitions des différents types de durées.....	123
II.C. Revue de la littérature.....	125
II.C.1. Travaux inclus : une grande diversité d'acteurs.....	125
II.C.2. Six indicateurs de la fréquence des suicides.....	128
II.D. Taux de suicide et létalité de la prison par suicide : des indicateurs qui répondent à des objectifs de mesure.....	137
II.D.1. De la définition d'objectifs de mesure au choix des indicateurs.....	138
II.D.2. Formules mathématiques et disponibilité des données pour le calcul du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide.....	142
II.E. Discussion des indicateurs relevés dans la littérature.....	149
II.E.1. Taux de suicide.....	149
II.E.2. Ratio de suicides sur les entrées.....	153
II.E.3. Proportion de suicides parmi la file active.....	155
II.E.4. Ratio de suicides selon Winfree.....	157
II.E.5. Ratio de suicides selon Gallagher et al.....	158
II.E.6. Ratio de suicides selon Hawton, Fazel et al.....	162
II.F. Exemples d'usages comparés du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide.....	165
II.F.1. Etude cas-témoin sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues..	165
II.F.2. Evolution de la fréquence des suicides des personnes détenues en France.....	175
II.G. Discussion générale et conclusion.....	188
II.G.1. Le taux de suicide reste la référence même en prison.....	188
II.G.2. La létalité de la prison par suicide permet de répondre à des objectifs de mesure non couverts par le taux de suicide.....	189
II.G.3. Vers la prise en compte des trajectoires de vie ?.....	190

II.G.4. Généralisabilité à d'autres environnements que la prison.....	193
II.G.5. Conclusion.....	193
Chapitre 2 Etude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées en France 2017-2021.....	195
III.A. Introduction.....	196
III.B. Matériel et méthodes.....	199
III.B.1. Population et données.....	199
III.B.2. Présentation des variables étudiées	202
III.B.3. Méthodes d'analyse.....	211
III.B.4. Aspects éthiques.....	220
III.C. Résultats.....	221
III.C.1. Cas inclus dans l'étude.....	221
III.C.2. Analyses internes à l'étude.....	223
III.C.3. Comparaisons avec des données externes à l'étude	259
III.D. Discussion.....	266
III.D.1. Rappel des principaux résultats.....	266
III.D.2. Caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide.....	267
III.D.3. Circonstances du suicide	271
III.D.4 Evolution des caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide en lien avec la pandémie à SARS-CoV2	278
III.D.5. Personnes détenues et personnes écrouées non détenues décédées par suicide.	281
III.D.6. Taux de suicide en prison et en population générale	283
III.D.7. Forces et limites de l'étude	284
III.D.8. Conclusion	287
Chapitre 3 Les facteurs de risque de suicide des personnes détenues : une étude de cohorte rétrospective nationale 2017-2020	289
IV.A. Introduction	290
IV.B. Matériel et méthodes.....	293

IV.B.1. Population et données	293
IV.B.2. Présentation des variables étudiées	295
IV.B.3. Méthodes d'analyse.....	299
IV.B.4. Aspects éthiques.....	311
IV.C. Résultats.....	312
IV.C.1. Diagramme de flux de l'étude.....	312
IV.C.2. Description de la population étudiée.....	313
IV.C.3. Taux de suicide	320
IV.C.4. Analyse de survie bivariable	323
IV.C.5. Analyse de survie multivariable.....	326
IV.D. Discussion.....	338
IV.D.1. Principaux résultats.....	338
IV.D.2. Facteurs sociodémographiques	339
IV.D.3. Le choc carcéral	344
IV.D.4. Encellulement individuel	348
IV.D.5. Surpopulation.....	353
IV.D.6. Quartier disciplinaire	359
IV.D.7. Quartier d'isolement	367
IV.D.8. Condamnations	368
IV.D.9. Transfert.....	370
IV.D.10 Forces et limites de l'étude	371
IV.D.11. Conclusion	379
Chapitre 4 Enjeux associés à la prévention du suicide des personnes détenues	381
V.A. Introduction.....	382
V.B. Les objectifs généraux de la prévention du suicide	386
V.B.1. Le suicide entre cause de décès et indicateur de santé mentale	386
V.B.2. Les fondements de la prévention du suicide	391

V.C. Les politiques de prévention du suicide des personnes détenues à l'épreuve des fonctions sociales de la prison.....	417
V.C.1. Fonctions sociales de la prison, mort volontaire et santé mentale	417
V.C.2. Formes et perspectives de la prévention du suicide des personnes détenues	433
V.D. Conclusion	456
Conclusion générale	457
Références	464
Annexe 1 Eléments de caractérisation du système pénal et carcéral français.....	505
Annexe 2 Résumés des travaux qui abordent la question des indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues.....	519
Annexe 3 Questionnaire envoyé aux unités sanitaires en cas de suicide	559
Annexe 4 Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018 ..	563
Annexe 5 Risk factors of suicide in prisons: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020.....	585
Annexe 6 Suicide following a conviction, solitary confinement or transfer in people incarcerated: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020	603
Annexe 7 Eléments de contexte en lien avec la publication du décret de 2019 modifiant le régime disciplinaire des personnes détenues.....	621

Table des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des études qui ont eu recours à un modèle d'analyse multivarié pour rechercher des facteurs de risque de suicide chez les personnes détenues.....	82
Tableau 2. Mesures directes de prévention des suicides des personnes détenues par l'administration pénitentiaire.....	103
Tableau 3. Les trois niveaux de prise en charge sanitaire des personnes détenues.....	112
Tableau 4. Listes des travaux inclus sur les indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues.....	126
Tableau 5. Indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues recensés dans la littérature.....	128
Tableau 6. Application de deux méthodes de mesure de la fréquence des suicides sur un exemple fictif.....	141
Tableau 7. Différentes mesures et estimations du nombre de sorties de prison.....	145
Tableau 8. Proportion de suicides parmi la file active et autres indicateurs pour la population carcérale française de 2017 à 2019 (données réelles).....	157
Tableau 9. Répartition des sujets de l'étude selon le suicide et l'exposition.....	166
Tableau 10. Répartition des sujets de l'étude selon le suicide et l'infraction ; témoins recrutés parmi les personnes présentes en prison.....	171
Tableau 11. Répartition des sujets de l'étude selon le suicide et l'infraction, témoins recrutés parmi les entrées en prison.....	172
Tableau 12. Comparaison des taux de suicide des hommes détenus en 1956-1965 et 2018-2019 par standardisation directe sur l'âge.....	182
Tableau 13. Variables évaluées pour quatre des analyses internes à l'étude.....	214
Tableau 14. Participation des USMP à l'étude par année.....	223
Tableau 15. Participation des USMP selon le délai entre le suicide et la première sollicitation par SpF.....	223
Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques des personnes écrouées.....	224
Tableau 17. Caractéristiques pénales des personnes écrouées.....	226
Tableau 18. Caractéristiques carcérales des personnes détenues.....	227
Tableau 19. Moment du suicide.....	228
Tableau 20. Lieu du suicide.....	232
Tableau 21. Méthode de suicide.....	234

Tableau 22. Autres circonstances du suicide	235
Tableau 23. Caractéristiques cliniques des personnes détenues (n = 467).....	236
Tableau 24. Comparaison de l'état de santé avant et pendant l'incarcération (n=414)a	244
Tableau 25. Caractéristiques des personnes détenues qui présentent une évolution significative en lien avec la pandémie à SARS-CoV2, données DAP.....	245
Tableau 26. Caractéristiques des personnes détenues associées au délai entre l'entrée en prison et le suicide, données DAP.....	249
Tableau 27. Caractéristiques des personnes détenues associées au délai entre l'entrée en prison et le suicide, données DAP.....	251
Tableau 28. Caractéristiques des personnes détenues associées au suicide au quartier disciplinaire, données DAP.....	254
Tableau 29. Caractéristiques des personnes détenues associées au suicide au quartier disciplinaire, données cliniques.....	258
Tableau 30. Comparaison des motifs de placement au quartier disciplinaire selon la survenue d'un suicide, 2017-2020.....	260
Tableau 31. Taux de suicide.....	261
Tableau 32. Létalité de l'écrou par suicide	262
Tableau 33. Comparaison brute des taux de suicide en prison et en population générale.....	262
Tableau 34. Comparaison des taux de suicide en prison et en population générale standardisée sur le genre	263
Tableau 35. Comparaison des taux de suicide en populations carcérale et générale par genre	263
Tableau 36. Distribution des populations carcérale et générale par âge, selon le genre.....	264
Tableau 37. Comparaison des taux de suicide en prison et en population générale par genre, standardisée sur l'âge	265
Tableau 38. Comparaison de la fréquence des troubles psychiatriques des cas de suicide avec l'ensemble de la population carcérale	268
Tableau 39; Distribution des personnes-années selon le nombre de variables d'intérêt avec données manquantes (PA = 259 918).....	303
Tableau 40. Fréquence des données manquantes par variable.....	303
Tableau 41. Durées de suivi individuel et durées de détention, en mois	313
Tableau 42. Caractéristiques des incarcérations recueillies à l'entrée (n = 358 522)	314
Tableau 43. Caractéristiques avec recueils multiples au cours de l'incarcération (n = 358 522)	316

Tableau 44. Trajectoires individuelles observées selon la catégorie pénale et le type d'établissement.....	317
Tableau 45. Fréquence des évènements étudiés chez les personnes incarcérées	318
Tableau 46. Durées observées des placements au QD et au QI en jours	319
Tableau 47. Taux de suicide relatifs aux évènements d'intérêts pendant la détention (n = 358 522).....	322
Tableau 48. Analyse de survie bivariable, hors évènements (n = 358 522).....	324
Tableau 49. Analyse de survie bivariable, évènements (n = 358 522).....	325
Tableau 50. Analyse de survie multivariable hors évènements : M1 (n = 358 522).....	327
Tableau 51. Interactions, analyse de survie trivariable (n = 358 522)	328
Tableau 52. Interactions, analyse de survie multivariable (n = 358 522)	329
Tableau 53. Focus sur l'association entre surpopulation et suicide et sur ses facteurs modulateurs (n = 358 522)	335
Tableau 54. Analyse de survie multivariable relative aux évènements : M6 et M7 (n = 358 522)	336
Tableau 55. Etudes sur les suicides au quartier disciplinaire en France	360
Tableau 56. Les justifications à l'empêchement de la mort volontaire.....	415

Table des figures

Figure 1. Les suicides en population générale à l'épreuve du système de production des statistiques de suicide	29
Figure 2. Les suicides en population carcérale à l'épreuve du système de production des statistiques de suicide	33
Figure 3. Personnes placées sous main de justice au 1er janvier 2024	39
Figure 4. Principaux lieux de privation de liberté en France	40
Figure 5. Evolution du taux de suicide en prison et parmi les hommes de 15-59 ans de la population générale entre 1960 et 2008 d'après G. Duthé et al.	62
Figure 6. Modèle développemental du risque de suicide.	74
Figure 7. Exemple fictif de suivi de deux personnes dans le cadre d'une étude sur l'année 2021	124
Figure 8. Evolution du nombre d'entrées en prison, de la durée moyenne d'incarcération (en mois) et de la population carcérale moyenne entre 1953 et 2021 en France	178
Figure 9. Evolution du nombre de suicides, du taux de suicide (pour 10 000 PA) et de la létalité par suicide (pour 10 000 personnes) entre 1953 en 2021 en France	179
Figure 10. Circuit de recueil des données de l'étude	201
Figure 11. Caractéristiques étudiées dans l'étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées.....	203
Figure 12. Diagramme de Flux de l'étude.....	222
Figure 13. Distribution des suicides selon le jour de la semaine	230
Figure 14. Distribution des suicides selon l'heure de la journée	231
Figure 15. Modélisation des variables d'évènement.....	301
Figure 16. Distribution des suicides dans le mois qui suit chaque type d'évènement	302
Figure 17. Rupture de l'hypothèse des risques proportionnels pour le jour du placement au quartier disciplinaire et modélisation alternative	309
Figure 18. Diagramme de flux de l'étude	312
Figure 19. Distribution des durées de suivi individuel et des durées de détention sur les 50 premiers mois	313
Figure 20. Durées observées au QD et au QI.....	319
Figure 21. Nombre de suicides survenus chaque jour au cours des trois premiers mois	321

Figure 22. Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque infraction, analyse multivariable (n = 358 522).....	330
Figure 23. Association entre suicide et infraction séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522).....	331
Figure 24. Association entre suicide et stade d'incarcération, selon la surpopulation, analyse multivariable (n = 358 522).....	332
Figure 25. Association entre suicide et surpopulation, séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522).....	333
Figure 26. Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque genre, analyse multivariable (n = 358 522).....	334
Figure 27. Association entre suicide et genre, séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522).....	334

Liste des sigles

ARS	Agence régionale de santé
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CIM	Classification internationale des maladies
ConvEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CProU	Cellule de protection d'urgence
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DPU	Dotation de protection d'urgence
EPSNF	Etablissement public de santé national de Fresnes
F2RSM Psy	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France
GENESIS	Gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité
GIP	Groupe d'information sur les prisons
HCSP	Haut conseil de santé publique
HR	Hazard ratio
IC	Intervalle de confiance
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGJ	Inspection générale de la justice
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
OIP	Observatoire international des prisons – section française
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONS	Observatoire national du suicide
ONU	Organisation des nations unies
PA	Personne-année
PPI	Plan de protection individualisé

PPSMJ	Personnes placées sous main de justice
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMR	Standardized mortality ratio
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UNPS	Union nationale pour la prévention du suicide
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Introduction générale

L'introduction de cette thèse s'efforce de satisfaire cinq ambitions. La première est de définir le sujet étudié. A cette fin, je vais m'appliquer à situer la conception du suicide mobilisée dans ce travail et à caractériser ce qu'on appelle la prison. La seconde ambition est de déterminer en quoi les suicides des personnes détenues sont un problème de santé publique. Il s'agit à la fois de rapporter les processus qui ont contribué à faire émerger cette problématique en santé publique et de la justifier en tant qu'objet de recherche de ce travail. La troisième ambition est de rendre compte des connaissances existantes sur les modèles explicatifs et des facteurs de risque des suicides des personnes détenues, via une revue de littérature. La quatrième est de présenter les mesures existantes mises en œuvre par les autorités et la société civile pour prévenir ces suicides. Enfin, la dernière ambition de cette introduction est d'exposer les différentes contributions de ce travail à cette thématique de recherche.

I.A. Définitions du suicide

« *Il y en a un autre, immense, qui a été peut-être le suicidé le plus représenté de toute la peinture, c'est ? Le Christ !* » (1). C'est en ces termes que le chercheur en droit J.L. Romanens interpelle le public au cours de son intervention en 2022 au cours du colloque *Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle* (1). De nombreuses définitions du suicide ont été proposées – voir par exemple le mémoire de criminologie de J.L. Bernheim (2) – et la mort de Jésus Christ telle qu'elle est rapportée dans la religion chrétienne fait partie des nombreux cas limites qui, selon les définitions, peuvent être classés ou non parmi les suicides. L'approche du suicide mobilisée dans cette thèse doit donc être précisée.

L'enjeu de cette démarche consiste, non pas à porter un jugement sur la pertinence des différentes définitions du suicide, mais à expliciter la conception du suicide qui se cache derrière les statistiques mobilisées tout au long de ce travail. Pour cette raison, je vais distinguer une dimension théorique, qui repose sur les définitions proprement dites, et une dimension pratique, qui renvoie aux systèmes d'information et aux acteurs impliqués dans la définition des cas de suicide. Par ailleurs, bien qu'en théorie la définition du suicide ne dépend pas de la situation administrative des individus, il est possible qu'un décès classé comme suicide dans les statistiques en population générale ne le soit pas dans celles relatives aux personnes détenues, et vice versa. Je vais donc introduire une seconde distinction entre population générale et prison.

I.A.1. Aspects théoriques

I.A.1.a. En population générale

Comme la question du suicide se pose classiquement à l'occasion d'un décès, la question de la définition statistique du suicide rejoint celle de la méthode de classification des décès : c'est à partir de l'analyse des causes de décès que sont élaborées les statistiques de suicide en population générale. La France a adopté à cet effet, avec environ 120 autres pays (3), la classification internationale des maladies (CIM), élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), agence chargée des questions de santé publique au sein de l'Organisation des Nations Unies (ONU). On peut donc retenir comme référence théorique pour la définition

statistique du suicide en population générale le binôme suivant : définition du suicide selon l'OMS / codes de la CIM relatifs au suicide.

La définition du suicide proposée par l'OMS en 2014 est assez succincte : « *le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort* » (4). En plus du décès, elle ajoute deux critères pour caractériser le suicide : le fait que ce décès ait été recherché par la personne décédée (« *délibérément* ») et qu'elle en soit à l'origine (« *se* »). La version de la CIM en vigueur sur la période couverte par ce travail est la 10^e révision (CIM-10) (5). Les codes qui conduisent à classer un décès en suicide se trouvent dans la rubrique « *lésions auto-infligées* » (« *Intentional self-harm* » en anglais) du chapitre XX sur les causes externes de morbidité et de mortalité. Ils sont au nombre de 25 et leur intitulé est introduit par la mention « *auto-intoxication* » ou « *lésion auto-infligée* », suivie de précisions sur la méthode employée. Un code supplémentaire permet de tenir compte des décès consécutifs aux séquelles d'une lésion auto-infligée. Ces codes excluent les accidents et les événements dont l'intention n'est pas déterminée.

A ce stade, on peut déjà relever une contradiction entre la définition du suicide selon l'OMS et le contenu de la CIM-10. De la même manière que le Code pénal fait une distinction entre l'homicide volontaire et les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, on peut distinguer la mort volontaire de l'auto-agression volontaire ayant entraîné une mort accidentelle. En l'absence de décès, cela correspond à la distinction entre tentative de suicide et automutilation. Alors que la définition de l'OMS, en situant l'intention au niveau du décès, fait cette distinction et exclut de la définition du suicide les morts accidentelles consécutives à une auto-agression volontaire, la CIM-10, en situant l'intention exclusivement au niveau de la lésion, y renonce et classe cette situation parmi les suicides. Ce renoncement s'applique aussi à la distinction entre tentative de suicide et automutilation et est justifié par l'OMS par les difficultés pratiques à évaluer l'intention suicidaire (4). Une des conséquences pratiques du périmètre des codes de la CIM-10 est l'inclusion dans les statistiques de suicide des décès consécutifs à des gestes auto-agressifs caractérisés par une intention mal définie, par une intention ambivalente et par une incertitude sur son issue, qui sont des situations difficiles à classer à partir de la seule définition de l'OMS.

Un autre aspect de la définition du suicide selon la CIM est son caractère évolutif. La CIM-10 devrait être remplacée par la CIM-11 (6) au cours des prochaines années, pour la classification des décès en France et ailleurs. La CIM-11 contient 86 codes qui classent un décès en suicide, à l'exclusion des codes ascendants. Ces codes restent regroupés dans la rubrique « *lésions auto-*

infligées » et classés selon la méthode employée. Une des nouveautés est de faire une place plus explicite et plus importante aux lésions qui résultent de comportements consistant à s'abstenir de faire des actions nécessaires pour (sur)vivre. Par exemple, alors que la CIM-10 ne proposait pas de code bien identifié pour la grève de la faim, la CIM-11 comprend le code PD27 « *Préjudice autoinfligé par manque de nourriture* » qui conduit à la classer comme suicide en cas de décès.

D'autres spécificités de la vision du suicide selon l'OMS peuvent être relevées en la comparant avec une autre définition célèbre, proposée par le sociologue E. Durkheim en 1897 : « *on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* » (7)¹. Le caractère potentiellement indirect du lien entre l'acte de la personne qui œuvre à sa propre mort et le décès qui s'ensuit est illustré par E. Durkheim par le cas d'une personne qui commet un crime puni de la peine de mort. On peut également citer l'exemple plus contemporain de l'euthanasie. Dans ces deux cas, le décès est l'aboutissement d'un enchaînement d'évènements initié par la personne décédée et clôturé par l'intervention d'un tiers. Ce type de situation est hors du champ de la définition de la CIM, qui considère qu'un acte réalisé volontairement par une personne ne peut conduire à classer un décès en suicide que si cet acte a directement précédé la mort. La notion d'acte « négatif » correspond aux situations d'abstention évoquées au paragraphe précédent. Par ailleurs, la définition du suicide d'E. Durkheim exige d'agir en connaissance de cause. E. Durkheim justifie ce critère par sa volonté d'englober à la fois « *la mort [...] simplement acceptée comme une condition regrettable, mais inévitable, du but où l'on tend [et la mort] expressément voulue et recherchée pour elle-même* » (7)². Si la définition de l'OMS n'est pas explicite sur ce point, les codes de la CIM englobent à la fois la mort comme une fin, et la mort comme un moyen, par exemple pour échapper à une souffrance.

Pour terminer, notons que le langage médical comprend plusieurs termes dérivés du mot « suicide », qu'on peut préciser ici. Le terme « suicidé » désigne une personne décédée par suicide. Le terme « suicidant » désigne une personne ayant fait une tentative de suicide récemment. Le terme « suicidaire » désigne une personne ayant des idées suicidaires.

¹ Page 23

² Page 22

I.A.1.b. En prison

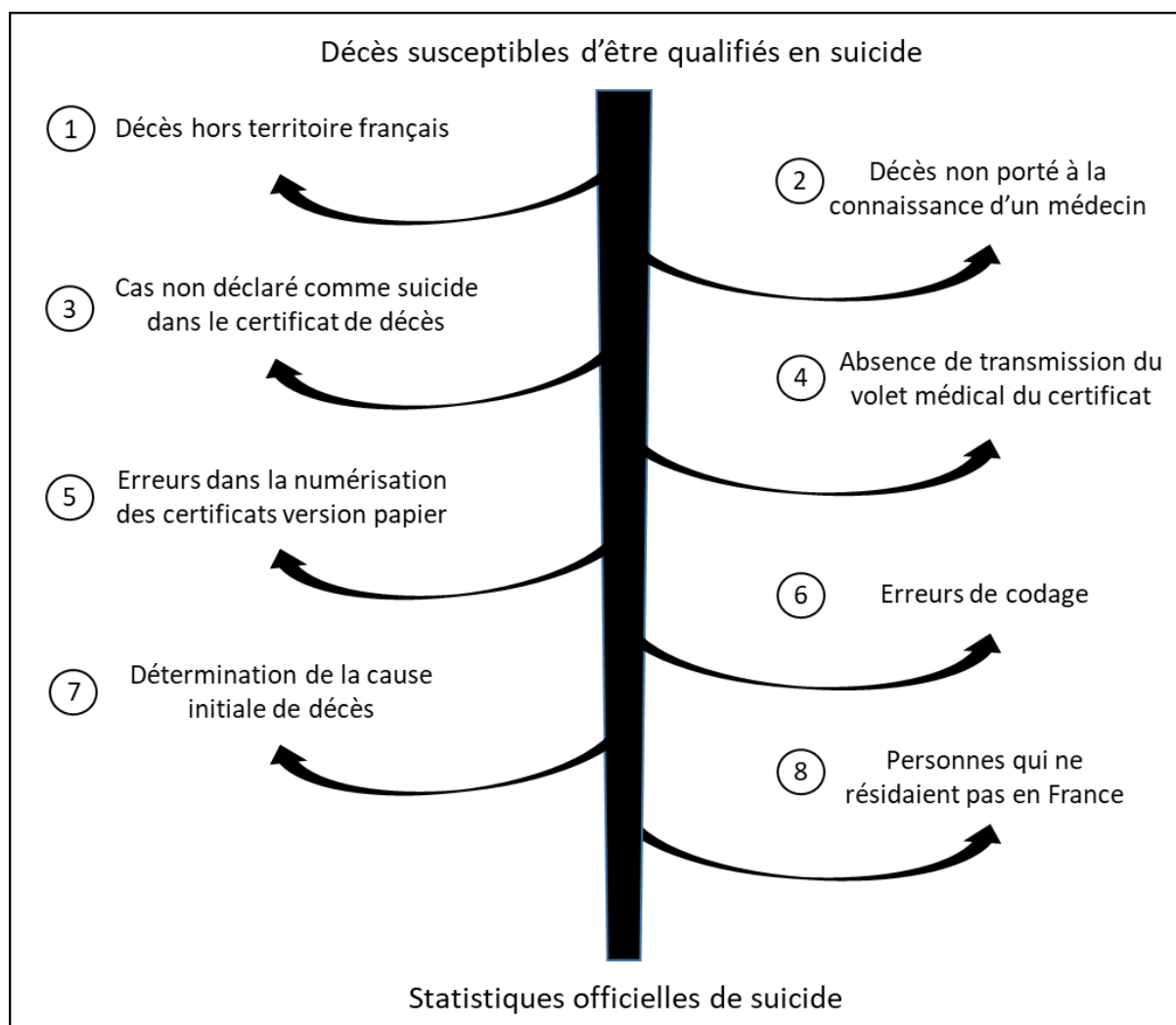
En France, les suicides des personnes détenues sont inclus dans les statistiques de suicide en population générale mais il n'est pas possible de les identifier de manière spécifique. Les statistiques disponibles pour les personnes détenues sont produites exclusivement par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la justice. Par conséquent, on peut considérer que la référence théorique pour la définition statistique des suicides des personnes détenues est à rechercher du côté du ministère de la justice. Ce dernier a co-écrit, avec le ministère de la santé, un guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), qui donne une définition du suicide équivalente à celle de l'OMS : « *acte auto-infligé avec intention de mourir dont résulte la mort* » (8).

I.A.2. Aspects pratiques

I.A.2.a. En population générale

Les statistiques de décès en population générale sont produites par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) (9), qui est une unité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). En pratique, le suicide en population générale peut donc être défini par tout cas établi comme tel par le CépiDc. S'il met en œuvre, en étroite collaboration avec l'OMS, des méthodes de traitement de l'information dans le but d'obtenir des productions statistiques conformes avec la définition du suicide selon l'OMS, il est aussi dépendant des informations qu'il reçoit. De cette manière, on peut concevoir les statistiques de suicide comme une agrégation de cas qui ont traversé avec succès un certain nombre de filtres qui peuvent avoir différents effets : convergence avec la définition de l'OMS mais aussi définition d'un périmètre de mesure, notamment géographique, perte d'exhaustivité ou même production d'incertitude sur la définition du suicide. J'identifie ainsi huit filtres, dont la plupart ont été présentés par des membres du CépiDc dans le quatrième rapport de l'Observatoire National du Suicide (ONS) publié en 2020 (10) ([Figure 1](#)).

Figure 1. Les suicides en population générale à l'épreuve du système de production des statistiques de suicide



Note : depuis 2017 (11), en cas d'obstacle médico-légal déclaré à l'étape 3, un volet médical complémentaire est en principe rédigé à la suite d'une enquête médico-légale et suit un parcours similaire au volet médical initial.

Le premier filtre correspond à la délimitation d'un périmètre géographique de déploiement du système d'information sur les causes de décès. Sont inclus les décès qui surviennent sur le territoire français, en métropole, dans les départements d'outre-mer et certaines collectivités d'outre-mer. Cela implique, entre autres, que sont exclues les personnes qui se rendent à l'étranger pour obtenir une aide institutionnalisée au suicide et notamment en Suisse où le suicide assisté est autorisé par la loi. Les personnes qui se rendent en Belgique pour obtenir une aide à mourir ne sont pas concernées par la définition du suicide retenue pour la production de statistiques, qui exclut l'euthanasie.

Une deuxième condition pour figurer dans les statistiques de suicide est de porter le décès à la connaissance d'un-e médecin, afin qu'il ou elle rédige un certificat de décès. Cette démarche est soutenue par la loi, qui impose la mise en bière aussi bien pour l'inhumation que pour la crémation et interdit de fermer le cercueil en l'absence de certificat de décès (12,13).

Un troisième filtre est constitué par la déclaration des médecins³ dans le volet médical du certificat de décès. Pour la majorité des suicides recensés, le décès est constaté au domicile privé (15). Entre autres, l'information transmise par le ou la médecin dépend des informations dont il ou elle dispose sur la cause du décès, de sa conception du suicide, du remplissage effectif du volet médical du certificat, des informations qu'il ou elle pense devoir transmettre et de celles qu'il ou elle veut bien communiquer. Le ou la médecin certificateur-trice n'est pas toujours en mesure de déterminer la cause du décès. Par exemple, dans le cas des suicides assistés clandestins accompagnés par l'association Ultime Liberté, les protagonistes appliquent des procédures destinées à maquiller le suicide en mort naturelle (16)⁴.

En cas de décès dans des conditions suspectes, violentes ou inconnues, le ou la médecin certificateur-trice est incité-e à indiquer la présence d'un obstacle médico-légal, ce qui permet le déclenchement d'investigations supplémentaires sous l'autorité de la justice, qui contribuent à préciser la cause du décès (17). Un volet médical complémentaire sera alors en principe rédigé par un-e médecin légiste à l'issue de l'enquête. En pratique, l'obstacle médico-légal n'est signalé que pour une partie des suicides (18,19).

Par ailleurs, la conception du suicide du ou de la médecin certificateur-trice a un poids important dans la définition statistique du suicide : lorsqu'il ou elle estime être en présence d'un suicide, le ou la médecin écrit souvent le mot « suicide » dans le certificat et peut également cocher, depuis la nouvelle version du certificat entrée en vigueur en 2018 (17), la case « suicide » dans l'encadré correspondant aux circonstances de décès. La définition du suicide est laissée à la discrétion du ou de la médecin et ce qu'il ou elle indique comme suicide sera reporté comme tel dans les statistiques de décès. Enfin, d'après le CépiDc, « *le médecin n'est pas toujours conscient de l'intérêt de préciser s'il s'agit d'un homicide, d'un suicide ou d'un accident* » (10), tandis que les médecins peuvent être réticents à indiquer l'origine suicidaire d'un décès. Par exemple, le président de l'association Soins aux professionnels de santé E. Henry rapporte que « *les déclarations des médecins généralistes dont je fais partie en termes de suicide (ceux qui*

³ Depuis décembre 2023, le personnel infirmier est habilité à remplir les certificats de décès, à titre expérimental et sous certaines conditions qui excluent entre autres les décès à caractère violent ou suspect (14)

⁴ Page 190

remplissent un grand nombre de certificats de décès faits au domicile des patients) sont souvent fausses ou erronées. Pourquoi ? Parce que le système assurantiel de prévoyance ou de couverture des prêts met largement en difficulté les familles françaises victimes du suicide d'un des leurs. Le médecin, empathique et bienveillant ne cherche surtout pas à nuire à ces familles durement endeuillées » (20). Actuellement, la loi française indique notamment que l'assurance-vie doit exclure les suicides survenus au cours de la première année de contrat (21).

Un quatrième filtre correspond à la transmission du certificat de décès. Dans sa version papier, qui correspond à environ 65% des certificats reçus en 2022 (22), elle mobilise, en plus du ou de la médecin certificateur-trice et du CépiDc, les agences régionales de santé (ARS) et le prestataire chargé de la numérisation des certificats. Une partie des certificats, dont des suicides, ne sont pas transmis au CépiDc par les ARS et les médecins exerçant en institut médico-légal (10). La version électronique des certificats, en cours de déploiement depuis 2014, permet, quant à elle, la transmission directe du volet médical du certificat par le médecin au CépiDc. Depuis le 1^{er} juin 2022, les établissements de santé et médico-sociaux ont l'obligation de produire les certificats de décès par voie électronique lorsque c'est possible (23).

Un cinquième filtre est situé au niveau de la numérisation des certificats papier par le prestataire. Elle peut rencontrer des difficultés de lecture de l'écriture manuscrite des médecins certificateurs-trices et peut générer des erreurs de saisie.

Une sixième étape correspond à la traduction du texte du certificat en codes de la CIM, avec des méthodes de codage de plus en plus automatisées. Cela nécessite de disposer d'informations suffisamment précises. Lorsque ce n'est pas le cas et selon les moyens dont dispose le CépiDc, il envoie un courrier au ou à la médecin certificateur-trice avec une demande d'informations complémentaires. Seule une partie des médecins y répond, ce qui a toutefois permis selon les années d'identifier jusqu'à 5% de suicides supplémentaires (10).

Un septième filtre correspond à la hiérarchisation des causes de décès, qui permet de déterminer, en cas de causes multiples, celle qui sera présentée dans les statistiques officielles de décès. La règle qui prévaut pour le suicide, formulée par l'OMS et commune à l'ensemble des pays qui utilisent la CIM, est qu'il est prioritaire sur les autres causes de décès. En théorie, cette étape ne devrait donc pas impacter les effectifs de suicide présentés dans les statistiques officielles.

Le périmètre de publication des statistiques de suicide population générale française peut être considéré comme un huitième et dernier filtre à la définition statistique du suicide. Les

statistiques produites par le CépiDc concernent uniquement les personnes qui résident en France.

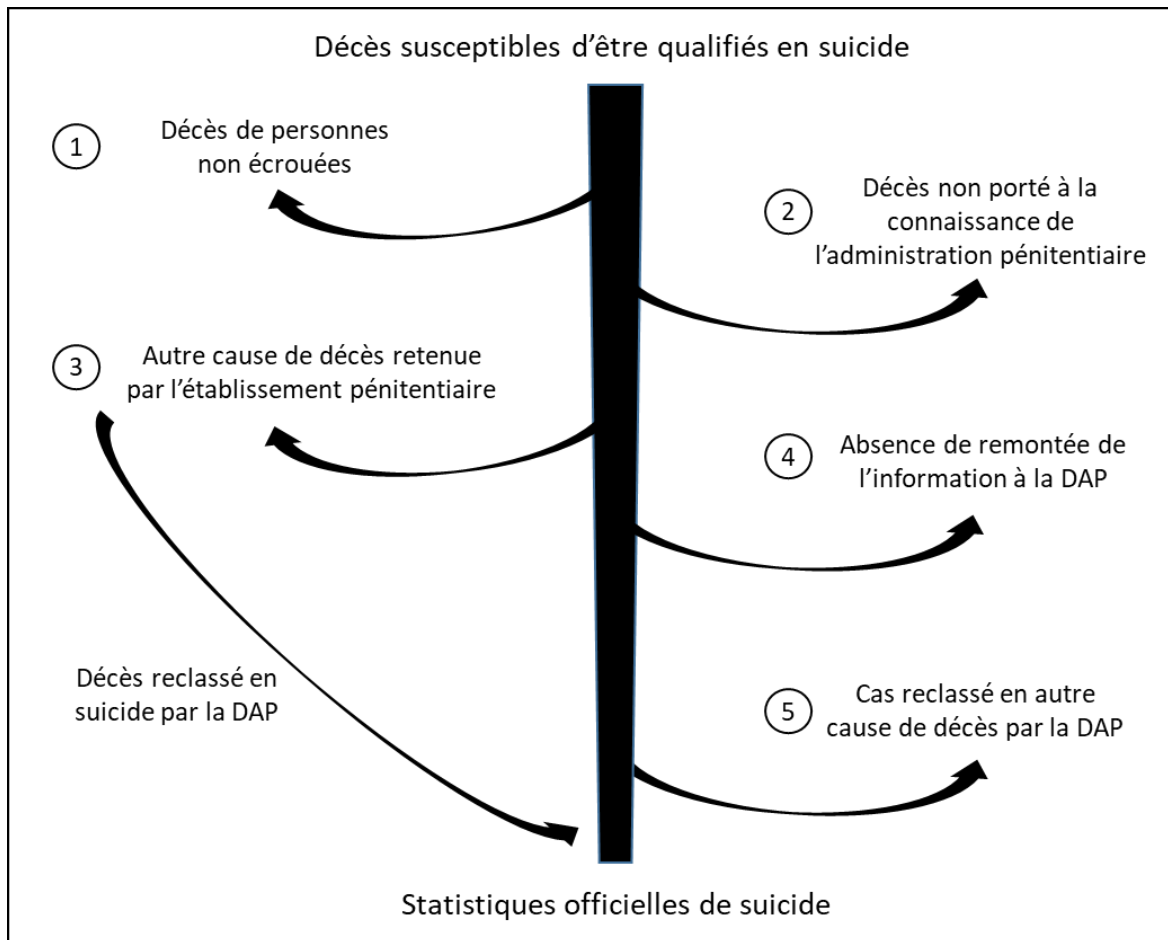
Pour terminer, notons que la version du certificat de décès introduite en 2018 a ajouté la mention « Etablissement pénitentiaire » parmi les lieux possibles du décès. L'exploitation de cette mention pourrait permettre une approximation du nombre de suicides de personnes détenues à partir des statistiques de décès dans les années à venir si elle était renseignée systématiquement. Elle a toutefois un périmètre un peu différent, qui a priori exclut les décès par suicide de personnes détenues constatés en dehors des murs de la prison et inclut les décès par suicide sur leur lieu de travail des personnels exerçant en prison.

1.A.2.b. En prison

Le système de production de statistiques sur les suicides des personnes détenues est moins bien documenté que celui en population générale. Il n'est que partiellement commun avec celui relatif aux autres causes de décès des personnes détenues. Les informations dont je dispose à ce sujet regroupent les éléments méthodologiques des publications de la DAP relatives aux suicides, des textes réglementaires et les éléments transmis par le département des politiques sociales et des partenariats de la DAP, en charge du suivi et de la prévention des suicides des personnes écrouées. Je vais m'efforcer de remobiliser la notion de filtres pour en rendre compte.

On peut reprendre ici comme premier filtre le périmètre du déploiement du système d'information qui s'étend aux personnes écrouées ([Figure 2](#)). Les personnes écrouées sont une population un peu plus large que les personnes détenues, qui les englobe et qui sera définie plus loin. Par principe, un suicide est comptabilisé dès lors que la personne était formellement écrouée au moment de l'acte suicidaire à l'origine du décès. Par exemple, une personne détenue qui décède par suicide à l'occasion d'une permission de sortie, à son domicile privé ou ailleurs, sera incluse.

Figure 2. Les suicides en population carcérale à l'épreuve du système de production des statistiques de suicide



DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

Il faut ensuite que le décès soit porté à la connaissance d'un personnel de l'administration pénitentiaire. En principe, cela ne pose pas de difficulté au vu de la situation captive de la population détenue. Cependant, dans certains cas, une personne hospitalisée suite à un acte suicidaire pendant sa détention peut décéder à l'hôpital après qu'un juge ait prononcé une suspension de peine ou après sa date de fin de peine. Cela complique le suivi de son état de santé par l'administration pénitentiaire, qui s'efforce de s'enquérir auprès des hôpitaux du devenir des personnes dans ce genre de situation, sans garantie d'exhaustivité.

Un troisième filtre réside dans les informations transmises par l'établissement pénitentiaire où était écrouée la personne décédée. Une fois le décès constaté par un médecin, pour la comptabilisation des décès en milieu pénitentiaire, c'est au personnel de l'administration pénitentiaire de l'établissement qu'il incombe, en première intention, de déterminer la cause du

décès. De la même manière qu'en population générale, on peut considérer que l'information transmise par l'établissement dépend notamment des informations qu'il arrive à rassembler sur la cause du décès dans les délais qui lui sont impartis, de sa conception du suicide, de ce qu'il pense qu'il est attendu de lui et des informations qu'il est disposé à communiquer. La détermination de la cause du décès repose principalement sur les circonstances apparentes du décès et sur des témoignages. L'administration pénitentiaire n'est pas habilitée à prendre connaissance du contenu du volet médical du certificat de décès, qui est confidentiel. Une autre source d'information pourrait être l'enquête médico-légale. Elle est systématiquement ouverte suite au signalement obligatoire du décès aux autorités judiciaires par le chef de l'établissement pénitentiaire, en tant qu'incident grave (24,25), qui vient doubler l'incitation du médecin à indiquer un obstacle médico-légal sur le certificat de décès, en tant que mort à caractère violent ou suspecte (17). Cependant, elle est menée dans des délais incompatibles avec les attentes de l'administration centrale, qui demande, en cas de suicide, à en être informée le plus rapidement possible (26). Par ailleurs, un malentendu sur la nature de l'information à transmettre est peu probable, dans la mesure où le suicide représente un sujet de préoccupation de longue date pour l'administration pénitentiaire (27–29) et où des consignes de compte rendu ont été formulées par l'administration centrale spécifiquement pour les suicides.

La centralisation des informations à la DAP, qu'on peut appréhender comme un quatrième filtre, se fait principalement par voie électronique. Le suicide doit être annoncé, par téléphone ou par voie électronique, par l'établissement à la direction interrégionale des services pénitentiaires, qui doit transmettre l'information à son tour à la DAP dans les plus brefs délais. A la DAP, l'information est réceptionnée par un service de permanence chargé de centraliser l'ensemble des événements, organisé par la sous-direction de la sécurité pénitentiaire et à laquelle participent l'ensemble des services. Deux séries de documents venant préciser un certain nombre d'informations dont les circonstances du décès doivent ensuite être transmis, la première dans un délai de 12h pour les jours ouvrables et avant 11h du premier jour ouvrable suivant pour les autres jours, et la seconde dans un délai de 8 jours (26). Du fait du caractère relativement direct et multiple des transmissions d'informations, définies dans une note du directeur de l'administration pénitentiaire, il est peu probable que cette étape de centralisation des informations ait un impact sur le recensement des suicides.

Le traitement des informations à la DAP peut être considéré comme un cinquième filtre. Ces dernières décennies, différents services ont eu la charge de ce traitement, à la suite de différentes restructurations de la DAP. Le suivi statistique des suicides des personnes écrouées est assuré

par le bureau de la gestion de la détention, situé dans la sous-direction de la sécurité pénitentiaire, a minima depuis la fin des années 1990 (30). Deux sources de recensement des suicides cohabitent à la DAP depuis 2010 : le bureau de la gestion de la détention et 1) de 2010 à 2015 : la mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral ; 2) de 2015 à 2019 : le bureau des pratiques professionnelles et de la sécurité, situé dans la sous-direction des métiers ; 3) depuis 2019 : le pôle santé du département des politiques sociales et des partenariats, situé dans la sous-direction de l'insertion et de la probation. Aujourd'hui, le département des politiques sociales et des partenariats comptabilise l'ensemble des suicides des personnes écrouées au moment de l'acte suicidaire et coordonne la prévention du suicide. Le bureau de gestion de la détention comptabilise quant à lui les décès par suicide consécutifs à un passage à l'acte en détention et a également la charge exclusive de la réception et du traitement des données relatives aux autres causes de décès et aux tentatives de suicide.

Les pratiques de consolidation des données ont également évolué ces dernières années. Jusqu'au début des années 2010, le bureau de gestion de la détention s'enquerrait systématiquement auprès du procureur de la République des résultats de l'enquête médico-légale pour tous les décès de personne détenue, ce qui permettait de corriger des erreurs et de diminuer les décès de cause indéterminée. Depuis le milieu des années 2010, seuls les cas de décès qualifiés de « litigieux », pour lesquels l'origine suicidaire est considérée comme incertaine, font l'objet d'une telle démarche, à l'initiative du département des politiques sociales et des partenariats pour la période la plus récente. Les cas les plus complexes sont examinés par une commission de la DAP, qui comprend un médecin, à laquelle est invité un représentant du ministère de la santé, et qui à ma connaissance s'est réunie pour la dernière fois en 2018. Par ailleurs, le département des politiques sociales et des partenariats bénéficie aujourd'hui de deux circuits de remontée d'information sur les suicides, ce qui permet de procéder à des contrôles de cohérence : 1) via le service de permanence de la DAP ; 2) via les référents interrégionaux de prévention du suicide, qui peuvent transmettre des informations complémentaires à distance des suicides.

Pour terminer, les statistiques disponibles sur les suicides des personnes détenues peuvent recouvrir divers périmètres : personnes écrouées, personnes détenues, actes suicidaires en détention, etc. Par défaut, les statistiques présentées dans ce travail sur les suicides des personnes détenues se réfèrent aux personnes formellement détenues au moment de l'acte suicidaire, sur la base des données recueillies par le département des politiques sociales et des partenariats de la DAP.

I.B. La prison et les personnes détenues

La prison occupe une place centrale dans le système pénal français et des autres Etats européens depuis le début du XIX^e siècle (31). Elle renvoie d'une part aux pratiques d'enfermement de personnes mises en cause pour une infraction, sous la forme d'une sanction pénale – la peine de privation de liberté – ou d'une mesure de sécurité publique – la détention provisoire –, et d'autre part à un lieu d'enfermement – l'établissement pénitentiaire. Dans ce manuscrit, l'expression « personne détenue » sera utilisée pour désigner une personne enfermée dans un établissement pénitentiaire.

I.B.1. La justice pénale et la prison

I.B.1.a. De l'infraction à la peine de prison

La peine de prison fait partie des outils de la justice pénale pour réprimer les infractions, qui correspondent à des comportements jugés répréhensibles et listés dans des recueils de lois ou de règles juridiques. Les sanctions possibles pour chaque infraction sont encadrées par ces mêmes textes juridiques, qui peuvent être d'origine législative (lois pour les crimes et les délits) ou réglementaire (décrets pour les contraventions) (32) et sont accessibles sur le site internet Légifrance (33). Ce sont des textes dynamiques : ils sont mis à jour à chaque date d'entrée en vigueur des nouvelles lois et des nouveaux règlements. En 1810, le Code pénal contenait 500 infractions (34)⁵. Le 10 décembre 2022, la nomenclature NATINF recensait 16 160 infractions en vigueur, dont 4 663 dans le Code pénal qui leur est spécifiquement dédié (35). La plupart des infractions se classent selon leur niveau de gravité et à la même date elles se répartissaient en 6 493 contraventions (infractions les moins graves), 8 751 délits et 768 crimes (infractions les plus graves). Seuls les délits et les crimes sont passibles de peines de prison.

La mesure de la fréquence des infractions commises est un exercice difficile. A ma connaissance, il n'existe que des mesures partielles de la fréquence des infractions, qui s'appuient notamment sur les statistiques d'activité de la police, les statistiques d'activité de la justice pénale, les enquêtes de victimation et les infractions déclarées par les auteur-es. Les données disponibles laissent penser que la commission d'infractions est très courante en France et concerne une part importante de la population. A titre d'exemple, la consommation de

⁵ Pages 31-32

cannabis, un délit passible d'un an de prison et de 3 750 euros d'amende, a concerné 10,6% des 18-64 ans en population générale au cours de l'année 2021 d'après l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (36). Des données complémentaires sur la fréquence des infractions commises sont présentées en Annexe 1.

Toutes les infractions ne font pas l'objet de poursuites pénales et le fait qu'une infraction soit poursuivie et condamnée ou non dépend d'un grand nombre de paramètres, dont le fait qu'elle soit connue des autorités, les moyens disponibles, les priorités politiques, la caractérisation de l'infraction, l'élucidation des affaires ou la gravité de l'infraction. Les principaux types de délits et de crimes faisant l'objet d'une condamnation et d'un emprisonnement sont présentés en Annexe 1. Il est possible d'être incarcéré avant ou après une condamnation pénale. Lorsqu'une incarcération est ordonnée par un juge avant un jugement définitif⁶, on parle de « détention provisoire » ou de « prévenu » pour caractériser la situation pénale de la personne détenue, tandis qu'après, on parle couramment de « condamné », pour lequel j'utiliserai également l'expression « détention post-sentencielle ».

D'après le Code de procédure pénale, la détention provisoire est une mesure exceptionnelle autorisée en l'absence d'alternative satisfaisante pour atteindre l'un des objectifs suivants : 1) conserver les preuves ou les indices matériels qui sont nécessaires à la manifestation de la vérité ; 2) empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ainsi que sur leur famille ; 3) empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices ; 4) protéger la personne mise en examen ; 5) garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice ; 6) mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement ; 7) mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public provoqué par la gravité de l'infraction, les circonstances de sa commission ou l'importance du préjudice qu'elle a causé (37,38). Au cours de l'année 2022, 82% des personnes incarcérées étaient en détention provisoire au moment de leur admission et au 1^{er} janvier 2023, 26,3% des personnes détenues étaient en détention provisoire pour l'ensemble des affaires pénales et 4,1% étaient « condamnées-prévenues », c'est-à-dire condamnées dans au moins une affaire et prévenues dans au moins une autre affaire (39). Des informations complémentaires sur le parcours pénal des personnes détenues peuvent être trouvées en Annexe 1.

La justice pénale a prononcé 541 654 condamnations pour délits et crimes en 2022, dont 22% à une peine de prison ferme (réclusion incluse) et 25% à une peine de prison avec sursis total

⁶ Un jugement est définitif après expiration des délais de contestation de la décision, généralement de quelques jours

(39). Les fonctions de la peine privative de liberté sont notamment rapportées dans l'article 1 de la loi n°2009 1436 du 24 novembre 2009, dite loi pénitentiaire, « *le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions.* » (40). Je reviendrai sur les fonctions sociales de la prison au Chapitre 4 (V.C.1.a.).

I.B.1.b Personnes placées sous main de justice, personnes écrouées et personnes détenues

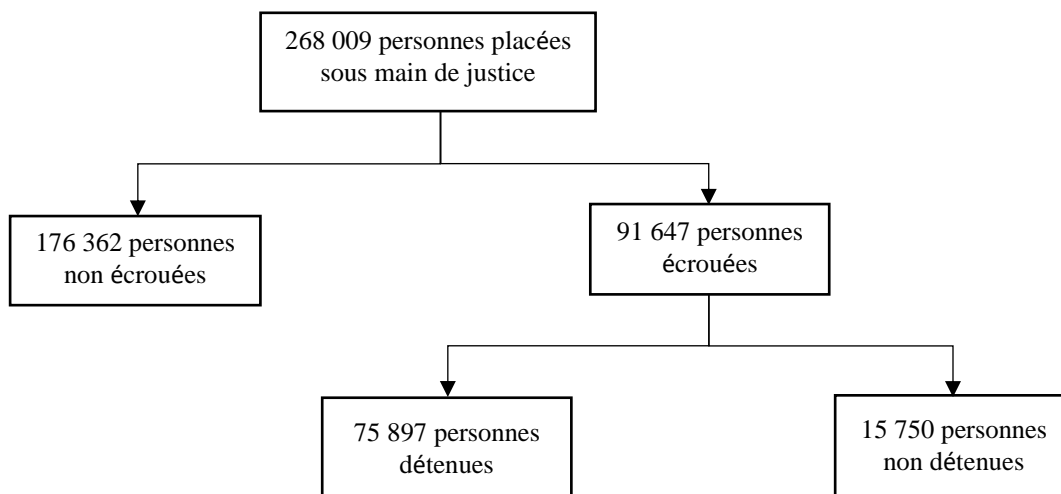
Si le terme « détenu » peut théoriquement renvoyer à différentes pratiques d'enfermement, il est d'usage en France de le réserver aux personnes qui exécutent une peine privative de liberté ou sont en détention provisoire dans un établissement pénitentiaire et c'est en ce sens qu'il sera mobilisé dans ce travail. Les mesures politiques qui ciblent les personnes détenues sont souvent présentées dans des programmes dédiés à une population plus large : les PPSMJ. Les PPSMJ sont des personnes suivies par la justice pénale, selon un périmètre qui dépend de l'âge. Pour les personnes majeures, il s'agit de toute personne suivie soit dans l'attente de l'enquête ou de son jugement lorsqu'elle est poursuivie pour une ou plusieurs infractions, soit dans le cadre de l'exécution d'une peine. Pour les personnes mineures, seules celles qui attendent leur jugement en prison ou exécutent une peine de prison ferme sont incluses dans les PPSMJ. Les mineurs suivis par la justice pénale via d'autres dispositifs dépendent des services de protection judiciaire de la jeunesse.

Les PPSMJ majeures peuvent être divisées en deux groupes : les personnes écrouées, qui sont placées sous la responsabilité d'un établissement pénitentiaire, et les personnes non écrouées (Figure 3). Toutes les PPSMJ mineures sont écrouées. Les personnes écrouées sont soit des personnes en détention provisoire, soit des personnes condamnées à une peine de prison ferme. Pour ces dernières, certains aménagements de peine permettent d'effectuer tout ou une partie de leur peine en dehors des murs de la prison. Ces aménagements se sont développés depuis une vingtaine d'années. On distingue ainsi, parmi les personnes écrouées, les personnes détenues, hébergées en prison (au minimum la nuit), des personnes écrouées non détenues, hébergées en dehors de la prison dans le cadre de certains aménagements de peine.

Au 1^{er} janvier 2024, on comptait en France 268 009 PPSMJ (Figure 3) (39). Les PPSMJ se répartissaient en 91 647 personnes écrouées dont 788 mineurs et 176 362 personnes non

écrouées. Les mineurs suivis au pénal en dehors du champ des PPSMJ étaient au nombre de 35 600 un an plus tôt (39). Près des trois quarts des mesures appliquées aux PPSMJ non écrouées étaient des peines de prison avec sursis probatoire ou ses équivalents plus anciens – la personne doit respecter des obligations et des interdictions sous peine d’être emprisonnée pour une durée déterminée et prévue par la condamnation – et 9% des travaux d’intérêt général (39). Les 91 647 personnes écrouées se répartissaient en 75 897 personnes détenues et 15 750 personnes non détenues. Ces dernières étaient dans 95% des cas placées en détention à domicile sous surveillance électronique : la personne, ayant un bracelet électronique à la cheville, doit rester à son domicile durant les plages horaires fixées par un juge.

Figure 3. Personnes placées sous main de justice au 1er janvier 2024



Les personnes détenues représentent ainsi, à cette date, 0,1% de la population générale (111 pour 100 000 habitants) (41), 28% des personnes placées sous main de justice et 83% des personnes écrouées. Sur un plan plus dynamique, la tendance de long terme est à une augmentation du nombre de personnes détenues en France. Ce nombre est passé de 29 288 au 1^{er} janvier 1970 à 70 651 au 1^{er} janvier 2020, soit une augmentation de 141%, contre 28% pour la population générale sur la même période (39,42,43). Elle est ensuite descendue à 58 109 au 1^{er} juin 2020 (-18%) après le premier confinement lié à la pandémie au SARS-CoV-2, pour remonter à 77 880 au 1^{er} juin 2024 (+34%) (39). Le recours à l’incarcération en France ainsi d’autres caractéristiques de l’emprisonnement sont comparés avec ceux des autres pays européens en Annexe 1.

I.B.2. Les établissements pénitentiaires

I.B.2.a. Les lieux de privation de liberté

Les établissements pénitentiaires doivent être distingués des autres modes d'enfermement en France (Figure 4). Notamment, les personnes de nationalité étrangère que l'administration française « retient » dans des centres et des locaux de rétention administrative, car elle ne leur reconnaît pas le droit de séjourner sur le territoire français et souhaite les expulser, ne font pas partie des personnes dites « détenues » et ne sont pas concernées par les politiques qui ciblent les PPSMJ. D'après cinq associations, plus de 40 000 personnes y ont été enfermées en 2021 dont un peu plus de 60% à Mayotte (44). Les personnes placées en garde à vue par la police ou la gendarmerie, c'est-à-dire « gardées » dans leurs locaux, ne font pas non plus partie des personnes détenues. Il n'y a pas de données publiques récentes sur la fréquence des gardes à vue en France. Ces deux lieux de privation de liberté sont sous la tutelle du ministère de l'intérieur.

Figure 4. Principaux lieux de privation de liberté en France



D'autres lieux de privations de liberté existent, dont les centres éducatifs fermés, les locaux de rétention douanière, les dépôts ou geôles situés dans les tribunaux ou les unités d'hospitalisation pour personnes détenues (45)

A l'exception de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (46), qui dépend du ministère de l'intérieur, il n'y a pas de lieu d'enfermement spécifique pour les auteur-es d'infraction qui présentent des troubles psychiatriques. Si, au moment de l'infraction, le discernement de l'auteur-e était aboli, alors cette personne n'est pas reconnue pénalement responsable de son acte (47). Aucune peine ne sera prononcée et cette personne pourra faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique dans les mêmes institutions que pour la population

générale. Dans certains cas, elle pourra être hospitalisée en unité pour malades difficiles, un service fermé qui a pour mission de prendre en charge des patient-es relevant de soins psychiatriques sans consentement, sous la forme d'une hospitalisation complète et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières (48). Si une personne avec des troubles psychiatriques qui commet une infraction est reconnue pénalement responsable, alors elle fera l'objet des mêmes sanctions pénales que les auteur-es d'infraction sans troubles psychiatriques, la présence de troubles psychiatriques pouvant toutefois être prise en compte dans la détermination de la peine. Les personnes détenues avec des troubles psychiatriques sont incarcérées dans les mêmes établissements que le reste de la population carcérale. Pour plus de détails, on pourra notamment se référer aux travaux du psychiatre T. Fovet et al. (49–51). L'organisation des soins aux personnes détenues est évoquée plus loin (I.E.2.b.) ainsi qu'en Annexe 1.

I.B.2.b. Les types d'établissements pénitentiaires

Depuis la mise sous tutelle de l'Etat des prisons départementales en 1947, l'ensemble des établissements pénitentiaires sont administrés par le ministère de la justice (52). On distingue différents types d'établissements pénitentiaires, spécialisés dans la prise en charge d'un type de population détenue. La ligne de démarcation la plus importante est celle qui sépare les maisons d'arrêt des établissements pour peine. Les maisons d'arrêt sont avant tout des établissements prévus pour mettre les personnes poursuivies pour une infraction à la disposition de la justice, pour les besoins de l'enquête ou du procès. Il s'agit ainsi du type d'établissement le plus fréquent, construit à proximité des tribunaux, présent dans presque tous les départements et qui, sauf exception, héberge toutes les personnes en détention provisoire. Les établissements pour peine, eux, sont prévus pour l'exécution des peines de prison ferme des personnes définitivement condamnées.

En pratique, quasiment toutes les incarcérations démarrent en maison d'arrêt et seules les personnes avec une peine de prison ferme supérieure à deux ans, ou dont le résidu est supérieur à deux ans au moment de la condamnation définitive, compte tenu du temps déjà passé en détention provisoire, sont transférées en établissement pour peine. Ainsi, à l'exception des personnes « condamnées-prévenues », toutes les personnes enfermées en maison d'arrêt le sont sur la base d'une double dérogation au droit commun : la dérogation à l'exécution des peines en établissement pour peine (53) et la dérogation à la présomption d'innocence (54).

Les établissements pour peine « standard », les plus fréquents, sont les centres de détention. Les autres types d'établissement pour peine comprennent 1) les maisons centrales, qui ont des normes de sécurité très élevées et hébergent les personnes jugées les plus dangereuses ; 2) les centres de semi-liberté qui hébergent des personnes condamnées à de courtes peines ou en fin de peine, en régime de semi-liberté ou en placement extérieur hébergé, qui peuvent ainsi quitter l'établissement pendant la journée et 3) les établissements pour mineurs. Ces derniers n'hébergent qu'une partie des mineurs, les autres étant incarcérés dans les mêmes établissements que les adultes, dans des quartiers séparés.

Les différents types d'établissements présentés peuvent être regroupés sur un même site géographique. Il est alors d'usage de les désigner par l'expression « quartier » (« quartier maison d'arrêt », etc.) et l'ensemble du site est appelé « centre pénitentiaire ».

Au 1^{er} août 2023, la France comptait 183 établissements pénitentiaires répartis dans dix directions interrégionales des services pénitentiaires (39). On comptait parmi ces établissements 79 maisons d'arrêt, 58 centres pénitentiaires, 26 centres de détention, 9 centres de semi-liberté, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et 5 maisons centrales. A la même date, 68% des personnes détenues étaient en (quartier) maison d'arrêt et 26% en (quartier) centre de détention.

I.C. Les suicides des personnes détenues : un problème de santé publique

L'investigation de la problématique des suicides des personnes détenues par la présente thèse en santé publique suppose que celle-ci puisse être définie comme un problème de santé publique. On peut considérer que c'est le cas, à la fois parce qu'elle a été historiquement construite comme telle, et parce qu'elle répond aujourd'hui à des critères épidémiologiques de gravité et de fréquence.

I.C.1. La construction historique des suicides des personnes détenues comme problème de santé publique

D'après l'anthropologue D. Fassin, la « *construction de la santé publique passe par une double opération de médicalisation et de politisation des faits sociaux* » (55)⁷. Il a illustré ce double processus par l'exemple de l'histoire du saturnisme infantile en France. J'aimerais montrer ici qu'il est également possible d'adopter cette perspective pour la question des suicides des personnes détenues.

I.C.1.a. Politisation de la question des suicides des personnes détenues

La politisation des suicides des personnes détenues, entendue comme son émergence dans le débat public ou comme sa prise en charge par des politiques publiques, n'est pas linéaire. Les travaux dont j'ai connaissance permettent d'identifier deux périodes de politisation de ce sujet en France : au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle et surtout de la fin du XX^e siècle à aujourd'hui.

I.C.1.a.i. Au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle

D'après l'historienne L. Guignard, « *l'intérêt pour la question des suicides en prison émerge à partir des années 1840, sous l'impulsion des médecins mais aussi du personnel pénitentiaire, directement confronté au problème.* » (56). Des médecins aliénistes constatent une

⁷ Page 30

« *sursuicidité carcérale* » (56). Par ailleurs, les suicides sont qualifiés par une Instruction générale de 1868 de « *faits particulièrement graves, lorsqu'ils s'accomplissent à l'intérieur d'une prison* » et plusieurs circulaires, publiées entre les années 1840 et 1870, imposent la déclaration de tout suicide de personne détenue par le personnel de l'administration pénitentiaire à sa hiérarchie, jusqu'au ministre (27,56). Ces déclarations s'accompagnent de rapports d'enquête administratifs de plus en plus étoffés jusqu'à la fin des années 1890 et sont le support de productions de statistiques nationales sur les suicides des personnes détenues dès 1852 et de manière quasi ininterrompue jusqu'à aujourd'hui. Parallèlement, l'administration pénitentiaire met en œuvre des mesures de prévention du suicide (27,56).

Au cours de cette période, les suicides des personnes détenues sont mobilisés comme argument lors de débats généraux sur la prison, qui portent sur la généralisation de l'enfermement et sur les différents régimes de détention (56,57). Le régime de détention est alors essentiellement collectif (dortoirs, ateliers de travail collectifs) et s'oriente vers un régime cellulaire, où les personnes détenues sont en cellule individuelle. Les opposants au régime cellulaire dénoncent la fréquence plus élevée des suicides qui lui serait associée, illustrée par le cas de la prison de Mazas dans les années 1850 (27,56,58). Le juriste et homme politique R. Badinter témoigne de quelques apparitions de ce sujet dans les débats parlementaires de la III^e République (59)⁸. Il rapporte notamment la prise de parole d'un député en 1875 : « *si le système cellulaire a l'inconvénient de donner lieu à quelques suicidés de plus, il a cet immense avantage d'empêcher la corruption de centaines d'individus* » (59). Un autre député lui a répondu : « *Pouvez-vous oublier ce qu'est un homme ? N'est-ce pas un être sociable ? Il a une âme, il a un corps. Que faites-vous, philanthropes modernes ? Vous brisez le corps pour mieux le dompter. Prenez garde, vous ne retirerez de la cellule qu'un être abruti ou un cadavre.* » (59)⁹.

L'intérêt politique pour les suicides des personnes détenues retombe au tournant du XX^e siècle, où s'installe de manière plus générale une période d'indifférence vis-à-vis des prisons (27,56,59). La question des suicides en prison n'émergera à nouveau dans le débat public qu'à partir des années 1970.

⁸ Pages 42 et 69

⁹ Page 69

I.C.1.a.ii. Depuis les années 1970

Les principaux travaux qui permettent de rendre compte de la politisation des suicides des personnes détenues pour la période récente en France sont le mémoire de science politique de L. Deheurles-Montmayeur (60) et un article des sociologues G. Cliquennois et G. Chantraine (29). Ces travaux rapportent la mobilisation d'associations de défense des droits des personnes détenues, la mise en cause de la responsabilité de l'administration pénitentiaire par la justice dans des affaires portant sur des suicides et une visibilité croissante de ce sujet dans les médias, qui interpellent le pouvoir politique. Ces changements accompagnent une augmentation de la fréquence des suicides des personnes détenues, qui sera présentée plus loin.

En 1971, peu après l'emprisonnement de nombreux militants politiques de la gauche radicale à la suite des événements de mai 1968 (61)¹⁰, le philosophe M. Foucault organise une conférence de presse pour annoncer la création d'un Groupe d'Information sur les prisons (GIP) : « *nul de nous n'est sûr d'échapper à la prison. Aujourd'hui moins que jamais [...]. Peu d'informations se publient sur les prisons ; c'est une des régions cachées de notre système social, une des causes noires de notre vie. Nous avons le droit de savoir. Nous voulons savoir. C'est pourquoi, avec des magistrats, des avocats, des journalistes, des médecins, des psychologues, nous avons formé un Groupe d'Information sur les Prisons* » (60). Cette association fait une place importante à la parole des personnes détenues et publie quatre brochures intitulées *Intolérable* avant de s'auto-dissoudre en 1973. La quatrième brochure porte sur les suicides des personnes détenues (62). Le GIP y dresse la liste des suicides de l'année 1972 dont il a connaissance, rapporte les circonstances de certains d'entre eux, publie des témoignages de personnes détenues et impute la responsabilité des suicides au système pénal. Il donne également un exemple de plainte déposée à la justice par l'Association de Défense des Droits des Détenus, suite à un décès dont la brochure fait la description suivante : « *dans la nuit du 8 au 9, il avale des barbituriques. Le 9 au matin, il est trouvé dans sa cellule dans un état de prostration avancé. Ni le service médical ni le service psychiatrique ne sont alertés. Le surveillant-chef Nadjar, venant dans la cellule, donne pour sanction non pas qu'on l'envoie au mitard mais qu'on lui tonde les cheveux qu'il portait longs. L'agent de service refuse d'exécuter l'ordre. Lorsque Nadjar s'en aperçoit vers 15h, le travail est exécuté par le coiffeur de la première division. Celui-ci racontera après que Levasseur encore sous barbituriques n'avait plus de réaction. A 21 heures Levasseur se réveille, se regarde dans la glace. Un de ses camarades de détention témoigne : « Il découvre un homme qu'il ne connaissait pas mais qui se regardait*

¹⁰ Page 205

avec la même âme. » Levasseur torsade son pyjama et se pend à la fenêtre. » (62). L. Deheurles-Montmayeur qualifie le GIP de « détonateur, pour les détenus, pour les médias, l'opinion publique et pour les politiques, qui ont été obligés d'inscrire la question pénitentiaire sur l'agenda politique » (60).

Les autres associations qui ont joué un rôle important de visibilisation des suicides des personnes détenues dans l'espace public ont été créées dans les années 1990. Il s'agit de l'OIP (63), de Ban Public (64) et de l'Association des Familles en Lutte contre l'Insécurité et les Décès en Détention. Ces associations de défense des droits des personnes détenues collectent et diffusent des informations sur les suicides des personnes détenues, soutiennent et accompagnent les familles des défunts, notamment dans leurs démarches judiciaires et administratives et organisent ou relaient des journées de mobilisation relatives aux suicides comme l'opération « Parloirs à ciel ouvert » de Ban Public à Paris en 2002 ou le rassemblement en hommage aux personnes décédées organisé par le collectif Les Morts de la Prison à Paris en 2023 (29,60,65).

A ma connaissance, la première mise en cause de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et de l'Etat par la justice dans le cadre de la survenue d'un suicide intervient en 1973, peu de temps après la création du GIP (29,60,66). Depuis cette date, plus d'une dizaine de condamnations ont suivi, la dernière datant actuellement de 2023 (29,60,66–68). Ces condamnations font généralement suite à un recours déposé par la famille auprès du tribunal administratif et, outre l'indemnisation de la famille, elles conduisent à une reconnaissance publique de la responsabilité de l'Etat dans la survenue des suicides. Elles sont prononcées par le tribunal administratif ou, en cas de contestation de la décision, par les cours administratives d'appel, par le Conseil d'Etat puis en dernier ressort par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH). La justice pénale semble peu sollicitée, en partie pour deux raisons. La première est qu'à ma connaissance aucune plainte n'a jamais abouti à une condamnation, à l'exception de deux médecins incarcérés pour non-assistance à personne (détenue) en danger en 1989 (60). La seconde est que la loi interdit de poursuivre l'Etat au pénal (69). Seul le personnel de l'Etat peut, à titre individuel, être poursuivi au pénal en cas de suicide, ce qui incite les justiciables qui souhaitent mettre en cause le système pénal de manière plus générale à se tourner vers le droit administratif (60).

Les fondements juridiques de la condamnation de l'administration en cas de suicide reposent initialement sur la notion de faute lourde, qui désigne un fonctionnement gravement défectueux du service pénitentiaire, puis à partir de 2003 sur la notion de faute simple (29,60). Les fautes

reprochées peuvent renvoyer soit à des réactions jugées absentes ou insuffisantes face à des personnes détenues qui présentent un risque élevé de suicide – classiquement un défaut de surveillance –, soit à des actions qui ont eu pour effet d'augmenter le risque suicidaire ou de faciliter l'acte suicidaire, comme un placement au quartier disciplinaire (QD) (29,60). Le suicide matérialise le préjudice imputable à ces fautes pour les personnes détenues, dont la vie doit être préservée au nom d'un droit à la vie, énoncé à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (ConvEDH) (70), ainsi que pour la famille.

Les mobilisations associatives et les condamnations judiciaires en rapport avec les suicides des personnes détenues ont progressivement trouvé un écho plus important dans les médias. A partir d'une étude des articles de presse dédiés à ce sujet entre 1975 et 2004, L. Deheurles-Montmayeur note une multiplication du nombre d'articles au cours du temps (60). De plus, initialement cantonnés à la rubrique des faits divers, les suicides des personnes détenues font progressivement l'objet de dossiers spécifiques. L'apparition de ces dossiers accompagne un changement qualitatif du traitement médiatique des suicides des personnes détenues, dont la perception tend à glisser de l'acte individuel vers le fait social, dont les conditions d'incarcération sont rendues en partie responsables (60). L'intérêt médiatique pour les suicides est de cette manière alimenté par l'intérêt porté aux conditions de vie en prison de manière plus générale, comme en témoigne l'accueil médiatique de la publication en 2000 du témoignage de V. Vasseur, médecin chef à la maison d'arrêt de la Santé (71,72). La fréquence élevée des suicides des personnes détenues est également relevée par la presse. Par exemple, le journal *Le Monde* a publié en 2009 une carte de la fréquence des suicides des personnes en Europe intitulée : « *La France reste parmi les pires élèves du Conseil de l'Europe* » (73).

Le réinvestissement de la prévention du suicide par l'administration pénitentiaire précède de peu ces évolutions, avec une première circulaire datant de 1967, puis les accompagne avec la publication d'autres circulaires et de notes du directeur de l'administration pénitentiaire (28,29,60). La formation initiale du personnel de surveillance inclut progressivement cette thématique à partir de 1972 (28,61,74)¹¹. Les réactions du pouvoir politique se sont également amplifiées à partir des années 1990. Des réflexions sont menées pour définir une stratégie générale de prévention du suicide des personnes détenues et publiées sous la forme de rapports, remis au directeur de l'administration pénitentiaire en 1996 (75), aux ministres de la justice et de la santé en 2003 (76) et à la ministre de la justice en 2009 (77). Ce dernier rapport a été suivi de la publication par la ministre de la justice d'un plan d'action pour prévenir les suicides des

¹¹ Froment pages 236 et 377

personnes détenues en 2009 (78). Par ailleurs, les programmes politiques des ministres de la justice et de la santé les plus récents comprennent des mesures ciblées sur les suicides des personnes détenues (79–81).

I.C.1.b. Médicalisation des suicides des personnes détenues

Si la politisation des suicides des personnes détenues s'est traduite par leur inscription à l'agenda politique, leur (re)présentation comme problème de santé est quant à lui le fruit d'une médicalisation du suicide. Sur la base des travaux du sociologue P. Conrad, on peut définir la médicalisation comme un processus, ou le résultat d'un processus, par lequel des problèmes initialement non médicaux deviennent définis et pris en charge comme des problèmes médicaux (82). Je n'ai pas connaissance de travaux qui aient traité de la médicalisation des suicides des personnes détenues et je vais par conséquent en proposer un récit qui, en l'absence d'investigations spécifiques approfondies de ma part, risque d'être lacunaire. A mon sens, la médicalisation du suicide en population carcérale s'inscrit dans le prolongement de sa médicalisation en population générale. Cependant, pour diverses raisons, elle est plus tardive et moins marquée en prison.

I.C.1.b.i. Un préalable : la médicalisation du suicide en population générale

D'après l'historien G. Minois, pendant tout le Moyen Âge et jusqu'au XVIII^e siècle en France, les discours sur le suicide étaient dominés par une approche morale et religieuse, sous l'influence de l'Eglise chrétienne qui condamnait fermement le suicide (83). Le suicide était présenté comme un « homicide de soi-même » – le mot « suicide » n'aurait d'ailleurs été inventé qu'au XVII^e siècle (83)¹² – qui trouvait son origine dans l'action du diable. Sa prise en charge s'est organisée sous la forme d'une répression d'abord uniquement religieuse puis également pénale à partir du XIII^e siècle (84). La médecine ou des professions similaires n'étaient impliquées qu'à la marge pour soigner des blessures physiques après une tentative de suicide. A partir du XVIII^e siècle, l'autorité du médecin va également être progressivement reconnue pour poser le diagnostic de suicide en cas de mort suspecte, dans le cadre de l'essor de la médecine légale (85), et pour attester de l'état de folie (86), qui conduisait à l'irresponsabilité morale et pénale et était la seule manière d'échapper aux poursuites pénales lorsqu'un suicide était connu des autorités.

¹² Pages 213-214

Les investigations secondaires à un suicide ont fréquemment conclu à la folie dès le Moyen Âge – en particulier pour la noblesse et le clergé (83)¹³ –, ce qui a sans doute facilité la médicalisation ultérieure du suicide. Si l'intérêt des familles à faire passer le défunt pour fou était évident, les représentants des autorités, dont les juges, ont pu également y contribuer dans un souci de pacification sociale, dans un contexte où le droit canonique et laïque était jugé parfois trop sévère (83)¹⁴.

Le suicide a été dépénalisé en 1791 en France, dans un contexte de changement des mœurs, caractérisé notamment par une dynamique de sécularisation de la société, qui a opéré une bascule de « *la conception criminologique à la conception victimologique du suicide* » (60). L'appréhension du suicide comme faute morale a progressivement cédé la place à la figure d'une personne victime des malheurs de la vie et de sa physiologie cérébrale (83)¹⁵.

La mise en retrait de la justice ainsi que la mise à distance, partielle, du discours chrétien sur le suicide ont favorisé l'émergence d'autres discours, dont celui de la médecine qui s'est emparée du sujet au tournant du XIX^e siècle, dans un contexte de structuration de la psychiatrie (médecins aliénistes) et de la santé publique (médecins hygiénistes) (87,88). Les théories médicales du suicide au XIX^e siècle oscillaient entre la folie et des causes sociales et morales (85,88). La plupart des médecins considéraient qu'une partie au moins des suicides pouvaient s'expliquer par la folie et les médecins aliénistes, en se présentant comme les meilleurs professionnels, sinon les seuls capables de distinguer les suicides qui relèvent de la folie des autres et de prendre en charge cette folie, se sont appropriés le traitement du suicide. La médicalisation du suicide restait néanmoins « *en dialogue et parfois en concurrence ou en situation de contradiction avec les savoirs juridiques, philosophiques et théologiques* » (86) puis sociologiques, notamment avec la publication du livre *Le suicide* par le sociologue E. Durkheim en 1897 (7,85).

La légitimité médicale a été renforcée dans la seconde moitié du XX^e siècle avec le développement de la suicidologie (89). En 1958, le psychologue E. Shneidman a fondé un centre de prévention du suicide à Los Angeles (Etats-Unis) (90). En 1960, le psychiatre autrichien E. Ringel a créé l'association internationale pour la prévention du suicide (91). En 1969, les psychiatres P. Moron et J.P. Soubrier et le médecin légiste J. Védrinne ont fondé le

¹³ Pages 54, 171-176

¹⁴ Pages 53-55, 168-171

¹⁵ Page 348

groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), principale société savante de suicidologie en France (92). En 1969, l'OMS publie un premier document consacré à la prévention du suicide dans le monde (93). En France, une autre manifestation de la médicalisation du suicide peut être trouvée dans la justification de la loi d'interdiction de provocation au suicide de 1987 dans le rapport préparatoire de la commission parlementaire, qui affirme qu'il est « *médicalement démontré que les candidats au suicide relèvent de la pathologie* » (85). Par ailleurs, on peut noter un recul de l'approche morale du suicide, avec notamment la fin de l'interdiction de sépulture religieuse en cas de suicide dans le droit canonique de l'Eglise catholique en 1983 (94).

Aujourd'hui, le suicide est appréhendé le plus souvent comme un problème de santé, notamment sur la base de travaux en psychiatrie, en psychologie, en santé publique ou en neurobiologie. Sur le plan institutionnel, cela se traduit par exemple par le fait que l'ONS est sous la tutelle du ministère de la santé. Ses causes sont souvent réputées en grande partie d'origine pathologique. La prise en charge des comportements suicidaires est essentiellement médicale et notamment psychiatrique. L'anthropologue M. Canevascini rend compte de certaines caractéristiques de cette médicalisation du suicide à partir de l'étude d'un service d'urgence psychiatrique en Suisse (89) : 1) l'organisation des soins ne prévoit que des lieux médicalisés pour accueillir le public qui présente des problématiques suicidaires ; 2) l'institution hospitalière donne au regard médical une place dominante ; 3) les organismes de financement des soins conditionnent leur financement à la présence d'un diagnostic médical ; 4) une partie du milieu psychiatrique tend à s'appuyer sur le modèle biomédical (statistique, biologie, imagerie, etc.), notamment dans un souci de légitimation.

Ce récit de la médicalisation du suicide ne peut pas être transposé tel quel aux personnes détenues. Si la médicalisation du suicide en population générale constitue un socle pour son développement en population carcérale, elle se heurte en prison à des logiques institutionnelles et à des résistances qui vont retarder et limiter son extension aux personnes détenues.

I.C.1.b.ii. Une extension aux personnes détenues retardée et plus limitée

Le rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire remis au directeur de l'administration pénitentiaire en 1996, coordonné par la magistrate S. Zientara-Logeay, a distingué trois positions successives de l'administration pénitentiaire face aux suicides des

personnes détenues : « 1) *La logique de la protection du détenu contre lui-même, sous-tendue par la nécessité qu'il ne se dérobe pas à sa peine.* [...] 2) *La logique d'un premier temps de la prison "humanisée".* [...] 3) *La logique de la symétrie avec le milieu civil* » (75). Je propose de structurer mon propos à partir de ces trois logiques, en considérant qu'elles sont représentatives non seulement du point de vue de l'administration pénitentiaire, acteur incontournable de toute politique de prévention du suicide en milieu pénitentiaire, mais aussi d'acteurs extérieurs au milieu pénitentiaire, qui sont susceptibles d'influencer les changements observés. Elles ne se succèdent pas de manière stricte mais se superposent en partie et les auteurs indiquent qu'à la date du rapport, la prépondérance de la logique de symétrie avec la population générale n'empêche pas la persistance des deux autres (75).

La naissance et le développement de la première position ne sont pas datés par les auteurs du rapport, qui estiment néanmoins que celle-ci prédomine jusqu'à la seconde guerre mondiale (75). Elle se distingue moins par la « *protection du détenu contre lui-même* », qui est commune aux deux premières positions, que par la « *nécessité qu'il ne se dérobe pas à sa peine* ». Le suicide est ainsi conçu comme une évasion. L'influence de la morale chrétienne conduit à percevoir le suicide également comme un péché, qui met en échec la fonction pénitentielle des établissements pénitentiaires. Dans ce contexte, la prévention du suicide est un moyen de garantir l'exécution des peines (75).

La conception du suicide comme une évasion par l'administration pénitentiaire ressort également des travaux de L. Guignard portant sur la seconde moitié du XIX^e siècle (27,56). On a vu plus haut qu'elle cohabitait avec des débats externes à la prison sur la responsabilité du régime cellulaire dans la survenue des suicides. Les médecins aliénistes qui s'intéressaient à cette question tendaient à expliquer le suicide par une maladie mentale ou par un effet du crime et à écarter la responsabilité de la prison (27,56).

Les méthodes de prévention du suicide étaient définies par des circulaires de l'administration pénitentiaire et mobilisaient principalement des « *techniques de soumission* » qui ciblaient les corps et visaient à « *contraindre à la vie* » (27). Les médecins étaient très peu présents en prison et ne s'y déplaçaient qu'à la demande de l'administration. Ils étaient impliqués à la marge dans la prévention du suicide, notamment pour rendre des « *visites* » aux personnes détenues, au même titre que le gardien-chef, le directeur ou l'aumônier (27,56).

Si les techniques de prévention du suicide étaient essentiellement d'ordre disciplinaire, les travaux de L. Guignard ne font pas état de sanctions disciplinaires, auxquelles on pourrait

pourtant s'attendre au vu de son assimilation à une évasion et de témoignages en ce sens dans la deuxième moitié du XX^e siècle (2,62,71,95,96)¹⁶. Peut-être ces sanctions existaient-elles au XIX^e siècle mais n'étaient pas suffisamment formalisées pour être consignées par l'administration. Pour ce qui est du XX^e siècle, un exemple de sanction disciplinaire rapportée par le GIP a été cité plus haut. Citons-en ici un deuxième, rapporté par l'historienne H. Bellanger : « *Le Dr Dayant, interne à la Santé dans les années 1960, entendit, après le sauvetage in extremis d'un détenu : « 'Si vous tirez Léon de là, docteur, on attendra qu'il soit en bonne santé et on l'enverra au mitard. [...] – Mais pourquoi ? – Parce qu'on n'a pas le droit de se suicider ! On apprend les bonnes manières aux survivants en les envoyant au cachot. Comme cela, le coup suivant, ils s'arrangent pour ne pas se louper !... – Ils ne voient pas le psychiatre ?' Il eut un sourire qui lui servit en partie de réponse. » Et dans les années 1980, dans un établissement du sud de la France, « quelqu'un qui se coupait, on le mettait pas au mitard, on n'appelait pas le médecin comme actuellement, la plupart du temps on s'arrangeait avec un pansement. On avait aménagé les dessous de l'escalier avec des grilles, et on mettait le détenu là-dedans. Et il y passait la nuit. » » (96)¹⁷.*

Les auteurs du rapport de 1996 situent la transition vers une logique d'humanisation des prisons au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, à l'initiative d'hommes politiques ayant fait l'expérience de la prison sous l'occupation nazie ou le régime de Vichy. D'après les auteurs, la prévention du suicide consistait toujours à « *protéger le détenu contre lui-même, mais "gratuitement". Le suicide est interprété comme une défaillance du médecin ou du système de prise en charge* » (75). Il semble donc que la bascule de la conception criminologique à la conception victimologique du suicide, qui a opéré à la fin du XVIII^e siècle en population générale, n'a pénétré les murs des prisons qu'au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Elle a attiré l'attention à la fois sur les causes médicales et sur les causes sociales du suicide en milieu carcéral. La responsabilité de l'institution pénitentiaire, du personnel pénitentiaire et médical exerçant en prison, de la vétusté des lieux et de la surpopulation carcérale étaient interrogées en interne dans la survenue des suicides. La notion de prévention « contre » les personnes détenues est caractérisée dans le rapport par le fait que celles-ci n'étaient pas reconnues comme des personnes, qu'on ne leur accordait ni respect ni considération et qu'elles n'avaient pas le droit à la parole (75). Si la prévention s'exerçait selon une logique humaniste,

¹⁶ Bernheim pages 292-293, Vasseur page 22

¹⁷ Pages 210-211

elle ne se préoccupait pas nécessairement de leur information ou de leur consentement et pouvait passer par des méthodes coercitives.

Il semble que ce mouvement d'humanisation des prisons, influencé par un ensemble de textes internationaux (61,97,98)¹⁸, par les associations de défense des personnes détenues, par les condamnations judiciaires et par les médias (29,60) a eu et continue d'avoir des effets ambivalents sur la médicalisation des suicides des personnes détenues. D'une part, la reconnaissance progressive de droits aux personnes détenues et notamment d'un droit à la santé favorisent une médicalisation de la prise en charge du suicide. A titre d'exemple, le Conseil de l'Europe, qui produit des règles de fonctionnement des institutions pénitentiaires non contraignantes mais qui font référence, a fait les recommandations suivantes en 1973 : « *Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale. [...] Le médecin est chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus. Il doit voir, dans les conditions et suivant la fréquence qu'imposent les normes hospitalières, tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée* » (99).

D'autre part, interroger voire affirmer la responsabilité de l'institution dans la survenue des suicides tend à le constituer comme un fait social, au détriment d'une définition médicale du suicide. Les stratégies de défense de l'administration pénitentiaire ont, elles aussi, des effets ambivalents sur la médicalisation du suicide. Pour écarter sa responsabilité, elle « *va chercher à minimiser cette image de « détenu victime », pour lui substituer les images du « détenu manipulateur » ou du « détenu malade »* » (60). La figure de la personne manipulatrice éloigne le suicide de la médecine en l'inscrivant dans un rapport de force entre la personne détenue et l'administration pénitentiaire : il est interprété sur le modèle de la grève de la faim, c'est-à-dire comme un acte auto-agressif destiné à faire pression sur l'administration pénitentiaire pour obtenir la satisfaction d'une demande. Le décès serait ici non recherché et accidentel. Au contraire, la figure de la personne malade médicalise les suicides des personnes détenues : les suicides résulteraient de l'incarcération de plus en plus fréquente de personnes qui présentent des troubles mentaux (antérieurs à l'incarcération), qui se seraient suicidées de toute façon dehors et qui n'auraient pas leur place en prison (60).

¹⁸ Froment pages 337-342

La médecine et notamment la psychiatrie entrent progressivement en prison. Au début du XX^e siècle, les résistances étaient encore nombreuses (100,101)¹⁹. Par exemple, en 1932, « *le directeur de la Maison d'arrêt de la Santé à Paris ne voit l'arrivée éventuelle du psychiatre que comme une source de complications avec le risque d'avoir « à bref délai plus de simulateurs que de détenus » » (100)²⁰. Après la Seconde Guerre mondiale, une circulaire de 1950 a créé des annexes psychiatriques dans certaines prisons. Cependant, le psychiatre n'avait pas encore de mission de soins en prison. Employé par l'administration pénitentiaire, son rôle était « *d'examiner les détenus aux fins de signalement judiciaire en vue d'une expertise ou de la production de statistiques* » (100)²¹. En 1972 encore, le médecin inspecteur de la médecine pénitentiaire indiquait que « *le psychiatre c'est le technicien extérieur auquel on fait appel pour arranger les situations conflictuelles.* » (62).*

La mise en place de la logique de symétrie avec le milieu libre est symbolisée dans le rapport par le décret de création des SMPR en 1986 (102) et par la loi de 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, qui transfèrent la responsabilité des soins aux personnes détenues de l'administration pénitentiaire vers les hôpitaux (75,103). Dans cette perspective, « *le détenu n'a [plus] à être spécialement protégé contre lui-même* » (75).

Cette logique est prolongée par l'article 46 de loi pénitentiaire de 2009, qui affirme que « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* » (104), et par l'ouverture, à partir de 2010, des UHSA qui seules permettent une hospitalisation à temps complet en psychiatrie en soins libres. Avec l'ensemble de ces avancées législatives, la personne détenue a obtenu le droit de demander des soins et l'hospitalisation est devenue une décision médicale (100)²². Les effectifs de personnels soignants ont été augmentés : à la prison de la Santé, la médecin V. Vasseur indique qu'avec la réforme de 1994, l'équipe médicale et paramédicale a pratiquement doublé en un an (71)²³ tandis qu'un témoignage recueilli par la médecin V. Kanoui fait état d'une multiplication de la présence médicale à Fleury-Mérogis par 4 entre le début des années 1990 et le début des années 2020 (105). L'application des réformes est

¹⁹ Lancelevée page 86

²⁰ Page 17

²¹ Ibid

²² Pages 28 à 32

²³ Page 158

soutenue par la CEDH, qui a condamné plusieurs fois la France depuis les années 2000 pour l'inadéquation des soins apportés aux personnes détenues (106).

Le principe d'équivalence des soins avec la population générale est un aboutissement du mouvement d'humanisation des prisons évoqué précédemment. Pour ce qui est de la psychiatrie, il est également le fruit de psychiatres « pionniers [qui] ont longuement bataillé, aussi bien contre l'administration pénitentiaire que contre leurs collègues hospitaliers, pour imposer la notion pourtant évidente de la nécessité de soins à apporter à la population privée de liberté. » (100)²⁴. D'après la sociologue C. Lancelève, le combat de ces pionniers contre l'administration pénitentiaire était celui de leur émancipation de la tutelle pénitentiaire (101)²⁵. Quant aux collègues hospitaliers, d'après le psychiatre M. David, ils voyaient dans la psychiatrie pénitentiaire « un détournement des moyens du secteur et une déviation de la politique de secteur. En outre, la prison étant une institution répressive, elle se devait de gérer elle-même la psychopathologie qu'elle secrétait » (100)²⁶. Si la prison reste un milieu particulier, que sa population reste stigmatisée et que l'exercice des soins en détention continue de soulever des questionnements éthiques, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est devenue plus consensuelle et les structures de soins aux personnes détenues se sont développées, ce qui a favorisé le développement d'une conception et d'une prise en charge médicales du suicide en détention.

Cette logique de symétrie avec le milieu libre s'est mise en place à un moment de politisation des suicides en population générale, dont l'inscription à l'agenda des politiques de santé a également contribué, indirectement, à la médicalisation des suicides des personnes détenues. Le médecin légiste M. Debout indique que le Conseil économique et social, assemblée constitutionnelle consultative auprès de laquelle il a porté la question de la prévention du suicide, considérait en 1992 le suicide « non pas comme une question relevant de la société, voire des politiques publiques, mais comme un choix moral, une question personnelle, renvoyant à une problématique par essence individuelle » (107)²⁷. Cette démarche a néanmoins abouti à la publication d'un rapport par le Conseil en 1993, dont l'écho a été amplifié par le suicide de l'ancien premier ministre P. Bérégovoy deux mois auparavant, et qui préconise de considérer le suicide « comme un grave problème de santé publique et donc [de] développer une véritable stratégie pour sa prévention devant mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble

²⁴ Page 7

²⁵ Pages 89-97

²⁶ Page 19

²⁷ Page 40

du corps médical et social » (107)²⁸. Les programmes politiques de prévention du suicide déployés au cours des décennies suivantes ont comporté des mesures qui ciblaient spécifiquement les personnes détenues en tant que population vulnérable, inscrivant ainsi la prévention du suicide des personnes détenues dans le cadre d'une politique de santé (79,108).

Le présent travail s'inscrit également dans ce processus de médicalisation des suicides des personnes détenues via les politiques sanitaires de prévention du suicide. Notamment, le Chapitre 2 de la thèse présente les résultats d'une étude mise en place par Santé publique France (SpF), à la demande du ministère de la santé et en application des actions d'amélioration des connaissances sur les suicides des personnes détenues formulées par le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et par le Plan d'actions stratégiques de la politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice (2010-2014) (79,80).

Aujourd'hui, la médicalisation des suicides reste plus limitée en détention qu'en population générale et cohabite avec d'autres logiques liées au fonctionnement de l'institution pénitentiaire. Pour la plupart des acteurs, le suicide en détention est généralement perçu comme l'expression d'une souffrance ou la manifestation d'une pathologie, en lien avec des causes multiples d'origines médicale ou sociale, en lien ou non avec l'incarcération. Pour les personnels de surveillance et les personnes détenues, le geste suicidaire reste aussi un moyen d'expression et de revendication dans un environnement où les personnes détenues sont dépossédées des moyens habituels de défense et de communication (29,57,60,100,101,109–112)²⁹.

Au niveau institutionnel, des actions de prévention du suicide des personnes détenues sont présentées dans la Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 signée par la ministre de la justice (en premier) et par la ministre de la santé (en deuxième) (81). Cette feuille de route pose le plan de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire comme le dispositif central de prévention, auquel viennent se greffer une partie des actions de prévention du suicide déployées par les politiques de santé en population générale.

Au niveau local, la prévention du suicide fait l'objet d'une double prise en charge par l'administration pénitentiaire et par le personnel soignant. En général, pour des raisons de sécurité, seul le personnel pénitentiaire est directement et quotidiennement au contact des

²⁸ Page 50

²⁹ Papet pages 24, 159 ; Chauvenet page 263 ; David page 76 ; Lancelevée pages 166-169

personnes détenues et il constitue un intermédiaire obligé de leur prise en charge sanitaire, ne serait-ce que pour conduire la personne détenue de sa cellule à l'unité sanitaire. Le personnel pénitentiaire est en première ligne et concentre ses efforts sur le repérage des personnes à risque de suicide et sur la lutte contre l'accès aux moyens létaux. La prise en charge sanitaire peut être engagée à la demande de la personne détenue, sur sollicitation du personnel pénitentiaire ou d'un autre tiers. Elle s'appuie sur les dispositifs de soins spécifiques aux personnes détenues (voir I.E.2.b.ii). Bien qu'elle obéisse aux mêmes logiques qu'en population générale, elle est limitée dans sa mise en œuvre par un certain nombre de contraintes liées à des raisons de sécurité.

En conclusion, la reconnaissance des suicides des personnes détenues comme problème de santé publique est récente. Elle s'appuie principalement sur la médicalisation et la politisation des suicides en population générale, sur des mouvements de défense des droits des personnes détenues portés par des associations nationales et des organismes internationaux, sur l'entrée des soignants en prison et sur la judiciarisation et la médiatisation des suicides. La logique sanitaire qui sous-tend l'approche de santé publique reste toutefois mise en difficulté par la logique sécuritaire sur laquelle repose le fonctionnement de la prison.

I.C.2. Le suicide : un évènement grave et fréquent

Une autre manière de définir les suicides des personnes détenues comme un problème de santé publique, qui nourrit et qui est également nourrie par l'approche constructiviste que je viens de dérouler, est d'affirmer qu'ils répondent à des critères épidémiologiques de gravité et de fréquence.

I.C.2.a. Un évènement grave

La gravité du suicide peut être appréhendée à trois niveaux : au niveau de la signification du décès pour l'individu, au niveau des conséquences du décès sur la société et en tant que révélateur d'un état de santé mentale très dégradé.

Le suicide signifie le décès d'un individu, et il est d'usage en médecine de considérer que la mort est ce qu'il peut arriver de pire dans la vie. Une illustration de cette position peut être

trouvée dans le projet de mesure du fardeau global des maladies : à chaque maladie est associée un coefficient de morbidité qui mesure son retentissement sur l'état de santé et est borné entre 0 – l'état de santé idéal – et 1 – le décès (113,114).

Les conséquences d'un suicide sur la société peuvent être considérées comme plus importantes que pour la plupart des autres causes de décès, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, il s'agit d'une mort qui peut être perçue comme violente par son caractère inattendu, par l'incompréhension qu'elle peut entraîner, ou encore par les moyens mis en œuvre pour le suicide. Ensuite, il s'agit d'une cause fréquente de mort prématurée, qui peut être considérée comme plus anormale, plus injuste que les décès survenant chez des personnes très âgées. En population générale, il s'agit de la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la route (10), et en prison, 55% des personnes décédées par suicide avaient moins de 30 ans (42). Par ailleurs, il s'agit d'une mort intentionnelle, qui peut être à l'origine d'un sentiment de culpabilité ou d'échec, notamment pour les proches ou les professionnels qui ont pu prendre cette personne en charge.

Les conséquences des suicides sur la société sont de différentes natures et peuvent être rapportées selon différents systèmes de mesure. Ces aspects seront développés dans le Chapitre 4 (V.B.2.a.). Je me contenterai ici d'indiquer que le suicide peut altérer la santé de ceux et celles qui restent. En population générale, pour chaque suicide, « environ 6 endeuillés directs et 20 endeuillés indirects seraient impactés » (115). D'après le médecin légiste M. Debout, « le deuil suicidaire est un deuil particulier. Certainement le plus difficile à vivre. La mort a triché ; elle est venue prendre quelqu'un dont ce n'était pas le tour. [...] Le tabou lié au suicide, la réprobation morale et sociale, la stigmatisation religieuse, la culpabilité ressentie par l'entourage ont fait de cette mort une mort honteuse » (107)³⁰. On retrouve un discours similaire chez les sociologues C. Baudelot et R. Establet : « le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres. C'est toujours « un deuil aggravé », selon la formule du psychiatre Michel Hamus. Il se signale par des manifestations intenses de souffrance mais aussi de choc. Deuil traumatique, il dure plus longtemps que les autres et génère plus souvent encore des dépressions, de l'angoisse, des sentiments négatifs et douloureux, honte et culpabilité. Les cicatrices qu'il laisse sur les proches demeurent indélébiles » (116)³¹.

En milieu pénitentiaire, j'identifie principalement trois groupes de personnes susceptibles de souffrir du suicide d'une personne détenue : 1) l'entourage familial et amical ; 2) les personnes

³⁰ Page 251

³¹ Page 26

détenues voisines ; 3) les personnels, qu'il s'agisse du personnel pénitentiaire, du personnel soignant ou d'autres intervenants extérieurs.

A partir des témoignages qu'il reçoit, l'OIP estime que faire son deuil est un « *cheminement quasi-impossible pour les familles de personnes décédées en prison. Au sentiment d'impuissance engendré par le fait que leur proche leur était inaccessible s'ajoutent souvent le silence de l'administration, l'absence d'accompagnement sur les démarches à entreprendre, les obstacles à l'établissement de la vérité* » (117). Quant aux personnes détenues, « *tous vont penser au suicide à un moment ou un autre, estime un psychologue. Quand ils vont un peu mieux parce qu'ils ont réussi à s'adapter un tant soit peu à l'incarcération et que quelqu'un se suicide, c'est très dur. Parce que ça leur rappelle leur condition de prisonnier* » (118). Plusieurs soignants indiquent par ailleurs qu'en prison, « *l'omerta qui entoure les morts soudaines peut alourdir les conséquences psychologiques liées au décès : cauchemars, dépressions, violences contre soi ou contre les autres, etc.* » (118). Les soignants pâtissent également de cette culture du secret : « *« au SMPR, tout ce qu'on apprend sur les décès et les suicides des détenus, c'est généralement de manière accidentelle », rapporte un psychologue d'une grande maison d'arrêt. « Un jour, une collègue a appris qu'un patient avec lequel elle avait rendez-vous ne viendrait pas car il était mort depuis une semaine... Elle a été très choquée. C'est comme si cette vie n'avait pas de valeur* » (118). Le suicide est également une cause fréquente de traumatisme chez le personnel surveillant. D'après la sociologue A. Chauvenet et al., « *les situations éprouvantes les plus souvent citées par les personnels touchent au risque vital : 85% des répondants mentionnent leur confrontation à une automutilation ou à une tentative de suicide d'un détenu ; près de 45% des surveillants ont été directement confrontés à un suicide.* » (109)³².

Le suicide n'est pas uniquement une cause de décès : il s'agit également d'un indicateur de santé mentale qu'on peut appréhender ici aussi à l'échelle individuelle ou collective. Au niveau individuel, le suicide témoigne généralement d'une souffrance, qui peut s'exprimer à l'intérieur ou en dehors du cadre d'un trouble psychiatrique. On peut considérer ici le décès comme une échappatoire, dont la radicalité atteste, par ricochet, de la gravité de la souffrance de l'individu.

Au niveau d'une population, d'après le sociologue M. Halbwachs, « *le nombre des suicides peut être considéré comme une sorte d'indication thermométrique qui nous renseigne sur l'état des mœurs, sur la température morale d'un groupe* » (119). Il renseigne non seulement sur

³² Page 144

l'état de santé mentale des personnes décédées par suicide, mais aussi sur celui du reste de la population, en tant que mesure de l'ambiance générale. Ainsi, en tant qu'indicateur de santé mentale d'une population, la gravité du suicide augmente avec sa fréquence, dans la mesure où la santé mentale d'une population est considérée comme d'autant plus dégradée que les suicides y sont fréquents, et comme nous allons le voir les suicides sont relativement fréquents en prison.

I.C.2.b. Un évènement relativement fréquent

En 2021, 126 personnes détenues sont décédées par suicide, ce qui correspond à la fréquence d'environ un suicide tous les trois jours et au taux d'incidence de 18,8 suicides pour 10 000 personnes-années (PA), soit l'équivalent de 19 suicides observés dans une population moyenne de 10 000 personnes sur un an. Cette fréquence peut être caractérisée en la situant par rapport à quatre référentiels : les autres causes de décès des personnes détenues, le passé, la population générale française et les autres pays.

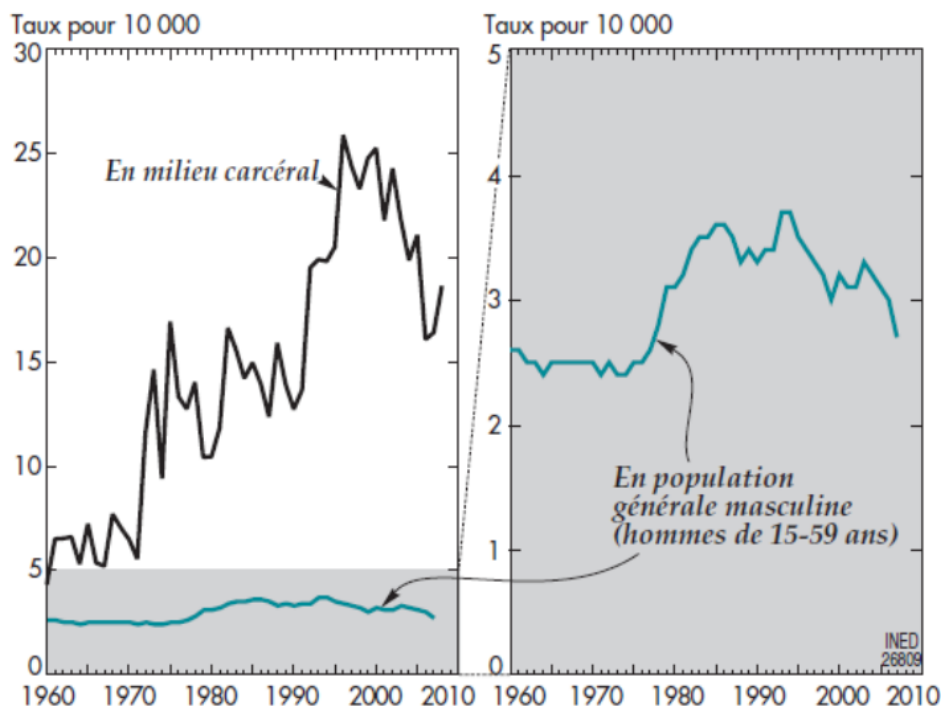
La démographe A. Désesquelles et al. ainsi que la médecin de santé publique C. Chan Chee et al. ont montré que le suicide est la principale cause de décès des personnes sous écrou, avec 57% des décès sur la période 1993-1995, 48% des décès sur la période 2000-2010 et 50% des décès en 2011 (120,121). Les données collectées par la DAP indiquent que durant la période 2017-2021, le suicide est la cause majoritaire de décès des personnes détenues avec 63% des décès (35). Toutefois, pour les périodes les plus récentes, la forte représentation des suicides parmi les causes de décès pourrait être favorisée en partie par l'introduction en 2002 d'une procédure de suspension de peine pour raison médicale, qui bénéficie essentiellement aux personnes porteuses d'une pathologie somatique grave et est susceptible de soustraire les décès correspondants au décompte de la DAP (120).

Le recensement quasi-continu des suicides des personnes détenues depuis le milieu du XIX^e siècle permet d'apprécier leur évolution sur le long terme, qui peut être scindée en trois périodes. Au cours de la première, qui s'étend des années 1860 jusqu'au début des années 1970, le nombre annuel de suicides varie entre 10 et 30 (122), tandis que le taux de suicide, calculé pour des périodes de 5 ans, reste le plus souvent entre 5 et 10 pour 10 000 PA (123). A cette première période succède une augmentation importante de la fréquence des suicides des personnes détenues, qui se poursuit jusqu'au milieu des années 1990. En 25 ans, on passe ainsi de 20 à 135 suicides par an (42,122). Cette augmentation s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de personnes détenues et de celle du taux de suicide, qui grimpe jusqu'à 25 pour

10 000 PA (Figure 5) (124). La période la plus récente, à partir de la fin des années 1990, est caractérisée par une stabilisation du nombre de suicides entre 100 et 120 par an (35,125). Le taux de suicide, quant à lui, a diminué au tournant des années 2000 pour se stabiliser entre 15 et 20 pour 10 000 PA (35,124). Ces évolutions ne sont que partiellement concordantes avec la situation en population générale qui, pour la période récente, est caractérisée par un plateau autour de 2,5 pour 10 000 PA au cours des années 1960 et de la première moitié des années 1970, une augmentation à 3,5 pour 10 000 au cours des 10 années suivantes, puis une diminution progressive depuis le début des années 1990 jusqu'à 1,3 pour 10 000 PA aujourd'hui (Figure 5) (126).

Si l'on compare, pour l'année 2021, les 123 suicides de personnes détenues aux 8 902 suicides recensés en population générale (126), on constate que les personnes détenues ne sont responsables que d'une part marginale des suicides en France (1,4%). Néanmoins, cela s'explique avant tout par le nombre marginal de personnes détenues au regard de la population totale et en se ramenant à une population de taille égale, on se rend compte que les suicides sont beaucoup plus concentrés chez les personnes détenues qu'en population générale, phénomène désigné dans certains travaux par l'expression « sursuicidité carcérale » (56,73,127,128). Ainsi, le taux de suicide des personnes détenues, égal à 18,8 pour 10 000 PA, est 14 fois supérieur à celui en population générale. Il est courant de procéder à cette comparaison en se ramenant à des populations équivalentes en termes de distribution selon l'âge et le genre, et dans ce cas le rapport tombe à 8 (129). Les travaux de la démographe G. Duthé montrent également que ce rapport n'est pas stable dans le temps mais s'est creusé au cours de la seconde moitié du XXe siècle (Figure 5) : il est passé d'environ 3 à 7 entre les années 1960 et 1990 (124). Sur la période 2000-2021, le psychiatre A.P. Mundt et al. ont montré qu'il était 7 fois plus élevé pour les hommes et 27 fois plus chez les femmes (130).

Figure 5. Evolution du taux de suicide en prison et parmi les hommes de 15-59 ans de la population générale entre 1960 et 2008 d'après G. Duthé et al.



(G. Duthé, A. Hazard, A. Kensey, J.-L. Pan Ké Shon, *Population & Sociétés*, n° 462, Ined, décembre 2009)

Champ : population écrouée et population masculine de 15-59 ans en France métropolitaine.

Note : La réduction du champ de la population générale aux hommes de 15 à 59 ans améliore la comparabilité avec la population carcérale (voir encadré).

Sources : DAP et Ined.

Graphique reproduit avec l'aimable autorisation de Géraldine Duthé et du service des éditions de l'INED (<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/suicide-en-prison-la-france-comparee-a-ses-voisins-europeens/>)

Au niveau international, l'Institut de recherche sur les politiques pénales de l'université de Londres estime qu'environ 11 millions de personnes sont emprisonnées dans le monde (131). Le suicide est une des principales causes de décès en prison et le taux de suicide est plusieurs fois supérieur à celui de la population générale dans de nombreux pays (130,132–134). La France est un des pays avec le taux de suicide des personnes détenues le plus élevé. Au niveau européen, le taux de suicide médian était de 9,5 pour 10 000 PA en 2021 (135) et selon les années, la France peut avoir le taux de suicide le plus élevé ou bien se situer juste derrière des petits pays au taux de suicide en prison instable comme la Norvège, le Luxembourg, l'Islande ou la Slovénie (73,132,134,135). Hors Europe, la France a un taux de suicide en détention 3 à

8 fois supérieur à ceux des pays anglo-saxons (132) et 2 à 20 fois supérieur à ceux rapportés pour huit pays d'Amérique latine (133). La position très défavorable de la France à l'échelle internationale pour le milieu carcéral ne se retrouve pas pour la population générale, où le taux de suicide de la France standardisé sur l'âge se trouve proche de la moyenne mondiale (136). Par conséquent, la France se trouve parmi les pays avec les rapports de risque de suicide entre prison et population générale les plus élevés (124,130,132,133). Pour ce qui est de la part des suicides dans les décès, sa valeur médiane était de 28% en Europe en 2021 (135). Aux Etats-Unis, au cours des deux premières décennies du XXI^e siècle, 31% des décès étaient des suicides dans les prisons locales et 6% dans les prisons d'Etat et les prisons fédérales (137,138).

I.D. Etat des lieux sur les causes de suicide

La question des causes des suicides des personnes détenues est complexe. Les causes imputées par les travaux existants recoupent largement les causes des suicides en population générale mais renvoient également à des facteurs spécifiques aux personnes détenues. Je présenterai consécutivement les causes imputées aux suicides en population générale puis en population carcérale, avec une perspective historique.

Je propose de distinguer quatre dimensions des causes de suicide, qui pourront servir de repères pour situer les différentes causes présentées :

- 1) L'adversité ;
- 2) L'inadaptabilité face à l'adversité ;
- 3) L'acceptabilité de la mort volontaire ;
- 4) L'accessibilité de la mort volontaire.

L'adversité renvoie à des événements malheureux et à des épreuves comme les événements de vie négatifs, la précarité ou la maladie. L'inadaptabilité désigne le caractère impossible ou insuffisant de l'adaptation face à l'adversité. Dans un sens restreint, elle renvoie à un manque de ressources cognitives et émotionnelles des individus et notamment de compétences psychosociales. Je l'emploie ici dans un sens plus large qui inclut également un défaut de ressources sociales et institutionnelles, qui comprend le soutien de l'entourage et des dispositifs plus généraux comme la sécurité sociale (offre de soins, accompagnement social, aides financières, etc.). L'acceptabilité de la mort volontaire désigne la posture morale des individus sur la mort volontaire, et plus largement les normes morales et culturelles qui l'influencent. L'accessibilité de la mort renvoie quant à elle à la capacité physique et cognitive, ainsi qu'à la possibilité matérielle d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de mort volontaire.

Ces quatre dimensions peuvent être appréhendées comme des conditions nécessaires mais non suffisantes, qui doivent être remplies toutes les quatre pour que survienne un décès par suicide :

- 1) On se suicide à cause des épreuves de la vie ;
- 2) On se suicide parce qu'on ne dispose pas des ressources nécessaires pour surmonter ces épreuves ;
- 3) On se suicide parce que la mort volontaire est tolérée, autorisée voir encouragée ;
- 4) On se suicide parce qu'en est en capacité de le faire et que l'environnement matériel le permet.

Ce modèle en quatre étapes me semble fonctionner assez bien pour les situations où la mort se présente comme une issue de dernier recours pour échapper à une souffrance insupportable. Il peut nécessiter des adaptations dans certains cas, par exemple lorsque la mort volontaire prend la forme d'une obligation morale en lien avec une symbolique du sacrifice. Dans ce cas, la deuxième et la troisième dimension sont généralement fusionnées au sens où la mort elle-même est perçue comme une réponse adaptée à une situation d'adversité, qui ne touche pas uniquement la personne mais un groupe plus large à laquelle elle appartient. La psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon rapportent ainsi l'explication qu'une femme incarcérée pour le meurtre de son époux, dont la famille et la belle-famille se déchiraient entre soutien et rejet, a donnée à sa tentative de suicide : « *c'était sa décision, elle pensait faire ainsi don de ce corps comme support de la faute, ce don venant l'éteindre et pacifier les relations du groupe familial. Elle ne voulait pas mourir, il lui fallait se tuer* » (57)³³.

Par ailleurs, si un certain nombre de causes de suicide peuvent être classées dans une de ces quatre dimensions, d'autres causes ont plus de difficultés à y trouver une place. Cette classification peut néanmoins rester pertinente dans ce dernier cas en fournissant une grille de lecture des mécanismes susceptibles d'être impliqués. Par exemple, ce que l'on a appelé selon les époques folie, aliénation mentale ou troubles psychiatriques ne relève pas d'une dimension en particulier mais peut mobiliser les différentes dimensions en fonction de la nature et la gravité des troubles. Les troubles psychiatriques peuvent être source d'adversité, notamment par le biais de difficultés relationnelles et fonctionnelles ainsi que de la stigmatisation dont les personnes atteintes sont l'objet. Ils peuvent diminuer les marges d'adaptation face à l'adversité, sur le plan individuel via la perturbation du fonctionnement psychique et sur le plan collectif via l'insuffisance du soutien social en lien avec la stigmatisation et le manque d'adéquation des dispositifs institutionnels aux spécificités de cette population. On peut également s'interroger sur l'impact des troubles psychiatriques sur la perméabilité à la réprobation morale du suicide et sur les capacités à élaborer et mettre en œuvre un projet suicidaire.

³³ Page 146

I.D.1. En population générale

I.D.1.a. Perspective historique

Le suicide s'est présenté dès l'Antiquité gréco-romaine comme un phénomène complexe aux causes multiples. Le chercheur en droit F. Violla rapporte différentes causes (139), dont on peut rapidement faire la liste. Sur le plan de l'adversité, on se suicidait à cause de la perte d'un être cher, d'une déception amoureuse, d'une perte de pouvoir, d'un viol, d'un inceste, de conflits, d'un revers de fortune, de la vieillesse, d'une maladie, d'une défaite militaire, d'une mise en esclavage. Le suicide pouvait alors prendre la forme d'un sacrifice, d'une vengeance, de la fuite d'un poursuivant ou d'une situation insupportable ou inacceptable, de l'expiation d'une mauvaise action, d'un devoir, d'un geste de loyauté ou d'honneur.

La conception du suicide par l'Eglise catholique s'est stabilisée quant à elle vers le V^e siècle après Jésus Christ, notamment lors du concile d'Arles de 452, où le suicide a été expliqué par une « *fureur diabolique* », qui a ensuite été requalifiée en désespoir au Moyen Âge (94). Œuvre du diable (83)³⁴, le désespoir « *n'est ni un sentiment ni un état psychologique, mais un vice, celui de douter de la miséricorde divine* » (94). L'Eglise catholique expliquait donc le suicide avant tout par un défaut de foi dans la bonté divine. Cette perte de foi signait la perte de l'espoir de se voir pardonner pour ses péchés et donc une condamnation à l'enfer. La cause du suicide était située non pas dans l'adversité, qui prenait ici la forme de la menace de l'enfer, lot commun de tous les mortels, mais dans la perte de la ressource essentielle que constitue la miséricorde divine pour contrer cette menace.

Cette conception du suicide a été très influente en France et en Europe pendant tout le Moyen Âge et jusqu'à la fin de l'Ancien Régime, sans toutefois être hégémonique. D'après l'historien G. Minois, la littérature, le théâtre et les chansons du Moyen Âge ont repris la vision chrétienne du suicide, mais ont également mis en avant pour l'expliquer l'amour impossible, l'excès de chagrin, l'humiliation de la défaite, le décès ou l'exil d'un proche, etc. (83)³⁵. De même pour la littérature de la Renaissance, où les suicides étaient fréquents et imputés au « *désespoir amoureux, le remords, la chasteté, le souci d'honneur* » (83)³⁶. Par ailleurs, si les autorités laïques, lorsqu'elles se sont emparées de la question du suicide au XIII^e siècle, ont adopté une vision proche de l'Eglise en le considérant comme un crime, celui-ci a été régulièrement excusé en l'expliquant par la folie. Des auteurs du Moyen Âge central distinguaient deux types de

³⁴ Page 45

³⁵ Pages 21-25

³⁶ Page 125

folies à l'origine du suicide : un premier « *qui se manifeste par un état d'abattement ou de tristesse* », qui sera par la suite qualifié de mélancolie, et un second, caractérisée par « *des accès brutaux : c'est la « frénésie » ou la « fureur », qui peut se traduire par des hallucinations, des délires, des gestes de violence* » (83)³⁷.

L'influence des religions chrétiennes sur la conception du suicide a progressivement reculé à la fin de l'Ancien Régime, dans un contexte de sécularisation de la société et de développement de ce que la politiste L. Deheurles-Montmayeur a appelé la « *conception victimologique* » du suicide (60). Cette conception fait une place importante à l'adversité au sein des causes de suicide, et à la fin du XVIII^e siècle, la société civile considérait la personne décédée par suicide comme « *victime de sa physiologie cérébrale, victime des évènements malheureux qui frappent ses proches, victime de l'attitude de son entourage qui contrarie ses amours ou son affectivité, victime d'une organisation politique et sociale qui pousse à la misère et au désespoir* » (83)³⁸.

Les théories médicales du suicide ont pris leur essor au tournant du XIX^e siècle. L'historienne E. Yampolsky a identifié, entre 1791 et la fin du Second Empire, quatre positionnements successifs des médecins aliénistes sur les causes du suicide élaborés à partir d'études de cas cliniques et de descriptions statistiques (88). De 1791 au début des années 1820, la majorité, à l'instar de P. Pinel, considérait que seule une petite minorité de suicides étaient d'origine pathologique. Des années 1820 aux années 1840, le suicide était essentiellement considéré comme résultant de la folie, à l'instar de J.E. Esquirol qui écrivait : « *l'homme n'attente à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés* » (83)³⁹. Dans les années 1840 et 1850, le suicide non pathologique a regagné en partie la faveur des médecins aliénistes, qui insistaient alors plus sur les causes morales des suicides, dans un contexte de reflux de l'approche religieuse du suicide. La quatrième période correspond au développement des théories de la dégénérescence, qui attribuaient un rôle important à l'hérédité dans le suicide, expliqué par des causes morales et sociales.

Ces différentes causes ne s'excluaient pas nécessairement les unes les autres dans les écrits des médecins aliénistes et beaucoup considéraient qu'aucune cause n'était à elle seule suffisante pour conduire au suicide. Différents systèmes de classifications des causes de suicide ont été proposés par les médecins aliénistes, dont le plus important consistait à distinguer les causes physiques et les causes morales, qui devaient être associées pour conduire au suicide (88). Les

³⁷ Page 51

³⁸ Page 348

³⁹ Page 369

causes physiques correspondaient aux lésions d'organes et aux troubles de leur fonctionnement et comprenaient les pathologies somatiques, les pathologies mentales et les troubles du comportement d'origine organique. Les causes morales, définies comme des perturbations psychiques, comprenaient diverses passions, les influences des mœurs et les comportements immoraux tels que l'ambition, la cupidité, la jalousie, la débauche ou l'adultère. Les atteintes à la morale étaient considérées comme une cause de suicide en tant que perturbation du moral, et les médecins aliénistes semblaient entretenir une ambiguïté entre le moral et la morale via des expressions comme « *traitement moral* », « *causes morales* », « *maladie morale* », « *contagion morale* » (88).

La conception de la folie par les médecins aliénistes s'appuyait sur une articulation entre ces causes physiques et ces causes morales, ce qui peut par exemple expliquer que J.E. Esquirol, tout en affirmant que le suicide est un signe de folie, indiquait que « *si l'homme n'a point fortifié son âme par les croyances religieuses, par les préceptes de la morale, par les habitudes d'ordre et de conduite régulière, s'il n'a pas appris à respecter les lois, à remplir les devoirs de la société, à supporter les vicissitudes de la vie, s'il a appris à mépriser ses semblables, à dédaigner les auteurs de ses jours, à être impérieux dans ses désirs et caprices, certainement, toutes choses égales d'ailleurs, il sera plus disposé que tout autre à terminer volontairement son existence dès qu'il éprouvera quelque chagrins ou quelque revers.* » (83)⁴⁰. Le suicide semble ici trouver ses causes dans la non-conformité aux bonnes mœurs et à une mauvaise hygiène de vie, qui favoriseraient le suicide en réduisant les capacités d'adaptation face à l'adversité et en rendant la mort volontaire plus acceptable.

La naissance de la discipline sociologique à la fin du XIX^e siècle a fourni une nouvelle approche des causes du suicide, en particulier à travers l'influent ouvrage *Le suicide* du sociologue E. Durkheim publié en 1897 (7,140). Il s'y est donné pour objectif non « *pas de faire un inventaire aussi complet que possible de toutes les conditions qui peuvent entrer dans la genèse des suicides particuliers, mais seulement de rechercher celles dont dépend ce fait défini que nous avons appelé le taux social des suicides. [Beaucoup de conditions individuelles] peuvent faire, peut-être, que tel ou tel individu isolé se tue, non que la société in globo ait pour le suicide un penchant plus ou moins intense.* » (7)⁴¹. Ainsi, il considérait le suicide comme un fait social, et se demandait non pas pourquoi telle personne se suicide et pas une autre, mais ce qui explique la fréquence des suicides dans une société donnée. Selon lui, un fait social ne peut être expliqué

⁴⁰ Page 369

⁴¹ Page 33

que par un fait social et les causes du suicide sont donc à rechercher dans l'organisation des rapports sociaux. A l'aide de comparaisons spatio-temporelles de statistiques de suicide dans différents pays européens et particulièrement en France, il a récusé la responsabilité de certains facteurs dans « *le taux social* » de suicide : la folie, l'alcoolisme, l'hérédité, le climat, la température et l'imitation.

Il a ensuite proposé une typologie des causes sociales du suicide à vocation universelle et qui s'articulait autour de deux axes : l'intégration et la régulation. L'intégration sociale désigne la force et la richesse des liens qui relient les membres d'une société ou d'un groupe. Les suicides peuvent survenir par défaut ou par excès d'intégration. Le suicide par défaut d'intégration a été qualifié de suicide « égoïste » et est caractéristique des sociétés individualistes. L'individu ne se reconnaît plus appartenir à aucun groupe et sa vie lui apparaît vide de sens. E. Durkheim a montré que les suicides étaient ainsi plus fréquents là où la religion reculait. Ils étaient par ailleurs plus fréquents dans les territoires à majorité protestante que catholique et plus fréquents chez ces derniers que pour les territoires à majorité juive. Ils étaient également plus fréquents en cas de dislocation des liens familiaux, lorsque la taille des familles était plus réduite, ou que le célibat ou l'absence d'enfants étaient plus fréquents. Ils diminuaient en revanche dans des contextes de mobilisation nationale comme la guerre. Par rapport aux dimensions des causes de suicide que j'ai proposées, le suicide égoïste me semble relever avant tout d'un manque d'adaptabilité.

Le deuxième type de suicide présenté est le suicide « altruiste », qui survient par excès d'intégration. Il est caractéristique des sociétés dites holistes. L'individu se tue par obligation à l'égard du groupe. E. Durkheim a donné les exemples des suicides d'hommes arrivés au seuil de la vieillesse ou atteints de maladie, de femmes à la mort de leur mari, de clients ou de serviteurs à la mort de leurs chefs. Pour les sociétés occidentales contemporaines, il l'a illustré par une fréquence de suicide plus élevée chez les militaires, dans un contexte où le groupe passait avant l'individu. Le suicide peut ici être envisagé comme un devoir moral, et relèverait alors de la dimension de l'acceptabilité, mais aussi comme un étouffement de l'individu par le groupe, qui peut être interprété sous le prisme de l'adversité.

La régulation renvoie quant à elle à la gestion politique du changement social (140). L'individualisation des rapports sociaux peut souffrir d'un manque de régulation ou au contraire être contrainte par le cadre juridico-institutionnel. Le suicide lié au manque de régulation a été qualifié de suicide « anémique ». E. Durkheim l'a illustré par des suicides plus fréquents lors des changements économiques brutaux, que ce soit dans le sens d'un

appauvrissement ou d'un enrichissement, ainsi qu'au sein des professions industrielles, commerciales et libérales et, concernant les hommes, là où le divorce était plus fréquent, ce qu'il a interprété comme un affaiblissement de la réglementation matrimoniale. Le suicide anémique peut être appréhendé comme un problème d'adaptabilité, en tant que signe d'un défaut de ressources collectives, d'ordre culturel, pour faire face à l'adversité. Le quatrième type de suicide, lié à un excès de régulation et qualifié de « fataliste », n'a été que brièvement évoqué par E. Durkheim en note de bas de page, car il l'estimait peu important. Il s'agit de situations où les aspirations à l'individualisme sont empêchées par des contraintes institutionnelles. Il a donné les exemples de l'esclavage, des époux trop jeunes et de la femme mariée sans enfant. Le suicide fataliste peut être rapproché de la dimension d'adversité, représentée ici par les contraintes institutionnelles.

E. Durkheim estimait que dans les sociétés modernes occidentales, le type de suicide le plus important est le suicide égoïste, suivi du suicide anémique. Le manque d'intégration et de régulation constituent des tendances globales, sociales, qui sont incorporées par les individus et les prédisposent au suicide.

I.D.1.b. Approche contemporaine

Aujourd'hui, les principales institutions impliquées dans l'étude et la prise en charge du suicide tels que la psychiatrie (141), l'OMS (142,143) ou le Haut Conseil de santé publique (HCSP) (144) accordent une place centrale à l'épidémiologie dans la détermination des causes des suicides. Si l'outil statistique était déjà utilisé par les médecins aliénistes au XIX^e siècle, il a gagné en puissance et en légitimité dans la deuxième moitié du XX^e siècle, notamment avec le développement de modèles statistiques plus complexes et l'avènement de l'ère informatique, jusqu'à occuper une place centrale aujourd'hui dans ce qu'on appelle la médecine basée sur les preuves.

Une synthèse des facteurs de risque de suicide peut être présentée à partir des travaux du criminologue L. Favril et al. qui ont publié en 2023 une revue de la littérature des méta-analyses sur les facteurs de risque individuels de suicide en population générale (145). Ils ont identifié 33 méta-analyses ayant étudié 38 facteurs. Sur le plan de la qualité des études sources, le score global de qualité était de 2/5 (0 : pire score ; 5 : meilleur score) et la majorité des études n'avaient pas recherché de biais de confusion. Sur les 38 facteurs étudiés, que les auteurs ont regroupé en cinq domaines, 35 étaient significativement associés au suicide. Le facteur le plus

étroitement lié au suicide était la tentative de suicide (associée à une multiplication du risque de suicide par 16,3), dans le domaine des facteurs relatifs au suicide. Les auteurs expliquent cette association par la notion d'un continuum entre tentative de suicide et suicide (145), ce qu'on peut interpréter comme un phénomène de confusion : le suicide et la tentative de suicide sont étroitement liés car ils auraient des causes communes. Cette hypothèse de la confusion suppose la diminution importante voire l'effacement de cette association en cas d'ajustement sur ces causes communes. De ce point de vue, la mise en avant d'une force d'association très élevée entre suicide et tentative de suicide suggère l'absence de prise en compte de ces causes communes. De cette manière, elle serait moins une mesure de notre connaissance que de notre ignorance sur les causes du suicide. Un effet propre de l'antécédent de tentative de suicide sur le risque de suicide peut néanmoins être également envisagé : la tentative de suicide pourrait apporter une « montée en compétence » sur le geste suicidaire, susceptible d'en faciliter le recours et d'en augmenter la létalité. Il pourrait également être intéressant de s'interroger sur l'impact de la stigmatisation des conduites suicidaires sur la santé mentale et donc sur le risque de réitération d'un geste suicidaire. Revenons à la revue de la littérature : dans le domaine des facteurs relatifs au suicide, les autres facteurs de risque rapportés par les auteurs étaient les idées suicidaires (x5,6) et le suicide d'un des parents (x3).

Le second domaine qui s'est distingué par la force de ses relations avec le suicide était celui des troubles psychiatriques. Le risque de suicide était augmenté en cas de troubles psychotiques (x13,2), de troubles de l'humeur (x12,3), de troubles de la personnalité (x8,1), d'anorexie mentale (x6,9), de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (x6,7), d'addiction à des substances (x4,4) et de troubles anxieux (x4,1). Ensuite, dans le domaine sociodémographique, le risque de suicide était plus élevé en cas de dettes financières non garanties (x7,9), en l'absence d'appartenance religieuse (x2,4), en cas d'études plus courtes (x1,9), de chômage (x1,9), de bas revenus (x1,8), d'emploi peu qualifié (x1,8), chez les personnes non mariées (x1,6) et en cas de facteurs de stress professionnels (x1,3). Ils n'ont pas retrouvé d'association entre suicide et minorité ethno-raciale. Dans le domaine des maladies somatiques, le suicide était plus fréquent en cas d'épilepsie (x2,9), d'hydradénite suppurée (x2,1), de commotion cérébrale (x2), de bronchopneumopathie chronique obstructive (x1,9), de cancer (x1,9), de sclérose multiple (x1,7), d'accident vasculaire cérébral (x1,6), de maladie de Parkinson (x1,6), de diabète (x1,6), d'asthme (x1,3) et de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (x1,3). Il n'a pas été mis en évidence d'association avec le psoriasis ni avec la démence. Enfin, dans le dernier domaine qui regroupe des facteurs divers, un risque de suicide

plus élevé a été retrouvé en cas d'infraction pénale (x4,5), de prise en charge par l'Etat pendant l'enfance (x3,4), d'accès à des armes à feu (x3,2), de tabagisme (x2,4), de troubles du sommeil (x1,8) et d'indice de masse corporelle signalant un état de maigreur ou de dénutrition (x1,2).

Ce travail ne présente pas de résultats relatifs à l'âge et au sexe. Les usages associent plus volontiers ces déterminants à l'épidémiologie descriptive qu'à l'épidémiologie étiologique, peut-être en lien avec le fait que la distribution des problèmes de santé par âge et par sexe sont des données facilement disponibles, même en l'absence d'accès à des données individuelles. D'après l'OMS, les suicides sont plus fréquents chez les hommes et augmentent globalement avec l'âge dans la plupart des pays dont la France (146). Des analyses plus fines des variations du risque de suicide selon le genre et selon l'âge ont été présentées dans des travaux sociologiques, en lien avec d'autres facteurs socio-économiques et les mutations récentes de nos sociétés (116,147). D'autres facteurs de risque non couverts par cette revue de la littérature ont été mis en évidence comme des facteurs biologiques, génétiques et psychologiques (148,149), l'augmentation du risque de suicide dans le mois qui suit l'annonce du suicide d'une personne célèbre dans les médias (x1,1) (150) ou son association avec des facteurs d'exposition in-utero et périnataux (151).

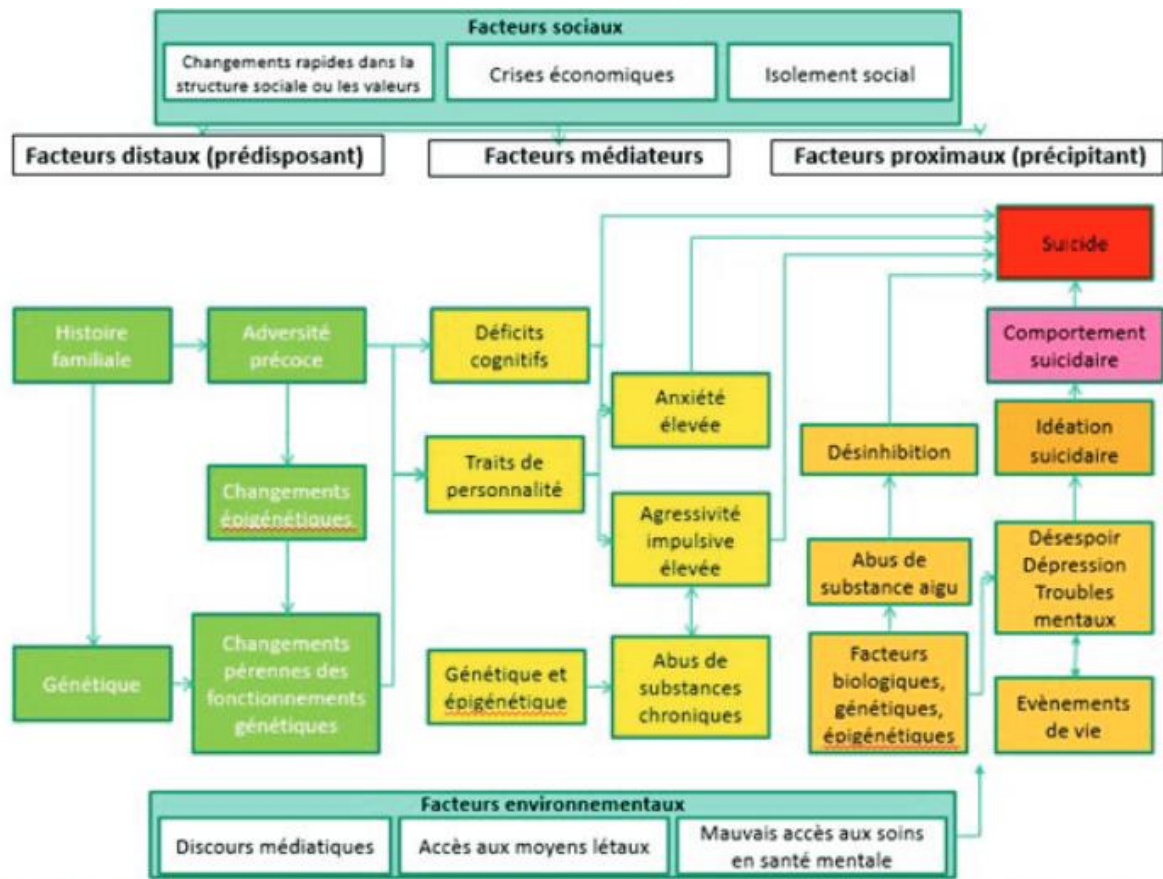
La mise en évidence de facteurs biologiques, génétiques ou psychologiques s'appuie sur les neurosciences, qui étudient notamment les mécanismes moléculaires et cellulaires, génétiques et épigénétiques, ainsi que les traits psychologiques spécifiques des individus qui présentent des conduites suicidaires (143,148). Une question centrale posée par ces disciplines sur les conduites suicidaires est pourquoi, parmi un ensemble d'individus exposés à des situations d'adversité similaires, certains y répondent par un geste suicidaire et pas d'autres ? Les neurosciences tendent à souligner le caractère ubiquitaire de l'adversité (rupture amoureuse, chômage, maladie, etc.) et à insister sur les dysfonctionnements du cerveau ou du reste de l'organisme qui favorisent les conduites suicidaires, en conduisant les individus à réagir de manière « inadaptée » face à l'adversité (2). Ainsi, des travaux ont identifié chez les personnes qui présentent des conduites suicidaires des dysfonctionnements du système sérotoninergique, une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, des anomalies de la plasticité neuronale, ou encore des modifications des taux de cytokines proinflammatoires ou anti-inflammatoires (143). Les neurosciences s'intègrent au paradigme épidémiologique au sens où les dysfonctionnements mis en évidence ne sont pas associés aux conduites suicidaires de manière déterministe mais probabiliste. En d'autres termes, ces dysfonctionnements ne permettent pas de différencier à coup sûr les personnes avec ou sans conduite suicidaire et c'est

grâce à l'outil statistique que les neurosciences peuvent montrer que ces dysfonctionnements sont retrouvés plus fréquemment chez les personnes avec des conduites suicidaires.

Les spécificités neurobiologiques des personnes avec des conduites suicidaires peuvent se manifester par certains traits de personnalité et s'expliquent par des facteurs génétiques et des modifications épigénétiques. Les modifications épigénétiques favorables aux conduites suicidaires sont notamment attribuées aux antécédents de tentative de suicide, aux antécédents familiaux de conduites suicidaires et aux abus dans l'enfance (143). On peut les appréhender en partie comme un phénomène d'incorporation de situations d'adversité anciennes, qui vont modifier les réactions des individus lors de nouveaux épisodes d'adversité.

Différents modèles de classification et d'organisation des rapports entre ces différents types de facteurs ont été proposés. Un modèle courant consiste à distinguer les facteurs distaux ou prédisposants des facteurs proximaux ou précipitants (144,152–154) (Figure 6). Les facteurs distaux comprennent les antécédents familiaux, les facteurs génétiques, les facteurs périnataux et les facteurs d'adversité précoce. Les facteurs proximaux comprennent des événements de vie négatifs, les troubles psychiatriques ou encore la prise de substances psychoactives. Les interactions entre les facteurs distaux et les facteurs proximaux sont médiées par d'autres facteurs dits développementaux (152,153), qui sont notamment susceptibles de favoriser le geste suicidaire face à l'adversité. Ils comprennent des biais cognitifs, certains traits de personnalité, l'addiction à des substances, l'impulsivité, l'agressivité, un niveau d'anxiété élevé. L'ensemble de ces facteurs interagissent avec des facteurs sociaux et environnementaux comme l'isolement social, les crises économiques, les évolutions des mœurs, le traitement médiatique des suicides, l'accès aux moyens létaux et l'accès aux soins de santé mentale.

Figure 6. Modèle développemental du risque de suicide.



Source : *Connaissances actuelles sur les facteurs impliqués dans les comportements suicidaires, d'après Turecki et coll. 2015.*

Ce schéma illustre l'importance des facteurs individuels (au centre) par rapport aux facteurs sociaux et environnementaux.

Figure publiée par le Haut Conseil de santé publique dans un rapport de 2016 sur l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (144).

Un autre exemple de classification des facteurs de risque de suicide est donné par l'OMS, qui identifie des facteurs de risques individuels, relationnels, communautaires, sociaux et liés au système de santé (4). Les facteurs de risques individuels comprennent les antécédents de tentative de suicide, les troubles mentaux, l'usage nocif de l'alcool, la perte d'emploi ou financière, le désespoir, la douleur chronique, les antécédents familiaux de suicide et les facteurs génétiques et biologiques. Les facteurs relationnels comprennent le sentiment d'isolement et le manque de soutien, les relations conflictuelles, les mésententes ou les pertes. Les facteurs communautaires comprennent les catastrophes naturelles, les guerres, les conflits, le stress lié à l'acculturation et au déplacement, la discrimination, les traumatismes ou les abus. Les facteurs sociaux comprennent l'accès aux moyens létaux, la couverture médiatique inappropriée du suicide et la stigmatisation associée à la demande d'aide. Le facteur lié au

système de santé correspond aux obstacles aux soins. D'autres modèles d'articulation des facteurs de risque de suicide ont été proposés, et on pourra consulter à ce sujet les enseignements du psychiatre F. Jollant aux internes de psychiatrie (155).

I.D.2. En population carcérale

L'approche historique des causes imputées aux suicides des personnes détenues ne sera pas traitée, à la fois parce que la prison est une institution relativement jeune (31) et parce qu'à ma connaissance il y a peu de travaux sur ce sujet. Aujourd'hui, les travaux statistiques sur les facteurs de risque de suicide chez les personnes détenues sont d'origine épidémiologique mais aussi démographique, criminologique, sociologique ou psychologique et posent deux questions récurrentes : 1) pourquoi les suicides sont-ils plus fréquents en prison qu'en population générale ? ; 2) pourquoi certaines personnes détenues décèdent par suicide et pas d'autres ?

I.D.2.a. Pourquoi les suicides sont-ils plus fréquents en prison qu'en population générale ?

Une réponse courante apportée à la première question consiste à distinguer d'une part la vulnérabilité des individus antérieure à l'incarcération et d'autre part les effets délétères propres à l'incarcération (57,134,156–188). Les mécanismes par lesquels ils sont impliqués dans la survenue des suicides sont qualifiés respectivement d'« importation » et de « privation » par certains auteurs dont l'OMS et l'association internationale pour la prévention du suicide (134,161,175–177,185,186). Le modèle d'importation stipule que les suicides sont particulièrement fréquents en prison du fait de l'importation dans cet environnement de personnes qui présentaient déjà un risque de suicide élevé avant leur incarcération. Il renvoie donc aux facteurs de risque de suicide précédemment décrits pour la population générale et fait l'hypothèse d'une forte corrélation, au sein de la population générale, entre le risque de suicide et le risque d'être incarcéré, du fait de l'existence de causes communes. En d'autres termes, les personnes que la société s'emploie à incarcérer font partie d'une des fractions de la population générale les plus à risque de suicide.

Le modèle de privation stipule que les suicides sont particulièrement fréquents en prison du fait des privations imputables à l'emprisonnement. Cette terminologie s'inspire notamment des travaux du sociologue G. Sykes qui, à partir de l'enquête ethnographique d'une prison aux

Etats-Unis, a défini en 1958 cinq privations liées à l'emprisonnement : la privation de liberté, la privation de biens et de services, la privation d'autonomie, la privation de relations hétérosexuelles et la privation de sécurité (189)⁴². La privation de liberté s'applique aux déplacements entre le dedans et le dehors mais aussi aux déplacements à l'intérieur de la prison. La plupart des personnes détenues sont confinées dans leur cellule l'immense majorité du temps. Les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur sont restreints et soumis à autorisation. Une implication de la privation de liberté pour les personnes détenues est la séparation d'avec leurs proches. Leur isolement affectif a pu être réduit ces dernières décennies par une ouverture relative de la prison, qui permet notamment des visites plus fréquentes et des règles de correspondance plus souples. Leur liberté de communication reste restreinte avec en France l'interdiction d'accès à internet, l'interdiction du téléphone portable et pour le téléphone fixe l'interdiction de recevoir des appels et des coûts importants (190). La privation de biens et de services comme l'absence de mobilier propre, de distractions ou de nourriture en qualité et en quantité suffisante, représente une « *atteinte profonde à la personnalité* » car « *la culture occidentale moderne considère les biens matériels comme une part importante de la conception que l'individu a de lui-même* » (189)⁴³. Aujourd'hui, en France, les personnes détenues qui en ont les moyens peuvent acheter un certain nombre de produits alimentaires et non alimentaires à un guichet qu'on appelle la « cantine ». L'argent étant interdit en prison en France, les personnes détenues doivent formuler une demande écrite aux personnels en charge de l'administration de leur compte. Pour ce qui est de la privation de relations hétérosexuelles, G. Sykes estime qu'elle entraîne des frustrations sexuelles, une anxiété liée à des incertitudes sur l'identité de genre ou encore de la culpabilité liée à des pratiques homosexuelles. Au-delà de la politique de non-mixité de l'institution pénitentiaire qui organise des microsociétés monosexuées, la possibilité de relations hétérosexuelles s'apprécie au niveau du régime des visites par les conjoint-es et des possibilités de permission ou d'aménagement de peine. En France, les relations hétérosexuelles en prison ne sont pas formellement interdites mais sont réprimées en dehors des unités de vie familiale. Les unités de vie familiale sont des appartements intramuros destinés qui permettent des visites plus longues et avec plus d'intimité que pour les parloirs, auxquelles ont accès une part marginale des personnes détenues (191). Concernant la privation d'autonomie, G. Sykes indique que « *frustrer le détenu de sa possibilité de faire des choix et refuser fréquemment de fournir une justification aux règlements et aux ordres venant de la hiérarchie bureaucratique constituent des menaces graves pour l'image de lui-même que le*

⁴² Pages 171-194

⁴³ Page 178

détenu tente de conserver, parce que ces actions réduisent le prisonnier à l'état d'enfant, faible, démuni et dépendant » (189)⁴⁴. Aujourd'hui en France, la personne détenue n'a le plus souvent pas la possibilité de sortir seule de sa cellule, ce qui a diverses implications comme l'absence d'accès autonome aux douches dans une grande partie des prisons. Elle ne choisit pas le menu ni les horaires de ses repas, généralement servis en cellule, ni les horaires de la « promenade », c'est-à-dire d'accès à un espace extérieur, typiquement dans une petite cour fermée. Cette privation d'autonomie peut être d'autant plus durement ressentie qu'on les exhorte à être les acteurs de leur propre réinsertion. Enfin, la privation de sécurité est avant tout liée à la cohabitation forcée avec des personnes susceptibles d'être dangereuses, qui « *provoque une anxiété intense, non seulement parce que des agressions violentes et des abus ont effectivement lieu en prison, mais aussi parce que de tels comportements remettent constamment en question la capacité individuelle de s'y adapter compte tenu des ressources intérieures, du courage et du « cran » nécessaires* » (189)⁴⁵.

D'autres travaux, en particulier en sciences sociales, ont également contribué à attirer l'attention sur le « *pouvoir vulnérant de l'enfermement* », pour reprendre l'expression de la chercheuse en droit A. Simon (192). Le sociologue états-unien E. Goffman a ainsi proposé le concept d'« *institution totalitaire* » pour décrire diverses institutions dont la prison, qu'il a défini comme un « *lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.* » (193)⁴⁶. Il estime qu'en tant qu'institution totalitaire, la prison met en œuvre différentes techniques de mortifications : 1) l'isolement, qui dépossède la personne de ses rôles sociaux ; 2) les cérémonies d'admission, au cours desquelles « *l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser et transformer en objet* » ; 3) le dépouillement des biens personnels et une perte de contrôle sur son aspect physique ; 4) une dégradation de l'image de soi, qui passe par l'imposition d'activités ou d'un rythme de vie incompatible avec l'image que les personnes ont d'elles-mêmes ; 5) la contamination physique, notamment en lien avec la saleté ou les fouilles ; 6) la contamination morale liée à différentes formes de promiscuité, qui vont de l'imposition de la cohabitation avec des étrangers à la lecture du courrier personnel (193)⁴⁷. En France, le philosophe M. Foucault à quant à lui insisté sur les contraintes disciplinaires de la prison : « *les disciplines établissent*

⁴⁴ Page 185

⁴⁵ Page 188

⁴⁶ Page 41

⁴⁷ Pages 57 à 78

une « infra-pénalité » ; elles quadrillent un espace que les lois laissent vide ; elles qualifient et répriment un ensemble de conduites que leur relative indifférence faisait échapper aux grands systèmes de châtement » (31)⁴⁸. « La marge par laquelle la prison excède la détention est remplie en fait par des techniques de type disciplinaire. Et ce supplément disciplinaire par rapport au juridique, c'est cela, en somme, qui s'est appelé le "pénitentiaire". » (31)⁴⁹.

Dans des travaux plus récents, le sociologue anglais B. Crewe a proposé une classification des souffrances liées à l'emprisonnement en trois catégories : celles qui découlent des caractéristiques inhérentes à l'incarcération, celles qui résultent d'abus délibérés et du non-respect de certaines obligations par le personnel et l'institution et celles qui sont produites par des politiques systémiques et des pratiques institutionnelles (194). Il range dans la première catégorie l'ensemble des privations décrites par G. Sykes. Par ailleurs, il estime que les souffrances qui relèvent des abus ou des manquements du personnel et de l'institution sont courantes en prison et peuvent correspondre selon les cas à des conditions de détention indécentes, à un accès aux douches et à des vêtements propres au bon vouloir du personnel, à la distribution de repas froids ou avariés, au placement de personnes détenues ennemies dans la même cellule, à la privation prolongée de lumière naturelle, au maintien des lumières dans la cellule la nuit, au refus de répondre aux sollicitations urgentes, à l'utilisation de médicaments psychotropes à des fins de maintien de l'ordre carcéral, à la disparition du courrier des personnes détenues, à la perte des effets personnels confiés à l'administration, au recours à des intimidations et à des humiliations injustifiées, ou encore à la délégation par le personnel de leur mission de maintien de l'ordre aux personnes détenues, approuvant ainsi tacitement des exploitations sexuelles, des trafics et des chantages en tout genre (194). L'auteur range dans la troisième catégorie les souffrances liées à l'incertitude, celles liées aux évaluations psychologiques et celles liées à l'autorégulation. L'incertitude concerne à la fois la période d'emprisonnement et la perspective de sortie. D'après l'analyse qu'en fait la criminologue K. Beyens, celle-ci résulte de « l'opacité des processus de décision discrétionnaires relatifs à de nombreux aspects de la vie en prison et au trajet qui permettra la sortie des détenus » (190). Les souffrances liées aux évaluations psychologiques « sont tributaires de la perte de contrôle de l'identité personnelle et de la réduction, par les rédacteurs de l'évaluation, de la personnalité des détenus à des catégories manipulables psychologiquement » (190). Les souffrances liées à l'autorégulation peuvent quant à elle se comprendre comme une mise sous

⁴⁸ Page 209

⁴⁹ Page 288

pression par une injonction à l'autonomie qui responsabilise les personnes détenues et les exhorte à se réinsérer, dans le contexte de privation d'autonomie et d'incertitude décrit précédemment.

Lorsqu'elle est explicitée, la relation qu'entretiennent le modèle d'importation et le modèle de privation est le plus souvent définie en termes de complémentarité. L'emprisonnement se présente comme une source d'adversité, un facteur de stress, auquel succombent certaines personnes détenues parce qu'elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour s'y adapter. Ou, pour le dire comme la directrice de prison C. Rotach, qui insiste peut-être un peu plus sur le modèle de privation : « *la prison est un univers clairement hostile auquel on ne résiste pas toujours* » (195)⁵⁰. Ces modèles sont parfois opposés. Dans le cas extrême, on aurait d'un côté l'emprisonnement comme simple lieu privilégié d'observation de suicides qui seraient de toute façon survenus à l'extérieur et de l'autre côté l'emprisonnement comme unique responsable de l'ensemble des suicides en excès par rapport à la population générale.

Il est intéressant de noter que si la question de savoir pourquoi les suicides sont plus fréquents en population carcérale qu'en population générale est fréquemment posée dans les études statistiques, celle-ci n'est pas traitée de front. Une structuration classique des études statistiques sur les causes du suicide des personnes détenues est de poser le constat de la sursuicidité carcérale, d'en discuter brièvement les causes, puis de proposer un objectif de l'étude qui s'attache à répondre non pas à cette question mais à celle de savoir pourquoi certaines personnes décèdent par suicide et pas d'autres. On peut supposer que ce renoncement au traitement statistique de la question de la sursuicidité carcérale s'explique notamment par des obstacles méthodologiques. Il semble difficile de mesurer l'association entre suicide et incarcération « toutes choses égales par ailleurs ». A ma connaissance, les tentatives en ce sens ne vont pas plus loin que la comparaison de taux de suicide entre population carcérale et population générale standardisés sur le sexe et sur l'âge. La prise en compte de facteurs additionnels nécessiterait des données individuelles, qui sont compliquées à réunir avec une puissance statistique suffisante compte tenu de la rareté statistique simultanée du suicide et de l'incarcération au regard de la population générale. Par ailleurs, l'incarcération se prête mal au paradigme du facteur de risque indépendant au sens où l'effet propre de l'incarcération sur le suicide est difficile à isoler d'autres facteurs qui lui sont étroitement liés et plus ou moins

⁵⁰ Page 124

spécifiques de la population carcérale comme les facteurs relatifs au parcours pénal, à la stigmatisation ou au remords lié à l'infraction.

D'autres explications peuvent contribuer à expliquer le manque d'études statistiques sur cette question, comme une préférence a priori pour le modèle d'importation, en lien avec un modèle biomédical du suicide qui va rechercher les causes du suicide prioritairement dans l'individu. Privilégier le modèle d'importation revient à se focaliser sur la vulnérabilité des individus antérieure à l'incarcération et de ce point de vue, il peut sembler logique d'associer la question de la sursuicidité carcérale à celle des individus à risque. La question de la sursuicidité carcérale peut également être éludée pour des motifs pragmatiques et politiques. Par exemple, R.A. Lupei estime dans sa thèse de philosophie que la question des facteurs de risque individuels est plus pertinente que celle de la responsabilité de l'institution parce qu'elle a plus de chances d'être approuvée et reprise par le système pénal et les autorités politiques dans le cadre d'une politique de prévention du suicide (172).

Si la question des origines de la sursuicidité carcérale n'est pas traitée de front par les études statistiques, celles-ci fournissent néanmoins des arguments indirects qui permettent de la discuter. La prévalence élevée de tentatives de suicide antérieures à l'incarcération, de traumatismes subis dans l'enfance ou de différentes formes de précarité dans la population carcérale tendent à attirer l'attention sur le poids du modèle d'importation (196,197). La prévalence importante des troubles psychiatriques des personnes détenues est souvent présentée comme un facteur de vulnérabilité importé en prison. Cette position peut se défendre pour certains troubles comme les troubles psychotiques chroniques, dont le rôle de la prison peut être réduit à celui de facteur d'exacerbation ou de déséquilibre. En revanche, pour d'autres troubles comme les troubles anxiodépressifs, la question de savoir s'ils existaient avant la détention ou ont été produits par l'incarcération se pose de la même manière que pour le suicide. Parmi les facteurs susceptibles d'attirer l'attention sur le poids du modèle de privation, on peut citer le risque de suicide plus élevé au début de l'incarcération (129,169), qui insiste sur la rupture introduite par l'incarcération, ou encore l'absence d'association retrouvée entre le taux de suicide en population générale et le taux de suicide en population carcérale à l'échelle internationale (198). Les auteurs de ce dernier résultat en ont déduit que les variations internationales des taux de suicide en prison dépendent avant tout des différences entre les systèmes pénaux.

I.D.2.b. Pourquoi certaines personnes détenues décèdent par suicide et pas d'autres ?

Les études statistiques qui ont cherché à répondre à cette question sont plus nombreuses. Une méta-analyse publiée en 2021 a synthétisé les résultats obtenus par 77 études sur les facteurs de risque individuels des suicide des personnes détenues (199). A l'exception d'une étude, toutes avaient été menées dans des pays occidentaux et plus de 40% des suicides inclus étaient issus d'études menées aux Etats-Unis. Par l'ailleurs, l'absence de prise en compte des biais de confusion dans la méta-analyse incite à interpréter les résultats en termes de corrélations statistiques plus qu'en termes de facteurs de risque. Sur les 21 facteurs présentés et regroupés en quatre domaines, 16 étaient significativement associés au suicide. Les facteurs les plus étroitement associés au suicide appartenaient au domaine clinique : les idées suicidaires (associées à une multiplication du risque de suicide par 15,2), l'antécédent de tentative de suicide (x8,2), l'antécédent d'automutilation (x7,1), la présence d'un trouble psychiatrique (x6,4), d'une dépression (x4,9), d'un traitement psychotrope (x3,8) ou d'un mésusage de l'alcool (x2,5). Il n'a pas été retrouvé d'association avec une santé physique dégradée. Le second domaine mis avant par les auteurs est le domaine carcéral, qui comprend l'encellulement individuel (x6,8) et l'absence de visites par l'entourage (x1,9). Dans le domaine pénal, le suicide était plus fréquent en cas de détention provisoire (x3,6), pour certaines infractions dont l'homicide, les infractions violentes ou les infractions à caractère sexuel (respectivement x3,1, x2,1 et x1,4) et les peines à perpétuité (x2,4). Il n'a pas été retrouvé d'association avec la présence d'une condamnation antérieure. Enfin, dans le domaine sociodémographique, le suicide était plus fréquent chez les personnes blanches (x2,0), les personnes mariées (x1,5), les plus de 30 ans (x1,4) et les hommes (x1,2). Il n'a pas été retrouvé d'association avec les personnes sans domicile fixe, avec le statut vis-à-vis de l'emploi avant l'incarcération ou encore avec le niveau d'éducation.

On peut se demander si ces résultats se maintiennent après prise en compte des facteurs de confusion. En parcourant les études sources de la méta-analyse, j'ai identifié cinq études qui ont eu recours à un modèle d'analyse multivarié explicatif (42,168,169,200,201). Elles sont présentées dans le Tableau 1. Il s'agit d'études nationales dont deux ont été menées en France, une en Angleterre et au Pays de Galles, une aux Pays-Bas et une en Autriche, sur des périodes qui s'étendent des années 1970 aux années 2000. Parmi les facteurs présentés dans la méta-analyse, le seul qui a été étudié dans au moins deux de ces cinq études et qui est resté systématiquement associé au suicide dans l'analyse multivariable est l'encellulement individuel (200,201). Les autres facteurs présentés dans la méta-analyse soit 1) ont donné des résultats non

significatifs ou variables d'une étude à l'autre ; 2) ont des modalités ou une catégorie de référence variables et différentes de celles présentées dans la méta-analyse ; 3) ont été étudiés au plus dans une seule étude. S'il peut être tentant de comparer plus en détails les résultats obtenus par ces cinq études entre eux et avec ceux de la méta-analyse, l'exercice semble périlleux pour plusieurs raisons dont l'existence de spécificités locales et de disparités dans les périodes étudiées, le schéma expérimental, les variables étudiées, la qualité des données, la catégorisation des variables, la puissance statistique ou les méthodes d'analyse statistique. Je propose par conséquent de les présenter séparément, en commençant par les études françaises.

Tableau 1. Caractéristiques des études qui ont eu recours à un modèle d'analyse multivarié pour rechercher des facteurs de risque de suicide chez les personnes détenues

1er auteur, année	Lieu	Période étudiée	Suicides	Schéma expérimental	Modèle multivarié
Blaauw, 2005	Pays-Bas	1987-1998	95	Cas-témoin (1:2,6). Cas : tous les suicides survenus en institution pénale et validés par les deux premiers auteurs. Témoins : échantillon aléatoire issu de dix prisons locales pour adultes	Régression logistique pas à pas ascendante (seuil $p=0,05$)
Bourgoin, 1993	France	1990-1992	179	Cas-témoin (1:2). Cas : tous les suicides de personnes détenues. Témoins : échantillon aléatoire issu de l'ensemble des personnes détenues	Régression logistique pas à pas ascendante (seuil $p=0,05$). Analyses supplémentaires en sous-groupe selon la nationalité et la catégorie pénale
Duthé, 2014	France	2006-2009	377	Cohorte rétrospective Population : toute personne écrouée à l'échelle nationale	Modèle de Cox incluant toutes les variables étudiées
Fruehwald, 2004	Autriche	1975-1999	220	Cas-témoin (1:2). Cas: tout suicide survenu en institution pénale. Témoins : échantillon apparié sur l'âge, le sexe, la nationalité, la prison, la catégorie pénale et la date d'entrée en prison	Régression logistique pas à pas ascendante (seuil $p=0,05$). Analyses supplémentaires en sous-groupe selon la catégorie pénale, en raison de données manquantes sélectives.

1er auteur, année	Lieu	Période étudiée	Suicides	Schéma expérimental	Modèle multivarié
Humber, 2013	Angleterre et Pays de Galles	2005-2008	220	Cas-témoin (1:1). Cas : tous les suicides survenus en prison. Témoins : échantillon aléatoire apparié sur le sexe, l'âge, le type de prison et la date d'arrivée en prison	Régression logistique conditionnelle pas à pas descendante (seuil p =0,05)

Note : « (1 :2) » signifie que l'étude comprend 2 témoins par cas.

Le démographe N. Bourgoïn a publié une étude cas-témoin portant sur la période 1990-1992 en France à partir des données de la DAP du ministère de la justice (169). Les 179 cas étaient exhaustifs et les témoins étaient représentatifs à l'échelle nationale. Tous les facteurs étudiés ont fait l'objet d'une analyse bivariable et étaient candidats à l'entrée d'un modèle de régression logistique pas-à-pas ascendante. Sur les 18 facteurs étudiés sur l'ensemble de l'échantillon, trois d'entre eux n'étaient associés au suicide dans aucun des modèles : le sexe, la vie matrimoniale et les antécédents pénaux. Sept facteurs étaient positivement associés au suicide uniquement en analyse bivariable et n'ont pas été retenus dans le modèle multivarié : l'âge plus élevé, l'ethnie blanche, la présence d'enfants, un domicile fixe, une infraction contre les personnes (vs contre les biens), la procédure criminelle (vs correctionnelle) et la déclaration par la personne détenue d'une personne à prévenir en cas de nécessité. Huit facteurs sont restés associés au suicide dans le modèle multivarié. Le risque de suicide était 2,5 fois plus élevé pour les personnes de nationalité française. Il était plus élevé pour les personnes avec un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (x1,9 vs primaire) et pour les personnes avec un emploi avant l'incarcération (cols bleus x2,3, cols blancs x3,1 vs sans emploi). L'auteur a interprété ces résultats contraires à ceux en population générale en indiquant qu'une position socio-économique défavorable en population générale atténue « *le déracinement et l'échec social liés à l'incarcération* » (169). Il a également retrouvé un risque de suicide plus faible pour les personnes catholiques (vs sans religion, x0,42) et pour celles dont la personne à prévenir réside dans le département de détention (vs pas de personne à prévenir, x0,52). Le risque de suicide était plus élevé au début de l'incarcération (x5,1 les 2 premiers mois et x3,1 les 7 mois suivants, vs > 9 mois), et quatre fois moins élevé pour les peines inférieures à 3 ans que pendant la détention provisoire (x0,23). Le risque des peines supérieures à 3 ans n'était pas différent de celui de la détention provisoire et il était plus élevé en cas d'infraction contre un proche (x5,0).

L'auteur en a déduit que le risque de suicide plus élevé associé aux infractions les plus graves dans la littérature était attribuable au moins en partie à la plus longue durée des peines et au fait que ces infractions sont souvent perpétrées contre des proches, avec les conséquences qu'on peut imaginer sur le cercle familial et amical. Certains facteurs n'ont été étudiés par l'auteur que sur des sous-groupes. Notamment, l'interdiction du territoire français n'a été étudié que parmi les personnes de nationalité étrangère et le modèle multivarié a mis en évidence un risque de suicide multiplié par 25 (169).

La deuxième étude française a été publiée par la démographe G. Duthé et al. (42). Il s'agit d'une cohorte rétrospective exhaustive à l'échelle nationale sur les personnes écrouées du 1^{er} janvier 2006 au 15 juillet 2009, qui a été construite à partir des données de la DAP et pendant laquelle 377 suicides sont survenus. L'incarcération comptait pour 96% des PA d'écrou. Neuf facteurs ont été étudiés et intégrés d'emblée à un modèle de Cox multivarié. Il n'a pas été mis en évidence d'association avec le suicide pour quatre facteurs : le sexe, l'âge, la nationalité française (vs étrangère) et la détention (vs écrou hors détention). Le résultat le plus saillant de l'étude est un risque de suicide multiplié par 15 au QD, que les auteurs ont proposé d'attribuer à l'isolement et aux difficultés de certaines personnes détenues à s'adapter au mode de vie carcéral. Par ailleurs, par rapport aux personnes condamnées à moins d'un an de prison ferme, le risque de suicide était plus élevé en cas de détention provisoire (x1,9) mais pas pour les longues peines. Il était plus élevé en cas d'écrou pour meurtre (x7,3), pour viol (4,2), pour agression sexuelle (2,7) et pour violences volontaires (1,9) que pour les autres types d'infraction. Ces résultats, en partie inverses à ceux de N. Bourgoïn, conduisent les auteurs à minimiser le rôle de la durée de la peine pour expliquer le risque de suicide plus élevé en cas d'infraction grave. Enfin, l'étude a retrouvé un risque de suicide plus élevé pour les incarcérations avec hospitalisation (x1,7) et plus faible pour les incarcérations avec visite d'un proche (x0,4).

L'étude menée en Angleterre et au Pays de Galles par la psychologue N. Humber et al. était une étude cas-témoin regroupant 220 cas et portant sur la période 2005-2008 (200). Les cas étaient exhaustifs sur le territoire étudié et les témoins étaient issus d'un échantillon aléatoire apparié sur le sexe, l'âge, le type de prison et la date d'arrivée en prison. Les données étaient issues du ministère de la justice et de questionnaires envoyés au personnel pénitentiaire et au personnel soignant. L'association du suicide avec vingt-trois facteurs binaires a été évaluée avec une régression logistique conditionnelle bivariée. Les facteurs étaient regroupés en quatre domaines : sociodémographique, pénal et carcéral, clinique, prise en charge. Six facteurs

n'étaient pas associés au suicide ($p > 0,05$) : être marié, l'ethnie non blanche, la peine de perpétuité, être incarcéré pour la première fois, avoir fait l'objet d'une décision pendant l'incarcération et l'antécédent de toxicomanie. Tous les facteurs avec $p < 0,10$, c'est-à-dire les 17 facteurs restants ainsi que l'ethnie, ont été regroupés par domaine et chaque domaine a fait l'objet d'un modèle de régression logistique conditionnelle multivarié pas-à-pas descendant intermédiaire, à l'exception du domaine de prise en charge (3 facteurs) qui a été jugé redondant avec le domaine clinique. Deux facteurs supplémentaires ont été exclus des analyses multivariées pour données manquantes : l'emploi avant l'incarcération et les visites des proches pendant l'incarcération. Parmi les 13 facteurs restants, 6 n'étaient plus associés au suicide dans les modèles intermédiaires : incarcération pour une infraction violente, incarcération pour homicide, problème de santé mentale identifié à l'entrée, traitement psychotrope à l'entrée, antécédent d'abus d'alcool, antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Les 7 facteurs restants ont été introduits dans le modèle final de régression logistique conditionnelle multivarié pas-à-pas descendant. Deux facteurs avec $p > 0,05$ ont été exclus du modèle : les troubles psychiatriques et les antécédents de violence. Le modèle final contenait 90% de l'échantillon. Les cinq facteurs qui sont restés associés au suicide dans le modèle final étaient : l'antécédent d'automutilation ($x5,0$), l'encellulement individuel ($x3,7$), la détention provisoire ($x3,3$), l'ethnie non blanche ($x2,6$) et l'antécédent de consultation en psychiatrie ($x2,4$). Notons que cette étude a écarté les troubles psychiatriques comme facteur de risque indépendant de suicide des personnes détenues. Si l'analyse bivariée a montré une forte corrélation avec le suicide ($OR=4,5$), cette corrélation n'a pas résisté à la prise en compte des facteurs de confusion et les troubles psychiatriques ne sont pas parvenus à se faire une place dans le modèle final.

Aux Pays-Bas, le psychologue E. Blaauw et al. ont mis en œuvre une étude cas-témoin qui a rassemblé 95 cas et qui a porté sur la période 1987-1998 (168). Les cas étaient exhaustifs à l'échelle nationale sur l'ensemble des institutions pénales et les témoins ont été sélectionnés aléatoirement dans dix prisons locales, sachant que 73% des suicides inclus étaient survenus dans une prison locale. Les données étaient issues de diverses sources : dossier pénal et carcéral, dossier médical, entretiens avec les professionnels et avec les témoins. Une association entre le suicide et 15 facteurs a été recherchée avec des tests du chi 2. Les 7 facteurs suivants n'étaient pas associés au suicide : sexe, statut matrimonial, né aux Pays-Bas, ethnie blanche, emploi avant l'incarcération, antécédent d'abus d'alcool et antécédent de toxicomanie peu sévère. Par la suite, l'ensemble des variables à plus de deux catégories ont été dichotomisées et les facteurs

étaient autorisés à intégrer un modèle de régression logistique pas-à-pas ascendante lorsque $p < 0,05$. Aucun des 7 facteurs déjà évoqués n'a pu intégrer le modèle multivarié. Par ailleurs, deux facteurs supplémentaires corrélés au suicide n'ont pas été retenus comme facteurs de risque indépendants : l'antécédent de tentative de suicide et le nombre de substances concernées par la toxicomanie. Le modèle final, qui comprenait 51% des suicides après exclusion des données manquantes, a retenu les facteurs de risque suivants : l'antécédent de soins psychiatriques (x11,0), l'âge supérieur à 40 ans (x5,4), une infraction violente (x3,9), l'absence de domicile fixe (x8,5), une incarcération antérieure (x4,0) et l'antécédent de toxicomanie sévère (x2,8).

La cinquième étude a été menée en Autriche par le psychiatre médico-légal S. Fruehwald et al. sur la période 1975-1999 (201). Il s'agit d'une étude cas-témoin qui a rassemblé 220 cas, exhaustifs à l'échelle nationale, et un échantillon aléatoire de témoins appariés sur l'âge, le sexe, la nationalité, la prison, la catégorie pénale et la date d'entrée en prison. Les données étaient issues des dossiers pénaux et médicaux. Des associations entre le suicide et 36 facteurs ont été recherchées à l'aide de tests de Fisher ou de Wilcoxon selon que les variables d'exposition étaient respectivement qualitatives ou quantitatives. Les 13 facteurs avec $p < 0,01$ pour l'ensemble de l'échantillon ou un des sous-groupes selon la catégorie pénale (détention provisoire, détention post-sentencielle, irresponsabilité pénale) ont été retenus comme candidats pour une régression logistique pas-à-pas ascendante avec un seuil à 0,05. Les résultats du modèle multivarié n'ont cependant pas été présentés en raison d'un problème de données manquantes spécifiques aux témoins en détention provisoire conduisant à observer une association significative entre le suicide et trois variables d'appariement. A la place, des modèles séparés ont été présentés pour la détention provisoire et la détention post-sentencielle, mais pas pour le groupe des personnes pénalement irresponsables par manque de puissance statistique. Les facteurs corrélés au suicide qui n'ont été retenus comme facteurs de risque indépendant dans aucun des deux modèles multivariés étaient : l'emploi avant l'incarcération, des infractions antérieures très violentes, des infractions antérieures de la catégorie « autre », une dernière infraction dirigée contre les biens, une évaluation psychiatrique, une toxicomanie et un travail pénitentiaire. Les facteurs associés au suicide dans un seul des deux modèles étaient les troubles psychiatriques, l'antécédent de tentative de suicide et la menace de suicide. Les facteurs de risque mis en évidence dans les deux modèles étaient une dernière infraction très violente, un traitement psychotrope et l'encellulement individuel.

I.D.2.c. Autres approches

Une autre question soulevée par certaines études est celle du rôle des conditions locales de détention dans la survenue des suicides. D'une certaine manière, elle se situe à l'intersection des deux questions précédentes car elle renvoie d'une part au rôle de l'incarcération dans la sursuicidité carcérale, et d'autre part à des facteurs susceptibles d'expliquer en partie pourquoi certaines personnes détenues décèdent par suicide et pas d'autres. Les études sur ce thème sont moins nombreuses. Il a été retrouvé un risque de suicide plus élevé dans les prisons avec peu de temps dédié aux activités (formation, travail, visites et autres) (202), dans les prisons de grande taille (203), dans les prisons plus sécurisées (161,203) et de manière inconstante en cas de turnover important des personnes détenues (132,203). Les études sur le lien entre surpopulation carcérale et suicide donnent des résultats variables qui globalement tendent vers l'absence d'association (124,130,132–134,161,202–207).

D'autres approches permettent de rechercher non pas les facteurs susceptibles de contribuer à un grand nombre de suicides mais ceux impliqués dans tel ou tel suicide particulier. Des auteurs ont par exemple procédé à une analyse textuelle du contenu des lettres laissées par les personnes détenues décédées par suicide (112,208). L'étude la plus récente en France, menée par le sociologue J.L. Pan Ké Shon, porte sur les lettres laissées par 145 personnes détenues, soit 19% des suicides sur la période 2003-2009 (112). Sur la base des mots clés identifiés et de leur fréquence, l'auteur a proposé une classification des motifs principaux de suicide allégués par la personne défunte, en 7 groupes : 1) le groupe « rupture » (21%) où le suicide est imputé d'abord à une rupture avec l'être aimé ou la famille à l'extérieur ; 2) le groupe « à bout » (19%) qui insiste sur la pénibilité de l'incarcération ; 3) le groupe « protestataire-vindictif » (17%) qui adresse son suicide à la personne qui en est jugée responsable, typiquement un représentant de la justice ou de l'administration, notamment dans le but de lui créer des ennuis ; 4) le groupe « remords, culpabilité » (15%) en lien avec l'infraction à l'origine de l'incarcération ; 5) le groupe « injustice » (15%) qui s'estime innocent ou puni de manière disproportionnée et met en avant un sentiment d'impuissance ; 6) le groupe « ostracisé » (14%) qui impute le suicide aux mauvais traitements infligés par d'autres personnes détenues et 7) le groupe « sortant » (1%) qui redoute l'accueil de l'entourage et les difficultés matérielles à la sortie.

Les cas cliniques constituent une autre manière d'appréhender ce qui se joue dans les suicides. La psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon estiment, avec le philosophe M. Cornu, que « *les discours des sciences sur le suicide n'atteignent pas la vérité de l'acte* » (57,209). Dans un registre narratif, elles ont présenté plusieurs cas cliniques dans lesquels elles se sont

attaché à « *rendre compte de cette intrication du social et de l'individuel, de représentations communes, partagées et agissantes* » pour tenter de faire resurgir le sens des conduites suicidaires (57)⁵¹.

⁵¹ Page 141

I.E. Prévention du suicide

Les méthodes de prévention du suicide dépendent, entre autres, des causes imputées aux suicides, des acteurs qui définissent et prennent en charge cette prévention, des objectifs qui la sous-tendent ou encore des règles morales et légales qui encadrent les traitements auxquels peuvent être soumis les êtres humains. Il peut être intéressant de mettre en perspective le dispositif actuel de prévention des suicides des personnes détenues par la présentation des dispositifs de prévention antérieurs ainsi que de ceux déployés en population générale. Par ailleurs, pour situer les différentes mesures présentées, je propose de transposer les quatre dimensions des causes de suicide définies précédemment aux dispositifs de prévention. On obtient ainsi quatre types de mesures :

- 1) Prévenir et corriger les situations d'adversité ;
- 2) Renforcer les capacités d'adaptation individuelle et le soutien aux personnes en difficulté ;
- 3) Réduire l'acceptabilité du suicide ;
- 4) Réduire l'accessibilité du suicide.

Ces mesures peuvent être qualifiées de « directes », en opposition à des mesures d'« appui » qui renvoient notamment à la production de connaissance sur les causes de suicide ou sur l'efficacité des mesures de prévention, à la formation ou à la sensibilisation, à l'évaluation du risque suicidaire et à tout ce qui a trait à l'organisation (pilotage, coordination, système d'information, financement, contrôles, etc.).

Par ailleurs, pour plusieurs raisons, cette section ne s'intéresse qu'aux mesures de prévention effectives et fait globalement l'impasse sur les préconisations pour la prévention. Pour l'approche contemporaine, elle est également circonscrite au cadre national.

I.E.1. En population générale

I.E.1.a. Perspective historique

Je n'ai pas connaissance de dispositif organisé de prévention du suicide mis en place durant l'Antiquité gréco-romaine. Les principales prises de position sur le suicide émanaient des différentes écoles de pensée philosophique, qui ont peut-être agité sur la fréquence des suicides

en modulant l'acceptabilité de la mort volontaire à la baisse ou à la hausse par le jeu de sa réprobation ou de sa légitimation morale.

L'Eglise catholique a quant à elle combattu le suicide selon deux approches distinctes. La première est la réprobation morale du suicide qui vise à réduire son acceptabilité. D'après l'historien U. Brunn, celle-ci se manifestait « *en le diffamant à travers un large éventail de textes et d'images dont le but est de prévenir cet acte en l'avilissant, en lui donnant un visage laid, en l'érigeant en spectre horrifiant empêchant le salut* » (210) ainsi que par des mesures d'exclusion post-mortem. Le concile d'Orléans de 533 a statué que les personnes qui ont provoqué elles-mêmes leur mort ne pouvaient bénéficier des oblations faites à l'Eglise, puis le concile de Bragues de 563 indiquait que « *les suicidés sont exclus de la commemoratio pour les défunts, donc des prières et messes pour les morts, et n'auront pas le droit à la sépulture, c'est-à-dire celle qui se fait aux chants des Psaumes, quelle que soit la voie qu'ils ont choisie pour mettre fin à leur vie* » (210). Ces mesures d'exclusion ont été maintenues dans les différents textes du droit canonique, jusqu'à leur disparition dans le Code de 1983 (94,210). La seconde approche de lutte contre le suicide mise en œuvre par l'Eglise catholique s'est matérialisée dans l'avènement de la confession, qui permet d'éviter aux personnes qui ont commis des péchés de sombrer dans le désespoir. Jusqu'à la fin du premier millénaire après Jésus Christ, l'aveu des péchés était séparé de la réconciliation, qui n'intervenait pour les péchés graves qu'une fois par an. Une nouvelle théologie de la pénitence a été élaborée aux XI^e et XII^e siècles, qui a encouragé la confession régulière de ses péchés et a donné au prêtre le pouvoir de les absoudre immédiatement afin d'éviter que les pécheurs ne sombrent dans le désespoir et ne se suicident. Le IV^e concile de Latran, en 1215, a rendu la confession obligatoire au moins une fois par an (83,210)⁵².

Sous l'influence de la morale chrétienne, les autorités laïques ont criminalisé le suicide à partir du XIII^e siècle et l'ont violemment réprimé (83,84,86). La mort volontaire devait apparaître inacceptable pour l'individu non seulement au vu de la réprobation morale que manifestait la criminalisation du suicide, mais aussi du fait de la crainte inspirée par les sanctions encourues. D'après l'historien N. Leroy, un procès était intenté au cadavre et le suicidé « *peut alors être condamné post mortem à des mutilations qui, à défaut de pouvoir être afflictives, visent à nuire à son honneur. Son corps peut ainsi être traîné sur une claie d'infamie à travers la ville, sous les yeux de ceux qui l'ont connu, avant d'être abandonné sans sépulture. L'enterré peut être exhumé, le pendu dépendu, avant d'être condamné à la pendaison, qui, cette fois, se fera au vu*

⁵² Minois page 46

et au su de tous et parfois après des mutilations » (84). La répression du suicide visait également les proches du suicidé : « *le testament peut être annulé, ses biens saisis au profit du seigneur ou du roi, la maison où il s'est pendu peut être détruite ou condamnée* » (84). Le suicide a été dépénalisé en 1791, avec toutefois le maintien de la criminalisation des personnes impliquées dans le suicide d'un tiers, qui contribue par ce biais à la perpétuation de la réprobation morale du suicide (211).

La médecine est devenue la principale institution en charge de la prévention du suicide au XIX^e siècle. Elle considérait le plus souvent le suicide comme un symptôme de folie et c'est cette folie sous-jacente au suicide qui faisait l'objet d'une prise en charge par les médecins aliénistes. Les traitements étaient essentiellement moraux, ce que l'historienne E. Yampolski explique de la manière suivante : « *naturaliser la morale, et donc les mœurs et les comportements, en l'inscrivant au sein du moral (ou du psychisme), conduit nécessairement à une thérapeutique de la morale et par la morale.* » (88). Ces traitements visaient à une régénération morale des individus avec des conduites suicidaires, par ce qu'on peut appréhender comme un mélange d'intériorisation de la réprobation morale du suicide et le respect de règles d'hygiène de vie mentale. Ils comprenaient des traitements répressifs, l'isolement et le travail ainsi que les distractions (83,88)⁵³. Les traitements répressifs, qualifiés de « médecine perturbatrice », étaient destinés à établir un rapport de soumission du malade au médecin, à induire des émotions fortes, pour discipliner le malade et qu'il se conforme aux bonnes mœurs. Ils comprenaient des chocs, des contraintes, des intimidations, la camisole de force, le fauteuil rotatoire, le fauteuil de répression, etc. Les moyens de contrainte des corps comme la camisole ont fait l'objet de critiques à partir des années 1850, avec comme alternatives proposées la persuasion et la surveillance. Par ailleurs, dans le rapport entre le médecin et son patient, il était préconisé de compléter les mesures répressives par l'écoute et la bienveillance afin de gagner la confiance de ce dernier. Le travail et les distractions étaient destinés à détourner le malade de ses idées suicidaires, à renforcer sa condition physique et à promouvoir la valeur du travail. Le travail préconisé pour les malades s'inscrivait généralement dans les secteurs de l'agriculture, du blanchissage, de la filature ou de l'entretien des bâtiments (88).

Des traitements physiques étaient proposés en compléments des traitements moraux ou en traitement de deuxième ligne. Ils comprenaient des médicaments dont des purgatifs, des émétiques, de la morphine, du camphre ou de la valériane. D'après les écrits médicaux rassemblés par E. Yampolsky, « *les effets désagréables de ces moyens thérapeutiques,*

⁵³ Minois pages 366-367

notamment le mal de mer artificiel provoqué par les purgatifs, peuvent agir aussi sur le moral de l'aliéné suicidaire, en le préoccupant davantage de sa santé et donc en l'éloignant de son désir de se tuer » (88). Ils comprenaient également des régimes alimentaires et des bains et des douches, dont l'objectif était de purifier l'esprit du malade par la violence du contact de l'eau froide.

I.E.1.b. Approche contemporaine

Avec le sociologue A. Campéon (93), on peut faire démarrer l'approche contemporaine de la prévention du suicide à la seconde moitié du XX^e siècle. Celle-ci s'est d'abord manifestée sous la forme d'initiatives de la société civile, associatives et médicales. Des structures associatives d'accompagnement de la détresse psychique se sont mises en place en France à partir des années 1950 et 1960 comme les centres d'accueil Recherche et Rencontre (212) ou les centres d'écoute téléphonique SOS Amitié (213), à la suite d'initiatives similaires et pionnières menées par le révérend Chad Varah au Royaume-Uni et dont elles se sont inspirées (93). Ces structures, qui existent toujours aujourd'hui, s'adressent généralement à un public plus large que les seules personnes qui présentent des problématiques suicidaires. Par ailleurs, le GEPS, société française de suicidologie fondée en 1969, est principalement impliqué dans des mesures d'appui à la prévention du suicide et s'est donné les missions suivantes : 1) promouvoir et coordonner les recherches dans le domaine du suicide ; 2) favoriser toutes les demandes susceptibles d'aboutir à la création d'organisations et d'actions de prévention du suicide ; 3) agir auprès des organismes compétents afin d'élaborer un programme cohérent de prévention du suicide ; 4) représenter officiellement les réalisations nationales au sein de l'association internationale pour la prévention du suicide (92).

La loi de 1987 de condamnation de la provocation au suicide est un autre jalon de l'approche contemporaine de la prévention du suicide. Elle a été proclamée en réaction à la parution d'un ouvrage intitulé « *Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité* » qui présente le suicide comme un acte de liberté et documente les méthodes de suicide (16,85,93)⁵⁴. Encore en vigueur aujourd'hui, cette loi vise à prévenir le suicide en diminuant son acceptabilité et son accessibilité. D'une part, la loi s'efforce de contrer l'effet de légitimation morale du suicide de l'ouvrage *Suicide, mode d'emploi* par une interdiction de la provocation au suicide, susceptible d'englober toute expression d'une opinion favorable au suicide (83)⁵⁵ : « *le fait de provoquer*

⁵⁴ Toupet pages 434-439

⁵⁵ Page 374

au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide » (214). D'autre part, elle vise à réduire l'accessibilité de la mort volontaire en maintenant les individus dans l'ignorance des différentes méthodes possibles et de leur efficacité : « la propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende » (215).

Les politiques de santé ont investi la prévention du suicide au tournant des années 2000, à la suite de divers évènements précurseurs. Parmi ces évènements précurseurs figuraient : 1) un rapport du Conseil économique et social de 1992 qui définit le suicide comme un problème de santé publique ; 2) un rapport du Haut Comité de la santé publique de 1994 qui classe le suicide au rang des priorités de santé ; 3) la conférence nationale de santé de 1996 qui retient le suicide comme l'une des dix priorités nationales de santé publique ; 4) la fédération des acteurs de la société civile impliqués dans la prévention du suicide autour d'une journée nationale pour la prévention du suicide à partir de 1996, qui deviendra en 2001 l'association *Union nationale pour la prévention du suicide* (UNPS) (93,216,217).

Le secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés a publié en 2001 une Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 déclinée en 4 axes : 1) favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ; 2) diminuer l'accès aux moyens létaux ; 3) améliorer la prise en charge ; 4) améliorer la connaissance épidémiologique (108). Ce programme propose ou soutient principalement deux types d'actions directes de prévention : le développement de ressources individuelles et collectives pour composer avec l'adversité et la lutte contre l'accès aux moyens létaux. Les ressources que le programme souhaite développer comprennent, dans leur versant individuel, les compétences psychosociales qui aident à prendre en charge ses propres problèmes ou à demander de l'aide lorsque nécessaire, et dans leur versant collectif, le renforcement des dispositifs associatifs d'accueil et d'écoute des adolescents et jeunes adultes en détresse psychique ainsi que l'amélioration de la prise en charge clinique. La lutte contre l'accès aux moyens létaux comprend la diminution de l'accès aux armes à feu, la sécurisation des sites publics où se manifestent le plus souvent les actes suicidaires, la mise en place de barrières le long des quais du métro et la limitation de l'accès à certains médicaments. Ces mesures directes sont accompagnées de nombreuses mesures d'appui. Ce programme vise par ailleurs à améliorer l'accompagnement des familles ou des proches après un décès par suicide.

La poursuite de ce plan de prévention du suicide est actée par le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, qui y adjoint des mesures de prévention du suicide spécifiques aux enfants et aux adolescents (218). Vient ensuite le Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), très détaillé (96 pages) et cosigné par six ministères (79). Il est organisé en six axes : 1) développement de la prévention et de la postvention ; 2) amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ; 3) information et communication autour de la prévention ; 4) formation des professionnels ; 5) études et recherches ; 6) suivi et animation du programme d'actions contre le suicide. Il comprend de nombreuses mesures d'appui. Les mesures directes du programme 2011-2014 englobent celles du plan 2000/2005, en y ajoutant des mesures de lutte contre l'adversité et notamment contre l'homophobie et l'isolement social⁵⁶. L'acceptabilité du suicide y est ciblée à la marge, par des mesures de signalement des sites internet contrevenants à la loi de 1987 sur la provocation au suicide et par la lutte contre la présentation sensationnaliste du suicide dans la presse. Un certain nombre de mesures de prévention sont fléchées vers des populations spécifiques : enfants, adolescents, personnes âgées, personnes avec un handicap psychique, personnes sourdes ou malentendantes, personnes précaires, suicidants, assurés au régime de protection social des agriculteurs, personnes incarcérées, personnes en établissement médico-social, école, milieu professionnel.

En 2018, le ministère des solidarités et de la santé a publié une Feuille de route santé mentale et psychiatrie, organisée en trois axes : 1) promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ; 2) garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; 3) améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique (219). La prévention du suicide en était l'une des 37 actions. Il s'agit de mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide : 1) généralisation du dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide ; 2) proposer aux professionnels au contact des personnes à risque suicidaire une formation actualisée ; 3) expérimenter une formation des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression incluant le repérage du risque suicidaire ; 4) poursuivre les formations des médias pour prévenir la contagion suicidaire ; 5) intervenir dans les réseaux sociaux pour prévenir la

⁵⁶ On peut considérer l'isolement social comme relevant à la fois de l'adversité, en tant que précarité affective, et de l'inadaptabilité, dans la mesure où il prive la personne du soutien de l'entourage face à d'autres situations d'adversité

contagion suicidaire ; 6) mise en place d'un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême. La plupart des mesures sont fléchées vers des populations à risque élevé de suicide. Des informations plus détaillées peuvent notamment être retrouvées dans un dossier spécial édité par SpF en 2019 (220). Ce programme est toujours en vigueur et on peut revenir plus en détails sur chaque action.

Le soutien aux personnes ayant fait une tentative de suicide est organisé dans le cadre du dispositif Vigilans (221). Il a été créé en 2015 dans les Hauts-de-France et a été généralisé à 99 départements fin 2023 (222). Il concerne toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide et volontaire pour intégrer le dispositif. Il consiste 1) à donner à cette personne un numéro de téléphone où elle pourra joindre des soignants formés (« vigilans ») en cas de difficulté et 2) à prendre des nouvelles de cette personne par téléphone et à lui envoyer des cartes postales.

Les nouvelles formations des professionnels s'inspirent des pratiques canadiennes et visent à renforcer des compétences diagnostiques (évaluation du risque suicidaire), organisationnelles (orientation des personnes en difficulté) et thérapeutiques (prise en charge de la crise suicidaire). Trois formations distinctes sont prévues pour assumer trois différents rôles (223,224). La formation de sentinelle, qui s'adresse aux professionnels non cliniciens et aux citoyen-nes, porte sur le repérage des personnes en détresse psychique et leur orientation vers les professionnels adaptés. La formation d'évaluateur, qui s'adresse aux professionnels prenant en charge le suicide, porte sur l'évaluation du risque suicidaire et l'orientation vers une prise en charge adaptée. La formation d'intervenant de crise, qui s'adresse également aux professionnels prenant en charge le suicide, porte sur l'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge de la crise suicidaire.

Le projet de formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression incluant le repérage du risque suicidaire s'est concrétisé sous la forme de la production d'un module de formation intégré en 2020 dans les offres de développement professionnel continu. Cette formation figure dans les orientations prioritaires 2023-2025 de l'Agence nationale du développement professionnel continu (225).

L'idée de la contagion suicidaire est de dire que les conduites suicidaires sont des « maladies » transmissibles. D'après le sociologue D. Phillips, cette contagion n'est pas infectieuse mais morale, au sens où le suicide des uns rend acceptable celui des autres, par un effet de suggestion (226). Il l'a qualifiée d'« effet Werther » en référence à la découverte de personnes décédées

par suicide en possession du roman *Les souffrances du jeune Werther* de J.W. Goethe (227) peu après sa publication à la fin du XVIII^e siècle. Le roman, à la fin duquel le héros se suicide, est suspecté d'avoir rendu la mort volontaire plus acceptable (83,226)⁵⁷. Peut-être la contagion suicidaire a-t-elle également une dimension psychique, au sens où le malheur des uns peut se transmettre ou provoquer celui des autres : les sociologues C. Baudelot et R. Establet indiquent que « *le sentiment de culpabilité qu[e le suicide] engendre est souvent si douloureux qu'il pousse certains, pour s'en soulager, à des mesures d'autopunition qui peuvent aller jusqu'au suicide* » (116)⁵⁸. Le ciblage des médias par les politiques publiques s'explique par le fait qu'il a été observé une augmentation de la fréquence des suicides dans les jours qui ont suivi la couverture médiatique de certains suicides (150,226). Cette augmentation a notamment été attribuée à un traitement médiatique susceptible d'inciter au suicide. L'OMS a fait des recommandations aux médias sur la manière de traiter du suicide, dans l'objectif qu'ils participent aux efforts de prévention du suicide (228). En France, ces recommandations sont relayées aux journalistes dans le cadre du programme Papageno, qui repose sur un partenariat entre le GEPS et la fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy) (229,230). À l'exception des celles relatives au respect de la vie privée des proches endeuillés par un suicide, les recommandations peuvent être déclinées sur les registres de l'accessibilité, de l'adaptabilité et de l'acceptabilité. Pour l'OMS, le plus grand sujet de préoccupation est la présence dans un article de presse d'une discussion, d'une photo ou d'une description d'une méthode de suicide. Les recommandations relatives à l'accessibilité de la mort volontaire visent à maintenir les lecteurs et lectrices dans l'ignorance des conditions de réalisation du geste suicidaire en évitant de décrire la méthode et le lieu de passage à l'acte, et notamment pour cette raison d'éviter les photos et les vidéos. Les recommandations qu'on peut associer au registre de l'adaptabilité sont d'indiquer où trouver de l'aide pour les personnes en détresse, de rapporter des témoignages de personnes qui ont surmonté leurs difficultés, notamment grâce aux dispositifs d'aide, et de mettre en place des aides au sein des rédactions pour les journalistes susceptibles d'être affectés eux-mêmes par les suicides. Dans le registre de l'acceptabilité, les recommandations essaient de se positionner sur une ligne de crête qui consiste à délégitimer les conduites suicidaires tout en essayant de préserver leurs auteurs de la stigmatisation. Il s'agit de défendre la vie comme valeur sans jeter l'opprobre sur les personnes avec des conduites suicidaires pour ne pas les dissuader de demander de l'aide. La plupart des recommandations à ce sujet portent sur ce qu'il ne faut pas

⁵⁷ Minois pages 310 à 318

⁵⁸ Page 26

faire. Si elles ciblent principalement la valorisation des comportements suicidaires, elles s'opposent à certaines manifestations de leur dévalorisation et peuvent donc être appréhendées comme la recherche d'une certaine forme de neutralité morale. Ainsi, d'un côté, le suicide ne doit pas être normalisé, ni romancé, ni glorifié, ni honoré, ni embelli, ni faire l'objet d'un traitement sensationnaliste, et de l'autre côté il ne doit pas être condamné. Les journalistes doivent bien choisir leurs mots et éviter par exemple l'expression « suicide réussi », qui sous-entend que le suicide serait souhaitable, ou encore l'expression « commettre un suicide », qui sous-entend que le suicide serait une action criminelle. Par ailleurs, le traitement médiatique du suicide doit être discret, ne pas présenter de lettre de suicide, éviter les mythes relatifs au suicide. D'autres recommandations s'intègrent moins bien à cet idéal de neutralité morale comme celle de mettre l'accent sur les conséquences du suicide sur l'entourage, qui véhicule une réprobation morale du suicide. De manière plus générale, la démarche de prévention a pour effet de délégitimer les conduites suicidaires et certaines recommandations que j'ai associées à l'accessibilité et à l'adaptabilité peuvent également être interprétées dans le registre de l'acceptabilité.

L'intervention dans les réseaux sociaux correspond au déploiement de dispositifs d'échange par tchat. Ils ont pour objectif d'apporter un soutien aux jeunes qui expriment leur détresse sur les réseaux sociaux et de les orienter vers une prise en charge adaptée lorsque nécessaire. Il peut s'agir de dispositifs créés de novo, comme le projet Elios (231) ou adossés à une ligne téléphonique, comme le tchat du numéro 3114, numéro présenté plus bas.

Dans le cadre du suivi de l'application de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, le ministère inclut également dans les actions de prévention de la contagion suicidaire la lutte contre les lieux à risque suicidaire et la postvention (232). Les lieux à risque (« hot-spot ») sont des lieux fréquentés où sont survenus des suicides de manière récurrente (pont, gare de train, etc.). Les actions de prévention consistent principalement à construire des barrières et des filets de sécurité, surveiller les lieux et inciter à demander de l'aide via des panneaux et un accès téléphonique. La postvention regroupe un ensemble d'actions destinées à limiter les répercussions des suicides sur l'entourage, notamment en milieu institutionnel. Comme après un attentat terroriste, un homicide, une catastrophe naturelle, un accident grave de transport, on retrouve dans la postvention du suicide les principes de prise en charge de la santé (ici essentiellement mentale) des victimes et de retour d'expérience destiné à améliorer les pratiques professionnelles et ainsi à réduire le risque que l'évènement indésirable se reproduise. L'utilisation spécifique du terme « postvention » pour le suicide tient sans doute au fait que, si

tout évènement indésirable grave peut pousser certaines victimes jusqu'au suicide, celui-ci prend la forme d'une répétition de l'évènement initial lorsqu'il s'agissait d'un suicide. Prendre en charge les personnes impactées par un suicide passé constitue donc en soi une mesure de prévention de suicides futurs. De ce point de vue, l'après suicide ne peut être dissocié de l'avant suicide ; la postvention est de la prévention.

Le 3114 est un numéro national de prévention du suicide mis en place en 2021 (225,233). Il a pour objectif de répondre par téléphone à toute problématique relative au suicide. Les centres répondant, déployés dans les différentes régions par des établissements de santé et composés de professionnels de santé formés, sont ouverts 24h/24 et 7j/7. Ils ont des missions d'accueil, d'évaluation, d'intervention qui va de l'entretien téléphonique à la mobilisation des secours, d'orientation des appelants et d'information et d'appui aux professionnels. Le 3114 est présenté comme complémentaire aux centres d'écoute téléphonique associatifs par sa permanence aux heures non ouvrables et par sa proximité avec le système de soins et notamment le SAMU qui peut intervenir lors d'un appel.

Pour terminer, on peut dire quelques mots de la prise en charge clinique des conduites suicidaires. D'une manière générale, les programmes de prévention du suicide n'en définissent pas strictement le contenu et s'astreignent principalement à des mesures d'appui relatives à l'organisation de la prise en charge et aux conditions de réalisation des soins. Les grandes lignes de la prise en charge clinique peuvent être décrites à partir du *Référentiel de psychiatrie et addictologie*, produit par des sociétés savantes médicales à l'intention de l'ensemble des étudiants en médecine avant leur spécialisation (141). Le manuel distingue trois types de prévention qui ciblent chacune une population spécifique. La prévention primaire cible les personnes qui présentent des caractéristiques associées à un risque élevé de suicide, en dehors de toute situation d'urgence. La prise en charge consiste alors à supprimer les facteurs de risque et les facteurs de décompensation, par exemple en traitant une dépression. La prévention secondaire consiste à apprendre à reconnaître une crise suicidaire et à orienter la personne vers une prise en charge adaptée. La crise suicidaire peut être définie comme une crise psychique, temporaire, « *comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte* » (234). La prévention tertiaire concerne la prise en charge des personnes suicidantes afin d'éviter un nouveau geste suicidaire.

La crise suicidaire et les suites immédiates d'une tentative de suicide sont considérées comme des situations d'urgence nécessitant une évaluation psychiatrique et pouvant motiver une hospitalisation. Une prise en charge somatique est souvent nécessaire en cas de tentative de suicide. Dans tous les cas, les soignants doivent apporter un soutien psychique à la personne en détresse, notamment en mobilisant autant que possible ses proches. Des psychotropes peuvent être prescrits selon les symptômes. Les objectifs de l'hospitalisation en psychiatrie lorsqu'elle est indiquée sont de 1) réduire l'accessibilité de la mort ; 2) traiter le trouble psychiatrique ; 3) mettre en place une psychothérapie de soutien ; 4) organiser le suivi ambulatoire si nécessaire. La lutte contre l'accessibilité de la mort comprend d'une part la réduction de l'accès à des moyens létaux par le retrait des objets jugés dangereux, le blocage des fenêtres et la suppression des points potentiels de pendaison et d'autre part une surveillance rapprochée.

Le référentiel de psychiatrie ne se positionne pas sur la contention, dont il pourrait être intéressant de comparer les usages en psychiatrie et en prison. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2017 ainsi que la loi précisent que la contention mécanique est une mesure indiquée en hospitalisation complète sans consentement, en dernier recours et de manière temporaire notamment pour prévenir une violence imminente du patient, sous tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient (235,236).

I.E.2. En population carcérale

I.E.2.a. Perspective historique

Les travaux que l'historienne L. Guignard a menés sur les archives de l'administration pénitentiaire permettent de donner un aperçu de la prévention du suicide en milieu carcéral au XIX^e siècle en France (27,56). L'administration pénitentiaire et le ministère de l'intérieur dont elle dépendait à l'époque ont mis en œuvre une stratégie de prévention du suicide des personnes détenues, définie dans une succession de textes administratifs, dont des circulaires, publiés des années 1840 aux années 1890. Les dispositifs de prévention du suicide ont été dans un premier temps réservés aux condamnés à mort, avant d'être étendus à l'ensemble des personnes détenues.

Les mesures de lutte contre l'accessibilité de la mort étaient au cœur des pratiques de prévention du suicide. Elles peuvent être déclinées selon trois axes : la surveillance, la lutte contre l'accès aux moyens létaux et la neutralisation des corps. La surveillance était ajustée en fonction des

signes précurseurs et des moments critiques que les surveillant-es apprenaient à repérer. En cas de risque suicidaire, la cellule devait être constamment éclairée la nuit. La lutte contre l'accès aux moyens létaux consistait principalement à « *enlever aux détenus tout moyen matériel de suicide par suspension [...], les pointes ou parties de construction en saillie, les tablettes, les lits de fer ou hamacs seront remplacés par des lits de camp fixés aux murs et au sol, les tables et escabeaux seront éloignés des barreaux de la fenêtre, les bouches de chaleur ou ventilation devront être recouvertes d'une légère toile métallique et ne seront mis en mouvement que par le gardien, les fenêtres seront à porte fixe* » (56). Il était également recommandé de retirer aux détenus à risque leurs vêtements et tout objet jugé dangereux. Les mesures de neutralisation des corps, inspirées de la médecine asilaire et indiquées en cas de projet suicidaire, comprenaient « *les fers aux pieds, les menottes, la camisole de force, les liens ou entraves* » (56).

Le dispositif de prévention comprenait également d'autres recommandations en cas de risque suicidaire et notamment des visites hebdomadaires par le médecin de la prison, une promenade quotidienne et la limitation du recours à « *la séquestration ou le cachot* » (27). Les gardiens étaient également formés aux techniques de massage cardiaque et de bouche-à-bouche « *pour essayer de rappeler à la vie* » les pendus » (56). Par ailleurs, des investigations avaient lieu après chaque suicide, notamment pour vérifier le respect du règlement par les gardiens et leur bon comportement.

I.E.2.b. Approche contemporaine

De la même manière que pour la population générale, on peut faire démarrer la période contemporaine de la prévention du suicide en prison au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. Dans un premier temps, je vais présenter les grandes lignes des mobilisations institutionnelles selon une approche globalement chronologique, qui reprendra en partie des éléments évoqués dans la construction des suicides des personnes détenues comme problème de santé publique. Dans un second temps, je vais m'efforcer de préciser le contenu des programmes de prévention actuels selon une approche thématique, en m'appuyant notamment sur un guide de référence sur la prévention du suicide en milieu carcéral de 106 pages, édité par la DAP et qui reprend l'ensemble des éléments du dispositif de prévention de l'administration pénitentiaire en vigueur en 2023 (237).

D'après plusieurs auteurs, l'approche contemporaine de la prévention du suicide des personnes détenues a démarré en 1967, date de publication d'une première circulaire par la DAP

(28,29,60,77,142,238). Toutes une série de notes administratives et de circulaires lui ont succédé depuis, dont une partie sont présentées dans les travaux des sociologues G. Cliquennois et G. Chantraine (29). Dans un contexte d'augmentation de la fréquence des suicides des personnes détenues, des réflexions plus larges ont été engagées à la fin du XX^e siècle. Un premier rapport, coordonné par la magistrate S. Zientara-Logeay, a été remis au directeur de l'administration pénitentiaire en 1996 (75). Un second rapport, coordonné par le psychiatre J.L. Terra, a été remis au ministre de la justice et au ministre de la santé en 2003 (76). Un troisième rapport, coordonné par l'homme politique et médecin militaire L. Albrand, a été remis à la ministre de la justice en 2009 (77).

Ces rapports ont été suivis de plusieurs séries de mesures dont la plus significative est le plan d'action de la ministre de la justice de 2009 (78), qui reste aujourd'hui central dans la politique de prévention du suicide des personnes détenues. Il est organisé en cinq axes : 1) le renforcement de la formation du personnel pénitentiaire au repérage et à l'évaluation du potentiel suicidaire ; 2) l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire ; 3) le développement de la pluridisciplinarité ; 4) la lutte contre le sentiment d'isolement au QD ; 5) la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la communauté carcérale.

Les actions relatives au suicide proposées par le plan d'actions stratégiques pour la politique de santé des PPSMJ pour la période 2010-2014 s'inscrivent dans la continuité de ce plan de 2009, avec trois objectifs : 1) améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral ; 2) former les personnels sanitaires, pénitentiaires et éducatifs au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire ; 3) évaluer des mesures de prévention du suicide de façon conjointe entre le ministère de la justice et le ministère de la santé (80). Pour la période 2019-2022, la feuille de route sur la santé des PPSMJ souhaite quant à elle mettre en place les actions suivantes : 1) expérimenter le recontact des suicidants dans le contexte de la détention ; 2) identifier les modalités de transposition en milieu pénitentiaire des outils de prévention de la contagion suicidaire ; 3) évaluer la formation existante en milieu pénitentiaire et l'adapter en conséquence (81).

Les politiques de santé se sont intéressées aux suicides des personnes détenues dès les premiers programmes de prévention du suicide. Si la stratégie nationale d'actions face au suicide pour la

période 2000-2005 se contente de demander la mise en place d'indicateurs de suivi de la mortalité par suicide en prison (108), le programme 2011-2014 lui consacre trois actions : 1) renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral ; 2) améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle en milieu carcéral ; 3) améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide des personnes détenues (79). Par ailleurs, le ministère de la santé est cosignataire des politiques de santé des PPSMJ avec le ministère de la justice, avant ce dernier pour le plan 2010-2014 et après lui pour la feuille de route 2019-2022 (80,81).

Cependant, l'administration pénitentiaire reste aujourd'hui le principal acteur des politiques de prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Au niveau institutionnel, dans la feuille de route de 2019-2022, les ministères de la santé et de la justice placent le dispositif de prévention de l'administration pénitentiaire au centre en indiquant que certaines mesures déployées en population générale « *viendront renforcer et compléter les composantes du plan de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire.* » (81). D'après les témoignages recueillis par l'OIP, le pilotage de la politique de prévention est également aux mains de l'administration pénitentiaire : « *le copil est une vieille instance, très centralisée dans les mains de l'AP [administration pénitentiaire], très verticale. Les professionnels de la santé s'en sont progressivement désengagés* » (239).

Dans les établissements pénitentiaires, le dispositif de prévention est essentiellement mis en œuvre par l'administration pénitentiaire. Le personnel de surveillance en constitue l'acteur de première ligne, tandis que les professionnels de santé interviennent dans les situations complexes, inquiétantes et dans certaines situations réglementaires. L'administration pénitentiaire est un intermédiaire obligé de la prise en charge sanitaire des conduites suicidaires, ne serait-ce que parce le chemin qui mène de la cellule à l'unité sanitaire est parsemé de portes verrouillées et sous le contrôle de l'administration pénitentiaire. Bien que des USMP se trouvent à l'intérieur des prisons, la personne en demande de soins ne peut pas s'y rendre librement, et l'équipe soignante ne peut pas lui rendre visite librement. Le rôle d'intermédiation des surveillant-es concerne également la transmission d'informations. Dans les travaux de la sociologue A. Chauvenet et al., « *les soignants rencontrés s'accordent pour dire que la plupart des signalements qu'ils reçoivent concernant les détenus qui ne vont pas bien émanent en premier lieu des surveillants.* » (109)⁵⁹. Selon les établissements, les personnes détenues qui

⁵⁹ Page 156

souhaitent se rendre à l'USMP peuvent également laisser un mot dans une boîte au lettre consultée par un-e infirmier-e (240).

I.E.2.b.i. Mesures portées par le Ministère de la justice et l'administration pénitentiaire

Le dispositif actuel de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire est principalement axé, comme au XIX^e siècle, sur la réduction de l'accessibilité du suicide, mais met également en œuvre un certain nombre de mesures destinées à renforcer les capacités d'adaptation face à l'adversité (Tableau 2). Les mesures de lutte contre l'accessibilité du suicide peuvent être déclinées en deux axes : la lutte contre l'intimité et la lutte contre l'accès aux moyens létaux. L'administration pénitentiaire n'a plus recours aux outils de neutralisation des corps, et l'explication de la hausse des suicides en 1972 par la suppression de la contention, avancée à l'époque par le ministère de la justice (62), suggère que ces dispositifs auraient été abandonnés au début des années 1970.

Tableau 2. Mesures directes de prévention des suicides des personnes détenues par l'administration pénitentiaires

Lutte contre l'accessibilité du suicide	Renforcement des capacités d'adaptation face à l'adversité	Autres
Surveillance adaptée	Atténuation du choc carcéral au QA	Mesures d'assistance et de réanimation en cas de geste auto-agressif
Doublement cellulaire	Lutte contre le sentiment d'isolement au QD	Postvention
Codétenus de soutien		
Plan de protection individualisé		
Architecture des prisons	Téléphonie sociale	
CProU	Modalités d'annonce d'une mauvaise nouvelle	
DPU		

CProU : cellule de protection d'urgence ; DPU : dotation de protection d'urgence ; QA : quartier arrivant ; QD : quartier disciplinaire

On peut considérer, avec le rapport de l'inspection générale de la justice (IGJ) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2021 (241), que la surveillance « adaptée » est la principale mesure de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire. Le cabinet de conseil privé Planète Publique, qui a également remis un rapport sur la prévention du suicide en milieu carcéral au ministère de la justice en 2021, confirme un recours relativement

systematique à cette mesure qui concerne une part conséquente de la population carcérale (242). Elle consiste principalement pour le personnel de surveillance à regarder régulièrement à l'intérieur de la cellule des personnes avec un risque suicidaire identifié, à travers l'œilleton de la porte. Les consignes nationales précisent qu'en cas de risque suicidaire quatre rondes doivent être réalisées au cours de la nuit, exceptionnellement plus si nécessaire (237). L'IGJ et l'IGAS indiquent qu'elles sont parfois effectuées toutes les heures (241). Elles ont pour objectif de « *s'assurer de l'absence de toute situation anormale pouvant laisser craindre un comportement auto-agressif, une détérioration matérielle (notamment le déclenchement d'un incendie) ou une tentative d'évasion.* » (237). Planète publique indique que cette mesure comprend également des échanges des personnels de surveillance entre eux et avec les personnes détenues (242). La surveillance « adaptée » peut s'interpréter comme une mesure de lutte contre l'accessibilité du suicide au sens où elle réalise une fragmentation de l'intimité qui dissuade le geste suicidaire et permet généralement d'intervenir rapidement lorsqu'une personne détenue est surprise au cours d'un passage à l'acte. Par ailleurs, elle participe d'une démarche d'évaluation du risque suicidaire et peut donc être catégorisée parmi les mesures d'appui à la prévention du suicide.

On peut également s'interroger sur les éventuels effets bénéfiques de la surveillance pénitentiaire sur la santé mentale, notamment sur le modèle de la surveillance médicale qui selon les circonstances peut être source de réassurance et l'occasion de la manifestation d'une certaine bienveillance. Ces effets bénéfiques existent a priori dans certains cas, à la faveur de l'initiative personnelle de certain-es surveillant-es, notamment le jour. La surveillante M.A. Horel en donne quelques exemples dans son livre témoignage sur son travail au centre pénitentiaire pour femmes de Rennes (243). Cependant, le contexte n'y est généralement pas favorable. Des surveillants disent manquer de temps pour échanger avec les personnes détenues, notamment en lien avec le caractère chronophage de la gestion des entrées et sorties de cellule du nombre important de personnes dont ils ont la charge, en particulier en maison d'arrêt (244–246)⁶⁰. De plus, l'instauration d'une relation de confiance avec des personnes détenues apparaît en partie antinomique avec leurs missions. Du fait de la situation captive de la population détenue d'une part, et de la dangerosité qui leur est imputée d'autre part, personnes détenues et personnel pénitentiaire sont incités à adopter des postures de méfiance réciproque. Le surveillant pénitentiaire E. Perez indique que « *tous les trois mois, les gardiens*

⁶⁰ Perez pages 114-115 et 136-137 ;

sont affectés à un bâtiment différent pour éviter complicité, tentative de corruption ou mise en danger » (245)⁶¹, a fortiori dans les grands établissements. Les personnels dont les échanges avec les personnes détenues vont au-delà des formules de politesse peuvent être suspectés de corruption ou d'être manipulés par les personnes détenues et faire l'objet de rappels à l'ordre par leur hiérarchie (245,247,248)⁶².

Dans le cadre de la prévention du suicide, pendant les rondes de surveillance à l'œilleton, il n'est pas demandé au personnel d'engager un dialogue avec les personnes détenues. Planète publique indique d'ailleurs que les personnes détenues ne sont pas nécessairement informées du motif de la surveillance (242). En regardant à travers l'œilleton, le personnel de surveillance voit la personne détenue mais celle-ci ne le voit pas. Le personnel ne rentre pas dans la cellule mais se tient à l'écart dans le couloir. La nuit, où sont préconisées et effectuées la plupart des rondes, le personnel ne dispose même pas des clés des cellules et les personnes détenues, souvent à plusieurs dans la même cellule, sont censées dormir. L'obscurité complique d'ailleurs le travail de prise d'information et l'IGS et de l'IGAS indiquent que *« pour ce faire, la lumière de la cellule est allumée et, selon la pratique de chacun, il est demandé à la personne de faire un geste pour donner un signe de vie. La qualité du sommeil de la personne concernée est nécessairement atteinte, notamment chez celle sujette à des difficultés d'endormissement. Le caractère anxiogène de ces réveils a pour effet d'aggraver le mal être psychique de celui que cette mesure est censée protéger »* (241). Planète publique tient le même discours à propos des effets négatifs des rondes de surveillance nocturnes sur la santé mentale des personnes détenues (242).

Une autre mesure qui peut être interprétée comme une mesure de la lutte contre l'intimité est le doublement cellulaire. Il consiste à faire vivre plusieurs personnes dans la même cellule dans le but de ne pas laisser seules les personnes avec un risque suicidaire identifié. Les consignes nationales la préconisent en tant que mesure optionnelle dans le cadre d'un plan de protection individualisé (PPI, voir plus bas). L'IGJ et l'IGAS rapportent qu'il s'agit d'une des mesures de prévention habituelles et le décrivent comme *« une forme de transfert de la surveillance en direction d'autres personnes détenues »* (241). Toutefois, le doublement cellulaire n'exclut pas la surveillance « adaptée » et les co-cellulaires sans risque suicidaire *« doivent [également] subir les inconvénients des rondes de nuit »* (241). Cette mesure peut également permettre un soutien psychologique par le codétenu. Je reviendrai sur cet aspect au Chapitre 3 (IV.D.4.).

⁶¹ Page 22

⁶² Perez pages 25-26 ; Casadamont et Poncela page 216 ; Frayer page 84

Le dispositif des codétenus de soutien est une autre mesure de prévention du suicide, qui semble recouper en partie la pratique du doublement cellulaire. D'après la DAP, l'objectif de ce dispositif est « *de reconnaître le rôle d'alerte et de « sauvetage » des personnes détenues en matière de prévention du suicide. En effet, ces dernières assurent dans les faits des fonctions de repérage, de soutien, de protection* » (237). Des personnes détenues volontaires reçoivent une formation de quelques jours, donnée par la Croix-Rouge et plus récemment par l'UNPS (242,249). La Croix-Rouge estime que les codétenus de soutien doivent apporter un soutien psychologique aux personnes détenues en difficulté par l'écoute, inciter à demander de l'aide et faire des signalements en cas de risque imminent (249). Selon l'OIP, l'usage des codétenus de soutien par l'administration pénitentiaire s'est rapidement centré sur le doublement cellulaire (249). L'IGJ et l'IGAS vont dans le même sens, en indiquant que le dispositif des codétenus de soutien « *se distingue de la pratique du doublement en cellule par le fait qu'il est intégré dans la politique de prévention et qu'il pose le principe du volontariat pour les candidats* » (241). Planète publique tient toutefois un autre discours. Il indique que le doublement cellulaire est peu fréquent, et que les codétenus de soutien jouent principalement un rôle de pair-aidance en amont des idées suicidaires, de signalement et d'accompagnement des personnes vulnérables. Ce dispositif a été initié en 2010. En 2021, 78 codétenus de soutien étaient actifs sur 22 établissements (12% des établissements) (241).

Le deuxième type de mesures qui participent de la réduction de l'accessibilité du suicide sont les mesures de lutte contre l'accès aux moyens létaux. Elles se manifestent d'une part, de manière passive, dans l'architecture des prisons. L'architecte C. Arca indique que pour satisfaire aux exigences de l'agence publique pour l'immobilier de la justice concernant la construction d'un établissement pénitentiaire, sa profession doit acquérir « *tous les réflexes de sécurité, s'imaginer toutes les possibilités d'évasion ou de suicide. Interroger le moindre joint ou pied de chaise pour savoir comment il va être détourné par ces détenus qui ont un temps infini pour être imaginatifs* » (250). « *Afin d'éviter toute tragédie, les objets sont dimensionnés et test[és]. Nous pouvons prendre l'exemple des tringles à rideaux qui ne doivent pas supporter plus de 40kg, les miroirs qui ne sont pas en verre mais en métal poli, le mobilier est scellé au sol et le chauffage se fait au sol sous la dalle béton* » (250). Par ailleurs, les établissements pénitentiaires comportent fréquemment des bâtiments sur plusieurs étages, avec les cellules en périphérie, dont la porte donne sur des coursives qui encadrent un espace central vide. Des filets anti-suicide sont alors tendus au niveau de l'espace central pour réceptionner les personnes détenues qui pourraient sauter dans le vide ou êtres poussées depuis les étages.

D'autre part, la cellule de protection d'urgence (CProU) et la dotation de protection d'urgence (DPU) sont des mesures individuelles, utilisées lorsque le risque de suicide est perçu comme imminent et dans l'attente d'une prise en charge sanitaire. Elles ont été introduites par le plan d'actions de 2009. La CProU « est une cellule « lisse », qui ne comporte aucun point d'accroche, ni équipement aisément démontable ou dégradable susceptible de constituer un objet tranchant ou contondant. » (237). Son utilisation est prévue pour une durée maximale de 24 heures, renouvelable sous certaines conditions. En 2020, 153 CProU étaient réparties dans 106 établissements pénitentiaires et 15% des 1833 placements effectués au cours de l'année avaient dépassé 24 heures (241,242). Environ un quart des CProU aboutissent à une hospitalisation (242). Planète publique rapportait en 2021 que d'après les surveillant-es, les personnes détenues considèrent la CProU soit comme un lieu de repos, en particulier en cas de surpopulation carcérale importante, soit comme une sanction (242). La DPU comporte des couvertures spécifiques indéchirables ainsi que des vêtements et serviettes déchirables et jetables afin de prévenir leur éventuelle utilisation comme lien pour une pendaison. Les consignes nationales sont d'utiliser la DPU uniquement en CProU, sauf exception. Tous les vêtements et les effets personnels de la personne détenue doivent lui être retirés, par la force si nécessaire. En 2020 et début 2021, 15% des recours à la DPU étaient hors CProU (242).

Le dispositif de prévention comporte également des mesures pour renforcer les capacités d'adaptation individuelle et le soutien aux personnes en difficulté. Au quartier arrivant (QA, voir [Annexe 1](#)), des mesures sont prévues pour atténuer le choc d'entrée en prison. La personne détenue doit y recevoir des informations sur le fonctionnement de l'établissement, avoir un accompagnement individualisé et un accès privilégié à certaines activités dont la télévision gratuite. L'administration pénitentiaire prévoit également d'aider les personnes détenues à s'adapter à l'adversité qu'elle leur impose lorsqu'elle les place au QD en réaction à la commission de fautes disciplinaires (voir [Annexe 1](#)). Il s'agit de réduire le sentiment d'isolement des personnes détenues au QD en préconisant une série de mesures dont 1) la remise d'un livret d'accueil au QD ; 2) un accès au téléphone, notamment pour maintenir le lien familial ; 3) la mise à disposition d'un poste de radio ; 4) des promenades biquotidiennes ; 5) un accès à de la lecture (237). Une évaluation du risque suicidaire doit par ailleurs être menée par un personnel d'encadrement pénitentiaire et une surveillance « adaptée » doit être mise en place. Rappelons également qu'un médecin doit examiner les personnes placées au QD au

moins deux fois par semaine (251), obligation légale d'application variable d'après les témoignages reçus par l'OIP (252)⁶³.

Parmi les autres mesures qu'on peut associer à l'adaptabilité, hormis le rôle de pair-aidance et d'accompagnement des codétenus de soutien déjà évoqués, figure notamment le PPI. Introduit par le plan d'actions de 2009, il désigne à la fois un ensemble de mesures directes de prévention et le dispositif organisationnel qui les sous-tend. Les consignes nationales font la liste de plusieurs dizaines d'actions qui peuvent être engagées au titre du PPI « *pour une personne détenue présentant un potentiel suicidaire majeur* » (237). La plupart des actions préconisées consistent à apporter un soutien psychologique à la personne détenue en lui proposant de s'entretenir ou d'être mise en contact avec divers professionnels, sa famille, des intervenants extérieurs comme les visiteurs de prison, de l'inscrire à diverses activités professionnelles, sportives, culturelles ou de demander des aménagements de sa peine. Figurent également des mesures de lutte contre l'accessibilité du suicide, dont celles évoquées précédemment et les fouilles de cellule à la recherche de moyens létaux (stockage de médicaments, etc). Planète publique rapporte qu'en pratique, dans les établissements, la discussion en commission pluridisciplinaire unique (CPU), qui est le lieu d'élaboration des PPI, « *porte essentiellement sur le maintien ou la levée des mesures de surveillance adaptée et permet rarement d'envisager un plan de protection individualisé ou plus généralement une réflexion personnalisée sur des actions à mettre en œuvre. Il est à noter toutefois que, même si cela n'est pas toujours formalisé ou pensé comme un plan d'actions personnalisé à proprement parler, certains établissements travaillent à diversifier les solutions proposées : accès aux activités professionnelles, accès à la formation, réflexion sur le partage de cellule et sur le bon binôme le cas échéant...* » (242). L'IGJ et l'IGAS rapportent également que le PPI « *n'est aujourd'hui quasiment pas mis en œuvre* » (241).

La DAP promeut également « *un ensemble de numéros [téléphoniques] ayant pour vocation d'apporter une écoute, une aide personnalisée, informative et un accompagnement aux personnes détenues* » (237), regroupés sous le nom de téléphonie sociale. Elle liste dix-huit numéros, principalement axés sur divers problèmes de santé et l'accès aux droits, en insistant notamment sur la ligne d'écoute *Croix-Rouge écoute les détenus*. Planète publique a observé que l'accès au téléphone en cellule se met progressivement en place et que concernant la téléphonie sociale, « *les établissements permettent cet accès et les numéros d'écoute sont affichés et mis à disposition des détenus. Pour autant, cette mesure ne semble ni activement*

⁶³ Pages 75-76

promue ni être inscrite dans une politique d'ensemble combinant les mesures possibles dans le cadre de la prévention du suicide. En effet, aucun professionnel rencontré n'a indiqué que les détenus étaient incités à faire appel à ce service en cas de besoin » (242).

Une autre mesure qui vise à soutenir les capacités d'adaptation des personnes détenues à l'adversité concerne les modalités d'annonce des mauvaises nouvelles d'ordre pénal. Les consignes nationales préconisent de ne pas les notifier le vendredi, dans l'objectif de faciliter la prise en charge des personnes détenues impactées par la notification. En effet, le weekend le personnel pénitentiaire est en effectifs réduits et l'unité sanitaire est généralement fermée.

En cas de geste suicidaire, les consignes sont de donner l'alerte, de porter secours, de geler les lieux et de rédiger un compte-rendu professionnel. L'alerte doit être adressée à la hiérarchie pénitentiaire et au personnel sanitaire. En cas de pendaison, qui est la méthode ultra majoritaire, porter secours consiste à 1) couper le lien immédiatement et sans délai ; 2) allonger rapidement la personne sur le dos, sur le sol ; 3) desserrer ou couper le nœud ; 4) vérifier la conscience et la respiration. La section du lien est réalisée à l'aide d'un outil dédié, qui est l'une des acquisitions les plus récentes de l'arsenal de prévention de l'administration pénitentiaire : « à l'issue d'un appel d'offres, un outil adapté aux problématiques de sécurité pénitentiaire et dont l'utilisation allie rapidité et efficacité d'intervention a été sélectionné : il s'agit d'un coupe-liens « Fox Knives » » (237). Au mois de décembre 2020, 5 444 coupes-liens avaient été livrés (242).

En cas de décès par suicide, des mesures de postvention doivent être mises en œuvre. La postvention a pour objectif de « réduire l'impact psychologique d'un suicide pour tous ceux touchés ou concernés par cet événement, en particulier les familles, les codétenus et les personnels pénitentiaires et les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (pour les situations des mineurs) » (237). Les mesures à destination des personnels pénitentiaires comprennent 1) un debriefing technique à chaud avec les personnels ayant participé à la prise en charge de la personne décédée par suicide par leur hiérarchie, afin de comprendre ce qui s'est passé et de leur manifester un soutien ; 2) une information à l'ensemble du personnel de l'établissement qui permet notamment d'éviter la propagation de fausses rumeurs ; 3) une consultation en psychologie systématiquement proposée aux personnels exposés et destinée à réduire l'impact potentiellement traumatique de l'événement ; 4) un retour d'expérience à un mois qui vise à améliorer les procédures de prévention du suicide. Une information exhaustive doit également être transmise aux autres professionnels et intervenants pour leur manifester de la considération et leur permettre de contribuer à dissiper les rumeurs.

Les co-cellulaires sont changés de cellule, ont un entretien avec un représentant du chef d'établissement et se voient proposer une prise en charge sanitaire. Des informations doivent par ailleurs être transmises aux personnes détenues de l'établissement. Des groupes de paroles peuvent être mis en place en cas de suicides répétés de manière rapprochée. Concernant la famille, elle est informée du décès par téléphone par le chef d'établissement, qui la reçoit ensuite dans l'établissement dans le but de faciliter son travail de deuil et les démarches administratives. La visite de la cellule de la personne défunte doit être proposée. Enfin, le chef d'établissement doit respecter certaines règles de communication lorsqu'il s'adresse aux médias, en lien avec le programme Papageno.

La plupart des mesures citées jusqu'ici peuvent être qualifiées de mesures directes de prévention du suicide. Elles sont organisées, encadrées, soutenues par un ensemble de mesures d'appui à la prévention. Tout d'abord, dans la mesure où la plupart des actions de prévention directes sont individualisées, leur mise en œuvre implique un intense travail d'évaluation du risque suicidaire de chaque personne détenue. On a vu que la surveillance « adaptée » et les codétenus de soutien participaient à ce travail d'évaluation. Le personnel pénitentiaire a également à sa disposition une grille d'évaluation du potentiel suicidaire, qui se présente comme un hétéro-questionnaire. Elle est remplie systématiquement pour chaque personne détenue lors de son entrée en prison et le personnel est incité à l'actualiser pendant la détention. Les personnels doivent rechercher des signes de détresse et des indices sur les intentions suicidaires. En cas d'identification d'un risque suicidaire, tout intervenant auprès des personnes détenues devrait être en mesure de le caractériser, notamment sur le plan 1) de l'urgence, qui renvoie au stade de progression de la crise suicidaire ; 2) de la dangerosité, qui renvoie à l'accessibilité et la létalité de la méthode envisagée ; 3) du risque, qui renvoie à la présence de facteurs de risque et de protection.

L'évaluation du risque suicidaire est par ailleurs l'un des principaux contenus des formations dispensées au personnel pénitentiaire et aux autres intervenants. L'administration pénitentiaire a développé son propre module de formation d'évaluation du risque suicidaire pour son personnel, à l'aide d'experts psychiatres, et le ministère de la santé a acté en 2022 le maintien de ce module, qui « *apparaît comme le plus adapté au contexte* » (225), notamment par rapport aux formations développées en population générale. Les autres modules de formation à l'intention des personnels pénitentiaires portent sur l'ensemble du dispositif de prévention et notamment sur son caractère pluridisciplinaire.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs de la communauté carcérale est un des cinq grands axes du plan de 2009. L'administration pénitentiaire estime que « *l'ensemble de la communauté carcérale - personnels pénitentiaires, éducatifs (pour les établissements accueillants des mineurs), sanitaires, intervenants institutionnels et bénévoles, mais aussi familles et proches des personnes détenues et personnes détenues elles-mêmes - ont une place dans le dispositif de prévention du suicide* » (237). Parmi les bénéfices attendus figurent le partage d'informations et la rapidité de sa circulation, notamment dans le but de caractériser plus finement le risque suicidaire et d'adapter les mesures de prévention en conséquence. Les principaux dispositifs de formalisation de ces échanges sont les commissions. A l'échelle de l'établissement, il s'agit de la CPU, déjà évoquée comme lieu fléché d'élaboration des PPI. La prévention des suicides n'est que l'une de ses attributions. Les équipes soignantes sont régulièrement sollicitées en CPU pour faire part de leurs observations. Elles y participent de manière variable en fonction des établissements, notamment selon l'interprétation qu'elles font de la compatibilité des demandes de l'administration pénitentiaire avec le respect du secret médical. A l'échelle interrégionale et nationale se réunissent des commissions de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires, respectivement interrégionales et centrale. Ces commissions participent à l'animation et au pilotage du dispositif de prévention du suicide, aux côtés de comités de pilotages national et interrégionaux et de référents national et interrégionaux de prévention du suicide. A l'échelle de l'établissement pénitentiaire, l'animation du dispositif est également assurée par une équipe référente locale, un binôme constitué d'un cadre pénitentiaire et d'un personnel pénitentiaire d'insertion et de probation.

I.E.2.b.ii. Mesures portées par le ministère de la santé et les professionnel·les de santé

Concernant les aspects sanitaires, les informations dont je dispose sont plus éparées. La loi en vigueur indique que « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* » (253). L'expression « *conditions équivalentes* » n'implique pas une stricte égalité des soins. Cette formulation indique que les ambitions de soins doivent être les mêmes en prison qu'en population générale, mais que les dispositifs de soins et de prévention devront subir des modifications et des amputations afin de se conformer aux contraintes de fonctionnement de l'institution carcérale, notamment d'ordre sécuritaire.

La prise en charge clinique des conduites suicidaires obéit aux mêmes principes qu'en population générale. De même que pour l'ensemble des soins, elle relève exclusivement du

service public hospitalier et donc du ministère de la santé depuis 1994 (103). Les personnes détenues sont affiliées au régime général de la sécurité sociale. Les soins s'appuient sur une organisation et des dispositifs majoritairement spécifiques à la population carcérale, qui distinguent les soins somatiques et les soins psychiatriques et structurés en trois niveaux comme en population générale : les soins ambulatoires, l'hospitalisation à temps partiel et l'hospitalisation à temps complet (Tableau 3).

Tableau 3. Les trois niveaux de prise en charge sanitaire des personnes détenues

	Soins psychiatriques	Soins somatiques
Niveau 1 - Soins ambulatoires	USMP / hors USMP	
Niveau 2 - Hospitalisation partielle	SMPR	Chambres sécurisées
Niveau 3 - Hospitalisation complète	UHSA / Unité conventionnelle	Chambres sécurisées / UHSI / EPSNF

EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes

SMPR : service médico-psychologique régional

UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale, spécifique aux personnes détenues

Unité conventionnelle (hospitalisation complète en psychiatrie) : hospitalisation sous contrainte d'une personne détenue dans une unité non spécifique aux personnes détenues, à la demande d'un représentant de l'Etat, en vertu de l'article R. 6111-40-5 du code de la santé publique

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

La majeure partie des soins ambulatoires sont réalisés dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Les USMP se situent dans l'enceinte des établissements pénitentiaires et sont rattachées à un établissement de santé dont elles dépendent. Leur nombre évolue avec les ouvertures et fermetures des établissements pénitentiaires. En 2018, la DAP recensait 175 USMP pour 185 établissements pénitentiaires (254). Les USMP ont l'obligation de proposer des consultations médicales aux personnes détenues dans les situations suivantes : 1) à l'arrivée en prison, depuis l'état de liberté ; 2) en cas de placement au QD ; 3) en cas de placement au quartier d'isolement (QI). Les médicaments sont délivrés par l'établissement hospitalier. Les soins spécialisés non disponibles à l'USMP sont effectués dans des établissements de santé.

L'hospitalisation de jour en psychiatrie des personnes détenues a lieu exclusivement dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) (255), accolées à certaines USMP, donc dans l'enceinte des établissements pénitentiaires. Ils sont au nombre de 26 et ont été créés en

1986, pour certains dans la continuité de structures déjà existantes (100)⁶⁴. L'hospitalisation en SMPR n'est possible qu'avec le consentement de la personne.

Toutes les hospitalisations à temps complet des personnes détenues sont réalisées au sein des établissements de santé. En psychiatrie, l'hospitalisation à temps complet a historiquement eu lieu dans des unités de soins non spécifiques aux personnes détenues. Il s'agit d'hospitalisations sans consentement, à la demande d'un représentant de l'État. Plus récemment, des unités d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagées pour les personnes détenues (UHSA) ont vu le jour (256). Elles permettent, en plus des hospitalisations à la demande d'un représentant de l'État, des hospitalisations libres, c'est-à-dire avec le consentement de la personne détenue. Une première vague d'ouvertures de 9 UHSA s'est échelonnée de 2010 à 2018, cumulant un nombre théorique de places égal à 440 (257). Une seconde vague d'ouvertures de 3 UHSA est prévue, sur la base des capacités d'accueil prévues pour les UHSA dans le programme de construction accompagnant la loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice. Des éléments supplémentaires, notamment sur le volet somatique du système de soins aux personnes détenues, sont présentés en Annexe 1.

Les contraintes qui pèsent sur les soins en milieu pénitentiaire ont notamment été discutées dans les travaux de la médecin généraliste V. Kanoui ainsi que ceux de la psychiatre C. Léculée et al (258,259). Elles comprennent notamment la nécessité de faire une demande écrite pour recevoir des soins ; des contraintes de sécurité qui empêchent par exemple les personnes de se rendre à l'USMP lorsque d'autres personnes détenues se rendent en promenade ou qui obligent à reporter les soins à l'extérieur lorsque la date est connue de la personne soignée ; les difficultés de planification des soins face aux aléas judiciaires ; le manque de personnel soignant ; la confiscation de matériel médical par le personnel pénitentiaire lors des fouilles de cellules ; le sous-effectif des personnels pénitentiaires et policiers, dont la présence est nécessaire, selon les cas, pour les déplacements pour soins internes et externes à la prison ainsi que pour la surveillance de certaines hospitalisations ; les menottes, entraves, fouilles à nu et parfois la présence des surveillant-es pénitentiaires en consultation lors des soins à l'extérieur de la prison ; les ruptures constituées par l'entrée et la sortie de prison, qui compliquent la continuité des soins ; la marginalisation des USMP au sein des hôpitaux qui complique l'obtention du matériel de soin adéquat ou encore la stigmatisation des personnes détenues par les collègues hospitaliers, qui complique l'accès et la mise en œuvre des soins à l'extérieur (258,259).

⁶⁴ Pages 15-20

Par ailleurs, la feuille de route sur la santé des PPSMJ de 2019-2022 a annoncé la transposition aux personnes détenues de trois mesures de prévention du suicide déployées en population générale : 1) le maintien du contact avec les suicidants (VigilanS) ; 2) la prévention de la contagion suicidaire ; 3) l'adaptation des formations en prévention du suicide (81).

Le dispositif VigilanS était déployé dans 7 établissements pénitentiaires des Hauts-de-France en avril 2024, à titre de mesure expérimentale. Il est proposé par les unités sanitaires des prisons aux personnes détenues au décours d'une tentative de suicide ou en cas de tentative de suicide au cours des douze mois précédents pour les entrants en prison (260). Les soignants du dispositifs VigilanS rédigent des cartes postales personnalisées à l'attention des personnes détenues incluses dans le dispositif. Elles sont remises en mains propres aux personnes détenues par les USMP et les personnes détenues peuvent y répondre. Lors de la sortie de prison, un numéro de téléphone permettant de joindre le dispositif VigilanS leur est transmis. A noter que contrairement à la population générale, le dispositif VigilanS ne prévoit pas d'échange téléphonique pendant l'incarcération, les communications téléphoniques des personnes détenues étant soumises à un certain nombre de contraintes : interdiction des téléphones portables, interdiction des appels entrants, liste de numéros autorisés pour les appels sortants, coût élevé des appels avec exceptions, niveau d'intimité variable et souvent limité, notamment par l'écoute des conversations téléphoniques par l'administration pénitentiaire et par la cohabitation en cellule.

La prévention de la contagion suicidaire désignait essentiellement la postvention dans la feuille de route sur la santé des PPSMJ. L'administration pénitentiaire prévoit déjà un ensemble de mesures et je n'ai pas connaissance de la mise en œuvre de mesures de sanitaires supplémentaires. Concernant les formations, l'instruction de la direction générale de la santé de 2022 indique, outre le maintien du module de l'administration pénitentiaire sur l'évaluation du risque suicidaire à l'intention des personnels pénitentiaires, 1) le développement du module « sentinelle » à l'intention des intervenants extérieurs ; 2) la promotion des formations d'évaluateur pour les professionnels de santé et certains personnels pénitentiaires ; 3) la promotion de la formation d'intervenant de crise pour les professionnels de santé ; 4) la promotion de la formation de secourisme en santé mentale (225). Cette même instruction prévoit l'ouverture du numéro 3114 aux personnes détenues, qui était encore à l'état de projet au printemps 2024. Les personnes détenues ont été exclues du dispositif général car les orientations de prise en charge et les interventions prévues dans le cadre du 3114 ne leur sont pas applicables du fait des contraintes de fonctionnement de l'institution carcérale.

Au total, les suicides des personnes détenues se présentent comme un problème de santé publique, à la fois parce qu'ils ont récemment été construits comme tels, et parce que le suicide est un évènement grave et relativement fréquent, et évitable. Les causes imputées aux suicides des personnes détenues reposent aujourd'hui majoritairement sur l'épidémiologie et la sociologie et renvoient à la fois à une vulnérabilité antérieure à l'incarcération (modèle d'importation) et à leur condition de personne détenue (modèle de privation), par des mécanismes nombreux et complexes. La mise en œuvre de la prévention du suicide des personnes détenues est aujourd'hui partagée entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé. L'administration pénitentiaire, au contact des personnes détenues au quotidien, est un acteur de première ligne, qui a conçu un dispositif de prévention centré sur la lutte contre l'accessibilité du suicide et dans une moindre mesure sur le renforcement des capacités d'adaptation face à l'adversité. Les professionnels de santé, acteurs de deuxième ligne, ont tendance à être sollicités pour les situations les plus graves et les plus complexes, et s'efforcent d'appliquer un principe d'équivalence d'accessibilité et de qualité des soins entre population générale et population carcérale, en s'appuyant sur des structures de soin majoritairement spécifiques aux personnes détenues, dans et hors les murs de la prison.

I.F. Plan de la thèse

Ce manuscrit a vocation à contribuer à la recherche en santé publique par la présentation, d'une part, de travaux épidémiologiques sur les suicides des personnes détenues (Chapitres 1 à 3), et d'autre part, de documentation des enjeux associés à sa prévention (Chapitre 4).

Le Chapitre 1 est un chapitre de méthodologie statistique qui porte sur les indicateurs de mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues. La fréquence est une des principales propriétés utilisées pour apprécier l'importance des suicides des personnes détenues comme problème de santé publique. En épidémiologie, l'indicateur de référence pour mesurer la fréquence des suicides est le taux d'incidence. Cependant, sa pertinence est contestée pour le milieu carcéral et d'autres indicateurs ont été proposés. Ce chapitre s'applique à rendre compte des différentes positions exprimées dans la littérature scientifique sur ces indicateurs, à en faire une analyse critique et à en dégager les enjeux.

Le Chapitre 2 est dédié à la présentation des caractéristiques sociodémographiques, pénales, carcérales et cliniques des personnes détenues décédées par suicide, ainsi qu'à la documentation des circonstances de leur suicide. Les données présentées sont les résultats d'une étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées, menée par SpF en collaboration avec la DAP et les USMP. Elle a recueilli des données issues de l'administration pénitentiaire et des dossiers médicaux pour l'ensemble des suicides de personnes écrouées survenus en France sur la période 2017-2021.

Le Chapitre 3, recherche des facteurs de risques individuels de suicide à partir de la comparaison des personnes détenues décédées par suicide avec les autres personnes détenues. Il s'appuie sur une étude de cohorte rétrospective que j'ai construite à partir d'une base de données administrative de la DAP. L'ensemble des personnes détenues en France ont été suivies entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020, pendant le temps de leur incarcération. Les données examinées comprennent des caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales des personnes détenues ainsi que certains évènements susceptibles de survenir pendant la détention. Ces données ont été analysées à l'aide de modèles de survie bivariés et multivariés.

Le Chapitre 4 entend partir de la question des implications pour la prévention du suicide des résultats des chapitres précédents pour interroger les principes de cette prévention. J'y pose la question du rapport entre le suicide et la santé mentale en distinguant deux représentations

courantes du suicide : le suicide comme cause de décès et le suicide comme indicateur de santé mentale. Les objectifs généraux de la prévention du suicide d'une part, puis les rapports qu'entretiennent les fonctions sociales avec la prévention du suicide d'autre part, sont documentés et interrogés à la lumière de cette distinction. Pour terminer, ce dernier chapitre discute des formes et des perspectives de prévention du suicide des personnes détenues.

Chapitre 1

**Mesurer la fréquence des suicides des
personnes détenues : quels
indicateurs pour quels usages ?**

II.A. Introduction

La fréquence est une des principales caractéristiques qui permettent de déterminer l'importance d'un problème de santé dans une population. Est-ce que les suicides des personnes détenues sont fréquents ? La manière la plus simple de répondre à cette question est de les compter : il y a eu ces dernières années environ 120 suicides de personnes détenues par an (35), soit un tous les trois jours. On peut qualifier ce type de fréquence d'absolue. L'ordre de grandeur du nombre de suicides dans la population totale en France est de 10 000 par an (126) : du point de vue de la fréquence absolue, les suicides des personnes détenues sont marginaux en France.

Le point de vue de la fréquence relative – à la taille de la population – s'attache à mesurer et à comparer la propension au suicide de différentes populations. Dans ce cadre, elle ramène les populations comparées à une taille égale afin de dépasser l'évidence suivante : il y a beaucoup plus de suicides en population générale qu'en prison parce que la population générale est de plus grande taille. La fréquence relative est complémentaire de la fréquence absolue.

Au premier abord, le choix de l'indicateur pour mesurer la fréquence relative des suicides des personnes détenues apparaît évident. Le suicide s'apparente à un événement et l'indicateur de référence pour mesurer la fréquence d'un événement dans une population en épidémiologie est le taux d'incidence (261–264), qui divise le nombre de suicides par le nombre de personnes-années (PA) à risque. Nous avons vu que de précédents travaux avaient estimé que le taux de suicide des personnes détenues est environ 8 fois plus élevé qu'en population générale en France, à âge et sexe égal (129). Ainsi, si les suicides sont, en valeur absolue, nettement moins nombreux en prison qu'en population générale, ils y sont beaucoup plus concentrés, ce qui contribue à justifier l'intérêt que leur porte la santé publique.

Néanmoins, si le taux d'incidence est effectivement l'indicateur classiquement utilisé pour mesurer la fréquence des suicides en prison, il est régulièrement critiqué par certains auteurs. Une des principales sources de critique réside dans la grande variabilité des durées de détention, que ce soit au cours du temps, d'un pays à un autre, d'un type d'établissement pénitentiaire à un autre ou selon certaines caractéristiques des personnes détenues. Cette variabilité soulève la question de la comparabilité de taux d'incidence de suicides calculés pour des populations avec des durées de suivi individuel très différentes et conduit de nombreux auteurs à discuter et utiliser d'autres indicateurs.

Dans ce contexte, ce chapitre se donne pour objectifs 1) de faire un état des lieux des critiques adressées au taux de suicide et des autres indicateurs utilisés et discutés dans la littérature 2) de discuter la pertinence de chaque indicateur ; 3) d'illustrer certains enjeux liés au choix de l'indicateur à partir de deux exemples.

La question posée est circonscrite à la nature des indicateurs et exclut les questions relatives aux méthodes de recensement des suicides, aux méthodes d'estimation des grandeurs qui composent ces indicateurs (exemple : méthode d'estimation de la population moyenne) et aux méthodes de prise en compte des tiers facteurs comme la standardisation. La question de la fréquence relative des suicides par rapport à l'ensemble des décès ne sera pas non plus abordée.

Le chapitre est structuré en cinq parties. La première partie présente la terminologie utilisée pour nommer les indicateurs et définit les principales durées auxquelles ces indicateurs se réfèrent. La seconde partie présente une revue de la littérature exploratoire sur les critiques adressées au taux de suicide et les indicateurs alternatifs proposés. La troisième partie définit plusieurs objectifs de mesure de la fréquence des suicides et présente les indicateurs qui me semblent répondre le mieux à ces objectifs : le taux d'incidence et la létalité de la prison par suicide. Dans une quatrième partie, je discute les qualités et les défauts de ces deux indicateurs et des autres indicateurs discutés dans la littérature. Enfin, la cinquième partie présente deux exemples de situations où le taux de suicide et la létalité de la prison par suicide peuvent répondre à des objectifs de mesure distincts et conduire à des résultats et à des interprétations différents.

II.B. Définitions

II.B.1. Définitions et règles d'appellation des indicateurs

La terminologie utilisée dans la littérature scientifique pour désigner les indicateurs de fréquence de suicide n'est pas stabilisée : une même terminologie (exemple : « taux de suicide ») peut être utilisée pour désigner des indicateurs différents et à l'inverse, plusieurs terminologies peuvent être utilisées pour désigner le même indicateur. Afin de clarifier mon propos, je propose d'adopter une terminologie unique et univoque, qui s'appuie sur les propriétés des formules mathématiques qui sous-tendent les indicateurs.

Je vais pour cela m'inspirer du travail de la biostatisticienne R.C. Elandt-Johnson, dans lequel elle définit plusieurs types d'indicateurs : le ratio, la proportion, le taux et le taux d'incidence (264). L'auteure définit le ratio comme la division d'une quantité par une autre. La proportion est quant à elle un type de ratio dans lequel le numérateur est inclus dans le dénominateur, ce qui implique que les deux quantités mises en rapport aient la même unité et que le résultat soit obligatoirement compris entre 0 et 1 (bornes incluses). Enfin, selon R.C. Elandt-Johnson, le concept de *taux* est associé à la vitesse de changement d'un phénomène et peut être défini comme un ratio qui mesure le changement d'une quantité y par unité d'une autre quantité x de laquelle y dépend. Le taux d'incidence est un cas particulier de taux, qui mesure en épidémiologie la vitesse d'apparition des nouveaux cas d'un événement de santé dans une population. L'auteure distingue le taux d'incidence absolu, qui recense le nombre de nouveaux cas par unité de temps dans une population sans se référer à sa taille, et le taux d'incidence relatif (à la taille de la population), qui rapporte le nombre de nouveaux cas au nombre de personnes-temps. Ce dernier correspond à ce qu'on appelle habituellement le taux d'incidence. Les formules mathématiques pour le calculer sont données dans de nombreux travaux (261,262) et sont présentées plus bas.

Dans ce chapitre, j'appellerai « taux de suicide » toute mesure de la fréquence des suicides qui se conforme à la définition du taux d'incidence relatif et utilise les formules mathématiques usuelles de calcul de cet indicateur ; « proportion de suicide » toute mesure conforme à la définition donnée pour la proportion ; « ratio de suicide » toutes les autres formules mathématiques qui peuvent s'exprimer sous la forme d'une division d'une quantité par une autre. Ces deux dernières expressions seront complétées d'une référence à la grandeur présente au dénominateur lorsque celle-ci est aisément identifiable, ou du nom des auteurs de l'indicateur dans le cas contraire.

II.B.2. Définitions des différents types de durées

Les travaux recensés dans la littérature scientifique se réfèrent à différents types de durées pour discuter la pertinence des indicateurs de fréquence des suicides. Ces types de durée ne sont pas toujours bien définis et peuvent dans certains cas être confondus entre eux. Je propose de définir ici trois types de durée : 1) durée de la période d'observation ; 2) durée de l'incarcération ; 3) durée de suivi individuel.

La durée de la période d'observation caractérise une étude de recherche. Elle correspond à la durée pendant laquelle une recherche observe une population. Elle s'applique classiquement à des populations ouvertes, c'est-à-dire des populations dans laquelle des personnes peuvent entrer ou desquelles elles peuvent sortir à tout moment de l'étude (261,262).

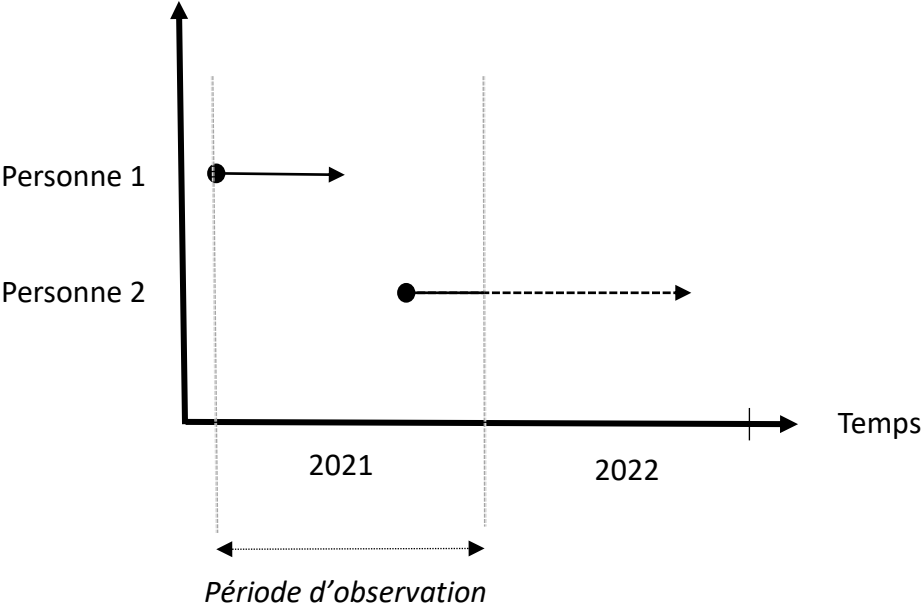
La durée de l'incarcération est une caractéristique individuelle. Elle s'étend de l'entrée en prison à la sortie de prison. Selon les travaux et le périmètre des systèmes d'information utilisés, l'entrée et la sortie peuvent correspondre à des mouvements exclusivement entre la prison et l'état de liberté ou peuvent inclure des transferts entre différentes prisons.

La durée de suivi individuel est une caractéristique individuelle et correspond à la durée pendant laquelle on a observé une personne ou une incarceration. Il s'agit de la durée au cours de laquelle l'évènement étudié sera pris en compte s'il survient, c'est-à-dire la durée pendant laquelle cette personne ou incarceration est « à risque ». Dans les populations ouvertes, la durée de suivi se situe à l'intersection de la durée de la période d'observation et de la durée d'incarcération : il s'agit du morceau de l'incarcération situé à l'intérieur de la période d'observation.

Illustrons ces définitions par un exemple : nous souhaitons mesurer la fréquence des suicides des personnes détenues en 2021 dans un lieu donné. La période d'observation s'étend ici du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 et a une durée égale à un an (Figure 7). Considérons maintenant deux personnes : la première a été incarcérée au 1^{er} janvier 2021 et libérée au 1^{er} juillet 2021, tandis que la seconde a été incarcérée au 1^{er} octobre 2021 et libérée au 1^{er} octobre 2022. Leurs durées d'incarcération sont respectivement de 6 mois et de 1 an. L'incarcération de la première personne est incluse de manière exhaustive dans la période d'observation : on l'a observée en 2021 de son entrée à sa sortie. Sa durée de suivi dans l'étude de 2021 coïncide donc avec sa durée d'incarcération et est égale à 6 mois. La deuxième personne n'était présente en 2021 que du 1^{er} octobre au 31 décembre. Elle a donc une durée de suivi de 3 mois. En

d'autres termes, dans le cadre de l'étude de 2021, cette deuxième personne n'est à risque de suicide que pendant 3 mois, bien qu'elle ait été incarcérée pendant un an, puisque si elle était décédée par suicide en 2022, ce suicide n'aurait pas été comptabilisé dans l'étude de 2021.

Figure 7. Exemple fictif de suivi de deux personnes dans le cadre d'une étude sur l'année 2021



II.C. Revue de la littérature

Les objectifs de la revue de la littérature sont 1) de montrer l'importance et la récurrence des questionnements relatifs aux indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues ; 2) de documenter les réponses et les arguments développés pour répondre à ces questionnements.

Les travaux présentés dans cette partie sont issus d'une revue de la littérature exploratoire, qui inclut la littérature grise. Ils ont été identifiés en premier lieu au cours de recherches bibliographiques générales sur l'épidémiologie des suicides des personnes détenues, non spécifiques à la question des indicateurs. Cette démarche a été complétée en second lieu par l'examen des références bibliographiques citées en rapport avec la question des indicateurs. Les publications ont été incluses lorsqu'elles respectaient un des critères suivants, s'agissant de la mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues : 1) critique du taux de suicide ; 2) promotion d'un autre indicateur que le taux de suicide ; 3) utilisation d'un autre indicateur que le taux de suicide ; 4) critique d'un autre indicateur que le taux de suicide. Les publications pour lesquelles le texte intégral n'a pas été retrouvé ont été exclues. Les travaux de l'ingénieur B. Aubusson de Cavarlay (265), qui retracent un certain nombre de prises de position en France sur ce sujet, ceux du criminologue L. Favril et al (159), qui citent deux références centrales sur le sujet, ainsi que la méta-analyse de la psychiatre S. Zhong et al (199) sur les facteurs de risque de suicide en prison, qui intègre un certain nombre d'études qui ont abordé la question des indicateurs, ont été particulièrement utiles pour mener à bien cette revue de la littérature.

II.C.1. Travaux inclus : une grande diversité d'acteurs

Au total, j'ai identifié et pu accéder à 48 publications (2,73,111,122,124,127,128,132,156,159,174,175,183,186,187,202,205,204,208,265–293), dont six sont entièrement consacrées à la question des indicateurs de fréquence des suicides en prison (73,265–269) ([Tableau 4](#)). Ces travaux se répartissent en 28 articles publiés dans des revues scientifiques, 8 rapports, 6 livres ou chapitres de livre, 4 articles publiés dans d'autres types de revues et 2 communications à une journée d'étude. Les principales caractéristiques de ces travaux ainsi que leurs contributions à la question des indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues sont présentées en [Annexe 2](#). Le [Tableau 4](#) montre qu'ils s'étendent sur plus de 40 ans et ont été publiés dans une dizaine de pays. Cette question intéresse aussi bien

les milieux universitaires que les autorités responsables des personnes détenues et traverse plusieurs disciplines : sociologie, criminologie, psychologie, épidémiologie, droit, etc. La diversité de ces travaux montre le caractère ubiquitaire et persistant de la question des indicateurs de fréquence des suicides.

Tableau 4. Listes des travaux inclus sur les indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues

Auteurs	Année	Pays	Institution^a	Discipline^a
Travaux consacrés à la question des indicateurs de fréquence des suicides en prison				
Aubusson de Cavarlay	2009	France	Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales	sociologie
Aubusson de Cavarlay	2010	France	Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales	sociologie
Gallagher et Dobrin	2007	Etats-Unis	Université George Mason	criminologie
Lester et Yang	2008	Etats-Unis	Université de Stockton	psychologie
O'Mahony	1994	Irlande	Ministère de la Justice	psychologie
O'Toole	2008	Etats-Unis	Institut national des services correctionnels	criminologie
Autres travaux qui abordent le sujet				
Backett	1987	Royaume-Uni	Hôpital Royal Edinburgh	psychiatrie
Baillargeon et al.	2009	Etats-Unis	Université du Texas	épidémiologie
Bedoya et al.	2009	Espagne	Département de Justice	-
Bernheim	1987	Canada	Fédération internationale pour les droits humains	criminologie
Bogue	1995	Royaume-Uni	Université Nationale d'Irlande	psychologie
Bourgoin	1993	France	Institut National d'Etudes Démographiques	démographie
Bourgoin	1994	France	Institut National d'Etudes Démographiques	démographie
Camilleri	1999	Australie	Université Catholique d'Australie	travail social
Chesnais	1976	France	Institut National d'Etudes Démographiques	démographie
Daigle	2001	Canada	Université du Québec	psychiatrie
Dalton	1999	Australie	Institut de criminologie d'Australie	criminologie
Dooley	1990	Royaume-Uni	Hôpital Maudsley	psychiatrie légale
Duthé et al	2009	France	Institut nationale d'études démographiques	démographie
Fassin	2022	France	Ecole des hautes études en sciences sociales	anthropologie

Auteurs	Année	Pays	Institution^a	Discipline^a
Favard	1981	France	Ministère de la justice	droit
Favril et al.	2019	Belgique	Université de Ghent	criminologie
Fazel et al.	2017	Royaume-Uni	Université d'Oxford	psychiatrie
Fink	2010	Suisse	Office fédérale de la statistique	criminologie
Flaherty	1980	Etats-Unis	Université de l'Illinois	sociologie
Gallagher et Dobrin	2006	Etats-Unis	Université George Mason	criminologie
Hatty	1986	Australie	Institut de criminologie d'Australie	criminologie
Hawton et al.	2014	Royaume-Uni	Université d'Oxford	psychiatrie
Hayes	2010	Etats-Unis	Département de Justice fédéral	-
Kim et al.	2007	Etats-Unis	Université de L'Illinois	épidémiologie
Lalande et Giguère	2009	Canada	Ministère de la sécurité publique	psychométrie
Leese et al.	2006	Royaume-Uni	Kings College de Londres	psychiatrie
Liebling	1992	Royaume-Uni	Institut de criminologie de Cambridge	criminologie
Liebling	1994	Royaume-Uni	Institut de criminologie de Cambridge	criminologie
Marir	2023	Suisse	Centre hospitalier et universitaire vaudois	psychiatrie
Memory	1989	Etats-Unis	Université de Caroline du Sud	criminologie
Metzner	2002	Etats-Unis	Université du Colorado	psychiatrie
Mumola	2005	Etats-Unis	Département de Justice fédéral	analyste politique
Novick et Remmlinger	1978	Etats-Unis	Ville de New York	-
Salive	1989	Etats-Unis	Université Johns Hopkins	médecine préventive
Sattar	2001	Royaume-Uni	Home Office Research	-
Skegg et Cox	1993	Nouvelle-Zélande	Université d'Otago	médecine psychologique
Snow	2002	Royaume-Uni	His Majesty's Prison Service	psychologie légale
Topp	1979	Royaume-Uni	Département de la Prison	psychiatrie
Tournier et Chemithe	1979	France	Ministère de la Justice	démographie
Towl et Crighton	1998	Royaume-Uni	Université de Cambridge	psychologie légale
Way	2005	Etats-Unis	Etat de New York	psychologie
Winfree	1988	Etats-Unis	Université de l'Etat de New Mexico	criminologie

^a *Institution et discipline du premier auteur en cas d'auteurs multiples*

II.C.2. Six indicateurs de la fréquence des suicides

Ces travaux permettent d'identifier, sur la base de leur formule mathématique, six indicateurs différents pour mesurer la fréquence des suicides des personnes détenues. Ces indicateurs sont présentés dans le Tableau 5. Les arguments présentés dans la littérature en faveur ou en défaveur de ces indicateurs peuvent être pour certains imprécis ou implicites. Les paragraphes qui suivent s'efforcent de les organiser au sein d'une argumentation plus détaillée et plus explicite, au risque de surinterpréter les positions de certain-es auteur-es. Par ailleurs, les indicateurs peuvent être mobilisés dans différents types de comparaison : évolution dans le temps, comparaison entre prison et population générale, comparaison entre zones géographiques ou entre établissements et comparaison selon les caractéristiques individuelles des personnes détenues. La plupart des prises de positions relevées dans la littérature ont vocation à s'appliquer en toute circonstance, mais certaines sont plus spécifiques d'un type de comparaison, qui sera alors précisé.

Tableau 5. Indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues recensés dans la littérature

Nom de l'indicateur	Formule mathématique	Numéro de la formule	Travaux qui ont utilisé ou commenté cet indicateur
Taux de suicide	$\frac{S}{P_m * D_{po}}$	(1)	Quasiment tous
	ou $\frac{S}{\sum d_s}$	(2)	
Ratio de suicides sur le nombre d'entrées	$\frac{S}{N_e}$	(3)	(2,111,174,183,186,187,266–269,271–274,276,278,280,281,283,285,288–291,293)
Proportion de suicides parmi la file active	$\frac{S}{N_d + N_e}$	(4)	(73,122,124,127,128,156,183,204,208,265,268,279,285)
Ratio de suicides selon Winfree	$\frac{S}{(N_d + N_e) * D_{mi}}$	(5)	(187,292)
Ratio de suicides selon Gallagher et Dobrin	$\frac{S}{P_m * D_{po}} * \frac{D_{ac}}{D_{mi}}$	(6)	(266,277)
Ratio de suicides selon Fazel et al.	$\frac{S}{P_m * \frac{C}{P+C} + N_e * \frac{P}{P+C}}$	(7)	(132,278)

C : nombre de condamnés ; *D_{ac}* : durée de l'année calendaire ; *D_{mi}* : durée moyenne d'incarcération individuelle ; *D_{po}* : durée de la période d'observation de la population ;

d_s : durée de suivi individuel ; N_d : nombre de personnes présentes en prison au début de la période d'observation ; N_e : nombre d'entrées en prison au cours de la période d'observation ; P_m : population moyenne en prison ; P : nombre de prévenus ; S : Nombre de suicides.

II.C.2.a. Taux de suicide

II.C.2.a.i. Présentation

Le taux de suicide rapporte le nombre de suicides au nombre de PA à risque de suicide. Le nombre de PA est classiquement calculé dans la littérature par le produit de la taille moyenne de la population observée (P_m , en nombre de personnes) et de la durée de la période d'observation (D_{po} , en nombre d'années), mais est parfois aussi calculé par la somme des durées de suivi individuel (287). Son unité est la PA^{-1} , dont le nom ou un équivalent n'est cité que par une partie des travaux (128,175,202,208,266,268,270,277,279,286,287,290,293), les autres exprimant le taux de suicide pour un nombre donné de personnes détenues (73,124,132,159,174,183,187,204,205,265,272–275,278,281,283,285). Les différentes méthodes pour obtenir P_m ne changent pas la nature de l'indicateur. Cette P_m est soit directement calculée par la moyenne du nombre de personnes emprisonnées chaque jour de la période d'observation (2,159,174,183,202,270,272,275,279–281,283–285,290), soit estimée par différentes méthodes : en faisant la moyenne du nombre de personnes présentes en début et en fin de période (128,204,273), à partir du nombre de personnes présentes à une date donnée au cours la période d'observation (73,132,175,265,277,278) ou par d'autres méthodes (208,283).

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont calculé un rapport S/P_m ou un rapport entre le nombre de suicides et le nombre de personnes présentes à un moment donné, sans prise en compte explicite de la durée de la période d'observation. J'ai considéré qu'il s'agissait, non pas d'un nouvel indicateur, mais d'une méthode d'estimation du taux de suicide où la prise en compte de la durée de la période d'observation est implicite. En effet, ces rapports sont exclusivement calculés pour des périodes de 1 an (73,124,127,128,132,159,174,183,208,265,266,268,272,273,275,277,278,280,283,285,293), ce qui a pour conséquence de donner des valeurs numériques identiques à celles obtenues avec le taux de suicide ($D_{po} = 1$). De plus, les travaux qui utilisent ces rapports modifient systématiquement cette formule pour prendre en compte la durée d'observation lorsque la fréquence des suicides est mesurée sur une période de plusieurs années

(124,128,132,159,174,208,266,272,273,275,277,280,285). Pour les cas où la méthode de correction peut être décrite, soit la D_{po} est explicitement prise en compte (128,208), soit le nombre total de suicide est remplacé par le nombre moyen de suicides par an (159,266,277) – ce qui revient au même –, soit un taux de suicide moyen est obtenu en faisant la moyenne des taux de suicide annuels (124,132,273,275,280,285) – ce qui remplit la même fonction et donne approximativement le même résultat, pourvu que la population moyenne et le taux de suicide restent à peu près constants au cours de la période étudiée (pour obtenir exactement le même résultat, il faudrait pondérer chaque année par sa population moyenne). On peut en déduire que la durée de la période d'observation fait partie de la formule mathématique et que si elle n'apparaît pas lorsque celle-ci est d'un an, c'est parce que la valeur numérique du résultat ne serait pas modifiée par sa prise en compte explicite. Un dernier argument pour considérer ces rapports comme un taux de suicide est que les auteurs qui l'utilisent semblent le considérer comme tel, notamment dans la mesure où le taux de suicide est l'indicateur de référence et où ces auteurs ne se sentent le plus souvent pas obligés de justifier leur utilisation de ces rapports, à la différence des autres indicateurs.

II.C.2.a.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

En tant qu'indicateur de référence, le taux de suicide a le plus souvent le privilège de ne pas avoir à être justifié lorsqu'il est utilisé. Lorsqu'il est comparé à d'autres indicateurs, les rares auteurs qui lui cherchent des qualités se réfèrent généralement à sa valeur d'usage. Ainsi, le taux de suicide serait un indicateur adapté pour mesurer la fréquence des suicides en prison puisque cet indicateur est établi de longue date pour calculer les taux d'incidence de mortalité et de divers problèmes de santé (128,205). Un autre argument lié à l'usage repose sur l'affirmation qu'on ne peut comparer que deux indicateurs de même nature (208). Par conséquent, comme le taux de suicide est l'indicateur le plus courant, il faut utiliser le taux de suicide pour que les nouveaux résultats de recherche soient comparables à l'existant pour la prison (159,205) ainsi que pour la comparaison avec la population générale (183,267). Une équipe défend le taux de suicide en affirmant que ce qui est important, dans le cadre de la prévention du suicide, est le nombre de personnes détenues à la charge du personnel au quotidien, d'où l'importance de se référer à la population moyenne, par opposition aux entrées (267).

Deux reproches récurrents sont adressés au taux de suicide, qui ont en commun de s'appuyer sur les vitesses variables, souvent élevées, de renouvellement de la population carcérale. Le

premier est que le dénominateur ne couvrirait pas l'ensemble des personnes à risque de suicide au cours de la période d'observation. Il est souvent assimilé à un nombre de personnes présentes à un moment donné, qui ne compterait que les personnes présentes à cette date et négligerait de nombreuses personnes ayant fait un court séjour au cours de la période de recensement des suicides (73,124,183,265,269,285,293). Une équipe de recherche estime par ailleurs que le dénominateur du taux de suicide ne couvre que la durée moyenne de suivi individuelle, soit, sur l'année calendaire, seulement la partie de l'année durant laquelle ces personnes à risque sont incarcérées, tandis que les suicides sont recensés sur l'année entière (266,277). La sous-estimation du nombre de personnes à risque par le taux de suicide conduirait mécaniquement à une surestimation de la fréquence des suicides (2,159). Cette surestimation serait d'autant plus élevée que la durée moyenne d'incarcération est courte, ce qui fausserait les comparaisons en défaveur des populations avec des courts séjours (132,186,205,272,278,280,284,291). Cela rendrait également le taux de suicide des personnes détenues non comparable avec la population générale où les personnes à risque de suicide seraient observées toute l'année (266,277,292). Une autre conséquence de l'absence de couverture exhaustive de la population à risque est, selon le criminologue P. O'Mahony, la possibilité théorique que le taux de suicide dépasse le seuil de 100% (268). Pour se protéger de ce risque, il propose de ne comptabiliser qu'un seul suicide par place de prison au cours de la période d'observation (268).

Le second reproche récurrent adressé au taux de suicide est que les PA à risque ne sont pas équivalentes entre elles, dans la mesure où le risque de suicide est plus élevé au début qu'en fin d'incarcération. Ainsi, une population composée d'incarcérations plus courtes aura une densité de débuts d'incarcérations plus importante, ce qui, toutes choses égales par ailleurs, devrait conduire à un taux de suicide plus élevé (183,202,293). Plusieurs auteurs estiment que ce phénomène remet en cause la comparabilité des taux de suicide entre des populations avec des durées d'incarcération différentes (73,122,124,208,265,268,281). Cette position est parfois justifiée par l'affirmation que ce phénomène viole l'hypothèse de risque constant de suicide au sein d'une même PA qu'implique l'équivalence entre le taux de suicide en prison et celui en population générale (268) ou qu'elle viole l'hypothèse de risque constant tout au long de la durée de détention (202,208).

II.C.2.b. Ratio de suicides sur les entrées

II.C.2.b.i. Présentation

Le deuxième indicateur est le ratio du nombre de suicides sur le nombre d'entrées. Les entrées correspondent parfois à des personnes distinctes (288) mais le plus souvent au nombre d'admissions en prison, qui ont néanmoins généralement vocation, plus ou moins explicitement, à représenter le nombre de personnes différentes entrées en prison au cours de la période d'observation (2,174,268,271–273,276). Cet indicateur est sans unité. Ce n'est pas une proportion puisque les suicides observés peuvent concerner des personnes qui étaient déjà incarcérées à la date où on a commencé à recenser les entrées et qui ne sont donc pas incluses dans le dénominateur. On peut toutefois relever une exception : dans les travaux menés par le psychiatre K. Hawton et al., le rapport entre le nombre de suicides après automutilation et le nombre de personnes qui ont eu un épisode d'automutilation en prison, lorsqu'il est calculé sur l'ensemble de la période de l'étude, se présente comme une véritable proportion (278).

II.C.2.b.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

Les arguments retrouvés en faveur du ratio de suicides sur les entrées sont disparates et parfois imprécis. Plusieurs auteurs estiment qu'il permet une meilleure couverture des personnes à risque de suicide (269,285). Certains auteurs estiment qu'il est utile en complément du taux de suicide pour mesurer une même fréquence de suicides, la valeur recherchée se situant quelque part entre celles obtenues avec les deux indicateurs (2,293). Par ailleurs, plusieurs équipes estiment, sans l'argumenter, que si le taux de suicide est l'indicateur le plus adapté chez les personnes condamnées, c'est le ratio de suicides sur les entrées qui est le plus adapté pour les personnes en détention provisoire (132,278,290). Un autre auteur défend une valeur d'usage : puisque ce ratio a été utilisé de manière répétée par d'autres auteurs, notamment pour des comparaisons avec le taux de suicide en population générale, c'est qu'il doit être adapté à la mesure de la fréquence des suicides (268). Enfin, des auteurs justifient son utilisation par la disponibilité des données, remarquant au passage que cet indicateur donne du poids au fait d'être entré en prison plutôt qu'à la durée d'incarcération (288).

La principale limite rapportée pour le ratio de suicides sur les entrées est qu'il ne tient pas compte de la durée d'incarcération (73,265,266,273). Cela pose problème dans le cas de la comparaison entre des populations avec des durées d'incarcérations différentes, dans la mesure où la probabilité qu'une incarcération se termine par un suicide augmente avec sa durée (288) ; ou dans le cas de la comparaison avec la population générale, pour laquelle chaque individu a

en général une durée de suivi beaucoup plus élevée, ce qui augmente le nombre de suicides observés (187,283). Une autre équipe estime également que cet indicateur ne peut pas être comparé à la fréquence mesurée en population générale car cette dernière s'appuie sur le taux d'incidence et un taux d'incidence ne peut être comparé qu'avec un taux d'incidence (267). Par ailleurs, un auteur estime que le ratio de suicides sur les entrées conduit à une sous-estimation de la fréquence des suicides, sans plus d'explications (2). Un autre indique qu'il a pour défaut de ne pas prendre en compte l'ensemble des personnes à risque au dénominateur : certaines personnes décédées par suicide au cours de la période d'observation sont entrées en prison avant le début de celle-ci et ne sont donc pas comptabilisées parmi les entrées (268). Enfin, certains estiment que l'usage de cet indicateur dans le cadre de l'évaluation de la prévention du suicide aurait pour inconvénient d'inciter à la réduction des durées d'incarcération, qui permet de faire baisser sa valeur et d'afficher à tort une baisse de la fréquence des suicides (267).

II.C.2.c. Proportion de suicides parmi la file active

II.C.2.c.i. Présentation

Le troisième indicateur est la proportion de suicides parmi la file active. Le terme « file active », emprunté à l'ingénieur B. Aubusson de Cavarlay (73,265), est utilisé pour désigner la somme des personnes présentes au début de la période d'observation et des personnes ou incarcérations qui intègrent la population au cours de cette période. Dans les travaux étudiés, l'unité d'observation est toujours le séjour de détention mais elle a souvent vocation à représenter la personne détenue (73,122,124,156,265,268,285). Cet indicateur est une proportion puisque le numérateur et le dénominateur ont la même unité et que tous les suicides recensés au numérateur font partie des séjours de détentions recensés au dénominateur.

II.C.2.c.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

La principale qualité attribuée à la proportion de suicides parmi la file active est de répondre à un des reproches adressés au taux de suicide, qui ne couvrirait pas l'ensemble des personnes à risque de suicide au cours de la période d'observation. La somme des détentions en cours au début de la période d'observation et de toutes les admissions en prison au cours du suivi au dénominateur permet de couvrir l'ensemble des personnes à risque (73,124,183,265,268,285). Par ailleurs, pour B. Aubusson de Cavarlay, la proportion de suicides parmi la file active se présente également comme un indicateur intermédiaire entre le taux de suicide et le ratio de

suicides sur les entrées, dont il réunit le meilleur des deux (73). Son raisonnement est le suivant : le risque de suicide est important au début de l’incarcération et, par rapport au taux de suicide, la proportion de suicide parmi la file active aurait l’avantage de ne pas gonfler la fréquence des suicides en cas d’incarcérations plus courtes. Pour autant, le risque de suicide ne se résume pas au début de l’incarcération et la proportion de suicide parmi la file active aurait aussi l’avantage, par rapport au ratio de suicides sur les entrées, d’intégrer la durée d’incarcération au dénominateur. En effet, à nombre d’entrées égal, lorsque la durée moyenne d’incarcération est plus élevée, la population moyenne est également plus élevée, ce qui se traduit par une augmentation du nombre de détentions en cours au début de la période d’observation.

La principale critique rapportée dans la littérature consiste à affirmer, à rebours du dernier auteur cité, que la proportion de suicides parmi la file active ne tient pas compte du lien qui existe entre le risque de suicide et la durée de l’incarcération, sans plus de précisions (128,204,208,279).

II.C.2.d. Ratio de suicides selon Winfree

II.C.2.d.i. Présentation

Un quatrième indicateur a été proposé et utilisé par le criminologue L. Winfree (292) puis mis en avant par une seconde auteure (187). Il consiste à multiplier, au dénominateur, la file active, qui a vocation à représenter le nombre total de personnes à risque sur la période étudiée, par la durée moyenne d’incarcération, qui a vocation à représenter le temps moyen d’exposition au risque de suicide. L’unité de cet indicateur est la PA^{-1} comme pour le taux d’incidence.

II.C.2.d.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

L. Winfree le présente comme une version améliorée du rapport entre le nombre de suicides et la population moyenne, dans le cadre du calcul de la fréquence des suicides sur une année calendaire (292). Les écarts qu’il observe entre ces deux indicateurs seraient une mesure du biais du rapport entre nombre de suicides et population moyenne pour mesurer la fréquence des suicides. Ce dernier indicateur, qui correspond au taux de suicide, dépendrait de la vitesse de renouvellement de la population et donnerait des résultats biaisés lorsqu’il s’agit de le comparer avec le taux de suicide en population générale. Le ratio de suicides selon Winfree est présenté comme un indicateur qui prend en compte à la fois le nombre total de personnes à risque de suicide en détention et leur durée d’exposition à ce risque. La criminologue A. Liebling estime

qu'il s'agit d'un indicateur approprié, qui occupe une position intermédiaire entre le taux de suicide et le ratio de suicide sur les entrées qui souffrent tous les deux de biais (187).

II.C.2.e. Ratio de suicides selon Gallagher et al.

II.C.2.e.i. Présentation

Le cinquième indicateur n'a été utilisé et discuté que par une seule équipe de recherche, les criminologues C.A. Gallagher et A. Dobrin (266,277). La formule mathématique qu'ils proposent dans leurs travaux a été remaniée dans ce chapitre dans un souci de simplification et d'homogénéisation avec les autres formules mathématiques : le nombre moyen de suicides par an a été remplacé par le rapport entre le nombre total de suicides et le nombre d'années observées (S/D_{po}) (Tableau 5). Cette réécriture permet de mettre en évidence que ce ratio consiste en une multiplication du taux de suicide par un rapport de durées. L'unité de cet indicateur est la même que pour le taux d'incidence, soit un nombre de suicides exprimé pour un nombre donné de PA.

II.C.2.e.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

L'équipe qui propose ce ratio le présente comme une version améliorée du taux de suicide en prison, dans un contexte de comparaison de la fréquence des suicides entre prison et population générale : ce nouveau ratio couvre la même période d'observation au dénominateur qu'au numérateur, ce qui n'était pas le cas avec le taux de suicide où, tandis que le numérateur couvrait l'ensemble de la période d'observation, le dénominateur ne couvrait qu'une durée égale à la durée moyenne individuelle à risque. Ce nouvel indicateur permettrait de répondre à la question : quel est le risque qu'une personne détenue se suicide dans un établissement sur une période d'un an ? Il serait ainsi plus adapté que le taux de suicide pour comparer la fréquence des suicides avec la population générale. Les auteurs trouvent une justification de leur indicateur dans les travaux des épidémiologistes K. Rothman et S. Greenland (1998) et dans ceux de Bougnères (2003) (266). Selon ces derniers, pour obtenir le nombre de PA nécessaire au calcul d'un taux d'incidence, il faut multiplier la population moyenne par la durée de la période (« length of the period »). C.A. Gallagher et A. Dobrin considèrent que l'expression « length of the period » est ambiguë et qu'elle peut désigner, au choix, la période d'observation (« observation period ») ou la durée moyenne de séjour (« average length of stay »). Ils

considèrent que cette ambiguïté permet la légitimation simultanée de deux indicateurs distincts : le taux de suicide et leur propre ratio.

II.C.2.f. Ratio de suicides selon Hawton, Fazel et al

II.C.2.f.i. Présentation

Le sixième indicateur est également un ratio qui n'a été utilisé que par une seule équipe de recherche, dont le psychiatre K. Hawton et le psychiatre S. Fazel (132,278). La formule, utilisée pour des périodes d'un an, se base notamment sur le recensement de la population carcérale de mi-année, que j'interprète comme une estimation de la population carcérale moyenne annuelle. Ce ratio fait au dénominateur la somme 1) de la population carcérale moyenne pondérée par la proportion de personnes condamnées et 2) des admissions en prison pondérées par la proportion de personnes en détention provisoire. On ne sait pas si les proportions de prévenus et de condamnés sont mesurées à l'admission en prison ou à la mi-année.

Ces auteurs calculent par ailleurs des taux de suicide avec le rapport S/Pm pour les périodes annuelles et avec des moyennes de rapports S/Pm annuels pour les périodes pluriannuelles (132). On peut en déduire, en lien avec l'argumentation développée plus haut, que la partie du dénominateur du ratio relative aux condamnés représente un nombre de PA. Par conséquent, l'unité de cet indicateur n'est pas définie puisqu'il fait au dénominateur la somme d'un nombre de PA, qui correspond sur le plan dimensionnel à une durée, et d'un nombre de personnes.

II.C.2.f.ii. Forces et limites rapportées dans la littérature

L'équipe de recherche utilise ce ratio en complément du taux de suicide. Son emploi est brièvement justifié par l'affirmation que le ratio des suicides sur les entrées serait un dénominateur adapté aux population à renouvellement rapide comme les personnes en détention provisoire (132,278).

II.D. Taux de suicide et létalité de la prison par suicide : des indicateurs qui répondent à des objectifs de mesure

La récurrence des débats dans la littérature sur les indicateurs de fréquence des suicides en prison est alimentée par plusieurs éléments. Le plus évident tient au renouvellement rapide de la population carcérale et à des durées de suivi individuel très variables. Un second élément tient selon moi à une mauvaise compréhension par certain-es auteur-es des indicateurs et notamment du taux de suicide. A ces éléments s'associe le plus souvent un manque de précision des attentes que les auteur-es nourrissent vis-à-vis de ces indicateurs. La formulation d'un objectif de recherche en termes de mesure de « la fréquence » des suicides des personnes détenues est problématique au sens où d'une part, le caractère équivoque du terme « fréquence » ouvre la porte à toute une panoplie d'indicateurs et où d'autre part, l'article défini singulier « la » suggère au contraire qu'il n'y a qu'une seule manière de mesure cette fréquence, ce qui incite à la mise en concurrence de plusieurs formules mathématiques dans la recherche d'un indicateur idéal.

Une manière d'avancer dans ce débat est de s'attacher à préciser différentes significations possibles du terme de « fréquence », s'agissant des suicides des personnes détenues. D'un côté, mieux « *déterminer quel est le problème et pour qui* », selon les termes du médecin de santé publique A. Lazarus (294), permettrait de réduire l'incertitude sur l'indicateur adapté. De l'autre côté, la distinction d'objectifs de mesure différents pourrait conduire à la légitimation simultanée de plusieurs indicateurs. Dans cette partie, je propose de distinguer deux objectifs de mesure : 1) mesurer la fréquence à laquelle l'administration pénitentiaire est confrontée à des suicides et 2) mesurer la probabilité qu'une personne qui entre en prison y décède par suicide. Je m'efforcerai de démontrer que les indicateurs les plus adaptés pour répondre à ces questions sont respectivement le taux de suicide et la létalité de la prison par suicide, puis je discuterai les formules mathématiques qui me semblent les plus adaptées pour calculer ces indicateurs en fonction des données disponibles.

II.D.1. De la définition d'objectifs de mesure au choix des indicateurs

II.D.1.a. Mesurer la fréquence à laquelle l'administration pénitentiaire est confrontée à des suicides

L'administration pénitentiaire peut être conduite à se demander à combien de suicides elle va être confrontée, notamment dans une optique de prévention et de gestion. Plus les suicides des personnes détenues vont être nombreux, plus ils vont appeler en regard des efforts importants. Notamment, les mesures de postvention mises en place après chaque suicide demandent des moyens a priori directement proportionnels au nombre de suicides. Le nombre de suicides apparaît donc comme une information importante pour l'institution.

Toutefois, cette information est incomplète si la durée pendant laquelle les suicides sont recensés n'est pas précisée : 200 suicides qui surviendraient en deux mois, ce n'est pas du tout pareil que 200 suicides qui surviendraient en 2 ans. Le premier cas est beaucoup plus inquiétant et appelle à un investissement plus important en termes de prévention. Pour tenir compte de cette durée et autoriser des comparaisons entre des recensements de suicides sur des durées différentes, le plus simple est de diviser le nombre de suicides observés par la durée d'observation. On obtient alors un nombre moyen de suicides par unité de temps, c'est-à-dire une mesure de la vitesse de survenue des suicides. Notons que cet indicateur correspond à ce que R.C. Elandt-Johnson appelle un taux d'incidence absolu (264). Nous pouvons l'illustrer en reprenant l'exemple précédent, avec comme unité commune l'année : 200 suicides en deux mois correspondent à une vitesse de 1 200 suicides par an, ce qui est 12 fois plus que 200 suicides en deux ans qui correspondent à 100 suicides par an.

Pour ce qui concerne l'aide à la détermination des moyens à allouer à la prévention du suicide, on pourrait s'arrêter là. En revanche, la question de l'ampleur des suicides dans l'institution incite à aller plus loin et faire des comparaisons. Considérons les prisons françaises, avec environ 120 suicides de personnes détenues par an. On peut être amenés à se demander : est-ce que les suicides sont plus ou moins fréquents qu'à l'étranger ? sont-ils plus ou moins fréquents qu'en population générale ? sont-ils plus ou moins fréquents qu'avant ? Cette dernière question peut se poser dans le cadre de l'évaluation d'une politique de prévention, en comparant la fréquence des suicides avant et après la mise en place de mesures de prévention. Le plus souvent, les suicides seront plus nombreux là où la population sera de plus grande taille et justement parce que celle-ci est de plus grande taille. Or, ce qui va nous intéresser pour répondre aux questions posées est de comparer la propension au suicide des individus qui composent

chaque population. Pour cela, il faut s'affranchir des différences de taille de population en ramenant les populations comparées à une taille égale. Du point de vue de l'institution, le nombre moyen de personnes emprisonnées chaque jour me semble plus important que les entrées et les sorties de prison, puisque c'est lui qui rend compte le mieux du nombre de personnes à la charge du personnel au quotidien ou encore des besoins en places opérationnelles, même si les entrées et les sorties induisent une certaine charge de travail liée aux modalités d'admissions et de libération. Par l'expression « taille » de la population, je vais donc retenir ici le nombre moyen de personnes emprisonnées à une date donnée. La méthode la plus simple pour obtenir des populations moyennes égales est de diviser, pour chaque population, le nombre de suicides par an par la population moyenne. Par exemple, 120 suicides par an dans une population carcérale moyenne de 70 000 personnes donne $120/70\ 000 = 0,00171$ suicide par personne et par an. La formule qu'on vient d'appliquer correspond exactement à la formule (1) donnée dans le Tableau 5 pour le taux de suicide. En d'autres termes, ce raisonnement aboutit à la conclusion que le taux d'incidence est un indicateur adapté pour rendre compte de la fréquence à laquelle l'institution pénitentiaire est confrontée à des suicides. Il permet d'appréhender le taux de suicide comme une vitesse de survenue des suicides dans une population de taille standardisée.

Ce raisonnement peut être prolongé par deux remarques. La première est que la valeur 0,00171 n'est pas commode à lire. Pour le confort de lecture, il est d'usage en France et pour la prison de multiplier les valeurs obtenues, après division par la durée d'observation et par la population moyenne, par 10 000, ce qu'on peut interpréter comme le fait de se ramener à une population moyenne de 10 000 personnes. Dans notre exemple, on obtient environ 17 suicides pour une population moyenne de 10 000 personnes observée pendant un an.

La seconde remarque est que je n'ai pas parlé ici des PA, qui correspond pourtant à l'unité du taux de suicide. L'unité « personnes-années » vient du postulat du taux de suicide d'une équivalence mathématique entre la population moyenne (« personnes ») et la durée d'observation (« années ») dans leur relation au nombre de suicides attendu. Prenons l'exemple d'une prison A avec une population moyenne de 1 000 personnes observée pendant 2 ans, comparée à une prison B avec une population moyenne de 500 personnes observée pendant 1 an. A propension au suicide égale, on s'attend à deux fois plus de suicides dans la prison A que la prison B car la population moyenne est deux fois plus grande, mais on s'attend aussi à deux fois plus de suicides dans la prison A que la prison B car on l'a observée deux fois plus longtemps. Le doublement de la population et le doublement de la durée d'observation agissent

de la même manière sur le nombre de suicides attendus : un doublement. Ces deux doublements peuvent être combinés : 2 fois plus de personnes * 2 fois plus d'années = 4 fois plus de PA, donc 4 fois plus de suicides attendus dans la prison A. C'est ainsi en multipliant le nombre moyen de personnes et le nombre d'années d'observation qu'on obtient la PA comme unité. Admettons qu'un suicide ait été observé dans chaque prison. On obtient pour la prison A un taux de suicide égal à $1/1\ 000/2*10\ 000 = 5$ suicides pour 10 000 PA et pour la prison B : $1/500/1*10\ 000 = 20$ suicides pour 10 000 PA. On attendait 4 fois plus de suicides dans la prison A que dans la prison B, mais on en a observé autant dans les deux prisons. Conclusion : le taux de suicide dans la prison A est quatre fois plus bas que dans la prison B.

Selon l'interprétation présentée plus haut, le taux de 5 / 10 000 PA dans la prison A correspond à 5 suicides survenus dans une population moyenne de 10 000 personnes observées pendant 1 an. Ces 10 000 PA peuvent en fait être présentées sous la forme de n'importe quelle combinaison de population moyenne et de durée d'observation, pourvu que leur multiplication donne 10 000. Par exemple, 10 000 PA correspondent aussi à une population moyenne de 5 000 personnes observées pendant 2 ans ($5\ 000*2 = 10\ 000$) ou encore à une population moyenne de 20 000 personnes observées pendant 6 mois ($20\ 000*0,5 = 10\ 000$). Dire que 10 000 PA correspond à une population moyenne de 1 personne observée pendant 10 000 ans est mathématiquement valide. Toutefois, il s'agit d'une présentation irréaliste car on ne peut pas vivre 10 000 ans et on ne peut décéder qu'une seule fois.

II.D.1.b. Mesurer la probabilité qu'une personne qui entre en prison y décède par suicide

De leur côté, les personnes qui entrent en prison, leur entourage, ainsi que d'autres personnes et organisations sont susceptibles de se demander ce qu'il va advenir des personnes en prison et notamment si elles vont ou non y laisser leur vie. Une manière de répondre (en partie) à ce questionnement est de mesurer la probabilité que leur incarcération se termine par un suicide. Cette probabilité individuelle correspond au niveau collectif à la part des incarcérations qui se terminent par un suicide. Il s'agit d'un exemple de ce que les épidémiologistes P. Bernard et C. Lapointe appellent une létalité et je propose de donner à cette mesure le nom de *létalité de la prison par suicide* (263). Cette terminologie ne préjuge pas des causes des suicides et le qualificatif « *de la prison* » a pour fonction d'indiquer que la létalité d'intérêt est mesurée sur une période d'observation égale à la durée d'incarcération.

II.D.1.c. Application de ces deux objectifs de mesure sur un exemple fictif

On peut illustrer la différence entre ces deux objectifs de mesure et leurs indicateurs respectifs à travers un exemple fictif qui considère 4 prisons d'une population moyenne de 1000 personnes et observées pendant une année (Tableau 6). Les incarcérations qui s'y déroulent sont observées dans leur totalité. Dans les prisons A et B, 1000 personnes entrent au 1^{er} janvier et sortent le 31 décembre. Dans les prisons C et D, 1000 personnes y sont incarcérées du premier au dernier jour de chaque trimestre (1^{er} janvier au 31 mars, etc.), donnant au total 4000 séjours de détention dans l'année. Le nombre de suicides est de 1,2,3 et 4 respectivement dans les prisons A, B, C et D. Du point de vue de l'institution, on voit dans le Tableau 6 que c'est la prison D qui est la plus en difficulté car elle est confrontée au taux de suicide le plus élevé, à 40 pour 10 000 PA. En revanche, c'est dans la prison B que les personnes détenues ont la probabilité la plus élevée de décéder par suicide au cours de leur incarcération, égale à 20 pour 10 000 incarcérations.

Tableau 6. Application de deux méthodes de mesure de la fréquence des suicides sur un exemple fictif

	P_m	D_{po} (années)	d (mois)	N_i	S	Taux de suicide pour 10 000 PA $S/(P_m * D_{po})$	Létalité par suicide pour 10 000 séjours S/N_i
Prison A	1000	1	12	1000	1	10	10
Prison B	1000	1	12	1000	2	20	20
Prison C	1000	1	3	4000	3	30	7.5
Prison D	1000	1	3	4000	4	40	10

d : durées d'incarcération ; *D_{po}* : Durée de la période d'observation ; *N_i* : nombre d'incarcérations (observées de l'entrée à la sortie) ; PA : personnes-années ; *P_m* : population moyenne ; *S* : nombre de suicides

Note : dans cet exemple, comme les incarcérations sont observées de l'entrée à la sortie, la durée de suivi est égale à la durée d'incarcération pour toutes les incarcérations

II.D.1.d. D'autres objectifs de mesure sont possibles

Il faut noter que l'opposition construite entre le point de vue de l'institution pénitentiaire et celui des personnes détenues est une mise en scène, dont l'intérêt est de mettre en avant des usages spécifiques de certains indicateurs de fréquence des suicides, mais qui n'exclue pas d'autres usages possibles de ces indicateurs. Par exemple, le taux de suicide peut être utilisé pour comparer la fréquence des suicides au sein de différents groupes d'individus. Il a également un intérêt dans ses variations temporelles qui peuvent aider à identifier les mauvais moments à

passer pour les personnes détenues comme le choc carcéral à l'entrée en prison. Inversement, l'institution peut se saisir de la létalité de la prison par suicide, par exemple comme outil de ciblage de certaines actions de prévention du suicide sur des sous-populations avec une létalité élevée.

II.D.2. Formules mathématiques et disponibilité des données pour le calcul du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide

II.D.2.a. Taux de suicide

Les deux formules mathématiques qui permettent de calculer le taux de suicide sont présentées dans le Tableau 5 (formules (1) et (2)). L'équivalence entre d'une part le produit de la population moyenne et de la durée de la période d'observation ($P_m * D_{po}$) et d'autre part la somme des durées de suivi individuel ($\sum d_s$) peut être facilement vérifiée dans le cas des prisons A et B du Tableau 6 : le nombre de PA est à la fois obtenu par les deux formules

$$P_m * D_{po} = 1 * 1000 = 1000$$

et

$$\sum d_s = \frac{1 + 1 + 1 + 1 + \dots + 1}{1000 \text{ incarcérations suivies pendant 1 an}} = 1000.$$

Le nombre de suicides de personnes écrouées et détenues en France est suivi quasiment en temps réel par la DAP. Pour les observateurs extérieurs, des données sont disponibles avec différents périmètres. A ma connaissance, seul le Conseil de l'Europe publie régulièrement des données sur les suicides des personnes détenues en France, qui ont néanmoins pour périmètre théorique les personnes détenues dont le décès a été constaté dans des établissements pénitentiaires (rapports SPACE I) (295). Cependant, la variation du nombre de suicides transmis au conseil de l'Europe d'une année à l'autre par la France suggère qu'en pratique le périmètre est variable pour la France selon les années (296,297). Quelques travaux ont publié des séries historiques sur le nombre de suicides des personnes écrouées (42,122,123). Par ailleurs, la DAP communique chaque année sur le nombre de suicides de personnes écrouées et détenues au cours de l'année précédente, qui est régulièrement retransmis dans la presse. Le nombre de suicides de personnes écrouées peut être utilisé comme une estimation du nombre

de suicides des personnes détenues duquel il est une bonne approximation : sur la période 2017-2020, les suicides des personnes détenues représentaient 96% des suicides de personnes écrouées d'après les données GENESIS individuelles (35).

La population carcérale moyenne peut être calculée de manière exacte en faisant la moyenne du nombre de personnes présentes chaque jour en prison. Cette information est disponible à la DAP et est publiée à l'échelle de la France par le Conseil de l'Europe pour chaque année calendaire (rapports SPACE I) (295). Elle peut aussi être estimée à partir de mesures ponctuelles du nombre de personnes détenues au cours de la période d'observation. Pour l'année calendaire, plusieurs auteurs ont observé qu'en France la moyenne de la population carcérale présente au début et en fin d'année donnait des écarts inférieurs à 5% avec la population moyenne journalière (123,128). La DAP publie le recensement des personnes écrouées et des personnes détenues au 1^{er} de chaque mois depuis une quinzaine d'années (39) et des estimations de la population carcérale moyenne plus anciennes ont été publiées par année calendaire dans les mêmes travaux que pour les suicides (42,122).

Les durées de suivi individuel ne sont pas disponibles pour les observateurs extérieurs mais peuvent être calculées au sein de la DAP. Ce calcul est plus simple à réaliser pour les personnes écrouées que pour les personnes détenues, dans la mesure où c'est l'écrou qui sert d'unité de référence dans les logiciels de gestion des personnes écrouées, détenues ou non, et où on peut observer au sein d'un même séjour d'écrou une alternance de périodes en détention et hors détention.

II.D.2.b. Létalité de la prison par suicide

La létalité de la prison par suicide peut être définie comme le rapport entre le nombre de suicides (S) et le nombre d'incarcérations (N), dans une population de personnes détenues suivies du début à la fin de leur incarcération :

$$\frac{S}{N} \quad (8)$$

Cet indicateur est une proportion car le nombre de suicides au numérateur est inclus dans les incarcérations au dénominateur. Il est qualifié de *proportion incidente* (261,263) par certains auteurs, dans la mesure où la proportion de suicides observée est le résultat de l'exposition d'un groupe de personnes à un taux de suicide donné pendant leur incarcération, ou encore de *risque* dans son acception individuelle de probabilité de suicide au cours d'une incarcération (262).

Notons qu'il ne s'agit pas ici d'observer des prisons ou une région géographique pendant une certaine durée, avec des personnes qui entrent et sortent de prison (ce qui correspond à une population ouverte), mais d'observer un ensemble défini de personnes ou d'incarcérations (ce qui correspond à une population fermée) du début à la fin de leur incarcération.

Si cet indicateur est facile à calculer pour l'exemple donné dans le Tableau 6, du fait de la coïncidence de la durée d'incarcération avec la durée de suivi, il est plus difficile à mettre en œuvre sur des données réelles. Une première manière de procéder pourrait être de définir une génération de personnes détenues par toutes les entrées en prison sur une période d'intérêt et de suivre cette génération jusqu'à la sortie de prison ou le décès. Les incarcérations peuvent cependant être très longues et durent parfois plusieurs décennies. La létalité de la prison par suicide des incarcérations suivies ne sera donc pas connue avant un moment. Par ailleurs, on dispose aujourd'hui d'assez de recul pour pouvoir théoriquement connaître le devenir de toutes les personnes incarcérées il y a 50 ans, mais en pratique les données aujourd'hui disponibles ne remontent pas aussi loin. Une solution pourrait consister en une exclusion des séjours de détention les plus longs. Cependant, cette exclusion risque de donner un résultat non représentatif de la population carcérale, notamment du fait d'un risque de suicide plus élevé pour les incarcérations les plus longues, associées aux infractions les plus graves, et plus élevé au début qu'en fin d'incarcération.

Le même problème de suivi se pose pour déterminer l'espérance de vie à la naissance. Les démographes surmontent cette difficulté par un changement de perspective : l'espérance de vie à la naissance rattachée à la date d'aujourd'hui n'est pas calculée à partir de l'observation du devenir des personnes nées aujourd'hui mais à partir de l'observation des personnes décédées aujourd'hui. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance en 2020 en France est calculée à partir des personnes qui sont décédées en 2020 et nées à différentes époques, en moyenne à la veille de la seconde guerre mondiale. Il semble opportun d'appliquer un changement de perspective similaire à la létalité de la prison par suicide, qui permet de proposer une nouvelle formule mathématique définie par la division du nombre de suicides (S) observés sur une période par le nombre de sorties de prison (N_s) sur la même période :

$$\frac{S}{N_s} \quad (9)$$

Cet indicateur est une proportion, qui correspond à la part des suicides parmi les sorties. Lorsqu'il est calculé pour une année calendaire, il nous renseigne sur les incarcérations qui se

sont terminées au cours de ladite année, et qui ont démarré à différents moments, en moyenne 11 mois avant (298). La notion de sortie est ici à interpréter au sens large et inclue les décès.

Les sorties peuvent être comptées de deux manières selon qu'on conçoit une incarcération comme un séjour d'écrou avec détention ou un passage en prison entendu comme une présence physique continue en prison. Ainsi, un séjour d'écrou qui comprend une première période de détention, puis une sortie temporaire de prison suivie d'une seconde période de détention (aménagement de peine hors détention et sa révocation, évasion et réincarcération, suspension de peine...) compte à la fois pour 1 séjour d'écrou avec détention et pour 2 passages en prison. En pratique, avec les données GENESIS individuelles (35), il est relativement facile de mesurer directement le nombre de passages en prison qui se terminent chaque année. On peut également estimer le nombre de séjours d'écrou avec détention qui se terminent chaque année. Les effectifs, présentés dans le Tableau 7, montrent qu'en pratique les séjours d'écrou avec plusieurs passages en prison sont relativement rares : sur la période 2017-2020, le nombre de passages en prison n'est que de 3,6% supérieur au nombre de séjours d'écrou avec détention. Il est donc possible de négliger ces enjeux de définitions des sorties pour le calcul de cet indicateur.

Tableau 7. Différentes mesures et estimations du nombre de sorties de prison

	Fins d'hébergements en prison ^a	Estimation du nombre de fins de séjours d'écrou avec détention ^b	Libérations de personnes détenues ^c	Mises sous écrou en détention ^c
2017	78 970	76 649	67 744	74 709
2018	80 704	77 697	69 416	76 249
2019	83 916	80 678	70 299	78 742
2020	81 141	78 387	68 558	68 060
Total	324 731	313 411	276 017	297 260

^a D'après la table des situations pénitentiaires des bases écoles de GENESIS. (35) ^b Estimation par la formule suivante : $E_d + RE_{nd} + P_n - P_{n+1}$ avec E_d : mises sous écrou en détention au cours de l'année n , RE_{nd} : mises sous écrou hors détention au cours de l'année n avec incarcération secondaire dans les deux ans suivant l'écrou (a priori révocations d'aménagements de peine), P_n : personnes détenues au 1^{er} janvier de l'année n , P_{n+1} : personnes détenues au 1^{er} janvier de l'année $n+1$. Données GENESIS ; ^c Chiffres clés publiés par la DAP (39)

Pour les observateurs extérieurs, il n'y a pas de données disponibles sur les sorties de prison. Ce qui s'en approche le plus sont les libérations de personnes détenues, dont les statistiques sont publiées par la DAP et par le Conseil de l'Europe (39,295). La sortie de prison ne correspond à une libération de personne détenue que si cette sortie coïncide avec une levée

d'écrou. Notamment, une personne détenue qui bénéficie d'un aménagement de fin de peine hors détention n'alimentera les statistiques de libération de personnes détenues ni au moment de la sortie de prison pour la mise en place de l'aménagement, car il ne s'agit pas d'une libération, ni au moment de la libération, car cette libération concerne une personne qui n'est plus détenue. D'après les effectifs présentés dans le Tableau 7, les libérations de personnes détenues sous-estiment les séjours d'écrou avec détention de 11,9% et les passages en prison de 15%, ce qui n'est pas négligeable.

Toujours pour les observateurs extérieurs, les mises sous écrou en détention fournissent généralement un meilleur estimateur des sorties de prison (Tableau 7). Pour la période 2017-2019, elles sous-estiment les séjours d'écrou avec détention de 2,3% et les passages en prison de 5,7%. Cependant, cette qualité d'estimation se dégrade en cas de variation importante de la population pénale comme en 2020 avec les confinements liés à la pandémie à SARS-CoV-2 et en 2021 avec le rattrapage qui a suivi. En 2020, elles sous-estiment les séjours d'écrou avec détention de 13,2% et les passages en prison de 16,1% (Tableau 7). De manière plus générale, on peut considérer que le ratio du nombre de suicides (S) sur le nombre d'entrées en prison (N_e) est un bon proxy de la létalité de la prison par suicide aussi longtemps que la variation de la taille de la population carcérale et que les mises sous écrou hors détention suivies d'une révocation d'aménagement de peine sont négligeables devant le nombre de sorties de détention. Il s'agit de la formule (3) dans le Tableau 5 :

$$\frac{S}{N_e} \quad (3)$$

Notons qu'en cas de variation sensible de la taille de la population au cours de la période observée, l'estimation du nombre de sorties de prison par les entrées peut être corrigée en ajoutant au nombre d'entrées la différence entre le nombre de personnes présentes en début de période et le nombre de personnes présentes en fin de période d'observation.

II.D.2.c. Relation entre taux de suicide et létalité de la prison par suicide

La mise en relation du taux de suicide avec la létalité de la prison par suicide n'a de sens que dans une population fermée. En l'absence de censure, c'est-à-dire lorsque toutes les incarcérations sont observées du début à la fin, les durées de suivi sont égales aux durées d'incarcération, et par conséquent la létalité de la prison par suicide (L) est égale au produit du

taux de suicide de la population fermée étudiée (TI_f) et de sa durée moyenne d'incarcération (D_{mi}) :

$$L = \frac{S}{N} = \frac{S}{N} * \frac{\sum d_i}{\sum d_i} = \frac{S}{\sum d_i} * \frac{\sum d_i}{N} = \frac{S}{\sum d_s} * \frac{\sum d_i}{N}$$

$$\Leftrightarrow L = TI_f * D_{mi} \quad (10)$$

Avec D_{mi} : durée moyenne d'incarcération ; L : létalité de la prison par suicide ; N : nombre d'incarcérations ; S : nombre de suicides ; TI_f : taux de suicide dans la population fermée non censurée ; $\sum d_i$: somme des durées d'incarcération ; $\sum d_s$: somme des durées de suivi individuel.

En pratique, faute de données disponibles, on ne peut calculer ni L ni TI_f et cette formule est donc inapplicable. Si on exprime la létalité comme le rapport entre le nombre de suicides et le nombre de sorties, qu'on se place dans une population carcérale ouverte et sous l'hypothèse d'une population stationnaire, on peut obtenir une formule équivalente :

$$\left\{ \begin{array}{l} L = \frac{S}{N_s} \\ N_s \approx N_e \\ P_m \approx \frac{N_e}{D_{po}} * D_{mi} \end{array} \right. \Leftrightarrow L \approx \frac{S}{N_e} \Leftrightarrow L \approx \frac{S}{\frac{P_m * D_{po}}{D_{mi}}} \Leftrightarrow L \approx \frac{S}{P_m * D_{po}} * D_{mi}$$

$$\Leftrightarrow L \approx TI_o * D_{mi} \quad (11)$$

Avec D_{mi} : durée moyenne d'incarcération ; D_{po} : durée de la période d'observation ; L : létalité de la prison par suicide ; N_e : nombre d'entrées en prison ; N_s : nombre de sorties de prison ; P_m : population moyenne carcérale ; S : nombre de suicides ; TI_o : taux de suicide mesuré en population carcérale ouverte.

Note : parmi les formules de départ, l'égalité entre le nombre de sorties et le nombre d'entrées ainsi que l'expression de la population carcérale moyenne sous la forme du produit de la vitesse des entrées et de la durée moyenne d'incarcération découlent de l'hypothèse de stationnarité de la population.

A partir du moment où le nombre de suicides est connu, le taux d'incidence et la létalité de la prison par suicide ne sont pas plus difficiles à calculer que la durée moyenne d'incarcération. Cette dernière peut soit être calculée directement à partir des durées d'incarcération des sortants lorsqu'on dispose de données individuelles, soit être estimée, sous l'hypothèse de stationnarité, par la formule :

$$D_{mi} \approx \frac{P_m * D_{po}}{N_e} \quad (12)$$

Par conséquent, l'intérêt de la formule qui relie taux d'incidence et létalité est moins de permettre de calculer l'un à partir de l'autre que d'explicitier les grandeurs dont dépend la létalité de la prison par suicide. En cas de comparaison de plusieurs létalités, les différences susceptibles d'être observées pourront donc s'interpréter à la fois en termes de différences de taux de suicide et de durée d'incarcération. Pour faire la part des choses entre les deux, il semble opportun d'accompagner les mesures de létalité de mesures de taux de suicide et de durée d'incarcération.

II.E. Discussion des indicateurs relevés dans la littérature

Cette partie est dédiée à une analyse critique des six indicateurs recensés dans la revue de la littérature et des principaux arguments développés dans la littérature pour les défendre ou pour les critiquer.

II.E.1. Taux de suicide

Comme exposé à la partie précédente, le taux de suicide semble être un indicateur adapté pour mesurer la fréquence à laquelle l'administration pénitentiaire est confrontée à des suicides, ou encore pour mesurer la propension moyenne au suicide d'un groupe d'individus, ainsi que pour identifier les moments les plus difficiles à passer en détention. Je partage par ailleurs les commentaires relatifs à la valeur d'usage du taux de suicide rapportés dans la littérature (128,159,183,205,208,267).

La critique selon laquelle le taux de suicide ne couvre pas toutes les personnes à risque au dénominateur peut être reformulée de la manière suivante : le taux de suicide est généralement une mauvaise mesure de la part des personnes détenues qui décèdent par suicide. Je suis d'accord avec cette affirmation et sa mobilisation comme argument pour disqualifier le taux de suicide peut être interprétée de deux manières. On peut d'abord considérer qu'elle dénonce un défaut intrinsèque au taux de suicide. Elle est alors non justifiée car le taux de suicide n'a pas vocation à mesurer la part des personnes qui décèdent par suicide mais mesure une autre forme de fréquence des suicides, qu'on peut notamment interpréter comme la concentration des suicides dans le temps et dans la population ou comme la vitesse de survenue des suicides dans une population. Au dénominateur, le taux de suicide ne compte pas des personnes mais des PA, c'est-à-dire des durées. Chaque personne à risque ne compte pas pour 1 personne mais pour une durée égale à sa durée de suivi et le nombre de PA, égal à la somme des durées de suivi, n'a aucune raison d'être égal au nombre de personnes à risque. On a vu plus haut que le nombre de PA est aussi égal au produit de la population moyenne et de la durée de la période d'observation, ce qui peut être réinterprété comme un moyen commode, dans une population ouverte, de calculer la somme des durées individuelles de suivi. La confusion entre le taux de suicide et la

part des personnes qui décèdent par suicide peut être alimentée par 1) le recours fréquent au mot « taux » pour désigner des proportions dans le langage courant, comme par exemple le « taux » de réussite au baccalauréat ; 2) le calcul fréquent du taux de suicide sur une période d'un an, où le nombre de PA est numériquement équivalent à la taille de la population moyenne ou au nombre de personnes présentes à une date donnée.

Notons que ces arguments, déroulés pour la prison, valent aussi pour le taux de suicide en population générale : par construction, il ne mesure pas la proportion de personnes qui décèdent par suicide mais la concentration des suicides dans le temps et dans la population générale. Un nombre de suicides est rapporté à une durée d'observation (souvent de manière implicite) et à une population moyenne, de manière à obtenir un taux d'incidence. Par conséquent je rejoins d'autres auteurs (183,267) dans l'affirmation que le taux de suicide est l'indicateur de référence pour comparer la fréquence des suicides en prison avec celle en population générale. Le sens à donner à cette comparaison peut à la fois être recherché au niveau macro, où il s'agit de comparer la fréquence à laquelle l'institution pénitentiaire française est confrontée au suicide avec la fréquence à laquelle le territoire français est confronté au suicide, et au niveau micro, où il s'agit de comparer la propension moyenne au suicide d'individus pendant le temps de leur détention avec la propension moyenne au suicide des individus qui composent la population générale.

Un deuxième niveau de lecture de cette première critique est qu'elle cible non pas le taux de suicide mais l'inadéquation entre celui-ci et les objectifs de mesure de ces auteurs. La mesure de la fréquence des suicides donnée par le taux de suicide serait alors valide mais répondrait à une question différente de celle que se posent ces auteurs. Dans ce dernier cas, la critique du taux de suicide me semble légitime et l'enjeu devient le choix d'un indicateur adapté à l'objectif de mesure, la détermination du premier étant guidée par la précision du second.

On a vu qu'une autre critique était régulièrement adressée au taux de suicide : les populations avec des durées d'incarcérations différentes ne seraient pas comparables, en lien avec un risque de suicide plus élevé au début de l'incarcération et des débuts d'incarcération plus concentrés dans les populations à courte durée d'incarcération, à nombre de PA égal. La vitesse de renouvellement d'une population est susceptible d'avoir des impacts à deux niveaux : à l'échelle de la population, sur le nombre de personnes à risque de suicide, et à l'échelle des individus, sur leur ancienneté en prison. Comme expliqué précédemment, comparer des

populations avec un nombre de personnes à risque différent n'est pas un problème, puisque la validité de comparaison entre deux taux de suicide est fondée sur l'égalité de la somme des durées de suivi et non sur l'égalité du nombre de personnes à risque. Quant à l'ancienneté en prison, il peut être opportun, pour mieux l'appréhender, de faire un parallèle avec l'âge. L'ancienneté en prison est une sorte « d'âge en prison ». Il s'agit donc, de la même manière que l'âge, d'une caractéristique individuelle. Les caractéristiques individuelles ne peuvent pas remettre en question la validité de comparaison de deux taux de suicides, encore une fois fondée sur l'égalité de la somme des durées de suivi. En revanche, elles peuvent influencer la valeur du taux de suicide et fournir des explications aux différences observées entre deux taux de suicide. D'un point de vue heuristique, observer une différence entre deux taux de suicide est une bonne nouvelle : cela nous incite à rechercher les causes de cette différence et, en cas de recherche fructueuse, nous conduit à améliorer nos connaissances sur les caractéristiques des populations étudiées et leurs liens avec le suicide. Dans ce cadre, l'hypothèse d'une association négative entre le taux de suicide et l'ancienneté des personnes détenues est intéressante à explorer.

En pratique, selon leurs objectifs, les chercheurs-ses peuvent décider que l'ancienneté des personnes détenues constitue soit un facteur d'intérêt, soit un facteur de nuisance, lorsqu'il s'agit d'expliquer une différence entre deux taux de suicide en prison. Une méthode classique de prise en compte d'une caractéristique individuelle est la standardisation. Si l'ancienneté en prison est considérée comme un facteur d'intérêt, on pourra comparer les taux de suicide avant et après standardisation sur l'ancienneté. Si l'ancienneté en prison est considérée comme un facteur de nuisance, on pourra standardiser d'emblée les taux de suicide sur l'ancienneté. Lorsque les chercheurs-ses disposent de données individuelles, standardiser sur l'ancienneté n'est pas plus compliqué que de standardiser sur l'âge. La date d'entrée en prison fait partie des informations les plus facilement disponibles, notamment dans la mesure où sa connaissance est indispensable pour respecter la durée d'incarcération prescrite par le juge. On peut calculer l'ancienneté en prison en faisant la différence entre la date d'intérêt et la date d'entrée en prison de la même manière qu'on peut calculer l'âge en faisant la différence entre la date d'intérêt et la date de naissance, et en faire une variable qualitative avec des classes d'ancienneté. En l'absence de données individuelles, les chercheurs-ses sont généralement dépendant-es des données mises à disposition par l'administration pénitentiaire, qui ne comprennent généralement pas de données sur l'ancienneté. Il s'agit plus d'un obstacle culturel que

technique : il n'est pas d'usage de présenter de telles statistiques mais les administrations disposent des données pour les produire, a minima en France.

Remarquons par ailleurs que l'hypothèse d'un taux de suicide plus élevé pour les incarcérations courtes ne s'appuie sur aucune donnée empirique. Les données disponibles ne retrouvent pas une telle association, voire tendent à montrer l'association inverse. Une étude internationale n'a pas retrouvé d'association significative entre la durée moyenne d'incarcération et le taux de suicide en comparant 16 pays Européens (132). Par ailleurs, je montre plus bas dans ce chapitre qu'en France, entre 1970 et 2020, la durée moyenne d'incarcération a augmenté de 5 à 11 mois. Sur la même période, le taux de suicide n'a pas diminué mais a augmenté de 6,5 à 18,8 pour 10 000 PA, soit une multiplication par près de 3. Enfin, au niveau individuel, ce sont les plus longues incarcérations, associées aux infractions les plus graves, qui présentent les taux de suicide les plus élevés (42,199). Ces résultats invitent à la prudence. Il est exact que le risque de suicide est plus élevé au début de l'incarcération (169,299). Par ailleurs, il est logique d'en déduire qu'on peut s'attendre à des taux de suicide plus élevés dans les populations où les débuts d'incarcération sont plus concentrés, soit lorsque la durée moyenne d'incarcération est plus courte. Cependant, ce raisonnement considère des variations de la durée moyenne d'incarcération « toute choses égales par ailleurs ». Or, les variations de durée d'incarcération sont en pratique associées à d'autres changements, comme les perspectives de sortie et de réinsertion des personnes qui entrent en prison, leur appréciation de la proportionnalité de la sanction, ou la gravité de l'infraction.

Au total, les critiques qui visent le taux de suicide reposent en partie sur une mauvaise compréhension de la nature de cet indicateur et ne remettent pas en cause sa pertinence. Il reste l'indicateur de référence pour mesurer la fréquence des suicides des personnes détenues et pour faire des comparaisons entre différentes populations, quelles que soient les différences observées concernant les durées d'incarcérations. Il ne répond cependant pas à toutes les questions et on pourra notamment se tourner vers d'autres indicateurs si l'objectif est de mesurer une proportion de personnes détenues qui décèdent par suicide.

II.E.2. Ratio de suicides sur les entrées

La littérature décrit le ratio sur les entrées quasi-systématiquement à l'aide de la terminologie « taux de suicide » ou son équivalent anglais « suicide rate », souvent complétée par une référence aux entrées (2,174,183,186,266–268,272,274,277,278,280,281,283,288,290). Cependant, il ne s'agit pas à proprement parler d'un taux d'incidence. On a vu précédemment que sous l'hypothèse de stationnarité de la population, le ratio de suicides sur les entrées est un bon estimateur de la létalité de la prison par suicide, et c'est sous cet angle que je vais le considérer ici. Dans ce cadre, il ne peut pas être directement comparé avec le taux de suicide puisqu'il ne mesure pas la même chose.

La principale critique adressée à ce ratio est qu'il ne permettrait pas de comparer des populations carcérales avec des durées de détention différentes, dans la mesure où la proportion d'incarcérations qui se terminent par un suicide augmente avec la durée d'incarcération. On peut répondre à cette critique en suivant le même raisonnement que pour le taux de suicide. Premièrement, la validité de comparaison de la létalité de la prison par suicide est fondée sur l'égalité du nombre de personnes à risque. Au dénominateur, 1 personne compte pour 1 personne à risque, quelle que soit sa durée d'incarcération. Les variations de la durée d'incarcération n'altèrent donc pas la validité de la comparaison de deux mesures de létalité de la prison par suicide.

Deuxièmement, on peut à nouveau considérer la durée d'incarcération soit comme un facteur d'intérêt, soit comme un facteur de nuisance lorsqu'il s'agit d'expliquer une différence entre deux mesures de létalité. Si on considère que la variabilité des durées d'incarcération est un facteur de nuisance, alors on pourra essayer de se ramener à une durée moyenne de suivi égale, en se focalisant soit sur la prison, soit sur les personnes. Par focalisation sur la prison, j'entends la mesure d'une létalité des personnes par suicide restreinte à l'environnement carcéral. Se ramener à une durée d'incarcération égale peut alors poser des difficultés au vu du nombre important de très courtes incarcérations. De plus, dans la mesure où la létalité est le résultat de l'application d'un taux de suicide pendant une durée donnée, lorsqu'on se ramène à une durée égale pour comparer deux populations données, le rapport entre deux ratios de suicides sur les entrées revient à un rapport entre deux taux de suicides. La plus-value du ratio de suicides sur les entrées sur le taux de suicide est alors limitée. La focalisation sur les personnes consiste quant à elle à mesurer la létalité par suicide d'un groupe de personnes suivies pendant un temps déterminé après leur entrée en prison, ce qui implique le suivi des personnes avec les incarcérations les plus courtes après leur sortie de prison. Il s'agit d'un indicateur intéressant,

qui sera évoqué en conclusion de chapitre, dont la mise en œuvre peut être entravée par des problématiques de disponibilité des données.

Il est possible, au contraire, de considérer la durée d'incarcération comme un facteur d'intérêt. Il s'agit alors, avec cet indicateur, de s'interroger sur le devenir des personnes non pas dans le cadre d'une durée de suivi prédéfinie, comme on pourrait par exemple mesurer le pronostic à cinq ans de personnes atteintes de cancer, mais dans le cadre de l'exécution d'une peine privative de liberté et d'un environnement : la prison. La probabilité que des individus survivent à la prison dépend du temps qu'ils y restent, et le temps qu'ils y restent dépend de plusieurs facteurs, qu'il s'agit de visibiliser et d'interroger. L'intérêt de cet indicateur dépend des hypothèses avancées pour expliquer le risque élevé de suicide des personnes détenues. Si on considère que la prison ne favorise pas les suicides, qu'elle n'est qu'un lieu d'observation privilégié de suicides de personnes vulnérables qui de toute façon auraient eu lieu en milieu libre, alors cet indicateur a peu d'intérêt. La durée d'incarcération renvoie simplement à la période pendant laquelle ces personnes vulnérables étaient facilement observables. Au contraire, si on considère que la prison augmente le risque de suicide, ce qui est le plus probable au vu des fonctions sociales de la prison, alors cet indicateur devient plus intéressant. La durée d'incarcération devient une durée d'exposition à un risque spécifique de suicide, qu'imposent le gouvernement, le législateur et le juge à des êtres humains, et peut devenir un levier d'action dans le cadre d'une politique de prévention du suicide. Dans ce dernier cas, le modèle explicatif classiquement associé au taux de suicide, qui oppose risque de suicide importé en prison et risque de suicide produit par la prison, peut être enrichi, avec l'intégration de la durée d'incarcération, d'une opposition entre gravité des infractions et sévérité du système pénal. En soulignant que ceux qui restent plus longtemps en prison y décèdent plus souvent, cet indicateur permet d'interroger plus largement les politiques pénales, dans un contexte où les politiques de prévention du suicide des personnes détenues sont traditionnellement cantonnées à la prison.

Comme l'indiquent le psychologue D. Lester et l'économiste B. Lester, cet indicateur ne peut pas être comparé avec la fréquence des suicides en population générale (267). Cependant, il n'a pas vocation à l'être car la question de savoir si les personnes emprisonnées ressortent vivantes de la prison et en particulier indemnes de suicide n'a pas vraiment d'équivalent en population générale. Pour une comparaison avec la population générale, l'indicateur adapté est le taux de suicide.

Au total, cet indicateur est un estimateur intéressant de la létalité de la prison par suicide, qu'on peut calculer avec des données agrégées. La question de la dépendance de cet indicateur à la durée de détention pose surtout la question de la définition de l'objectif de mesure, et n'affecte pas la qualité de cet indicateur dès lors qu'il est utilisé pour estimer le risque moyen qu'une incarcération se termine par un suicide ou la part des incarcérations qui se terminent par un suicide.

II.E.3. Proportion de suicides parmi la file active

La proportion de suicides parmi la file active peut séduire à première vue car c'est le seul indicateur à se présenter comme une vraie proportion. Dans la mesure où cette proportion mesure la part des personnes détenues qui décèdent par suicide au cours d'une période d'observation donnée, elle peut, de la même manière que l'indicateur précédent, être interprétée comme une létalité. Cependant, il ne s'agit pas de la létalité de la prison par suicide telle que je l'ai définie puisque, pour les incarcérations qui ont démarré avant ou qui finiront après la période d'observation, le suicide n'est comptabilisé que s'il survient au cours de cette période.

Prenons l'exemple d'une personne entrée en prison en 2020 et décédée par suicide en 2023 alors qu'elle était toujours en prison. Pour adopter le point de vue de la file active, il faut définir une période d'observation : prenons l'année calendaire. En 2020, cette personne compterait pour 1 personne à risque et pour 0 suicide ; même chose pour 2021 et 2022. En 2023, cette personne compterait pour 1 personne à risque et pour 1 suicide. On voit ici que pour chaque année, la proportion de suicide parmi la file active mesure la létalité du morceau de l'incarcération qui se trouve dans la période d'observation. Nous pouvons donc reformuler cet indicateur comme la part des morceaux d'incarcération qui se terminent par un suicide au cours d'une période d'observation donnée. Le terme « morceaux » est à prendre au sens large et comprend des incarcérations complètes, des débuts d'incarcération, des fins d'incarcération et des milieux d'incarcération.

De cette reformulation surgissent deux difficultés. La première est l'identification d'un objectif de mesure pour lequel cet indicateur serait pertinent. Pour ma part, je n'ai pas identifié d'intérêt à se focaliser sur des morceaux d'incarcération, sauf à tenir compte de la durée de ces morceaux, ce qui nous ramènerait alors au taux de suicide qui compile au dénominateur des morceaux d'incarcération pondérés par leur durée de suivi. La deuxième difficulté tient au fait que,

lorsqu'on travaille sur des données agrégées, ce qui est le plus souvent le cas dans la littérature scientifique, on ne connaît pratiquement rien de ces morceaux. On ne connaît généralement pas la part des incarcérations incomplètes dans la population observée ni, pour les incarcérations incomplètes, la fraction de la durée de l'incarcération qui a été observée. Ces conditions rendent périlleuses l'interprétation de cet indicateur et la comparaison de plusieurs mesures entre-elles.

Une autre difficulté est que les valeurs obtenues avec cet indicateur dépendent fortement de la durée de la période d'observation, ce qui empêche la comparaison de valeurs obtenues sur des périodes d'observation de durées différentes. Prenons comme exemple la période 2017-2019 dans la population carcérale française. On peut remarquer dans le Tableau 8 que la proportion de suicides parmi la file active pour 2018-2019 (10,8/10 000) n'est pas une synthèse de ce qu'il s'est passé d'une part en 2018 (8,4/10 000) et d'autre part en 2019 (8/10 000) mais semble mesurer autre chose. Comme la période d'observation 2018-2019 est de deux ans, les incarcérations sont, en moyenne, observées pendant plus longtemps et il y a donc plus de risque d'observer des suicides, à nombre de morceaux d'incarcération égal. Une seconde différence liée à la première est que lorsque la période d'observation est d'un an, une personne dont l'incarcération s'étend sur 2018 et 2019 comptera pour une personne à risque en 2018 et une personne à risque en 2019, soit au total deux personnes à risque, alors que pour la période d'observation de deux ans 2018-2019, cette même personne ne comptera que pour une seule personne à risque. Par conséquent, on ne peut comparer que des proportions de suicides parmi la file active avec la même durée de période d'observation. Si on souhaite par exemple comparer 2017 avec les années 2018-2019, 2017 peut être comparé à 2018 et à 2019, mais pas à la période 2018-2019.

L'examen du Tableau 8 permet par ailleurs d'illustrer le fait que cette problématique est propre à la proportion de suicides parmi la file active et ne concerne pas le taux de suicide ni la létalité de la prison par suicide. En effet, pour ces deux derniers, la valeur présentée pour la période 2018-2019 est une moyenne (pondérée) de l'année 2018 et de l'année 2019 et peut être directement comparée à l'année 2017. Enfin, notons que la valeur de la proportion de suicides parmi la file active dépend également de la durée moyenne d'incarcération, qui impacte la durée des morceaux d'incarcération observés. La relation qui les relie n'est cependant pas proportionnelle comme pour la létalité de la prison par suicide (voir formule (10)) mais est de nature plus complexe en raison de la dépendance de la proportion de suicide parmi la file active à la durée de la période d'observation.

Tableau 8. Proportion de suicides parmi la file active et autres indicateurs pour la population carcérale française de 2017 à 2019 (données réelles)

	Formule	2017	2018	2019	2018-2019
<u>Grandeurs utilisées pour calculer les indicateurs</u>					
Suicides	<i>a</i>	112	122	119	241
Population moyenne	<i>b</i>	68 703	69 517	70 355	69 895
Durée de la période d'observation (années)	<i>c</i>	1	1	1	2
Personnes présentes en début de période	<i>d</i>	68 432	68 974	70 059	68 974
Entrées en prison pendant la période ^a	<i>e</i>	74 709	76 249	78 742	154 991
<u>Indicateurs</u>					
Taux de suicide pour 10 000 personnes-années	$a/(b*c)$	16,3	17,5	16,9	17,2
Estimation de la létalité de la prison par suicide pour 10 000 incarcérations	a/e	15,0	16,0	15,1	15,5
Proportion de suicides parmi la file active pour 10 000 incarcérations	$a/(d+e)$	7,8	8,4	8,0	10,8

^a Le nombre d'entrées en prison est estimé par le nombre de mises sous écrou en détention
Note : chaque année ou groupe d'années en colonne définit 1) une période d'observation pour le taux de suicide et la proportion de suicides parmi la file active ; 2) une « génération » des personnes détenues dont l'incarcération s'est terminée au cours de ladite ou lesdites années pour la létalité de la prison par suicide.

Sources des données : DAP

Au total, l'objectif de mesure pour lequel cet indicateur serait pertinent reste à définir. Par ailleurs, les valeurs obtenues avec cet indicateur sont difficiles à interpréter.

II.E.4. Ratio de suicides selon Winfree

L'objectif principal du travail du criminologue L.T. Winfree est de déterminer si la fréquence des suicides des personnes détenues dans les prisons locales aux Etats-Unis a baissé en 1982 par rapport à l'année 1977 (292). Cet objectif de mesure n'est pas assez précis pour arbitrer entre différents indicateurs. Néanmoins, la formule mathématique qu'il propose nous oriente vers le taux de suicide : il s'applique à calculer au dénominateur des PA. Plus précisément, il souhaite tenir compte, pour chaque année, de toutes les personnes qui ont été à risque de suicide et de la durée d'exposition au risque de suicide pour chaque personne. Ces éléments correspondent à la formule du taux de suicide lorsqu'il est calculé à partir de données

individuelles : le nombre de PA est égal à la somme des durées de suivi individuel ($\sum d_s$), et la somme des durées de suivi est égale au produit du nombre de personnes à risque (somme des personnes en début de période et des entrées en prisons $N_d + N_e$) et de la durée moyenne de suivi (D_{ms}) :

$$PA = \sum d_s = (N_d + N_e) * D_{ms} \quad (13)$$

Le calcul de la durée moyenne de suivi nécessite cependant un accès aux données individuelles. Or, L.T. Winfree semble ne disposer que de données agrégées et utilise la durée moyenne d'incarcération comme estimation de la durée moyenne d'exposition au risque de suicide des individus (292). La durée d'incarcération est une mauvaise estimation de la durée de suivi individuelle car on ne peut observer de suicide que pendant la partie de l'incarcération qui se trouve dans la période d'observation de l'étude (voir II.B.2.). La durée d'incarcération surestime la durée à risque et par conséquent sous-estime la valeur du taux de suicide. Les écarts que l'auteur observe entre son ratio de suicides et le rapport entre le nombre de suicides et la population moyenne donne donc une mesure de la sous-estimation du taux de suicide par le premier indicateur et non de la surestimation du taux de suicide par le second.

Au total, si cet indicateur a été présenté comme nouveau par les auteurs qui le défendent, il s'agit en réalité d'une estimation imparfaite du taux de suicide. En l'absence de données individuelles, le meilleur estimateur du taux de suicide reste le rapport entre le nombre de suicides et le produit de la population moyenne par la durée de la période d'observation.

II.E.5. Ratio de suicides selon Gallagher et al.

La question des indicateurs de fréquence des suicides dans les travaux de la criminologue C.A. Gallagher et al (266,277) peut être discutée à trois niveaux différents. Le premier niveau est celui des objectifs de leurs travaux et de la compatibilité du taux de suicide avec cet objectif. Le second niveau est celui de l'objectif de mesure de fréquence des suicides défini par ces auteurs en rapport avec l'objectif de l'étude. Le troisième niveau est celui de la nature de l'indicateur qu'ils proposent pour répondre à cet objectif de mesure, que j'ai appelé le ratio de suicides selon Gallagher et al.

C.A. Gallagher et al. se penchent sur la question des indicateurs de fréquence des suicides pour répondre à un des principaux objectifs de leurs travaux : la comparaison de la fréquence des suicides des mineurs entre la prison et la population générale aux États-Unis (266,277). L'introduction d'un nouvel indicateur est justifiée par l'incapacité du taux de suicide à répondre à cet objectif. Ils indiquent utiliser la population moyenne journalière pour le dénominateur du taux de suicide et affirment qu'à l'échelle d'une année calendaire, ce dénominateur ne couvre qu'une durée égale à la durée moyenne individuelle à risque, tandis que le recensement des suicides couvre toute l'année.

Dans les faits, C.A. Gallagher et al calculent le dénominateur du taux de suicide en faisant le produit de la population moyenne journalière et de la période d'observation, égale à deux ans. Ces grandeurs sont prises en compte de manière séquentielle : le nombre de suicides est dans un premier temps divisé par la durée de la période d'observation pour obtenir un nombre moyen de suicides par an, puis ce résultat est divisé par la population moyenne journalière. Ils calculent donc des PA au dénominateur, selon une formule usuelle, et ce dénominateur couvre toute la période d'observation de deux ans. Il n'y a pas de raison particulière de se projeter dans une période d'observation d'un an ; le taux de suicide autorise des comparaisons de valeurs calculées sur des périodes d'observation de durées différentes.

Ces auteurs affirment par ailleurs que le taux de suicide permet de répondre à la question : « quel est le risque d'observer un suicide dans un établissement sur une période d'un an ? » (266). Le taux de suicide n'est pas le risque d'observer un suicide mais un recensement de suicides rapportés à un nombre de PA. Le risque d'observer exactement un suicide ou au moins un suicide dans un établissement pourrait être estimé avec un modèle de Poisson, en prenant le taux de suicide comme vitesse de survenue des suicides. L'affirmation des auteurs selon laquelle le taux de suicide ne permet pas de comparer la fréquence des suicides en prison et en population générale semble donc reposer avant tout sur une mauvaise compréhension du taux de suicide, qui mesure la concentration des suicides dans le temps et dans la population et est tout à fait adapté pour mener à bien cette comparaison.

A ma connaissance, C.A. Gallagher et al sont la seule équipe de recherche à avoir distingué plusieurs objectifs de mesure de fréquence des suicides des personnes détenues. On a vu qu'ils comprennent le taux de suicide en prison comme « le risque d'observer un suicide dans un établissement sur une période d'un an ». Or, c'est un autre objectif de mesure qui intéresse ces

auteurs, dans le cadre de la comparaison entre prison et population générale : « quel est le risque qu'une personne se suicide en prison sur une période d'un an ? » (266). Autrement dit, pour ces auteurs, la question de savoir si le suicide est plus fréquent en prison qu'en population générale revient à se demander si la létalité par suicide à un an est plus élevée en prison qu'en population générale.

Ils estiment qu'en population générale, la létalité par suicide à un an est donnée par le taux de suicide. Le taux de suicide n'est pas une proportion, mais il est en effet possible d'envisager sa valeur numérique comme l'estimation d'une telle proportion, à condition que la durée moyenne de suivi individuelle soit quasiment égale à la durée de la période d'observation et qu'on remplace le nombre de personnes-années par un nombre équivalent de personnes.

En prison, la mesure directe de la létalité par suicide à un an nécessiterait de se restreindre aux personnes qui restent au moins un an en prison, ce qui correspond à une minorité de personnes détenues dans l'étude de C.A. Gallagher et al. où la durée moyenne d'incarcération est de 147 jours. Dans ce cas, cette mesure directe concernerait uniquement les personnes poursuivies ou condamnées pour les infractions les plus graves et serait non représentative de la population carcérale dans son ensemble. Cette létalité pourrait également être estimée de manière indirecte, en appliquant le taux de suicide de l'ensemble de la population carcérale à une population fictive de personnes détenues observées pendant un an ou jusqu'au suicide. Comme le suicide est statistiquement rare, cette létalité serait approximativement égale au produit du taux de suicide et de la durée de la période d'observation (261,262), ici égale à un an. Le résultat obtenu serait numériquement équivalent à la valeur du taux de suicide.

Dans ce cas, la létalité par suicide à un an me semble être une mesure compatible avec l'objectif de comparaison de la fréquence des suicides entre prison et population générale. Cette mesure apparaît toutefois sans valeur ajoutée par rapport au taux de suicide, dans la mesure où les valeurs des létalités à un an seraient a priori estimées par les valeurs des taux de suicide et où comparer ces létalités reviendrait donc à comparer des taux de suicide, au changement d'unité près.

Selon C.A. Gallagher et al., l'indicateur de fréquence des suicides en prison le plus adapté pour 1) faire des comparaisons avec la population générale et 2) mesurer la létalité par suicide à un an, est ce que j'ai appelé le ratio de suicides selon Gallagher et al. (266). Il s'obtient en divisant le taux de suicide par la durée moyenne d'incarcération (147 jours, soit 0,40 année) puis en

multipliant le résultat par une durée d'un an. Cette durée d'un an a vocation à reproduire artificiellement une période d'observation d'un an, dans une étude où les suicides ont été recensés sur une période de deux ans.

Le raisonnement qui soutient ce nouvel indicateur pose question sur plusieurs aspects. Tout d'abord, il repose sur un jugement erroné sur la nature du taux de suicide, rapporté plus haut, qui semble assimiler le dénominateur du taux de suicide et par extension celui du nouvel indicateur à un nombre de personnes. Ensuite, si le problème du taux de suicide est que son dénominateur est sous-estimé comme l'affirment les auteurs, la correction apportée dans le ratio de suicides selon Gallagher et al. devrait augmenter la valeur du dénominateur et donc le nouveau ratio devrait avoir une valeur numérique inférieure au taux de suicide. Or, la formule mathématique qu'ils utilisent aboutit au résultat inverse (266,277). Par ailleurs, si les auteurs affirment intégrer dans leur indicateur la durée moyenne d'exposition individuelle au risque de suicide, ils l'estiment dans leurs calculs par la durée moyenne d'incarcération. Or, comme on l'a vu avec le ratio de suicides selon Winfree, la durée moyenne d'incarcération est une mauvaise estimation de la durée à risque.

Ensuite, l'argument selon lequel leur ratio trouve une justification dans les travaux de P. Rothman & S. Greenland et dans ceux de Bougnères, au titre que, dans leurs formules sur le taux de suicide, la notion de durée de la période (« length of the period ») serait ambiguë et pourrait correspondre au choix à la durée de la période d'observation ou à la durée moyenne de séjour individuel, est fallacieux. Les grandeurs qui composent les formules mathématiques, de manière générale et en particulier pour le taux de suicide, ont une signification unique et définie. La lecture des travaux de P. Rothman & S. Greenland et de l'extrait qu'ils reproduisent de ceux de Bougnères (266,300) rend évident le sens à accorder à ce qu'ils appellent la durée de la période : elle correspond à ce que j'appelle dans ce travail la durée de la période d'observation. De plus, même dans le cas où cette durée de la période serait interprétée comme la durée moyenne de séjour ou d'incarcération, la formule mathématique obtenue ne correspondrait pas à celle du ratio de suicide selon Gallagher et al. En effet, ce ratio intègre deux durées supplémentaires qui ne s'annulent pas entre elles.

Enfin, indépendamment des justifications qui sous-tendent ce ratio, son sens n'apparaît pas évident. Ce n'est pas une proportion, comme le prétendent Gallagher et al, puisque son unité est la PA^{-1} , et il n'est pas valide de le comparer avec le taux de suicide en population générale car la modification artificielle des durées individuelles à risque introduite dans ce ratio brise l'égalité des PA sur laquelle repose la validité de comparaison de deux taux de suicide.

Au total, C.A. Gallagher et al se sont donné pour objectif de comparer la fréquence des suicides en prison et en population générale. L'indicateur qui semble le plus adapté pour répondre à cet objectif est le taux de suicide. Le rejet du taux de suicide par ces auteurs repose à mon sens sur une mauvaise compréhension de la nature de cet indicateur. Le ratio de suicides selon Gallagher et al., qui est présenté comme une version corrigée du taux de suicide en prison, ne permet pas cette comparaison entre prison et population générale.

II.E.6. Ratio de suicides selon Hawton, Fazel et al.

Le ratio de suicides selon les psychiatres K. Hawton, S. Fazel et al. est utilisé dans une première publication pour mesurer la « prévalence » des automutilations des personnes détenues, puis pour comparer ces « prévalences » selon le genre (278). Dans une seconde publication, il est utilisé en complément du taux suicide pour comparer la fréquence du suicide des personnes détenues entre différents pays (132). Pour ce qui est des applications de cet indicateur, je vais me restreindre ici à la mesure de la fréquence des suicides.

Cet indicateur est justifié par ses auteurs par un postulat selon lequel le ratio des suicides sur les entrées serait plus adapté pour les populations à renouvellement rapide. Ils se réfèrent notamment au travail du psychologue G.J. Towl et al. qui défendent le même postulat (290), et le justifient par l'obtention de valeurs plus conformes à leurs attentes avec le ratio de suicides sur les entrées qu'avec le taux de suicide pour la détention provisoire. En l'absence d'information supplémentaire, il est difficile de déterminer les intentions de ces auteurs. On peut faire l'hypothèse que le ratio de suicides sur les entrées serait mis en avant parce qu'il permettrait de mieux prendre en compte l'ensemble des personnes à risque de suicide dans les populations à renouvellement rapide. Cette hypothèse implique d'une part que l'objectif de ces auteurs serait d'estimer une proportion de personnes détenues qui décèdent par suicide, et d'autre part une mauvaise compréhension du taux de suicide, qui n'est pas une proportion et répond à d'autres objectifs de mesure.

Quoi qu'il en soit, le postulat de ces auteurs nous place dans une situation où un même objectif de mesure de fréquence de suicide peut être rempli à l'aide de deux indicateurs différents, en fonction des caractéristiques individuelles des personnes détenues. En effet, le choix de l'indicateur est déterminé par la vitesse de renouvellement de la population carcérale, c'est-à-

dire par la durée moyenne d'incarcération, qui est un agrégat de durées individuelles. Si cette durée est courte, le ratio des suicides sur les entrées est indiqué, tandis que si elle est longue, c'est le taux de suicide qui est retenu. Pour les durées moyennes, le seuil qui permet de trancher entre les deux indicateurs n'est pas indiqué. Ce postulat est critiquable pour au moins deux raisons. La première est que le choix de l'indicateur de fréquence des suicides devrait être guidé par un objectif de mesure et non par les caractéristiques individuelles de la population étudiée. La seconde est qu'il sous-entend que lorsqu'on compare une population à renouvellement rapide avec une population à renouvellement lent, la comparaison entre un taux de suicide et un ratio de suicides sur les entrées serait valide, tandis qu'une comparaison entre deux taux de suicide ne serait pas valide. Or, ces deux indicateurs n'ont pas la même unité : le taux de suicide s'exprime en PA^{-1} et le ratio de suicide sur les entrées est sans unité.

Un autre point problématique est que ces auteurs appliquent ce raisonnement dans une population carcérale au sein de laquelle ils distinguent prévenus et condamnés. Les prévenus et les condamnés sont pensés comme deux populations distinctes et indépendantes, la première à renouvellement rapide et la seconde à renouvellement lent, alors que bien souvent il s'agit de deux phases successives d'une même incarcération : parmi les personnes en détention provisoire à l'entrée en prison, seule une minorité resteront en détention provisoire jusqu'à leur sortie de prison.

Enfin, ces auteurs ne se contentent pas, comme le travail de G.J. Towl et al (290), de calculer des indicateurs séparés pour la détention provisoire et pour la détention post-sentencielle mais vont plus loin : pour produire un indicateur de fréquence des suicides unique dans une population qui comprend à la fois des prévenus et des condamnés, ils proposent d'additionner au dénominateur 1) le nombre d'entrées pondéré par la proportion de prévenus avec 2) le nombre de personnes présentes à la mi-année pondéré par la proportion de condamnés (132,278). Il n'est pas précisé si ces proportions sont mesurées à l'entrée ou à la mi-année. Pour les condamnés, les personnes présentes à la mi-année ont vocation à représenter le dénominateur du taux de suicide soit des PA. Par conséquent, cet indicateur combiné additionne au dénominateur des personnes et des PA, qui sont des unités différentes. De la même manière que si on additionnait des mètres avec des grammes, le résultat obtenu n'a pas d'unité ni de sens bien définis. Si l'objectif de ces auteurs est de mesurer la proportion d'incarcérations ou de personnes détenues qui décèdent par suicide, l'utilisation du ratio de suicides sur les entrées semble être l'indicateur le plus adapté pour toutes les personnes détenues et ce quel que soit la vitesse de renouvellement de la population.

Au total, cet indicateur composite n'est pas valide sur le plan dimensionnel. L'argument à partir duquel ses auteurs écartent le taux de suicide laisse penser qu'ils pourraient avoir pour objectif de mesurer la part des personnes détenues qui décèdent par suicide, qui pourrait être estimée par le ratio de suicides sur les entrées, indépendamment de la vitesse de renouvellement de la population.

II.F. Exemples d'usages comparés du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide

La définition d'objectifs de mesure plus précis m'a conduit à mettre en avant deux indicateurs pour mesurer la fréquence des suicides : le taux de suicide et la létalité de la prison par suicide. Comme on vient de le voir, les critiques adressées à ces indicateurs dans la littérature scientifique ne remettent pas en cause leur pertinence. Cette partie est destinée à illustrer les enjeux d'interprétation des résultats liés au choix de l'un de ces deux indicateurs dans deux situations particulières, à l'aide d'exemples sur données réelles. La première situation est celle de l'étude des facteurs de risque de suicide des personnes détenues au sein d'études cas-témoin, à partir de l'exemple de la mesure de l'association entre homicide et suicide. La seconde situation est celle de l'évolution de la fréquence des suicides des personnes détenues dans le temps, illustrée par la situation française.

II.F.1. Etude cas-témoin sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues

A première vue, dans les études cas-témoins, il n'est question ni de taux de suicide ni de létalité de la prison par suicide. Les études cas-témoins sur le suicide ont pour fonction de mesurer des associations statistiques entre le suicide et d'autres facteurs, formalisées par le calcul d'odds-ratios (OR). Cependant, ces OR ont vocation à estimer des risques relatifs de suicide par la mise en rapport de quantités mesurées dans différents groupes de population, et on peut être amené à se demander ce que peuvent bien représenter ces quantités.

Je propose le postulat suivant : la nature de la quantité mis en jeu par les OR varie avec la méthode de recrutement des témoins. D'une manière générale, lorsque les témoins sont recrutés parmi les personnes présentes en prison, les OR miment un rapport de taux de suicide, tandis que lorsqu'ils sont recrutés parmi les personnes entrantes en prison, les OR miment un rapport de létalités de la prison par suicide. Ce postulat sera appuyé par une démonstration mathématique puis par un exemple de la mesure de l'association entre suicide et homicide au sein de deux études cas-témoin sur des données réelles, en recrutant successivement les témoins parmi les personnes présentes puis parmi les personnes entrantes en prison.

II.F.1.a. Démonstration mathématique de l'impact de la méthode de recrutement des témoins sur la nature de l'OR dans une étude cas-témoin sur les facteurs de risque de suicide en prison

II.F.1.a.i. Expression de l'OR sous la forme de rapports entre le nombre de cas et le nombre de témoins

Considérons une étude cas-témoin sur les facteurs associés aux suicides des personnes détenues. Admettons que l'on souhaite mesurer l'association statistique entre le suicide, noté S , et une exposition d'intérêt, noté E . Notons $S+$ les cas, $S-$ les témoins, $E+$ les personnes exposées (exemple : personne poursuivie ou condamnée pour homicide) et $E-$ les personnes non exposées (exemple : autres infractions). Les sujets de l'étude peuvent être répartis selon qu'ils sont cas ou témoins et selon leur exposition, comme illustré dans le tableau de contingence suivant (Tableau 9) :

Tableau 9. Répartition des sujets de l'étude selon le suicide et l'exposition

	E+	E-
S+	a	b
S-	c	d

La mesure d'association de référence dans les études cas-témoin est l'OR, dont l'une des expressions mathématiques est la suivante (262) :

$$OR = \frac{\frac{P_{E+/S+}}{1 - P_{E+/S+}}}{\frac{P_{E+/S-}}{1 - P_{E+/S-}}} \quad (14)$$

Avec $P_{E+/S+}$: fréquence de l'exposition chez les cas et $P_{E+/S-}$: fréquence de l'exposition chez les témoins

Cette formule peut être réécrite avec les notations utilisées dans le Tableau 9 :

$$\begin{cases} P_{E+/S+} = \frac{a}{a+b} \\ P_{E+/S-} = \frac{c}{c+d} \end{cases} \Leftrightarrow OR = \frac{\frac{a/a+b}{1-a/a+b}}{\frac{c/c+d}{1-c/c+d}}$$

$$\Leftrightarrow OR = \frac{\frac{a/a+b}{a+b-a/a+b}}{\frac{c/c+d}{c+d-c/c+d}}$$

$$\Leftrightarrow OR = \frac{\frac{a}{b}}{\frac{c}{d}}$$

$$\Leftrightarrow OR = \frac{\frac{a}{c}}{\frac{b}{d}} \quad (15)$$

Avec a : nombre de suicides chez les personnes exposées ; b : nombre de suicides chez les personnes non exposées ; c : nombre de témoins exposés ; d : nombre de témoins non exposés ; $P_{E+/S+}$: fréquence de l'exposition chez les cas ; $P_{E+/S-}$: fréquence de l'exposition chez les témoins.

On voit ainsi que l'OR peut s'exprimer comme la division d'un premier rapport $\frac{a}{c}$ au numérateur par un second rapport $\frac{b}{d}$ au dénominateur. Ces deux rapports divisent le nombre de cas par le nombre de témoins, respectivement parmi les personnes exposées et parmi les personnes non exposées.

II.F.1.a.ii. Recrutement des témoins parmi les personnes présentes en prison

Lorsque les témoins sont recrutés parmi les personnes présentes en prison, il s'agit le plus souvent soit de l'ensemble des personnes présentes en prison à une date donnée, soit d'un échantillon représentatif des personnes présentes en prison à une date donnée ou sur une période donnée. Le nombre de personnes présentes en prison à une date donnée ou le nombre moyen de personnes présentes sur une période donnée sont des estimateurs courants de la population

moyenne sur la période étudiée et je vais ici l'appréhender comme tel. En d'autres termes, on peut poser :

$$c_p + d_p \approx f * P_m$$

Avec c_p : témoins exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; d_p : témoins non exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; f : la fraction d'échantillonnage. Il s'agit de la proportion de personnes détenues incluse dans l'étude. Elle est égale à 1 lorsque les témoins correspondent à l'ensemble des personnes présentes en prison au moment du recrutement ; P_m : la population carcérale moyenne sur la période d'observation

Le recrutement des témoins conserve les proportions de personnes exposées et non exposées observées dans la population carcérale, de manière évidente lorsqu'ils correspondent à l'ensemble de la population carcérale, et en moyenne lorsqu'il s'agit d'un échantillon aléatoire. L'égalité précédente peut donc s'appliquer de manière indépendante aux personnes exposées et aux personnes non exposées :

$$c_p \approx f * P_{m/E+}$$

$$d_p \approx f * P_{m/E-}$$

Avec c_p : les témoins exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; d_p : les témoins non exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; f : la fraction d'échantillonnage ; $P_{m/E+}$: la population carcérale moyenne des personnes exposées sur la période d'observation ; $P_{m/E-}$: la population carcérale moyenne des personnes non exposées sur la période d'observation

L'expression de l'OR peut ainsi être reformulée de manière à le présenter comme un rapport entre deux taux d'incidence de suicide :

$$OR_p = \frac{\frac{a}{c_p}}{\frac{b}{d_p}} \approx \frac{\frac{a}{f * P_{m/E+}}}{\frac{b}{f * P_{m/E-}}} = \frac{\frac{a}{P_{m/E+}}}{\frac{b}{P_{m/E-}}} = \frac{\frac{a}{P_{m/E+} * D_{po}}}{\frac{b}{P_{m/E-} * D_{po}}} = \frac{TI_{E+}}{TI_{E-}} \quad (16)$$

Avec a : nombre de suicides chez les personnes exposées ; b : nombre de suicides chez les personnes non exposées ; c_p : les témoins exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; d_p : les témoins non exposés recrutés parmi les personnes présentes en prison ; D_{po} : la durée de la période d'observation des suicides ; f : la fraction d'échantillonnage ; OR_p : odds-ratio lorsque les témoins sont recrutés parmi les personnes présentes en prison ; $P_{m/E+}$: la population carcérale moyenne des personnes exposées sur la période d'observation ; $P_{m/E-}$: la population carcérale moyenne des personnes non exposées sur la période d'observation ; TI_{E+} : taux de suicide chez les personnes exposées ; TI_{E-} : taux de suicide chez les personnes non exposées.

J'ai considéré ici que les suicides survenus dans la population carcérale étaient inclus dans l'étude cas-témoin de manière exhaustive sur la période d'observation, ce qui est habituellement le cas au vu de sa faible fréquence statistique. La démonstration mathématique présentée ci-dessus reste valide lorsque ce n'est pas le cas, dans la mesure où, de la même manière que pour les témoins, on peut considérer une fraction d'échantillonnage des suicides, dont les termes chez les exposés et chez les non exposés s'annulent au sein de l'OR.

II.F.1.a.iii. Recrutement des témoins parmi les personnes entrantes en prison

Le raisonnement est analogue lorsque les témoins sont recrutés parmi les personnes qui entrent en prison. Il s'agit habituellement soit de l'ensemble des entrées en prison au cours d'une période donnée, soit d'un échantillon représentatif de ces entrées. On peut donc poser

$$c_e + d_e \approx f * N_e$$

Avec c_e : témoins exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; d_e : témoins non exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; f : fraction d'échantillonnage. Elle est égale à 1 lorsque les témoins correspondent à l'ensemble des personnes qui entrent en prison sur la période d'observation ; N_e : le nombre total d'entrées en prison sur la période d'observation

Le recrutement des témoins conserve les proportions de personnes exposées et non exposées observées parmi les personnes qui entrent en prison, de manière évidente lorsqu'ils correspondent à l'ensemble des entrées, et en moyenne lorsqu'il s'agit d'un échantillon aléatoire. L'égalité ci-dessus peut donc s'appliquer de manière indépendante aux personnes exposées et aux personnes non exposées :

$$c_e \approx f * N_{e/E+}$$

$$d_e \approx f * N_{e/E-}$$

Avec c_e : témoins exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; d_e : témoins non exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; f : fraction d'échantillonnage ; $N_{e/E+}$: nombre d'entrées en prison pour les personnes exposées sur la période d'observation ; $N_{e/E-}$: nombre d'entrées en prison pour les personnes non exposées sur la période d'observation

L'expression de l'OR peut ainsi être reformulée de manière à le présenter comme un rapport entre deux létalité de la prison par suicide :

$$OR_e = \frac{\frac{a}{c_e}}{\frac{b}{d_e}} \approx \frac{\frac{a}{f * N_{e/E+}}}{\frac{b}{f * N_{e/E-}}} = \frac{\frac{a}{N_{e/E+}}}{\frac{b}{N_{e/E-}}} \approx \frac{L_{E+}}{L_{E-}} \quad (17)$$

Avec a : nombre de suicides chez les personnes exposées ; b : nombre de suicides chez les personnes non exposées ; c_e : témoins exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; d_e : témoins non exposés recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; f : fraction d'échantillonnage ; N_{e/E+} : nombre d'entrées en prison pour les personnes exposées sur la période d'observation ; N_{e/E-} : nombre d'entrées en prison pour les personnes non exposées sur la période d'observation ; L_{E+} : létalité de la prison par suicide parmi les personnes exposées ; L_{E-} : létalité de la prison par suicide parmi les personnes non exposées ; OR_e : odds-ratio lorsque les témoins sont recrutés parmi les personnes qui entrent en prison.

Ces différentes significations possibles des OR sont illustrées dans la partie suivante à partir de l'étude de l'association statistique entre suicide et homicide parmi les personnes détenues en France.

II.F.1.b. Association entre suicide et homicide parmi les personnes détenues en France au sein d'études cas-témoin selon le mode de recrutement des témoins

II.F.1.b.i. Eléments de méthode

L'exemple présenté repose sur des données de la DAP, collectées en routine via l'application informatique GENESIS (35). Cette application est implémentée dans les établissements pénitentiaires pour la gestion des personnes détenues au quotidien et couvre plus de 99,9% des personnes détenues en France et dans les collectivités d'outre-mer.

Tous les suicides de personnes détenues en France et dans les collectivités d'outre-mer survenus entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020 et identifiés dans les données issues de GENESIS ont été inclus. Deux groupes témoins ont été formés. Le premier correspond à l'ensemble des personnes détenues au 1^{er} janvier 2019. Le second correspond à l'ensemble des mises sous écrou en détention depuis l'état de liberté entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020.

Les cas de suicides sont ceux déclarés comme tels par la DAP (cf I.A.2.b.). L'infraction retenue pour chaque incarcération correspond à l'infraction jugée la plus grave pour laquelle la personne est poursuivie si elle est en détention provisoire, ou pour laquelle elle a été condamnée

si elle est en détention post-sentencielle. Cette infraction est définie à partir des informations disponibles à la date de début d’incarcération. L’homicide inclut les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner et exclut les autres formes d’homicide involontaire. L’homicide a été comparé à l’ensemble des autres infractions.

Les incarcérations qui présentent des données manquantes sont exclues des calculs des OR.

II.F.1.b.ii. Suicides

La DAP a recensé 471 suicides de personnes détenues sur la période 2017-2020, dont 469 (99,6%) ont été retrouvés dans les données issues de GENESIS. L’infraction est manquante pour 6 suicides. Parmi les 463 suicides restants, 101 (21,8%) sont survenus chez des personnes poursuivies ou condamnées pour homicide.

II.F.1.b.iii. Témoins : ensemble des personnes présentes au 1^{er} janvier 2019

Au 1^{er} janvier 2019, 70 046 personnes étaient détenues en France et dans les collectivités d’outre-mer. L’infraction était manquante pour 217 personnes et 8 470 (12,1%) étaient poursuivies ou condamnées pour homicide. On peut construire le tableau de contingence suivant :

Tableau 10. Répartition des sujets de l’étude selon le suicide et l’infraction ; témoins recrutés parmi les personnes présentes en prison

	Homicide	Autre infraction
Suicide	101	362
Témoins	8 470	61 359

Calculons l’OR de suicide associé à l’homicide, par rapport aux autres infractions :

$$OR_p = \frac{\frac{101}{8470}}{\frac{362}{61359}} = 2,0$$

L’interprétation classique est de dire que le risque de suicide est 2 fois plus élevé (OR = 2,0, IC_{95%} [1,6-2,5]) en cas d’homicide que pour les autres infractions. Au vu de ce qui précède, ce résultat peut se lire de la manière suivante : le taux de suicide est 2 fois plus élevé en cas d’homicide que pour les autres infractions.

II.F.1.b.iv. Témoins : ensemble des entrées en prison sur la période 2017-2020

Sur la période 2017-2020, il y a eu 297 427 mises sous écrou en détention depuis l'état de liberté en France et dans les collectivités d'outre-mer. L'infraction était manquante pour 5 096 entrées et 8 346 incarcérations (2,9%) concernaient des personnes poursuivies ou condamnées pour homicide. On peut construire le tableau de contingence suivant :

Tableau 11. Répartition des sujets de l'étude selon le suicide et l'infraction, témoins recrutés parmi les entrées en prison

	Homicide	Autre infraction
Suicide	101	362
Pas de suicide	8 346	283 985

Calculons l'OR de suicide associé à l'homicide, par rapport aux autres infractions :

$$OR_e = \frac{\frac{101}{8346}}{\frac{362}{283985}} = 9,5$$

L'interprétation classique est de dire que le risque de suicide est 9,5 fois plus élevé (OR = 9,5, IC_{95%} [7,6-11,8]) en cas d'homicide que pour les autres infractions. Au vu de ce qui précède, ce résultat peut se lire de la manière suivante : la létalité de la prison par suicide est 9,5 fois plus élevé en cas d'homicide que pour les autres infractions.

II.F.1.c. Discussion

Cet exemple permet d'abord de se convaincre que, lors de l'étude de l'association d'un facteur avec le suicide dans une étude cas-témoin sur les personnes détenues, la valeur de l'OR peut varier selon le mode de recrutement des témoins. L'interprétation classique des OR conduit à affirmer que le risque de suicide en cas d'homicide est en même temps 2 fois plus élevé et 9,5 fois plus élevé que pour les autres infractions. Les démonstrations mathématiques présentées à la partie précédente (formules (16) et (17)) en proposent une autre interprétation : si les valeurs des deux OR calculés sont différentes, c'est parce qu'ils ne mesurent pas la même chose. Lorsqu'on recrute les témoins parmi les personnes présentes en prison, l'OR estime un rapport de taux de suicide, tandis que lorsqu'on recrute les témoins parmi les personnes qui entrent en prison, l'OR estime un rapport de létalités de la prison par suicide.

On peut vérifier que ces significations attribuées aux OR sont cohérentes avec la relation qui relie le taux de suicide en prison à la létalité de la prison par suicide (formule (11)). On a vu plus haut que la létalité de la prison par suicide était approximativement égale au produit du taux de suicide et de la durée moyenne d’incarcération. On peut en déduire que le rapport entre les OR calculés devrait être approximativement égal au rapport entre la durée moyenne d’incarcération des personnes détenues pour un homicide et la durée moyenne d’incarcération des personnes détenues pour une autre infraction:

$$OR_e \approx \frac{L_{E+}}{L_{E-}} \approx \frac{TI_{E+} * D_{mi/E+}}{TI_{E-} * D_{mi/E-}} \approx OR_p * \frac{D_{mi/E+}}{D_{mi/E-}}$$

$$\Leftrightarrow \frac{OR_e}{OR_p} \approx \frac{D_{mi/E+}}{D_{mi/E-}}$$

Avec ; $D_{mi/E+}$: durée moyenne d’incarcération des personnes exposées (homicide) ; $D_{mi/E-}$: durée moyenne d’incarcération des personnes non exposées (autres infractions) ; L_{E+} : létalité de la prison par suicide parmi les personnes exposées ; L_{E-} : létalité de la prison par suicide parmi les personnes non exposées ; OR_e : odds-ratio avec témoins recrutés parmi les personnes qui entrent en prison ; OR_p : odds-ratio avec témoins recrutés parmi les personnes présentes en prison ; TI_{E+} : taux de suicide chez les personnes exposées ; TI_{E-} : taux de suicide chez les personnes non exposées.

Le rapport entre les deux OR est égal à 4,7. La durée moyenne d’incarcération, calculée à partir des sortants sur la période 2017-2020, est de 43,9 mois (3 ans et 8 mois) en cas d’homicide et de 9,6 mois pour les autres infractions, soit un rapport égal à 4,6. Ces deux rapports (4,7 et 4,6) sont très proches, ce qui confirme la cohérence de la signification donnée aux OR avec la relation qui relie taux de suicide et létalité par suicide en prison.

Ces éléments invitent, lors de la mise en place d’une étude cas-témoin, à arbitrer entre ces deux modes de recrutement des témoins en fonction de l’indicateur qui nous intéresse. Le taux de suicide mesure la concentration des suicides dans le temps et dans la population. Un taux de suicide deux fois plus élevé en cas d’homicide indique qu’à tout moment, la propension au suicide des personnes poursuivies ou condamnées pour homicide est en moyenne deux fois plus élevée que pour les autres infractions. La létalité de la prison par suicide, quant à elle, mesure la part des personnes détenues qui décèdent par suicide au cours de leur incarcération. Les incarcérations se terminent 9,5 fois plus souvent par un suicide lorsqu’elles concernent des personnes poursuivies ou condamnées pour homicide. Il s’agit d’un risque de suicide cumulé

sur l’incarcération, qui est plus élevé en cas d’homicide non seulement parce que le risque de suicide est en moyenne plus élevé à tout moment, mais aussi parce que les incarcérations pour homicide sont plus longues que celles pour les autres infractions.

Le choix du mode de recrutement des témoins dépend par conséquent de la question de recherche et notamment de la pertinence accordée à la prise en compte de la durée de l’incarcération dans la mesure du risque de suicide en prison. Si l’objectif est de déterminer quels sont les groupes les plus à risque de suicide pour un jour lambda en prison, alors le recrutement des témoins parmi les personnes présentes est le plus adapté. Si l’objectif est de déterminer les groupes qui ont le plus de risque de décéder par suicide au cours de leur incarcération, appréhendée dans toute sa durée, alors le recrutement des témoins parmi les personnes qui entrent en prison est le plus adapté.

La différence de taille d’effet observée pour l’association entre l’homicide et le suicide selon le mode de recrutement des témoins est exemplaire (OR = 2 versus OR = 9,5) et souligne l’importance de cet enjeu. On peut néanmoins s’interroger sur la portée de ces résultats et à quel point ils peuvent être généralisés. Cette question peut se poser à trois niveaux : celui du critère de jugement (ici le suicide), celui de l’exposition (ici l’infraction) et celui du contexte (ici la prison). La question de la généralisation des enjeux liés aux indicateurs de fréquence au-delà du suicide et de la prison est transversale au chapitre et sera traitée en conclusion de chapitre. Je me contenterai ici d’affirmer que cet exemple se généralise à d’autres expositions que l’infraction. Cependant, les écarts susceptibles d’être observés entre les deux types d’OR dépendent de la force de l’association entre l’exposition étudiée et la durée d’incarcération. Cette association est forte pour l’infraction : les personnes poursuivies ou condamnées pour homicide ont une durée d’incarcération nettement plus longue que la moyenne. Cela a notamment pour conséquence que la répartition des personnes détenues selon l’infraction n’est pas la même à l’entrée en prison et parmi les personnes présentes en prison : les personnes poursuivies ou condamnées pour homicide sont largement surreprésentées parmi les personnes présentes en prison, par rapport aux personnes qui entrent en prison. C’est cette différence de répartition qui explique les écarts observés entre les deux OR. Lorsque l’association entre l’exposition et la durée d’incarcération est faible, la répartition des personnes détenues selon l’exposition sera approximativement la même parmi les personnes présentes en prison et entrantes en prison. Dans ce cas, le mode de recrutement des témoins importe peu et un même OR pourra être utilisé pour estimer à la fois un rapport de taux de suicide et un rapport de létalité.

II.F.2. Evolution de la fréquence des suicides des personnes détenues en France

Si le sujet des suicides des personnes détenues a émergé au cours des dernières décennies comme un problème de santé publique, il fait l'objet d'une attention particulière des autorités pénitentiaires et de certains milieux spécialisés depuis bien plus longtemps. En France, les données aujourd'hui disponibles attestent d'un recensement des suicides à l'échelle nationale dès les années 1860 et plusieurs travaux se sont attachés à présenter l'évolution temporelle de la fréquence des suicides des personnes détenues ou écrouées (42,122,123,273). Ces travaux présentent soit des effectifs de suicides, soit des taux de suicide. Je propose ici de comparer et discuter, pour la période 1953 à 2021, les évolutions du nombre de suicide, du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide.

II.F.2.a. Eléments de méthode

Cet exemple retrace l'évolution de la fréquence des suicides des personnes détenues en France de 1953 à 2021. Les suicides sont les cas déclarés comme tels par la DAP (cf I.A.2.b.) et incluent tous les décès de personnes formellement détenues au moment de l'acte suicidaire à l'origine du décès.

Six indicateurs sont présentés pour chaque année où ils sont disponibles : 1) le nombre d'entrées en détention, 2) la population carcérale moyenne, 3) la durée d'incarcération, 4) le nombre de suicides, 5) le taux de suicide et 6) la létalité de la prison par suicide. La présentation des trois premiers indicateurs a pour fonction d'apporter une aide à l'interprétation des indicateurs relatifs à la fréquence des suicides.

Le nombre d'entrées est estimé à partir des travaux du magistrat J. Favard pour les années 1953 à 1979, en soustrayant à la file active de l'année étudiée (présents au 1^{er} janvier + entrants dans l'année) le nombre de personnes présentes au 31 décembre de l'année précédente (122). Aucune donnée n'a été retrouvée pour les années 1980 à 1989. Le nombre d'entrées est estimé par le nombre de mises sous écrou de 1990 à 2003 et par le nombre de mises sous écrou en détention de 2006 à 2021, à partir des données publiées par la DAP (298). Pour les années 2004 et 2005, qui sont les premières années où le nombre de personnes détenues diverge du nombre de personnes écrouées, en raison de la mise en place d'aménagements de peine sous écrou hors détention, le nombre de mises sous écrou est jugé insuffisamment précis et le nombre de mises sous écrou en détention n'a pas été retrouvé. A partir de 2006, le nombre d'entrées en prison

peut-être légèrement sous-estimé par le nombre de mises sous écrou en détention, du fait de l’incarcération secondaire, au cours de leur écrou, de personnes initialement mises sous écrou hors détention, dans le cadre de la révocation d’un aménagement de peine. Cette sous-estimation est a priori croissante dans le temps et je l’ai estimée à 3,3% pour les années les plus récentes, à partir du suivi individuel des personnes écrouées en 2017-2018 pendant deux ans dans la base GENESIS (35).

La population carcérale moyenne est estimée à partir des travaux de J. Favard pour les années 1953 à 1979, en faisant la moyenne de la population présente au 31 décembre de l’année étudiée et de l’année précédente (122). Elle est directement reprise des travaux de la démographe G. Duthé et al. pour les années 1980 à 2001 (42). Elle est estimée d’après les effectifs de personnes détenues publiés par la DAP à partir de 2002, en faisant la moyenne des personnes présentes au 1^{er} janvier de l’année étudiée et de l’année suivante, à l’exception de l’année 2020 où il s’agit d’une moyenne de recensements mensuels (39). La méthode retenue pour l’année 2020 se justifie par le fait que la qualité de l’estimation de la population moyenne par la moyenne de la population présente en début et en fin d’année est d’autant plus précise que les variations du nombre de personnes détenues en cours d’année sont faibles ou bien d’évolution linéaire. Or, pour l’année 2020, l’évolution du nombre de personnes détenues est importante et se rapproche d’une forme en V : on observe une diminution importante du nombre de personnes détenues au printemps au cours du premier confinement en lien avec la pandémie à SARS-CoV2, suivi d’une hausse sur le reste de l’année, plus forte que les années précédentes.

La durée moyenne d’incarcération peut être estimée, sous l’hypothèse d’une population carcérale stationnaire à l’échelle d’un an, en divisant le nombre de PA par le nombre d’entrées en prison (formule (12)). Comme cet indicateur est calculé pour des périodes d’un an, le nombre de PA peut être estimé par la population carcérale moyenne. Pour ne pas trop s’écarter de l’hypothèse de stationnarité, cet indicateur ne sera présenté que pour les années avec une variation de nombre de personnes détenues entre le début et la fin de l’année inférieure à 10%.

Le nombre de suicides est repris des travaux de J. Favard pour les années 1953 à 1979 (122). Pour les années 1980 à 2001, il est calculé à partir des travaux de G. Duthé et al. en multipliant chaque année le taux de suicide par la population moyenne écrouée (42). Cette formule est issue de l’expression du taux de suicide :

$$TI = \frac{S}{P_m * D_{po}} \Leftrightarrow S = TI * P_m * D_{po}$$

Avec D_{po} : durée de la période d'observation, égale à 1 an ; P_m : population moyenne ; TI : taux (d'incidence) de suicide ; S : nombre de suicides

Le nombre de suicides est issu de la publication de la démographe A. Hazard pour les années 2002 à 2007 (125) et de données internes à la DAP pour les années suivantes.

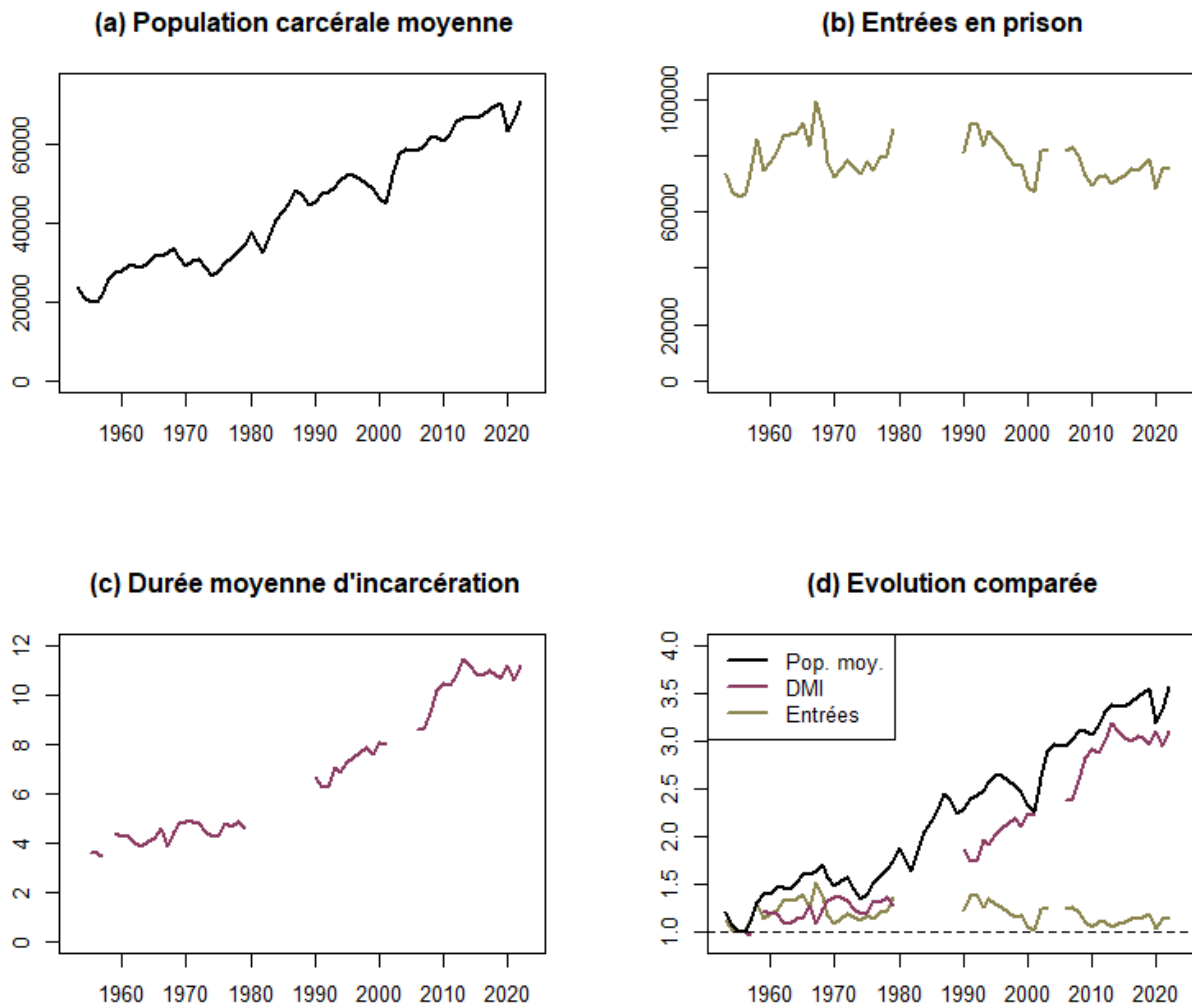
Le taux de suicide est directement repris des travaux de G. Duthé et al. pour les années 1953 à 2001 (42). Pour les années 2002 à 2021, il est obtenu en divisant le nombre de suicides par le produit de la durée de la période d'observation, égale à 1 an, et de la population carcérale moyenne.

La létalité de la prison par suicide est la part des incarcérations qui se terminent par un suicide, soit le rapport entre le nombre de suicides et le nombre de sorties. Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de sorties de prison. On a vu plus haut que pour la période récente, le nombre de libérations de personnes détenues est une mauvaise estimation des sorties de prison. Le nombre d'entrées en prison est un meilleur estimateur sous l'hypothèse de stationnarité de la population carcérale à l'échelle d'un an. En pratique, l'estimation par les entrées peut être affinée et s'émanciper de l'hypothèse de stationnarité en soustrayant au nombre d'entrées la variation du nombre de personnes détenues au cours de l'année. Par exemple, pour une année donnée, s'il y a eu 75 000 entrées en prison et une augmentation du nombre de personnes détenues de 2 000, alors le nombre de sorties, incluant les décès, est a priori de $75\ 000 - 2\ 000 = 73\ 000$. C'est cette dernière méthode qui est retenue pour estimer les sorties.

II.F.2.b. Entrées en prison, durée moyenne d'incarcération et population carcérale moyenne

L'évolution du nombre d'entrées en prison, de la durée moyenne d'incarcération et de la population carcérale moyenne entre 1953 et 2021 sont présentés dans la [Figure 8](#).

Figure 8. Evolution du nombre d'entrées en prison, de la durée moyenne d'incarcération (en mois) et de la population carcérale moyenne entre 1953 et 2021 en France



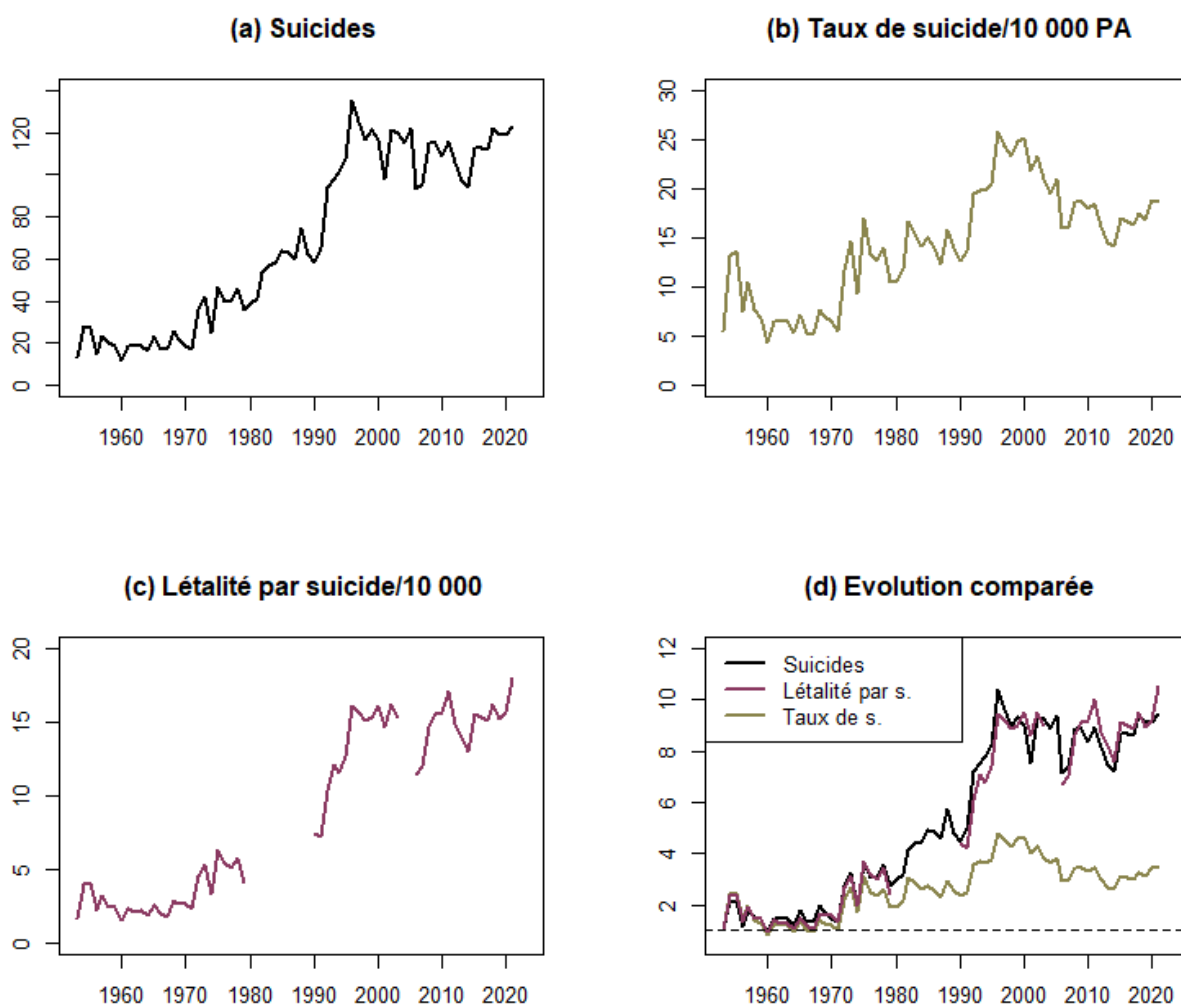
DMI : durée moyenne d'incarcération en mois ; Pop. moy. : population carcérale moyenne. Pour l'évolution comparée (d), l'évolution de chaque indicateur est comparée à la valeur observée pour l'année 1955, qui est l'année la plus ancienne pour laquelle les trois indicateurs sont disponibles.

Le nombre de personnes présentes en prison a augmenté progressivement au cours des 70 dernières années, d'un peu plus de 20 000 personnes au cours des années 1950 à environ 70 000 pour les années les plus récentes, soit une multiplication par près de 3,5 (Figure 8a et 8d). Pour l'essentiel, cette augmentation n'est pas liée à une augmentation de la fréquence du recours à l'incarcération en France, comme en témoigne la relative stabilité du nombre d'entrées en prison sur cette période (Figure 8b et 8d). Elle s'explique principalement par l'augmentation des durées d'incarcération, d'environ 4 mois à la fin des années 1950 à 11 mois ces dernières années (Figure 8c), soit dans des proportions proches de celles de l'évolution de la population carcérale moyenne (Figure 8d).

II.F.2.c. Suicide, taux de suicide et létalité de la prison par suicide

L'évolution du nombre de suicides, du taux de suicide et de la létalité de la prison par suicide entre 1953 et 2021 sont présentés dans la [Figure 9](#).

Figure 9. Evolution du nombre de suicides, du taux de suicide (pour 10 000 PA) et de la létalité par suicide (pour 10 000 personnes) entre 1953 en 2021 en France



Létalité par s. : létalité de la prison par suicide ; PA : personnes-années ; taux de s. : taux de suicide. Pour l'évolution comparée (d), l'évolution de chaque indicateur est comparée à la valeur observée pour l'année 1953.

Le nombre de suicides de personnes détenues tourne autour de 20 par an de 1953 à 1971, puis augmente jusqu'à 135 en 1996, avant de se stabiliser entre 100 et 120 par an sur les 25 dernières

années ([Figure 9a](#)). Le nombre de suicides de personnes détenues recensé chaque année a donc été multiplié par 5 à 6 entre le milieu du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle.

L'évolution du taux de suicide a un profil un peu différent. Après un pic à près de 15 pour 10 000 PA en 1955, il se maintient entre 5 et 10 entre 1956 et 1971, augmente jusqu'à 26 en 1996 puis redescend pour se stabiliser entre 15 et 20 pour 10 000 PA à partir de 2003 ([Figure 9b](#)). Le taux de suicide a été multiplié environ par 5 entre les années 1960 et la fin des années 1990, avant de diminuer à peu près d'un tiers au tournant des années 2000. Le taux de suicide des dernières années reste 2 à 3 fois plus élevé que celui observé au cours des années 1960.

L'expression qui relie suicides, taux de suicide et population carcérale moyenne permet d'interpréter l'évolution du nombre de suicides à la lumière des autres indicateurs. Sur la période 1971 à 1996, environ les deux tiers de l'augmentation du nombre de suicides est due à l'augmentation du taux de suicide, qui rend compte d'une augmentation du risque de suicide en prison, et environ un tiers de l'augmentation est liée à l'augmentation du nombre de personnes présentes en prison. Après 1996, les suicides restent à un niveau élevé malgré une diminution relative du taux de suicide en raison de la poursuite de l'augmentation du nombre de personnes détenues.

La létalité de la prison par suicide tourne autour de 3 suicides pour 10 000 incarcérations de 1953 à 1971 ([Figure 9c](#)). Ce nombre augmente par la suite jusqu'à atteindre un plateau autour 15 suicides pour 10 000 incarcérations à partir de 1996. La létalité de la prison par suicide a été multipliée environ par 5 entre le milieu du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle. La relation qui relie létalité de la prison par suicide, taux de suicide et durée moyenne d'incarcération permet de proposer une explication à cette augmentation : globalement, les incarcérations se terminent plus souvent par un suicide à la fois parce le risque de suicide y est plus élevé et parce que les incarcérations durent plus longtemps.

La superposition de l'évolution de la létalité de la prison par suicide à celle du nombre de suicides n'a rien d'évident ([Figure 9d](#)). Elle tient au fait que l'augmentation du nombre de personnes présentes en prison, dont dépend le nombre de suicides, est essentiellement liée à l'augmentation de la durée moyenne d'incarcération ([Figure 9d](#)), dont dépend la létalité de la prison par suicide.

II.F.2.d. Discussion

L'analyse de l'évolution de la population carcérale française dépasse le cadre de ce travail et ne sera pas commentée ici. Je me contenterai d'indiquer que, rapportée à la population générale en France métropolitaine (301), entre la période 1953-1959 et 2013-2019, les entrées en prison ont diminué de 165 à 115 pour 100 000 habitants et par an, tandis que les personnes présentes en prison ont augmenté de 52 à 105 pour 100 000 habitants. Le reste de la discussion est consacrée aux indicateurs de fréquence du suicide.

Le taux de suicide rend compte de la propension au suicide de la population carcérale. L'examen de son évolution historique permet de mettre en évidence une augmentation importante à la fin du XX^e siècle, suivie d'une diminution relative au début du XXI^e siècle, à un niveau qui reste deux à trois fois plus élevé que le taux de suicide des années 1960. La létalité de la prison par suicide mesure la probabilité qu'une incarcération se termine par un suicide. Son augmentation à la fin du XXI^e siècle est en lien à la fois avec l'augmentation du taux de suicide et de la durée d'incarcération. Elle se maintient sur un plateau élevé au début du XXI^e siècle malgré la diminution du taux de suicide en raison de la poursuite de l'augmentation de la durée d'incarcération.

L'examen de l'évolution du taux de suicide pose la question des origines des variations de la propension des personnes détenues au suicide. Celui de la létalité de la prison par suicide pose la même question et lui adjoint celle des origines de l'augmentation des durées d'incarcération.

II.F.2.d.i. Hypothèses explicatives de l'évolution temporelle du taux de suicide

Il n'y a pas d'explication évidente aux variations temporelles constatées du taux de suicide des personnes détenues (42). G. Duthé et al. montrent que ces variations ne suivent que partiellement celles du taux de suicide en population générale et que l'écart entre prison et population générale se creuse progressivement au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle (42). Je propose d'ouvrir la discussion en évoquant ici quatre hypothèses explicatives : l'évolution des caractéristiques des personnes détenues, l'évolution des politiques pénales et carcérales, l'évolution de la situation socio-économique en population générale et l'évolution des politiques de prise en charge sanitaire et de prévention du suicide chez les personnes détenues.

Evolution des caractéristiques des personnes détenues

Les variations du taux de suicide pourraient s'expliquer par celle des profils des personnes incarcérées. Dans ce cadre, l'augmentation globale du taux de suicide dans le temps serait liée à l'incarcération de personnes avec des caractéristiques associées à un risque de suicide plus élevé. Je ne dispose pas de données permettant d'étudier cette hypothèse de manière approfondie, mais on peut a minima examiner le cas de l'âge. D'un côté on observe un vieillissement de la population carcérale au cours du temps (298), et de l'autre le taux de suicide augmente globalement avec l'âge. On peut donc formuler l'hypothèse que le vieillissement de la population carcérale a pu contribuer à l'augmentation de son taux de suicide.

Le démographe J.C. Chesnais a publié des taux de suicides par âge pour les hommes détenus pour la période 1956 à 1965 (123). Compte tenu de la faible représentation des femmes en prison, qui comptent pour 2,5% des personnes détenues en 1973, on pourra considérer qu'en prison les taux de suicide masculins sont très proches des taux de l'ensemble de la population carcérale. L'application de ces taux à la structure d'âge de la population carcérale au 1^{er} janvier 2019 (298) permet de se donner une idée de ce que serait le taux de suicide ces dernières années si le vieillissement de la population carcérale avait été le seul phénomène à intervenir. Il s'agit de la méthode de standardisation directe, présentée dans le [Tableau 12](#). La personnes présentes en prison au 1^{er} janvier 2019 sont considérées comme représentatives de la population présente en prison au cours des années 2018 et 2019 et on pourra donc considérer qu'on compare la période 1956-1965 avec la période 2018-2019.

Tableau 12. Comparaison des taux de suicide des hommes détenus en 1956-1965 et 2018-2019 par standardisation directe sur l'âge

1956-1965		2018-2019
Taux de suicide brut ^a	Taux de suicide standardisé sur l'âge de la population de 2018-2019 ^a	Taux de suicide ^a
6,1	6,3	17,2

^a Pour 10 000 personnes-années.

Note : les classes d'âge utilisées pour la standardisation sont : < 21 ans, 21-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus.

Le taux de suicide des personnes détenues était de 6,1 pour 10 000 PA pour la période 1956-1965 et de 17,2 pour 10 000 PA pour la période 2018-2019. Si la répartition des personnes détenues par âge en 1956-1965 était similaire à celle de 2018-2019, alors le taux de suicide

aurait été de 6,3 et non de 6,1 pour 10 000 PA. Contrairement à mon hypothèse initiale, ce résultat laisse penser que le vieillissement de la population carcérale entre les années 1950-1960 et les années 2010 a joué un rôle marginal dans les variations temporelles du taux de suicide en prison.

D'autres facteurs sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans l'évolution du taux de suicide. La détention provisoire, le fait d'être poursuivi ou condamné pour homicide, viol ou agression sexuelle, la nationalité française et les troubles mentaux ont été identifiés comme des facteurs de risque de suicide (42,169,199). Par conséquent, la diminution de la détention provisoire, des personnes condamnées pour homicide et des personnes de nationalité française au cours des 40 dernières années (en pourcentage des personnes détenues) (298), devraient avoir fait pression à la baisse sur le taux de suicide des personnes détenues. D'un autre côté, l'augmentation des personnes détenues après une condamnation pour viol ou agression sexuelle au cours des années 1980 à 2000 (298) est susceptible d'avoir joué un rôle dans l'augmentation du taux de suicide à la fin du XX^e siècle. Par ailleurs, bien qu'on ne dispose pas de données permettant d'objectiver l'évolution de la fréquence des troubles mentaux en détention sur le long terme ou de distinguer ceux préexistants à la prison de ceux acquis en prison, il est possible que ceux-ci aient impacté l'évolution du taux de suicide en prison (302).

Evolution des politiques pénales et carcérales

L'augmentation du taux de suicide des personnes détenues à la fin du XX^e siècle apparaît surprenante au vu du mouvement d'ouverture des prisons sur l'extérieur et de l'amélioration du confort en détention qui caractérisent cette période. Comme l'indiquent les psychologues D. Lhuilier et A. Lemiszewska, « en 1971, la presse quotidienne y est autorisée ; en 1972, la règle du silence (instituée en 1839) est levée ; en 1975, le détenu a le droit de fumer, de correspondre sans limitation. [...] en 1983, le port des vêtements personnels remplace l'uniforme pénitentiaire et les détenus peuvent recevoir des visites dans des parloirs sans dispositif de séparation ; en 1985, les télévisions entrent dans les cellules » (303)⁶⁵. Le chercheur en droit J.C. Froment rapporte d'autres améliorations : les personnes détenues obtiennent l'autorisation de garder leur montre en 1973, qui donne « accès à la connaissance du temps », puis celle de laisser pousser leurs cheveux, leur barbe et leur moustache en 1974. Les quartiers de haute sécurité sont supprimés en 1982. Les plages horaires pendant lesquelles les personnes détenues

⁶⁵ Page 251

ont le droit de garder la lumière en cellule est étendue en 1975 puis en 1983. Elles obtiennent également le droit de décorer leur cellule en 1983 (61)⁶⁶.

L'idée que cette ouverture des prisons sur l'extérieur ait pu aggraver les souffrances des personnes détenues est parfois exprimée (57,96). L'historienne H. Bellanger rapporte ainsi les propos du directeur de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 1989 : « *pourquoi la prison devient-elle de plus en plus insupportable ? Parce que avec la presse, la télévision, les détenus ont sous les yeux en permanence ce dont ils sont privés. Un supplice de Tantale* » (96)⁶⁷.

Ces améliorations ne sont cependant pas incompatibles avec un tournant sécuritaire des politiques pénales et carcérales, rapporté par divers travaux à partir des années 1970 (61,96,109,304,305)⁶⁸, alors que « *le sens réhabilitatif de la peine n'est plus porté politiquement.* » (305)⁶⁹. D'après H. Bellanger, « *les conséquences pour les personnes emprisonnées sont désormais bien identifiées : l'allongement de la durée d'incarcération, l'alourdissement des peines assorties de mesures de sûreté, le recul de l'individualisation, la logique de sécurité qui l'emporte sur la réhabilitation du condamné* » (96)⁷⁰. La logique de sécurité se traduit notamment par un resserrement de la discipline permis par l'essor des technologies de sécurité (306).

Evolution de la situation socioéconomique en population générale

L'inflexion à la hausse du taux de suicide dans les années 1970 coïncide d'une part avec les événements de mai 1968 et d'autre part avec la fin des Trente Glorieuses. D'après l'historien J. Bérard, « *mai-juin 1968 marque l'entrée en lutte de nombreuses fractions de la jeunesse contre les relations d'autorité et de discipline qu'elle subit, des lycées aux casernes et, aussi, dès le début des années 1970, aux prisons* » (306)⁷¹. Cela se traduit en prison par des révoltes sporadiques de 1971 à 1975. Si, d'après l'historien G. Noiriel, ces luttes ont conduit en population générale aux « *progrès sociaux [...] les plus importants depuis la Libération* » (307)⁷², en prison, les demandes d'« *application des réformes promises depuis des années* » (308)⁷³ semblent avoir reçu un écho moins favorable, malgré les avancées législatives

⁶⁶ Pages 230, 316, 322

⁶⁷ Page 304

⁶⁸ Froment pages 173, 206, 242-243

⁶⁹ Page 46

⁷⁰ Page 19

⁷¹ Page 305

⁷² Pages 669-670

⁷³ Page 211

relatives au confort évoquées plus haut. Ainsi, selon J. Bérard, « *la vie carcérale peut devenir intolérable pour les prisonniers précisément parce qu'elle ne change pas* » (306)⁷⁴.

Par ailleurs, la fin des Trente Glorieuses au milieu des années 1970 a été accompagnée d'une augmentation massive du chômage qui était jusqu'ici très faible, ce qui a modifié le rapport de force entre employeurs et employé-es et a pu faire de l'antécédent d'incarcération un critère spécifique d'exclusion du marché du travail, assombrissant ainsi durablement les perspectives d'avenir des personnes incarcérées.

Evolution de la prise en charge sanitaire et de la prévention du suicide

Il est probable que le développement des soins et l'intensification des efforts de prévention du suicide en détention aient permis de réduire le taux de suicide des personnes détenues au tournant des années 2000. Concernant le développement des soins en prison, on peut citer la création des SMPR en 1986, la loi de 1994 qui inclue l'ensemble des soins aux personnes détenues dans le service public hospitalier et l'ouverture d'UHSA à partir de 2010, qui permettent l'hospitalisation des personnes détenues en psychiatrie avec leur consentement. La diminution du taux de suicide a pu passer à la fois par une meilleure couverture des besoins de soins en lien avec l'augmentation des effectifs de soignants (71,105)⁷⁵, qui reste toutefois insuffisante (257,309), et par l'imposition progressive d'une logique de soins dans le cadre du service public hospitalier, face à une logique historique d'expertise et de contrôle dans le cadre de l'ancienne tutelle pénitentiaire des soignants exerçant en prison.

Quant à l'intensification des efforts de prévention, elle a accompagné la montée du taux de suicide, sa médiatisation et les condamnations en justice à la suite de suicides. Elle s'est traduite notamment par la remise de rapports sur la prévention du suicide en milieu carcéral aux ministres de la justice et de la santé en 2003 et en 2009 (76,77) ainsi que par la définition d'un plan d'actions dédié par la ministre de la justice en 2009, toujours en vigueur aujourd'hui (cf I.E.2.b.).

⁷⁴ Page 305

⁷⁵ Vasseur page 158

II.F.2.d.ii. Hypothèses explicatives de l'évolution temporelle de la létalité de la prison par suicide

L'augmentation globale de la létalité de la prison par suicide par rapport au milieu du XX^e siècle tient à la fois à l'augmentation du taux de suicide et à l'augmentation de la durée des incarcérations. Les hypothèses précédemment formulées pour expliquer les évolutions du taux de suicide s'appliquent donc également à la létalité de la prison par suicide. En complément, on peut évoquer ici le rôle joué par l'évolution des durées d'incarcération et ses origines probables.

L'allongement des durées d'incarcération a, a priori, un double effet sur la létalité de la prison par suicide. Le premier est commun avec le taux de suicide et est susceptible d'augmenter la létalité par suicide via le taux de suicide : d'après la sociologue A. Chauvenet et al, elle « *rend la prison plus difficile à supporter et les effets de l'enfermement plus destructeurs* » (109)⁷⁶. Le second effet de l'allongement des incarcérations, spécifique à la létalité de la prison par suicide, est une augmentation mécanique de sa valeur : plus les individus sont incarcérés longtemps, plus la probabilité d'observer un suicide est grande.

La question des causes de l'augmentation des durées d'incarcération peut s'articuler autour d'une opposition entre gravité des infractions et sévérité du système pénal. Si la durée d'incarcération moyenne augmentait dans le temps en raison de la gravité des infractions, cela signifierait que les infractions sont en moyenne devenues plus graves, ce qui devrait notamment se traduire par une augmentation de la fréquence des infractions les plus graves. L'homicide est une infraction de choix pour tester cette hypothèse car il s'agit d'une infraction particulièrement grave et d'après le sociologue L. Mucchielli, « *les historiens tiennent l'évolution du taux d'homicide pour un des rares indicateurs crédibles de l'évolution des violences interpersonnelles dans les sociétés européennes* » (310). Cet auteur a examiné l'évolution du nombre d'homicides pour 100 000 habitants et par an du début des années 1970 au milieu des années 2000 à partir de trois sources différentes : les causes médicales de décès, les procès-verbaux de police et de gendarmerie et les condamnations prononcées par la justice. Ces trois sources montrent, de manière concordante, une augmentation des homicides au cours des années 1970, suivie d'une diminution sur tout le reste de la période étudiée (310). L'augmentation continue de la durée moyenne des peines à la fin du XX^e siècle ne s'explique donc pas par des homicides plus fréquents. Ce constat réduit la portée de l'explication de

⁷⁶ Page 322

l'augmentation de la durée des incarcérations, et par extension de l'augmentation la létalité de la prison par suicide, par celle de la gravité des infractions des personnes incarcérées.

L'explication par l'augmentation de la sévérité du système pénal bénéficie d'arguments plus convaincants. Le tournant sécuritaire évoqué plus haut s'est notamment traduit par un allongement des peines. Au niveau des peines prévues par le législateur dans le Code pénal, la période de sureté, qui empêche les aménagements de peine pendant une certaine durée, apparaît en 1978, tandis que le maximum de prison encourue pour les délits passe de 5 à 10 ans avec le nouveau Code Pénal de 1994 (57)⁷⁷. Au niveau de l'exécution des peines, « *entre 1961 et 1980, 1,6% des condamnés à perpétuité libérés sortaient après avoir effectué plus de vingt-deux ans de détention. Entre 1995 et 2005, ils étaient 20,5%* » (96)⁷⁸. Dans une perspective internationale, le sociologue L. Wacquant interprète cet allongement des peines comme une réponse répressive apportée par les Etats aux désordres sociaux et à l'augmentation des inégalités produits par la mise en œuvre de politiques économiques néolibérales et par le recul de l'Etat providence à la fin du XX^e siècle (311).

Deux autres phénomènes peuvent être évoqués. Premièrement, l'augmentation des personnes détenues condamnées pour viol et agression sexuelle à la fin du XX^e siècle (298), qui a sans doute contribué à l'allongement de la durée moyenne des peines, résulte probablement moins d'infractions sexuelles plus fréquentes ou plus sévèrement punies que d'une évolution des mœurs qui facilite leur verbalisation par les victimes et leur prise en compte par les services de police et de justice, même si les condamnations pour viol (39) restent marginales au regard des chiffres rapportés par les enquêtes de victimation (312).

Deuxièmement, on a vu que, rapportées à la population générale, les entrées en prison ont diminué d'environ 30% sur la période étudiée, ce qui peut laisser penser que l'allongement des durées moyennes d'incarcération pourrait s'expliquer en partie par un recours moins fréquent à la prison pour les infractions les moins graves, conduisant à une concentration plus importante des longues peines en prison. Notons toutefois que la pertinence de cette explication dépend de l'évolution de la gravité des infractions condamnées par la justice sur la période étudiée et que sous l'hypothèse de stabilité de la gravité des infractions sanctionnées, ce phénomène n'explique au mieux qu'une partie mineure de l'allongement des incarcérations.

⁷⁷ Page 74

⁷⁸ Page 329

II.G. Discussion générale et conclusion

Caractériser la fréquence des suicides des personnes détenues est essentiel pour déterminer leur ampleur et leur importance en tant que problème de santé publique. L'indicateur de référence pour mesurer cette fréquence est le taux d'incidence. Néanmoins, il fait l'objet de critiques régulières dans la littérature et cinq autres indicateurs ont été proposés pour le compléter ou le remplacer, dont deux de manière récurrente.

II.G.1. Le taux de suicide reste la référence même en prison

Les deux critiques les plus fréquentes du taux de suicide, en lien avec la vitesse de renouvellement variable et souvent élevée de la population carcérale, affirment que 1) il serait une mauvaise mesure de la part des personnes détenues qui décèdent par suicide et 2) il ne permettrait pas de comparer des populations avec des durées d'incarcération différentes. Ces critiques ne remettent pas en cause la pertinence du taux de suicide car premièrement, le taux de suicide n'est pas une proportion et n'a pas vocation à l'être. Ce qu'il mesure, c'est la concentration des suicides dans le temps et dans la population étudiée. Deuxièmement, le problème susceptible d'être posé par des disparités de durées d'incarcération, et par extension de durées de suivi, se situe non pas au niveau de la légitimité à comparer deux taux de suicide, mais au niveau de l'interprétation des différences observées. Pour le taux d'incidence, ce qui mathématiquement donne le droit de comparer deux quantités de suicides, c'est leur expression pour un même nombre de PA, et tant que l'égalité des PA est respectée, toutes les comparaisons peuvent être menées. Pour ce qui est de l'interprétation des différences observées entre deux taux de suicide, les durées de détention, en tant que caractéristique individuelle, peuvent être considérées comme un facteur de confusion potentiel, au même titre que n'importe quelle autre caractéristique individuelle.

Une autre origine des débats relevés dans la littérature semble être un manque de précision des attentes que les auteurs nourrissent vis-à-vis de ces indicateurs : qu'est-ce qu'on souhaite mesurer exactement ? Dans ce contexte, j'ai considéré qu'un critère essentiel de légitimation des indicateurs était leur capacité à répondre à des objectifs de mesure précis et c'est notamment à la lumière de ce critère que l'ensemble des indicateurs ont été discutés. Cet examen a conforté le taux de suicide comme indicateur de référence, en ce qu'il apparaît adapté pour mesurer la

fréquence à laquelle l'institution pénitentiaire est confrontée à des suicides, les périodes de la détention les plus pénibles à passer pour les personnes détenues ou encore la propension au suicide d'un groupe de personnes détenues. Cependant, il ne permet pas de répondre à toutes les questions, et d'autres indicateurs peuvent être pertinents.

II.G.2. La létalité de la prison par suicide permet de répondre à des objectifs de mesure non couverts par le taux de suicide

Parmi les autres indicateurs examinés, seul le ratio de suicides sur les entrées a retenu mon attention, qui est, sous l'hypothèse de stationnarité, un bon estimateur de ce que j'ai appelé la létalité de la prison par suicide. Cet indicateur permet de mesurer la proportion d'incarcérations qui se terminent par un suicide ainsi que son équivalent individuel, le risque moyen qu'une incarceration se termine par un suicide. Sa valeur dépend de celle du taux de suicide, mais aussi du temps que chaque personne passe en prison.

Le fait que les variations de la durée d'incarcération se reportent de manière plus ou moins mécanique dans la valeur de la létalité de la prison par suicide tend à faire de la durée d'incarcération une dimension à part entière de la fréquence des suicides en prison, en particulier si on considère que la durée d'incarcération est une durée d'exposition à un risque spécifique de suicide. L'analyse des comparaisons effectuées avec cet indicateur peut alors mobiliser des modèles explicatifs plus variés que pour le taux de suicide. Notamment, le modèle explicatif classiquement associé au taux de suicide, qui oppose risque de suicide importé en prison et risque de suicide produit par la prison, peut être enrichi, avec l'intégration de la durée d'incarcération, d'un modèle explicatif qui oppose la gravité des infractions à la sévérité du système pénal. Il s'agit des grilles de lecture que j'ai mobilisées pour proposer des explications à l'évolution temporelle de la fréquence des suicides des personnes détenues en France. Cette reconfiguration des causes possibles de suicide en détention ouvre également des perspectives de prévention plus larges, ces dernières étant aujourd'hui principalement circonscrites aux murs de la prison.

Sur un plan plus technique, la létalité de la prison par suicide et le taux de suicide en prison sont des représentants de deux systèmes différents de mise en équivalence : le temps à risque et le nombre de personnes à risque. Dans le système du temps à risque, deux effectifs de suicide ne

peuvent être comparés que s'ils sont exprimés pour une même durée d'exposition au risque. Ainsi, la validité de comparaison de deux taux de suicide repose sur l'égalité des PA à risque, c'est-à-dire sur l'égalité de la somme des durées de suivi des individus qui composent les populations observées ; peu importe le nombre d'individus. Chaque personne compte pour une durée égale à sa durée de suivi. Dans le système des personnes à risque, deux effectifs de suicide ne peuvent être comparés que s'ils sont exprimés pour un même nombre de personnes à risque. Ainsi, la validité de comparaison de deux létalités de la prison par suicide repose sur l'égalité, au dénominateur, du nombre de personnes à risque ; peu importe leur durée de suivi. Chaque personne compte pour une personne.

La létalité de la prison par suicide apparaît ainsi complémentaire du taux de suicide et le choix d'un ou de l'autre indicateur devrait en théorie dépendre des objectifs de mesure. Ces deux indicateurs peuvent être facilement calculés à partir de données agrégées : le taux de suicide nécessite d'avoir au minimum une mesure du nombre de personnes présentes à une date donnée, au mieux la population moyenne journalière, tandis que la létalité de la prison par suicide nécessite d'avoir le nombre d'entrées ou de sorties de prison. J'ai montré également qu'on peut étudier les facteurs associés à chacun de ces indicateurs à l'aide d'études cas-témoin sur les facteurs de risque de suicide : selon que l'on recrute les témoins parmi les personnes présentes ou qui entrent en prison, les OR calculés vont mimer respectivement des rapports de taux de suicide ou des rapports de létalité de la prison par suicide.

II.G.3. Vers la prise en compte des trajectoires de vie ?

On a vu que les débats sur les indicateurs de fréquence des suicides en prison tiennent en partie à la grande variabilité des durées d'incarcérations, souvent courtes. Or ce phénomène de renouvellement rapide de la population n'est pas propre à la prison et peut être observé pour d'autres institutions, aux premières desquelles l'hôpital. Par conséquent, les mêmes questions sont susceptibles de se poser pour l'hôpital. C.A. Gallagher et al. rapportent à ce sujet des débats sur la mesure de la mortalité hospitalière en Grande-Bretagne, qui s'étendent du milieu du XIX^e siècle à la fin du XX^e siècle, et qui opposent les tenants du taux de suicide aux tenants du ratio de suicide sur les entrées (266). Au cours de ces débats, l'un des protagonistes tente une résolution du conflit en affirmant que la mortalité à 30 jours après une admission à l'hôpital apparaît comme un bon compromis, notamment en permettant, par rapport au taux de suicide,

d'égaliser les durées de suivi (313). Ces considérations soulèvent principalement deux questions. La première est de savoir si un indicateur similaire à la mortalité à 30 jours après l'admission serait adapté pour mesurer la fréquence des suicides des personnes détenues. La seconde est de déterminer dans quelle mesure la complémentarité défendue entre le taux de suicide en prison et la létalité de la prison par suicide peut avoir un intérêt pour l'hôpital.

Le recours pour la prison à un indicateur qui mesure la mortalité par suicide pour un délai donné après l'admission est satisfaisant sur le plan dimensionnel car il vise la synthèse des deux systèmes de mise en équivalence évoqués plus haut : les comparaisons tendent à se faire en même temps à nombre de personnes à risque égal et à temps à risque égal. Je dis « tendent » car si cet indicateur, qui est une proportion, garantit la mise en équivalence du nombre de personnes à risque, les personnes qui décèdent avant la fin de la durée de suivi théorique ont néanmoins une durée de suivi inférieure à 30 jours, ce qui génère des écarts à l'égalité stricte des temps à risque.

Remarquons ensuite que garantir l'observation de toutes les personnes jusqu'à la fin de la durée de suivi programmée nécessite soit de sélectionner un sous-groupe incarcéré suffisamment longtemps, soit de continuer de suivre les individus après leur sortie de prison. Dans la seconde situation, ce type de mesure implique à la fois un changement de point de vue et de terminologie. D'une part, continuer de suivre une personne après sa sortie, c'est se détacher du cadre carcéral pour se reporter sur la personne. Le regard n'est plus centré sur l'institution mais la traverse en suivant des trajectoires de vie. D'autre part, les termes « prison » et « détenu » ne sont plus adaptés pour caractériser cette mortalité par suicide puisqu'on considère des personnes en partie en dehors de la prison.

Ces considérations nous ramènent à la question de l'objectif de mesure : à quelle(s) question(s) exactement souhaite-on ou peut-on répondre avec cet indicateur ? Quel statut donner à la prison au sein des trajectoires de vie individuelles ? La comparaison de l'hôpital avec la prison peut apporter des éléments de réflexion intéressants. La mortalité à 30 jours après admission à l'hôpital répond à au moins trois objectifs de mesure : 1) la mesure de la gravité d'une pathologie donnée (dans les conditions de prise en charge usuelles), en faisant des comparaisons selon la pathologie ; 2) la mesure de l'efficacité d'une prise en charge donnée, en comparant différentes prises en charges ; 3) l'évaluation de la performance d'un hôpital, en comparant différents hôpitaux. Ces objectifs sont difficilement transposables à la prison, dans la mesure

où ce n'est pas un problème de santé qui motive l'incarcération et où la prison n'a pas de mission de soin.

Plus généralement, ce qui justifie le mieux cet indicateur pour l'hôpital est peut-être que la date d'admission est un proxy de la date de début de survenue de l'affection aiguë. On observe ainsi une séquence de temps autonome caractérisée par la survenue d'un événement perturbateur de la santé et sa résolution. Cette perspective est plus facilement transposable à la prison, si on considère que la prison n'est pas comme l'hôpital un élément de résolution du problème mais constitue l'évènement perturbateur de la santé. La mortalité par suicide pour un certain délai après la prison pourrait avoir pour objectif de mesurer la perturbation introduite par l'incarcération dans les trajectoires de vie et l'état de santé des personnes. De cette manière, il apporterait un complément utile aux autres indicateurs défendus dans ce chapitre, sans pour autant les remplacer.

Sur un plan plus pragmatique, recourir à cet indicateur nécessite de définir une date de début de suivi, une durée de suivi et d'avoir des données qui permettent de le mesurer. La date de début de suivi la plus évidente est la date d'entrée en prison, qui marque une rupture des conditions de vie. Cette rupture peut avoir une intensité variable selon les trajectoires de vie et il pourrait être intéressant de tenir compte de certaines caractéristiques individuelles comme l'antécédent d'incarcération ou l'infraction. Toutefois, le choix de cette date témoigne d'une approche peut-être encore trop centrée sur la prison, qui oublie qu'elle participe à une réponse pénale plus large, en regard d'une infraction. Commencer le suivi en prison, c'est insister sur les conditions de détention, mais d'autres dates de début de suivi peuvent être intéressantes : la date de début d'enfermement, qui intègre la garde à vue, la date de publicisation de l'infraction si on s'intéresse à la stigmatisation, ou encore la date de l'infraction si on s'intéresse aux sentiments de culpabilité et de remords, notamment pour les atteintes graves aux personnes. La durée de suivi idéale n'a quant à elle rien d'évident : la commission d'une infraction et sa répression peuvent avoir des conséquences pendant de longues années, par exemple sur la possibilité d'avoir un emploi, tandis que certaines peines de prison sont à perpétuité.

II.G.4. Généralisabilité à d'autres environnements que la prison

On a vu que des débats sur les indicateurs de mesure de la mortalité pouvaient également avoir lieu à l'hôpital et on peut se demander si les réflexions développées dans ce chapitre peuvent être pertinentes pour l'hôpital.

La mesure du taux de suicide semble pertinente à l'hôpital, car les objectifs de mesure auxquels elle répond en prison sont aussi pertinents pour l'hôpital. En revanche, l'intérêt de la létalité par suicide semble moins évident. Sa relation proportionnelle avec la durée de séjour tend à nous faire considérer que les séjours les plus bénéfiques ou les moins délétères pour la santé sont les plus courts. Si ce postulat semble raisonnable pour la prison, ce n'est pas le cas pour l'hôpital : si la réduction du temps d'hospitalisation réduit effectivement la probabilité de survenue de suicide pendant l'hospitalisation, elle peut conduire à une augmentation du risque de suicide après la sortie. La complémentarité que j'ai défendue entre taux de suicide et létalité par suicide semble donc moins pertinente pour l'hôpital de manière générale.

On peut néanmoins identifier des cas particuliers susceptibles de se prêter à ces réflexions, notamment dans le domaine de l'iatrogénie. Prenons l'exemple des infections nosocomiales : d'un côté, des patients peuvent être amenés à se demander quel est le risque de développer une infection au cours d'une hospitalisation, ce qui pourrait par exemple les inciter à choisir un hôpital plutôt qu'un autre dans le cadre d'hospitalisations programmées, tandis que de l'autre côté, l'hôpital peut se demander à quelle fréquence il est confronté à des infections nosocomiales, par exemple pour caractériser la charge de travail que cela représente pour les personnels. Les indicateurs qui semblent les plus adaptés pour répondre à ces questions sont respectivement la proportion incidente d'infections nosocomiales (équivalent de la létalité en l'absence de décès) et le taux (d'incidence) d'infections nosocomiales. De la même manière que pour le suicide en prison, si on recherche les facteurs de risque d'infection nosocomiale à l'aide d'une étude cas-témoin, les facteurs associés à la durée d'hospitalisation, comme le motif d'admission, ne donneront pas les mêmes résultats selon que l'on recrute les participants aux admissions ou parmi les personnes déjà hospitalisées.

II.G.5. Conclusion

Le taux d'incidence est l'indicateur de référence pour mesurer la fréquence de survenue d'un évènement en épidémiologie et les spécificités de l'environnement carcéral ne remettent pas en

cause sa pertinence pour mesurer la fréquence des suicides. La létalité de la prison par suicide, qui mesure la probabilité qu'une incarcération se termine par un suicide, semble être un indicateur intéressant en complément du taux de suicide. Le meilleur indicateur dépend de la question de recherche posée et de son utilisation pratique.

Ces deux indicateurs montrent une augmentation importante de la fréquence des suicides des personnes détenues depuis le milieu du XX^e siècle. Par ailleurs, on a vu que le taux de suicide était beaucoup plus élevé en prison qu'en population générale, dans la plupart des pays et particulièrement en France (132). Ces constats soutiennent la problématisation des suicides des personnes détenues en tant que problème de santé publique et appellent à une amélioration des connaissances sur ce phénomène afin de le prévenir. Les deux prochains chapitres se proposent de répondre à cet appel, par le biais de travaux de recherche épidémiologiques originaux sur les suicides des personnes détenues.

Chapitre 2

**Etude de surveillance
épidémiologique des suicides des
personnes écrouées en France
2017-2021**

III.A. Introduction

Les suicides comptent pour environ la moitié des décès des personnes détenues (120,121), le taux de suicide des personnes détenues a été multiplié par 2 à 3 depuis le milieu du XX^e siècle (Chapitre 1, II.F.2.), il est 7 et 27 fois plus élevé qu'en population générale française, respectivement chez les hommes et chez les femmes (130), et la France a un taux de suicide en prison parmi les plus élevés dans le monde (130,132,133).

Jusqu'ici, l'étude statistique des suicides des personnes détenues en France a essentiellement été investie par des démographes employés par la DAP ou qui ont mené leurs travaux en collaboration avec la DAP. En 1976, le démographe J.C. Chesnais observait déjà un risque de suicide en prison nettement plus élevé qu'en population générale (123,273). En 1979, le démographe P.V. Tournier et le magistrat P. Chemithe ont publié, dans un rapport interne du ministère de la justice, une *Contribution statistique à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral*, qui décrit les caractéristiques de 173 suicides survenus entre 1975 et 1978 (128). Au début des années 1990, N. Bourgoïn fait diverses publications sur le sujet, notamment dans le cadre de sa thèse de démographie et de sociologie (169,204,208). Concernant les cas de suicide, au nombre de 621 de 1982 à 1991, il souligne la prépondérance de la pendaison (93%), un taux de suicide au QD près de 15 fois plus élevé, ou encore la présence d'un événement à moins d'une semaine de distance du suicide pour 80% des cas (204). En 2002, la démographe M. Guillonneau publie, dans une revue interne à la DAP, une étude sur les 364 cas survenus de 1998 à 2000 (30). Elle insiste sur la fréquence élevée des infractions les plus graves parmi les suicides. En 2008, la démographe A. Hazard publie, également dans une revue interne à la DAP, une étude sur les suicides des personnes détenues survenus au cours des années précédentes (125). Les principaux résultats sont une augmentation du taux de suicide avec l'âge ainsi qu'une forte représentation des personnes en détention provisoire ou incarcérées pour des atteintes aux personnes. On peut citer également, plus récemment, les travaux de la démographe G. Duthé et al qui ont souligné l'augmentation importante du taux de suicide des personnes détenues à la fin du XX^e siècle, l'absence d'association positive avec la surpopulation, un taux de suicide plus élevé que les autres pays européens, ou encore un risque de suicide plus important pour les infractions graves (x7 pour l'homicide) ainsi qu'au QD (x15) (42,124).

Une des principales limites des précédentes études françaises réside dans l'absence de données sur la santé des personnes détenues, en lien avec le fait qu'elles se basent exclusivement sur des

données de la DAP. La présente étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées permet de combler cette lacune. Si elle s'inscrit dans le prolongement des études menées sur les séries de cas de suicides en s'appuyant sur les données de la DAP en partenariat avec cette dernière, SpF a également développé un partenariat avec les USMP qui permet de documenter l'état de santé des personnes détenues décédées par suicide.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, pénales et carcérales des suicides des personnes détenues survenus en France sur la période 2017-2021, ainsi que leurs circonstances.

Les objectifs secondaires sont de :

1) comparer les caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide avec celles des personnes écrouées non détenues décédées par suicide. Les résultats intermédiaires de cette étude ont montré que le taux de suicide des personnes écrouées non détenues était nettement inférieur à celui des personnes détenues (299). Des pistes d'explication de ces différences pourraient être recherchées à travers la comparaison des caractéristiques des cas de suicide de ces deux populations ;

2) comparer les caractéristiques cliniques des personnes détenues décédées par suicide avant et pendant la détention. La fréquence élevée des troubles psychiatriques chez les personnes détenues est un constat régulièrement partagé (314,315). L'origine de ces troubles, et notamment le partage de la responsabilité entre une vulnérabilité antérieure à l'incarcération et les troubles induits par l'emprisonnement, fait débat. L'évolution de la fréquence des troubles psychiatriques associée à l'incarcération est peu documentée, et cette analyse permettrait de contribuer à documenter cette question ;

3) comparer les caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide avant et pendant la crise sanitaire liée au SARS-CoV2. L'impact de la pandémie à SARS-CoV2 sur la santé mentale et le suicide des personnes détenues a fait l'objet de nombreux discours mais les études empiriques sont rares (316,317). Les éventuelles modifications des caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide en lien avec la pandémie sont susceptibles de fournir des hypothèses et des orientations pour de futures recherches ;

4) comparer les caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide au cours des trois premiers mois de détention avec les celles des personnes détenues décédées par suicide plus

tardivement. Le risque de suicide est sensiblement plus élevé en début de détention (169). On peut se demander s'il existe des facteurs de risque suicide qui sont plus spécifiques du début de l'incarcération. Le rôle du sevrage brutal de substances addictives a par exemple été évoqué pour expliquer en partie le risque plus élevé à l'entrée en détention (185). La comparaison des caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide selon le stade d'incarcération est susceptible de fournir des hypothèses et des orientations pour de futures études comparatives ;

5) comparer les caractéristiques des personnes détenues par suicide selon que le suicide est survenu au QD. Le risque de suicide est très élevé au QD (42). La vulnérabilité des personnes placées au QD est régulièrement mise en avant pour l'expliquer (318,319). Par définition, pour exercer leur rôle de facteur de confusion, ces facteurs doivent être associés au QD. L'examen de leur association avec le QD parmi les cas de suicide permet de formuler des hypothèses sur les potentiels facteurs de confusion ;

6) comparer les motifs de placement au QD entre les cas de suicide et la population carcérale entière. Le risque de suicide est très élevé au QD et les mécanismes explicatifs restent à préciser. On peut notamment se demander si le risque de suicide plus élevé au QD est associé avec les événements qui l'ont précédé. L'examen des fautes disciplinaires qui ont conduit au QD est une manière d'explorer cette question ;

7) calculer des taux de suicide et des létalités par suicide pour les caractéristiques pour lesquelles c'est possible. Rapporter les caractéristiques des cas de suicide à celles de la population générale permet d'identifier les caractéristiques individuelles associées à des suicides plus fréquents. Le taux de suicide est l'indicateur de référence. Sa mesure permet de mettre à jour des mesures plus anciennes (42,204). La létalité permet de mesurer la part des incarcérations qui se terminent par un suicide ;

8) comparer la fréquence des suicides en population carcérale et en population générale. Il est établi que le taux de suicide est beaucoup plus élevé en population carcérale qu'en population générale (124,130). Cependant, il n'y a pas de mesure récente de cette différence pour la France qui tient compte des différences de distribution à la fois selon le sexe et selon l'âge, dans un contexte où le taux de suicide diminue en population générale (10).

Ce chapitre suit le plan classique des travaux de recherche en épidémiologie, divisés en trois parties : la présentation des méthodes, la présentation des résultats et la discussion des résultats.

III.B. Matériel et méthodes

Cette étude a été élaborée à SpF par la médecin de santé publique C. Chan Chee, à la demande du ministère de la santé et en application du Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), qui recommandait d'« *améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide des personnes détenues* » (79), ainsi que du Plan d'actions stratégiques de la politique de santé pour les PPSMJ (2010-2014), qui recommandait d'« *améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral* » (80). Elle a été mise en œuvre en partenariat avec la DAP du ministère de la justice et avec les USMP.

III.B.1. Population et données

III.B.1.a. Population de l'étude

Cette étude a rassemblé tous les cas de suicide des personnes écrouées survenus entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2021 en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer et certaines collectivités d'outre-mer.

Le suicide des personnes écrouées est défini par le ministère de la justice comme un acte auto-infligé avec intention de mourir dont résulte la mort (8). Tout cas déclaré comme suicide de personne écrouée par le département des politiques sociales et des partenariats de la DAP a été inclus dans l'étude. Le suicide est considéré comme survenu chez une personne écrouée lorsque celle-ci était formellement écrouée à la date de l'acte suicidaire à l'origine du décès. Des précisions sur le recensement des suicides par la DAP sont données dans l'Introduction générale du manuscrit (I.A.2.b.). Les cas imputés de manière univoque à une autre cause de décès par les USMP ont été exclus.

III.B.1.b. Données de l'étude

III.B.1.b.i. Sources des données

Cette étude repose sur des données issues de la DAP et des USMP. La DAP a transmis des données sociodémographiques, pénales, carcérales ainsi que des données sur les circonstances de l'acte suicidaire. Il s'agit de données collectées en routine. Les données de la DAP sont notamment issues de l'application de Gestion Nationale des personnes Écrouées pour le Suivi

Individualisé et la Sécurité (GENESIS) (320). Cette application informatique est utilisée par l'administration pénitentiaire pour la gestion des personnes écrouées au quotidien.

Les données de santé ont été recueillies auprès des médecins des USMP par l'envoi d'un questionnaire standardisé à remplir d'après le dossier médical. Ce questionnaire a été élaboré par un groupe de travail constitué de médecins exerçant en USMP, de SpF et de la Direction générale de la santé. Un format court, d'une feuille recto-verso, a été retenu dans le but d'améliorer la participation à l'étude. Le questionnaire ciblait principalement la santé mentale et les addictions et comportait trois sections : avant la détention, pendant la détention et la semaine qui précède le passage à l'acte. La trame du questionnaire est présentée en [Annexe 3](#).

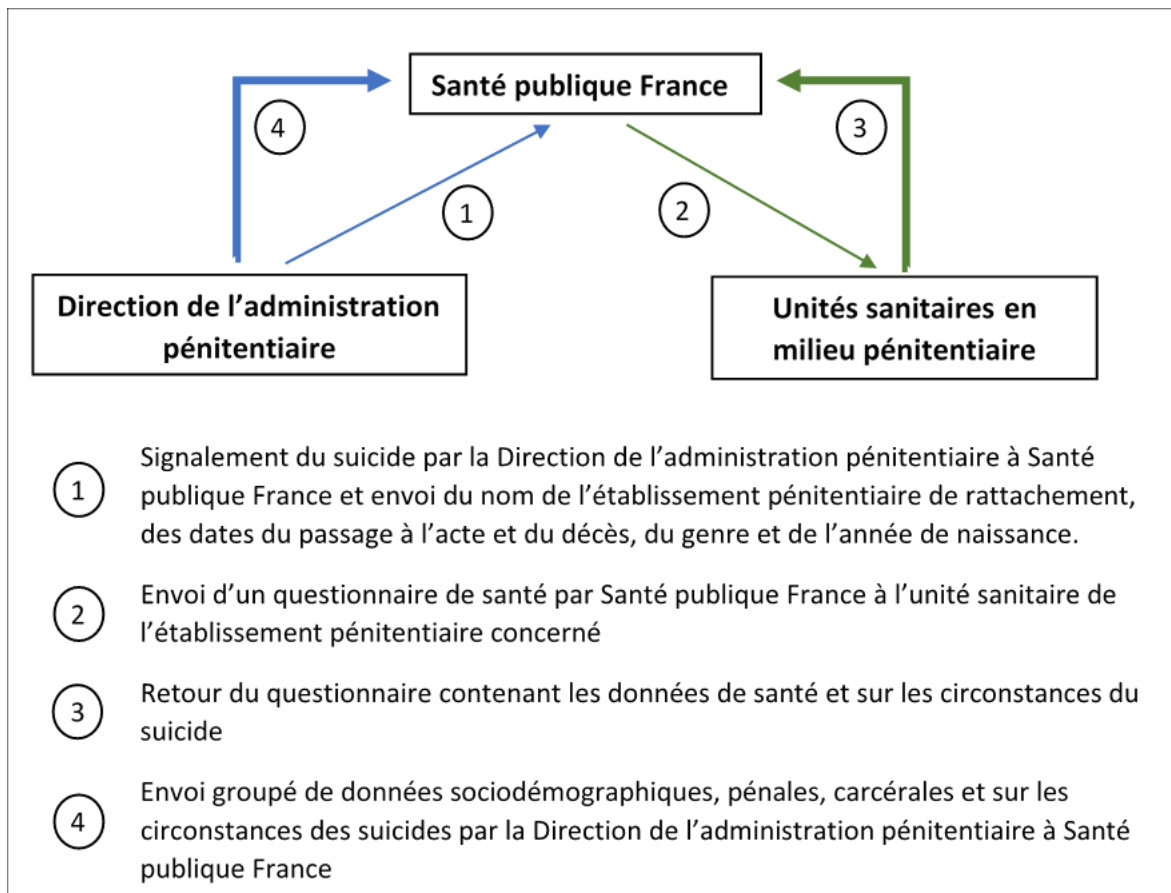
III.B.1.b.ii. Circuit de recueil des données

Le circuit de recueil des données peut être schématisé en quatre étapes ([Figure 10](#)) :

- 1) Dans un premier temps, les cas de suicide étaient signalés au fil de l'eau par la DAP à SpF. Pour chaque cas, la DAP transmettait à SpF : a) le nom de l'établissement pénitentiaire, qui permettait à SpF d'identifier l'USMP à contacter ; b) les dates de l'acte suicidaire et du décès, le sexe et l'année de naissance, qui devaient permettre à l'USMP sollicitée par SpF d'identifier la personne concernée ; c) un identifiant anonyme, reporté par SpF sur le questionnaire à destination de l'USMP, qui a permis à SpF de faire correspondre, pour chaque cas, les données de la DAP avec les données des USMP.
- 2) Les coordonnées des médecins des USMP, en soins somatiques et en psychiatrie, ont été demandées auprès du ministère des solidarités et de la santé et recherchées sur internet ainsi que par appel téléphonique des USMP. Un questionnaire par cas a été envoyé par messagerie sécurisée, à l'aide de l'outil Bluefiles. En l'absence de réponse des USMP, un minimum de deux relances ont été effectuées pour chaque cas.
- 3) Les USMP étaient invitées à renvoyer les questionnaires par messagerie sécurisée, par fax ou par voie postale.
- 4) Enfin, la DAP a transmis à SpF des données détaillées, de manière groupée et à raison d'un à quatre envois par an.

A SpF, le suivi de l'étude a été réalisé par C. Chan Chee, puis par la psychiatre I. Khireddine-Medouni, puis par moi-même.

Figure 10. Circuit de recueil des données de l'étude



III.B.1.b.iii. Saisie des questionnaires

Les questionnaires des années 2017 et 2018 ont fait l'objet d'une double saisie par C. Chan Chee sur l'application Voozanoo et par moi-même sur Excel. J'ai vérifié et corrigé toutes les discordances. J'ai saisi seul les années 2019 à 2021 sur Excel. Sur la base de la double saisie pour 2017-2018 et sous l'hypothèse que les erreurs de saisie d'un auteur sont indépendantes de celles de l'autre auteur, j'ai estimé avoir fait des erreurs de saisie pour environ 1 item sur 1000 (0,1%) pour la période 2019 à 2021, avant data-management qui a permis d'en corriger une partie.

III.B.2. Présentation des variables étudiées

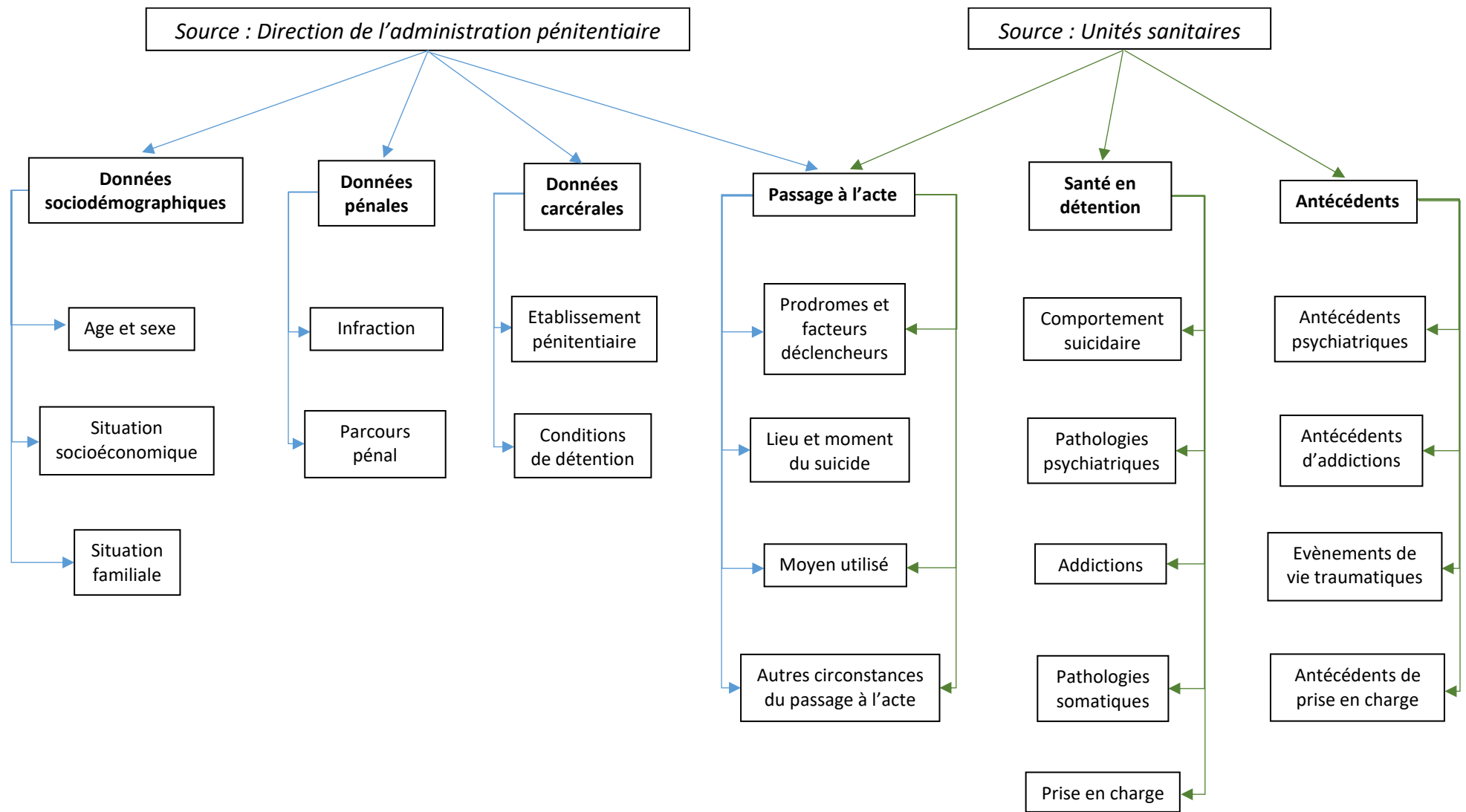
Un aperçu des variables de l'étude est présenté en Figure 11.

III.B.2.a. Caractéristiques sociodémographiques

Les variables sociodémographiques sont :

- L'âge à la date du suicide. Il a été regroupé en 5 classes pour les analyses internes à l'étude : < 20 ans, 20-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50 ans et plus. Il a été regroupé en 3 classes pour le calcul des taux de suicide : 13-29 ans, 30-49 ans, 50 ans et plus.
- Le genre : homme, femme.
- La nationalité regroupée en 4 classes : nationalité française, nationalité d'un autre pays d'Europe, nationalité d'un pays d'Afrique, nationalité d'autres pays.
- Le niveau d'instruction regroupé en 5 classes : aucun ou primaire, collège, lycée (sans baccalauréat) ou BEP ou CAP, baccalauréat, études supérieures.
- La situation vis-à-vis de l'emploi avant l'événement regroupée en 3 classes : actif·ve, sans emploi, étudiant·e ou retraité·e.
- La situation matrimoniale regroupée en 4 classes : célibataire, en couple ou marié·e ou PACS, séparé·e ou divorcé·e, veuf·ve.
- Le nombre d'enfants en 3 classes : 0, 1, 2 ou plus.
- La déclaration d'une personne à prévenir en cas de problème : oui, non.

Figure 11. Caractéristiques étudiées dans l'étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes écrouées



III.B.2.b. Caractéristiques pénales

Les variables pénales sont :

- Première incarcération : oui, non.
- La procédure pénale : correctionnelle, criminelle.
- Le recours à la comparution immédiate avec mandat de dépôt : oui, non.
- La nature de l'infraction principale regroupée en 6 classes : homicide volontaire, viol et agression sexuelle, violences volontaires, infraction à la législation sur les stupéfiants, vol, autres.
- La catégorie pénale à la date de l'écrou initial : détention provisoire, détention post-sentencielle.
- La catégorie pénale à la date de l'acte suicidaire : détention provisoire, détention post-sentencielle.
- Transfert : oui, non.

La procédure est correctionnelle lorsque l'infraction la plus grave, suspectée ou confirmée, est un délit et criminelle lorsqu'elle est un crime. Seules les personnes poursuivies pour un délit peuvent être jugées en comparution immédiate avec mandat de dépôt.

En cas d'infractions multiples, une seule infraction a été retenue, sur un critère de gravité. L'homicide volontaire a été retenu en premier, puis les viols et agressions sexuelles. En leur absence, le type d'infraction retenu est celui qui est associé au plus grand quantum de peine lorsqu'ils sont connus, ou à défaut le type d'infraction retenu par nos partenaires à la DAP. Les personnes en détention provisoire ont également été classées à partir des infractions pour lesquelles elles étaient poursuivies. Pour ces dernières, le critère du quantum de peine a été remplacé par la durée de la peine de prison encourue.

La catégorie « autres » pour les infractions comprend notamment des infractions au code de la route, la dégradation ou destruction de biens, l'aide à l'entrée d'étrangers sur le territoire, l'outrage à personne dépositaire de l'autorité publique et la rébellion, le harcèlement moral et les menaces de mort, l'homicide involontaire, l'enlèvement et la séquestration, l'extorsion, la détention ou le port d'armes, la violation de domicile, la corruption de mineur et la diffusion d'images pédopornographiques, l'association de malfaiteurs, l'escroquerie, le blanchiment, la traite d'être humain, le recel, le voyage habituel dans les transports publics sans titre de transport, l'agression sonore, la fabrication de produit explosif, le déversement de substances

nuisibles, l'exhibition sexuelle, le faux, l'ivresse sur la voie publique, la soustraction à une rétention administrative, l'apologie du terrorisme.

La détention provisoire regroupe les personnes qui n'ont pas encore été jugées et celles qui sont en délai d'appel ou de pourvoi en cassation. Elle comprend également les personnes en attente d'un nouveau jugement, suite à un appel ou un pourvoi en cassation de la personne elle-même ou du parquet. Enfin, elle comprend les personnes qui ont été définitivement condamnées pour une affaire dès lors qu'une autre affaire pour laquelle elles n'ont pas encore été définitivement jugées est en cours.

Le transfert renvoie à un changement d'établissement pénitentiaire au cours de l'incarcération, soit en lien avec le parcours pénal, soit en lien avec la gestion de la détention. C'est donc à la fois une caractéristique pénale et carcérale.

III.B.2.c. Caractéristiques carcérales

Les variables carcérales sont :

- Le type d'établissement pénitentiaire en 4 classes : (quartier) maison d'arrêt, (quartier) centre de détention, (quartier) maison centrale, autre.
- L'éloignement géographique : oui, non.
- Les visites d'un proche ou d'un visiteur de prison : oui, non.
- L'antécédent de tentative de suicide relevé par l'administration pénitentiaire : oui, non.
- Les troubles du comportement relevés par l'administration pénitentiaire : oui, non.

La catégorie « autre » pour les établissements pénitentiaires regroupe les établissements pour mineurs et les quartiers ou centres de semi-liberté. Pour les personnes écrouées qui ont connu plusieurs établissements pénitentiaires au cours de leur incarcération, ce sont les caractéristiques de l'établissement où elles étaient détenues au moment du suicide qui sont présentées. Il y a éloignement géographique si l'établissement pénitentiaire était à plus de 45 minutes en voiture soit du domicile de la personne écrouée, soit du domicile de la personne à prévenir.

III.B.2.d. Caractéristiques cliniques

Pour la plupart des données cliniques, les modalités de réponse aux variables sont par défaut : oui, non, non renseigné, la mention « non » renvoyant à l'absence de l'item dûment notée dans le dossier médical. Dans le cas contraire, elles seront précisées ci-dessous.

Certaines variables concernent uniquement la période qui précède le séjour de détention pendant lequel a eu lieu le suicide :

- Les antécédents familiaux de suicide.
- Les antécédents de maltraitance physique subie.
- Les antécédents de violence sexuelle subie.
- Les antécédents de consommation d'alcool.

Les critères définis dans le questionnaire pour retenir un antécédent de consommation d'alcool sont la prise de plus de trois verres par jour ou de plus de 20 verres par semaine pendant au moins trois mois.

D'autres variables de santé sont ciblées sur le séjour de détention pendant lequel a eu lieu le suicide :

- La présence de pathologies somatiques.
- La survenue d'un épisode d'agitation.
- La formulation de menaces de suicide.
- Un suivi régulier par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire pendant au moins 3 mois.
- En cas de suivi par l'unité sanitaire, sa fréquence : tous les jours ou presque, 1 à 3 fois par semaine, 1 à 3 fois par mois.
- Le délai entre le dernier rendez-vous avec l'unité sanitaire et le passage à l'acte : < 1 semaine, 1 semaine à 1 mois, > 1 mois, suivi interrompu.

Des précisions en texte libre ont été demandées pour les pathologies somatiques. Les précisions apportées ont été classées d'après la CIM-10. Treize catégories ont ainsi été créées :

- Les pathologies infectieuses (A00 à B99),
- Les cancers (C00 à D48),
- Les pathologies endocrines ou nutritionnelles (E00 à E90),
- Les pathologies neurologiques (G00 à G99),

- Les pathologies ophtalmologiques (H00 à H59),
- Les pathologies de l'oreille (H60 à H95),
- Les pathologies cardiovasculaires (I00 à I99),
- Les pathologies respiratoires (J00 à J99),
- Les pathologies digestives (K00 à K93),
- Les pathologies dermatologiques (L00 à L99),
- Les pathologies musculo-squelettiques (M00 à M99),
- Les pathologies de l'appareil génito-urinaire (N00 à N99),
- Les lésions traumatiques et certaines autres conséquences de causes externes (S00 à T98).

Un troisième groupe de variables ont été renseignées deux fois dans le questionnaire : une première fois pour décrire l'état de santé avant le séjour de détention pendant lequel a eu lieu le suicide et une seconde fois pour le décrire au cours de celui-ci. Il s'agit de :

- Le tabagisme.
- La consommation régulière de cannabis.
- La consommation régulière d'opiacés hors prescription.
- La consommation régulière d'autres stupéfiants.
- La présence de troubles psychiatriques.
- Les épisodes d'automutilations.
- Les tentatives de suicide.
- Un suivi psychologique ou psychiatrique.
- La prise d'un traitement de substitution aux opiacés.
- La prise d'un autre traitement psychotrope.
- Les hospitalisations en psychiatrie.

En détention, le suivi psychologique ou psychiatrique exclut les personnes avec une incarcération de moins de trois mois. Pour les tentatives de suicide et épisodes d'automutilation survenus au cours de la détention, le nombre d'occurrences pendant la détention ainsi que la date du dernier épisode étaient demandés. Pour les troubles psychiatriques, des précisions en

texte libre ont été demandées. Elles ont été codées et classées d'après la CIM-10. Six catégories ont ainsi été créés :

- Les troubles psychotiques (F20 à F29),
- La schizophrénie (F20)
- Les troubles bipolaires (F31),
- Les troubles dépressifs (F32 et F33),
- Les troubles anxieux (F40 à F43),
- Les troubles de l'adaptation (F43),
- Les troubles de la personnalité et du comportement (F60 à F69).

Les troubles anxieux incluent les troubles de l'adaptation et les troubles psychotiques incluent la schizophrénie.

III.B.2.e. Circonstances du suicide

Le questionnaire de santé a également recherché certains facteurs au cours de la semaine qui a précédé le passage à l'acte :

- La prise d'un traitement de substitution aux opiacés.
- La prise d'un autre traitement psychotrope.
- L'observance des prescriptions de psychotropes.
- La présence d'idées suicidaires.
- La survenue d'un épisode d'agitation, d'impulsivité ou d'agressivité.
- La survenue d'un évènement traumatique.

En cas d'évènement traumatique, il était demandé s'il s'agissait d'un évènement lié à la détention, à la situation pénale, familiale ou sanitaire. Une variable supplémentaire, binaire, a été créée par type d'évènement, car plusieurs types d'évènement ont parfois été renseignés pour un même suicide.

Par ailleurs, une deuxième variable d'évènement traumatique a été créée à partir de la première, pour laquelle j'ai considéré qu'un évènement traumatique avait également eu lieu lorsque la DAP a indiqué que le suicide est survenu moins d'une semaine après l'entrée en prison, un changement d'établissement ou un placement au QD.

Les variables relatives aux circonstances du passage à l'acte transmises par la DAP sont :

- Le repérage de la personne comme étant à risque élevé de suicide : oui, non.
- La présence d'une surveillance « adaptée » au moment du passage à l'acte : oui, non.
- Le délai entre l'écrou initial et le passage à l'acte en 8 classes : ≤ 1 semaine, 1 semaine à 1 mois, 1 à 3 mois, 3 à 6 mois, 6 mois à 1 an, 1 à 3 ans, 3 à 5 ans, > 5 ans.
- Le délai entre l'écrou dans l'établissement et le passage à l'acte en 7 classes : ≤ 1 semaine, 1 semaine à 1 mois, 1 à 6 mois, 6 mois à 1 an, > 1 an.
- Pour les personnes condamnées, le délai avant libération au moment du suicide en 8 classes : ≤ 1 semaine, 1 semaine à 1 mois, 1 à 3 mois, 3 à 6 mois, 6 mois à 1 an, 1 à 3 ans, 3 à 5 ans, > 5 ans.
- La survenue du suicide à la date anniversaire de naissance : oui, non.
- Le mois de l'année du suicide.
- Le jour de la semaine du suicide.
- L'équipe de surveillance qui a découvert le corps : équipe de jour, équipe de nuit.
- L'heure de découverte du corps, regroupée en 8 classes : 0 à 3h, 3 à 6h, 6 à 9h, 9 à 12h, 12 à 15h, 15 à 18h, 18 à 21h, 21 à 0h.
- Le lieu du suicide en 10 classes : cellule ordinaire, QA, QD, QI, SMPR, UHSA, EPSNF, autres hôpitaux, domicile, lieux publics. Toutes les structures désignées par un sigle sont présentées en Annexe 1.
- Pour les personnes en cellule ordinaire ou au QA, le nombre de personnes en cellule : personne seule, plusieurs personnes
- Lorsque plusieurs personnes cohabitent dans la même cellule, présence d'au moins un-e codétenu-e au moment du suicide : oui, non.
- En cas d'absence des codétenu-es au moment du suicide, lieu d'absence : promenade, travail, autre. En cas de lieux multiples ($n=2$), un seul lieu a été retenu avec un ordre de priorité identique à l'ordre de présentation des modalités.
- En cas de suicide au QD, délai entre le placement et le suicide : < 24 heures, ≥ 24 heures
- En cas de suicide au QD, le motif de placement au QD. Pour les analyses internes, 3 classes ont été retenues : violences physiques contre le personnel, insultes contre le personnel, autre faute. Pour la comparaison avec l'ensemble de la population carcérale, 6 classes ont été retenues : violences physiques contre le personnel, violences

physiques contre une personne détenue, insultes contre le personnel, objets dangereux, refus de soumission, autre faute. Elles correspondent aux fautes disciplinaires suivantes dans le Code pénitentiaire (321) :

- Violences physiques contre le personnel : « *exercer ou de tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement* »
- Violences physiques contre une personne détenue : « *exercer ou de tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'une personne détenue* »
- Insultes contre le personnel : « *proférer des insultes, des menaces ou des propos outrageants à l'encontre d'un membre du personnel de l'établissement, d'une personne en mission ou en visite au sein de l'établissement pénitentiaire ou des autorités administratives ou judiciaires* »
- Objets dangereux : « *introduire ou tenter d'introduire au sein de l'établissement tous objets, données stockées sur un support quelconque ou substances de nature à compromettre la sécurité des personnes ou de l'établissement, de les détenir ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service* » et « *enfreindre ou tenter d'enfreindre les dispositions législatives ou réglementaires, le règlement intérieur de l'établissement, défini aux articles L. 112-4 et R. 112-22, ou toute autre instruction de service applicables en matière d'introduction, de détention, de circulation, ou de sortie de sommes d'argent, correspondance, objets ou substances quelconques, hors les cas prévus par les dispositions des 10° et 11° de l'article R. 232-4* ». Les stupéfiants et les psychotropes sont exclus car ils font l'objet de fautes dédiées.
- Refus de soumission : « *refuser de se soumettre à une mesure de sécurité définie par une disposition législative ou réglementaire, par le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire, défini aux articles L. 112-4 et R. 112-22, ou par toute autre instruction de service ou refuser d'obtempérer immédiatement aux injonctions du personnel de l'établissement* »
- La méthode de suicide en 8 classes : pendaison, strangulation, intoxication médicamenteuse volontaire, étouffement, automutilation, feu, arme à feu, collision avec un train.
- En cas de pendaison, le point de fixation en 5 classes : fenêtre, sanitaires, barreaux de la cellule, radiateur et canalisations, autre.

- En cas de pendaison, le système d'attache en 5 classes : literie, ceinture et autres vêtements, cordons et lacets, câbles électriques, autre.
- Une lettre de suicide : oui, non.
- Le lieu du décès en 10 classes : cellule ordinaire, QA, QD, QI, SMPR, UHSA, autres hôpitaux, transports sanitaires, domicile.
- Le délai entre l'acte suicidaire et le décès, en nombre de jours calendaires : 0, 1, 2 ou plus.

Les suicides dans les autres hôpitaux comprennent ceux survenus dans les UHSA, dans les chambres sécurisées et dans les unités d'hospitalisation non spécifiques aux personnes détenues. Concernant les motifs de placement au QD, en cas de fautes multiples, la faute la plus grave a été retenue, sur la base des règles de hiérarchisation utilisées par le bureau de la donnée de la DAP pour ses propres productions statistiques. Enfin, pour ce qui est de la méthode, elle était également demandée dans le questionnaire aux USMP et la réponse des USMP a été retenue en priorité en cas de discordance (n=7).

III.B.3. Méthodes d'analyse

III.B.3.a. Principes généraux

Les variables quantitatives ont été catégorisées. Pour chaque variable, des effectifs et des pourcentages ont été présentés pour l'ensemble des catégories. Les données manquantes ont été exclues des calculs de pourcentage.

Les données de la DAP sont présentées pour les personnes détenues et pour les personnes écrouées non détenues. Les données de santé sont présentées pour les personnes détenues pour lesquelles le questionnaire de santé a été rempli. La catégorie « non renseigné », qui indique que le médecin ne dispose pas de l'information demandée, a été reclassée en donnée manquante.

En cas de test statistique, un résultat est considéré comme significatif lorsque la p value est inférieure à 0,05.

III.B.3.b. Analyses internes à l'étude

III.B.3.b.i. Liste des analyses

Les caractéristiques sociodémographiques, pénales, carcérales, cliniques et relatives aux circonstances des suicides des personnes détenues décédées par suicide ont été présentées. Les caractéristiques cliniques caractérisent trois périodes : avant la détention, pendant la détention, au cours de la semaine qui précède le suicide. Pour certaines variables, un test de conformité à une distribution uniforme a également été effectué : anniversaire de naissance, mois de l'année, jour de la semaine, heure de la journée.

Des comparaisons entre les caractéristiques de différents groupes de cas de suicide ont également été menées :

- 1) Les caractéristiques disponibles pour les personnes écrouées non détenues ont été comparées avec celles des personnes détenues. Des tests d'homogénéité entre les deux groupes ont été effectués.
- 2) Les caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales des personnes détenues avec des données cliniques ainsi que les données relatives aux circonstances du suicide transmises par la DAP ont été comparées avec celles de l'ensemble des personnes détenues décédées par suicide. Cette comparaison a pour objectif d'évaluer si les personnes détenues pour lesquelles les USMP ont participé à l'étude sont bien représentatives de l'ensemble des personnes détenues. Des tests de conformité de la distribution des caractéristiques des personnes détenues avec des données cliniques à celle de l'ensemble des personnes détenues ont été effectués.
- 3) L'état de santé mentale et les addictions avant l'incarcération ont été comparés avec l'état de santé mentale et les addictions pendant l'incarcération. Afin de mieux caractériser la santé mentale et les addictions pendant l'incarcération, les personnes dont le suicide est survenu au cours de la première semaine de détention ont été exclues. Les personnes avec une donnée manquante sur au moins une des deux périodes ont également été exclues de la comparaison.
- 4) Les personnes détenues ont été divisées en trois groupes, selon que le suicide est survenu
1) avant le 17 mars 2020 ; 2) au cours de l'un des deux premiers confinements en lien avec la pandémie à SARS-Cov2, soit du 17 mars au 11 mai 2020 et du 30 octobre au 15 décembre 2020 ; 3) en présence de restrictions sanitaires en lien avec la pandémie et hors confinement, soit du 12 mai 2020 au 29 octobre 2020 et du 16 décembre 2020 au

31 décembre 2021. Pour mémoire, le passe vaccinal était en vigueur jusqu'au 31 juillet 2022 (322). Des tests d'homogénéité entre les trois groupes ont été effectués.

- 5) Les personnes détenues ont été divisées en deux groupes, selon que le suicide est survenu au cours des 3 premiers mois de leur détention ou au-delà de cette période. Des tests d'homogénéité entre les deux groupes ont été effectués.
- 6) Les personnes détenues ont été divisées en deux groupes, selon que le suicide est survenu à l'intérieur ou en dehors du QD. Des tests d'homogénéité entre les deux groupes ont été effectués.

III.B.3.b.ii. Tests statistiques utilisés

Pour toutes les comparaisons à l'exception de l'évolution de l'état de santé associée à l'incarcération, un test du χ^2 de Pearson a été utilisé lorsque que tous les effectifs attendus étaient supérieurs ou égaux à 5. Dans le cas contraire, un test du rapport de vraisemblance a été utilisé (G-test).

Pour la comparaison de l'état de santé avant et pendant la détention, des tests de McNemar sur séries appariées ont été effectués. Pour cette analyse, le test de McNemar apporte une aide à l'interprétation des résultats pour certains items mais ne doit pas être utilisé comme un critère générique de tri des résultats selon leur pertinence car en moyenne, la période avant l'incarcération est beaucoup plus longue que celle de la détention. Une des principales implications est que, concernant les affections aiguës, les évènements et les prises en charge très localisées dans le temps, une absence de différence significative mise en évidence par le test de McNemar devrait inciter à conclure à leur concentration en détention par rapport à la période qui la précède et non à leur stabilité dans le temps.

III.B.3.b.iii. Les résultats des analyses internes à l'étude sont présentés de manière sélective pour en alléger la lecture

De nombreuses variables ont été analysées pour chaque comparaison présentée. Afin de limiter le nombre et la taille des tableaux, seules les variables avec des résultats statistiquement significatifs seront présentées pour les analyses suivantes :

- 1) Représentativité des personnes détenues avec des données cliniques
- 2) Evolution des caractéristiques des personnes détenues en lien avec la pandémie à SARS-CoV2

- 3) Comparaison des caractéristiques des personnes détenues selon le délai entre l'entrée en prison et le suicide
- 4) Comparaison des caractéristiques des personnes détenues dont le suicide est survenu au QD avec les autres personnes détenues

Les variables étudiées dans chacune de ces quatre analyses sont indiquées dans le Tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13. Variables évaluées pour quatre des analyses internes à l'étude

	Analyses ^a			
	1	2	3	4
DONNEES DAP				
<u>Caractéristiques sociodémographiques</u>				
Age	X	X	X	X
Sexe	X	X	X	X
Nationalité	X	X	X	X
Niveau d'instruction	X	X	X	X
Situation vis-à-vis de l'emploi	X	X	X	X
Situation matrimoniale	X	X	X	X
Nombre d'enfants	X	X	X	X
Personne à prévenir	X	X	X	X
<u>Caractéristiques pénales et carcérales</u>				
Première incarcération	X	-	X	X
Procédure pénale	X	X	X	X
Comparution immédiate	X	X	X	X
Catégorie d'infraction principale	X	X	X	X
Catégorie pénale à l'entrée	X	-	X	X
Catégorie pénale à la date du suicide	X	X	X	X
Changement d'établissement	X	X	X	X
Type d'établissement	X	X	X	X
Eloignement géographique	X	X	X	X
Visites pendant la détention	X	X	-	X
Antécédents de tentative de suicide	X	X	X	X
Troubles du comportement	X	X	X	X
<u>Circonstances du suicide</u>				
Identification d'un risque suicidaire	X	X	X	X
Placement sous surveillance adaptée	X	X	X	X
Délai depuis l'entrée en prison (stade d'incarcération)	X	X	-	X
Délai depuis l'entrée dans l'établissement	X	X	-	X
Délai avant libération	X	X	-	X
Date d'anniversaire de naissance	X	X	X	X
Mois de l'année	X	-	X	X
Jour de la semaine	X	X	X	X
Heure de la journée	X	X	X	X

	Analyses ^a			
	1	2	3	4
Equipe de surveillance	X	X	X	X
Lieu du suicide	X	X	X	-
Nombre de personnes en cellule	X	X	X	-
Présence du codétenu	X	X	X	-
Lieu d'absence du codétenu	X	X	X	-
Quartier disciplinaire : délai depuis le placement	X	-	X	-
Quartier disciplinaire : motif de placement	X	X	X	-
Méthode de suicide	X	X	X	X
Pendaison : point de fixation	X	X	X	X
Pendaison : système d'attache	X	X	X	X
Lettre de suicide	X	X	X	X
Lieu du décès	X	X	X	-
Délai entre le geste suicidaire et le décès	X	X	X	X

DONNEES USMP

Antécédents avant l'incarcération

Suicide dans la famille	-	X	X	X
Maltraitance physique subie	-	X	X	X
Violence sexuelle subie	-	X	X	X
Tabagisme régulier	-	X	X	X
Consommation d'alcool >3 doses par jour	-	X	X	X
Consommation régulière de cannabis	-	X	X	X
Consommation régulière d'opiacés	-	X	X	X
Consommation régulière d'autres produits stupéfiants	-	X	X	X
Troubles psychiatriques	-	X	X	X
Catégories de troubles psychiatriques ^b	-	X	X	X
Automutilation	-	X	X	X
Tentative de suicide	-	X	X	X
Suivi psychologique ou psychiatrique	-	X	X	X
Traitement psychotrope hors TSO	-	X	X	X
TSO	-	X	X	X
Hospitalisation en psychiatrie	-	X	X	X

Santé pendant l'incarcération

Tabagisme régulier	-	X	X	X
Consommation régulière de cannabis	-	X	X	X
Consommation régulière d'opiacés	-	X	X	X
Consommation régulière d'autres produits stupéfiants	-	X	X	X
Pathologie somatique	-	X	X	X
Catégories de pathologies somatiques ^b	-	X	X	X
Troubles psychiatriques	-	X	X	X
Catégories de troubles psychiatriques ^b	-	X	X	X
Episode d'agitation	-	X	X	X
Automutilation	-	X	X	X
Nombre d'automutilation	-	X	-	X
Délai entre dernière automutilation et suicide	-	X	-	X

	Analyses ^a			
	1	2	3	4
Tentative de suicide	-	X	X	X
Nombre de tentatives de suicide	-	X	-	X
Délai entre dernière tentative de suicide et suicide	-	X	-	X
Menace de suicide	-	X	X	X
Suivi régulier par l'unité sanitaire	-	X	-	X
Fréquence du suivi par l'unité sanitaire	-	X	-	X
Suivi psychologique ou psychiatrique	-	X	-	X
Traitement psychotrope hors TSO	-	X	X	X
TSO	-	X	X	X
Hospitalisation en psychiatrie	-	X	X	X
Dernier rendez-vous médical avant le suicide	-	X	X	X
<i>Semaine avant le suicide</i>				
Traitement psychotrope hors TSO	-	X	X	X
TSO	-	X	X	X
Observance du ou des traitements psychotropes	-	X	X	X
Idées suicidaires	-	X	X	X
Episode d'agitation, d'impulsivité ou d'agressivité	-	X	X	X
Evènement traumatique	-	X	X	-
Catégories d'évènement traumatique ^b	-	X	X	X ^c

« X » : la variable a été évaluée ; « - » : la variable n'a pas été évaluée

^aAnalyses : 1 : représentativité des personnes détenues avec des données cliniques ; 2 : évolution des caractéristiques des personnes détenues en lien avec la pandémie à SARS-CoV2 ; 3 : comparaison des caractéristiques des personnes détenues selon le délai entre l'entrée en prison et le suicide ; 4 : comparaison des caractéristiques des personnes détenues dont le suicide est survenu au quartier disciplinaire avec les autres personnes détenues ; ^b Les catégories correspondent à 6 variables distinctes pour les troubles psychiatriques, 13 variables distinctes pour les pathologies somatiques et 4 variables distinctes pour les évènements traumatiques. Ces catégories ont été listées lors de la présentation des variables étudiées ; ^c A l'exclusion des évènements carcéraux, qui comprennent le quartier disciplinaire

III.B.3.c. Mise en relation des données de l'étude avec des données externes

III.B.3.c.i. Comparaison des motifs de placement au quartier disciplinaire

Les motifs de placement au QD rapportés pour les personnes détenues qui y sont décédées par suicide ont été comparés avec les motifs de placement au QD de l'ensemble de la population carcérale tels que définis par les commissions de discipline. Ces dernières données sont internes à la DAP. Cette comparaison porte sur la période 2017-2020.

Un test de conformité des motifs de placement des personnes détenues décédées par suicide à ceux de l'ensemble de la population carcérale a été effectué. Un test du chi2 de Pearson a été utilisé.

III.B.3.c.ii. Calcul des taux de suicide

Des taux de suicide ont été calculés pour les catégories et situations suivantes

- Personnes écrouées
- Personnes détenues
- Personnes écrouées non détenues
- Personnes détenues selon l'année : 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
- Personnes détenues selon la pandémie à Sars-Cov2 : avant le 17 mars 2020, à partir du 17 mars 2020
- Personnes détenues selon le genre : hommes, femmes
- Personnes détenues selon l'âge : 13-29 ans, 30-49 ans, 50 ans et plus
- Personnes détenues selon la nationalité : française, autres pays
- Personnes détenues selon la catégorie pénale : détention provisoire, détention post-sentencielle
- A l'UHSA
- Au cours de la première semaine de détention
- Au cours de la dernière semaine de détention pour les personnes condamnées

Je n'ai pas calculé de taux de suicide par mois de l'année car j'ai considéré que les personnes à risque étaient relativement homogènes au cours de l'année : en cumulé sur cinq ans, l'écart maximal entre deux mois calendaire du nombre de PA à risque est de 2,6% (39). Cette approximation ne doit pas être considérée comme acquise pour les études futures puisque la période que j'étudie est particulière du fait de variations importantes du nombre de personnes détenues en lien avec les mesures politiques prises en réponse à la pandémie à SARS-Cov2. Par ailleurs, concernant les mesures sanitaires en réponse au SARS-CoV2, je ne dispose pas de données de population carcérale suffisamment précises pour mesurer correctement les PA à risque pendant les confinements. J'ai donc regroupé la période des confinements avec celle des autres restrictions sanitaires.

A l'exception de la première et de la dernière semaine de détention, les taux de suicide ont été calculés à l'aide de la formule (1) du [Chapitre 1](#) (II.C.2, [Tableau 5](#)). En règle générale, la

population moyenne a été calculée d'après les effectifs de personnes écrouées et de personnes détenues publiés par la DAP, à un rythme mensuel ou trimestriel selon les caractéristiques (39). Pour les UHSA, la population moyenne a été calculée d'après le nombre moyen de lits occupés. Ce nombre a été estimé en multipliant le nombre de lits théorique, auquel j'ai inclus l'UHSA de Marseille à partir du 1^{er} mars 2018, par le niveau d'occupation des lits. Ce dernier était égal à 77,6% en 2017 d'après l'IGJ et l'IGAS et j'ai fait l'hypothèse qu'il est resté le même sur toute la période (323).

Pour la première et la dernière semaine de détention, les taux de suicide ont été calculés à l'aide de la formule (2) du Chapitre 1 (II.C.2, Tableau 5). Pour la première semaine de détention, j'ai compté une semaine de suivi par entrée en prison au cours de la période étudiée. J'ai estimé le nombre d'entrées en prison d'après le nombre de mises sous écrou en détention publié par la DAP (39). Pour la dernière semaine de détention chez les personnes condamnées, j'ai compté une semaine de suivi par sortie de prison de personne condamnée au cours de la période étudiée. J'ai estimé ce nombre de sorties par le nombre de libérations de personnes détenues condamnées en fin de peine, à partir des publications de la DAP (39). Dans les deux cas, on obtient ainsi un nombre de personnes-semaines à risque, que j'ai converti en PA à risque. Cette méthode de calcul fait l'hypothèse que la part des incarcérations inférieures à une semaine est négligeable. Elle fait également l'hypothèse que les effets des censures à gauche (au 1^{er} janvier 2017) et à droite (au 31 décembre 2021) sont négligeables, ce qui est d'autant plus vrai que les unes compensent les autres.

Les taux de mortalité par suicide sont exprimés pour 10 000 PA. Pour chaque taux de suicide, un intervalle de confiance (IC) à 95% a été calculé (262). Les taux de suicide ont été comparés entre eux à l'aide d'un modèle de régression de Poisson (324).

III.B.3.c.iii. Calcul de la létalité de l'écrou par suicide

Des létalités de l'écrou par suicide ont été calculées pour les populations suivantes

- Personnes écrouées
- Personnes détenues

Ces létalités sont exprimées pour 10 000 personnes et ont été estimées par la formule (3) du Chapitre 1 (II.C.2, Tableau 5). Le nombre d'entrées a été estimé d'après les nombres de mises

sous écrou initiales en détention et hors détention publiés par la DAP (39). Pour chaque létalité, qui s'exprime sous la forme d'un pourcentage, un IC à 95% a été calculé.

III.B.3.c.iv. Comparaison du taux de suicide des personnes détenues avec celui en population générale

Le taux de suicide des personnes détenues sur la période 2017-2021 a été comparé avec le taux de suicide en population générale sur la période 2017-2021. Cette comparaison a été effectuée en trois temps.

Dans un premier temps, les taux de suicide bruts ont été comparés. Le taux de suicide en population générale de la France entière a été calculé à l'aide de la formule (1) du Chapitre 1 (II.C.2, Tableau 5). Le nombre de suicides a été extrait du système national des données de santé et le nombre de PA a été estimé sur la base des données de population transmises à SpF par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). La méthode d'estimation de la population moyenne a consisté, pour chaque année, en la moyenne de la population présente au 1^{er} janvier de l'année n et de l'année n+1.

Dans un second temps, la comparaison entre prison et population générale a été standardisée sur le genre, à l'aide de la méthode de standardisation indirecte. J'ai endossé successivement deux points de vue. Le premier a consisté à comparer le nombre de suicide observé en population carcérale avec celui attendu si les hommes et les femmes se suicidaient comme leurs homologues en population générale. La seconde a consisté à comparer le nombre de suicide observé en population générale avec celui attendu si les hommes et les femmes se suicidaient comme leurs homologues en population carcérale. L'objectif de ce double point de vue est, à partir de la confrontation des résultats obtenus, d'appuyer l'idée que la comparaison de la fréquence des suicides entre prison et population généralement devrait être menée séparément pour les hommes et pour les femmes.

Dans un troisième temps, les taux de suicide ont été comparés séparément chez les hommes et chez les femmes, sans puis avec standardisation indirecte sur l'âge. Les classes d'âge retenues pour la standardisation sont : 13-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans et 65-74 ans. Pour la comparaison standardisée uniquement, en population générale, les personnes de moins de 13 ans et de 75 ans et plus ont été exclues et en population carcérale, les personnes de 65 ans et plus ont toutes été assignées à la classe d'âge 65-74 ans. L'âge retenu pour le calcul des PA est celui en années révolues.

La méthode de la standardisation indirecte compare le nombre de suicides observé dans une population avec celui qu'on aurait eu si chaque genre ou chaque groupe d'âge étudié avait le même taux de suicide que leurs homologues dans une population de référence. La formule suivante a été utilisée :

$$SMR = \frac{S}{\sum Pm_i * D * t_i} \quad (18)$$

Avec *SMR* : *standardised mortality ratio* ; *S* : le nombre de suicides observé ; *Pm_i* : la population moyenne pour le genre ou la classe d'âge *i* ; *D* : la durée de la période d'observation en années ; *t_i* : le taux de mortalité par suicide dans la population de référence pour le genre ou la classe d'âge *i*.

Le SMR (*standardized mortality ratio*) s'interprète comme un risque relatif. Un IC à 95% a été calculé (325).

III.B.3.d. Logiciel d'analyse

L'ensemble des analyses ont été menées avec le logiciel R (R version 4.1.3).

III.B.4. Aspects éthiques

Cette étude a été autorisée par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, dossier n°16 081) et par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, décision DR-2017-210).

III.C. Résultats

Les résultats intermédiaires de cette étude, portant sur les années 2017-2018, ont fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique ([Annexe 4](#)).

III.C.1. Cas inclus dans l'étude

Six cent trente-et-un cas ont été transmis à SpF par la DAP ([Figure 12](#)). Quatre cas ont été exclus. Une autre cause de décès a été invoquée par les USMP de manière univoque pour deux d'entre eux. Pour le troisième cas, l'USMP a privilégié une hypothèse alternative au suicide et la DAP a indiqué a posteriori n'avoir aucune certitude sur la cause du décès. Quant au quatrième cas, la DAP a également indiqué a posteriori que le suicide était incertain, n'a pas transmis de données détaillées et l'USMP n'a pas répondu à l'enquête.

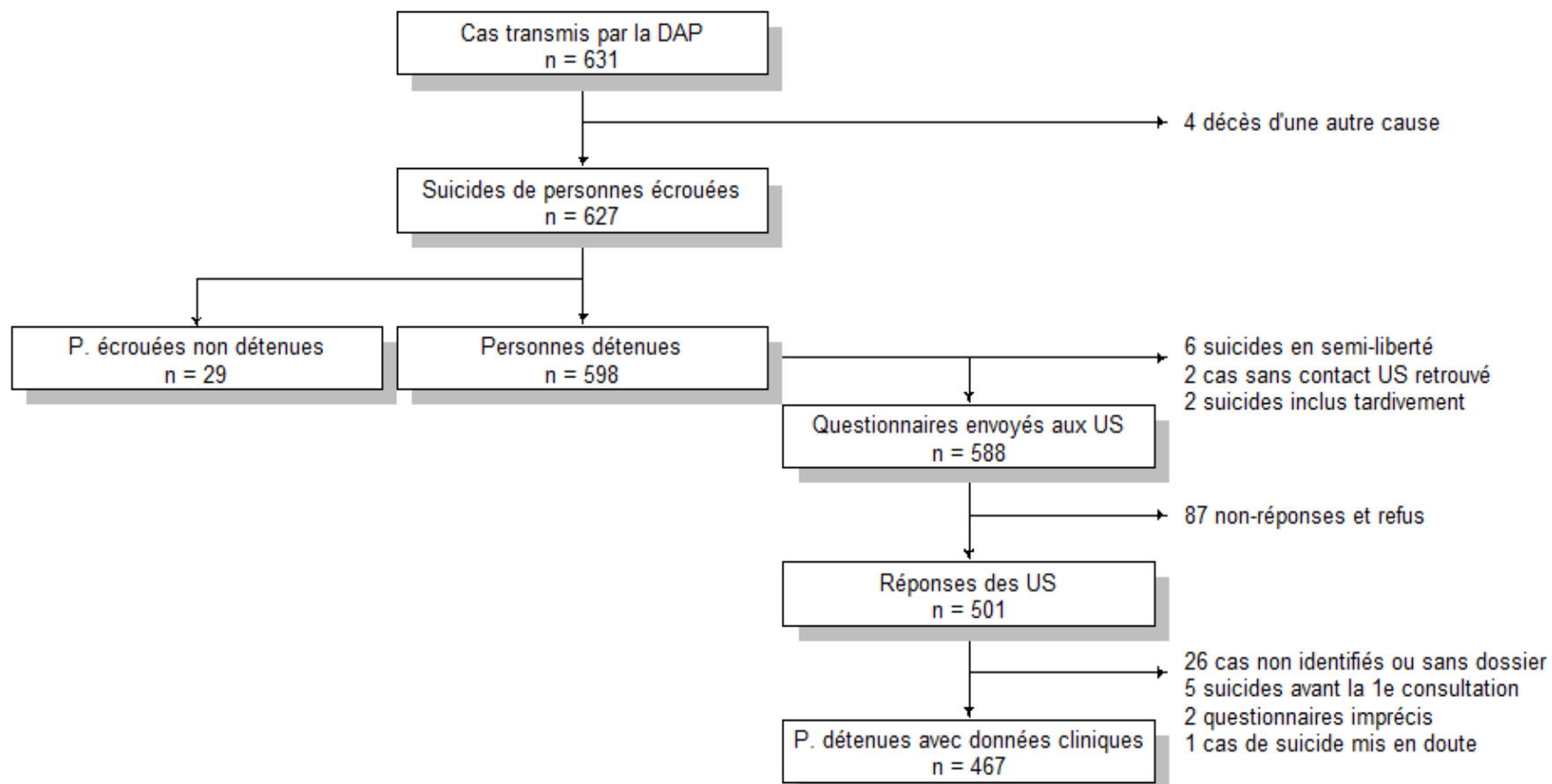
Six cent vingt-sept suicides de personnes écrouées ont donc été inclus dans l'étude. Ils se répartissent en 598 suicides de personnes détenues et 29 suicides de personnes écrouées non détenues. Ces dernières étaient toutes en détention à domicile sous surveillance électronique.

Les USMP n'ont pas été sollicitées par SpF pour 10 suicides de personnes détenues, soit parce que ces personnes étaient en centre de semi-liberté et non suivies par une USMP (n=6), soit parce qu'il n'a pas été retrouvé de personne à contacter (n=2), soit parce que SpF a été informé tardivement de leur existence (n=2).

Cinq cent quatre-vingt-huit questionnaires ont été envoyés aux USMP et, à l'exception des refus de participer à l'étude, 501 réponses ont été reçues, soit un pourcentage de réponses positives de 85%. Pour 26 cas, l'USMP n'a pas réussi à identifier la personne concernée ou n'a pas retrouvé son dossier. Le suicide est survenu avant le premier contact avec l'USMP pour 5 personnes et le questionnaire renvoyé par l'USMP portait la mention « non renseigné » pour tous les items pour 2 cas. Par ailleurs, pour un cas supplémentaire, le diagnostic de suicide a été mis en doute par l'USMP qui disait vouloir attendre l'autopsie. D'après la DAP, le suicide a été confirmé par l'autopsie et ce cas a donc été inclus dans l'étude.

Au total, les données cliniques ont été renseignées pour 467 suicides, pour un total de 598 suicides de personnes détenues pour la période 2017-2021 ([Figure 12](#)).

Figure 12. Diagramme de Flux de l'étude



DAP : direction de l'administration pénitentiaire ; P. : personnes ; US : unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Note : les personnes écrouées non détenues ne sont pas connues des USMP

Le niveau de réponse des USMP n'est pas homogène sur la période couverte par l'étude mais décroît avec le temps. Il est passé de 97% en 2017 à 63% en 2021, tandis que les personnes détenues avec des données cliniques sont passées 92% en 2017 à 55% en 2021 (Tableau 14).

Tableau 14. Participation des USMP à l'étude par année

	Global n=588	2017 n=107	2018 n=124	2019 n=118	2020 n=118	2021 n=121
Réponses des USMP (n=501)	85%	97%	94%	91%	82%	63%
Personnes détenues avec données cliniques (n=467)	79%	92%	90%	84%	78%	55%

Au-delà d'un phénomène d'essoufflement, cette diminution de participation avec le temps s'inscrit également dans le cadre d'une sollicitation des USMP par SpF plus tardive en fin d'étude, le suivi de l'étude à SpF ayant pris du retard pour diverses raisons dont la pandémie à SARS-CoV2. Ainsi, le niveau de réponse des USMP et de transmission de données cliniques étaient respectivement de 94% et de 90% en cas d'invitation à participer à l'étude dans le mois suivant le suicide, contre respectivement 63% et 56% en cas d'invitation à participer à l'étude plus d'un an après le suicide (Tableau 15).

Tableau 15. Participation des USMP selon le délai entre le suicide et la première sollicitation par SpF

	Global n=588	≤1mois n=236	1mois-1an n=186	>1an n=151
Réponses des USMP (n=501)	85%	94%	90%	63%
Personnes détenues avec données cliniques (n=467)	79%	90%	83%	56%

Note : les envois spontanés de questionnaire par les USMP ont été exclus des calculs de pourcentages

III.C.2. Analyses internes à l'étude

III.C.2.a. Caractéristiques des personnes détenues et comparaison avec les personnes écrouées non détenues, données DAP

Les caractéristiques des personnes écrouées détenues et non détenues, à l'exception des données cliniques, sont présentées dans les Tableaux 16 à 22. Sur 42 variables, 28 (67%) avaient moins

de 5% de données manquantes, 6 (14%) avaient entre 5 et 10% de données manquantes et 8 (19%) avaient entre 10 et 35% de données manquantes.

III.C.2.a.i. Caractéristiques sociodémographiques des personnes détenues

L'âge médian des personnes détenues décédées par suicide était de 36 ans (Q1-Q3 [28 - 46]) et 27 suicides (4,5%) concernaient des femmes (Tableau 16).

Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques des personnes écrouées

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
Sexe					0,576
<i>Femme</i>	27	(4,5)	2	(6,9)	
<i>Homme</i>	571	(95,5)	27	(93,1)	
Age (années)					0,462
16 à 19	15	(2,5)	0	(0)	
20 à 29	164	(27,5)	6	(20,7)	
30 à 39	168	(28,1)	12	(41,4)	
40 à 49	147	(24,6)	6	(20,7)	
50 à 86	103	(17,3)	5	(17,2)	
<i>Manquant</i>	1		0		
Nationalité					0,064
<i>Française</i>	464	(78,0)	27	(93,1)	
<i>Autre pays d'Europe</i>	60	(10,1)	1	(3,4)	
<i>Pays d'Afrique</i>	51	(8,6)	0	(0)	
<i>Autre pays</i>	20	(3,4)	1	(3,4)	
<i>Manquant</i>	3		0		
Situation familiale					0,099
<i>Célibataire</i>	284	(51,4)	14	(53,8)	
<i>Marié-e/PACS/concubinage</i>	196	(35,5)	11	(42,3)	
<i>Divorcé-e/séparé-e</i>	61	(11,1)	0	(0)	
<i>Veuf-ve</i>	11	(2,0)	1	(3,8)	
<i>Manquant</i>	46		3		
Nombre d'enfants					0,003
0	164	(34,7)	7	(30,4)	
1	106	(22,4)	12	(52,2)	
≥ 2	203	(42,9)	4	(17,4)	
<i>Manquant</i>	125		6		
Niveau d'instruction					0,011
<i>Aucun ou primaire</i>	16	(3,7)	0	(0)	
<i>Collège</i>	197	(46,0)	9	(39,1)	
<i>Lycée, BEP, CAP</i>	108	(25,2)	11	(47,8)	
<i>Baccalauréat</i>	70	(16,4)	0	(0)	
<i>Etudes supérieures</i>	37	(8,6)	3	(13,0)	

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
<i>Manquant</i>	170		6		
Situation vis-à-vis de l'emploi					0,002
<i>Avec emploi</i>	209	(46,1)	19	(82,6)	
<i>Sans emploi</i>	238	(52,5)	4	(17,4)	
<i>Etudiant·es et retraité·es</i>	6	(1,3)	0	(0)	
<i>Manquant</i>	145		6		
Personne à prévenir en cas de problème					
<i>Oui</i>	364	(63,5)			
<i>Non</i>	209	(36,5)			
<i>Manquant</i>	25				

P. : personnes

Les personnes de nationalité étrangère comptaient pour 22,0 % des suicides. La moitié des personnes détenues étaient célibataires (51,4%), 35,5% étaient mariées, pacsées ou en concubinage, 11,1% divorcées et 2,0% veuves. Les deux-tiers avaient au moins un enfant (65,3%) et 63,5% avaient déclaré une personne à prévenir en cas de problème.

Un quart avaient un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat (25,0%) et 3,7% n'avaient jamais été scolarisées ou n'avaient été scolarisées qu'à l'école primaire. Avant l'écrou initial, 46,1% des personnes détenues avaient un emploi, 52,5% étaient sans emploi et 1,3% étaient étudiantes ou retraitées.

III.C.2.a.ii. Caractéristiques pénales des personnes détenues

Près de la moitié des personnes décédées par suicide étaient incarcérées pour la première fois (47,0%, [Tableau 17](#)). La principale affaire dans laquelle elles étaient mises en cause était de nature correctionnelle pour 55,7% d'entre elles et criminelle pour 44,3%. Dans la première situation, l'incarcération a eu lieu dans le cadre d'une comparution immédiate pour 41,1% des cas.

La principale infraction suspectée ou retenue était un homicide pour 22,1% des cas, un viol ou une agression sexuelle pour 20,0% des cas, des violences volontaires pour 19,5% des cas, un vol pour 16,0% des cas, une infraction à la législation sur les stupéfiants pour 8,2% des cas et une autre infraction pour les 14,1% cas restants.

Tableau 17. Caractéristiques pénales des personnes écrouées

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
Première incarcération					
<i>Oui</i>	202	(47,0)			
<i>Non</i>	228	(53,0)			
<i>Manquant</i>	168				
Procédure pénale					
<i>Correctionnelle</i>	331	(55,7)	27	(96,4)	<0,001
<i>Criminelle</i>	263	(44,3)	1	(3,6)	
<i>Manquant</i>	4		1		
Comparution immédiate^a					
<i>Oui</i>	134	(41,1)	3	(12,0)	0,004
<i>Non</i>	192	(58,9)	22	(88,0)	
<i>Manquant</i>	5		2		
Infraction principale					
<i>Homicide</i>	131	(22,1)	1	(3,4)	<0,001
<i>Viol et agression sexuelle</i>	119	(20,0)	1	(3,4)	
<i>Violence volontaire</i>	116	(19,5)	7	(24,1)	
<i>Vol</i>	95	(16,0)	3	(10,3)	
<i>Stupéfiants</i>	49	(8,2)	2	(6,9)	
<i>Autre</i>	84	(14,1)	15	(51,7)	
<i>Manquant</i>	4		0		
Catégorie pénale à l'écrou initial					
<i>Détention provisoire</i>	310	(76,2)			
<i>Détention post-sentencielle</i>	97	(23,8)			
<i>Manquant</i>	191				
Catégorie pénale lors du suicide					
<i>Détention provisoire</i>	280	(47,1)	0	(0)	<0,001
<i>Détention post-sentencielle</i>	314	(52,9)	29	(100)	
<i>Manquant</i>	4		0		
Transfert					
<i>Oui</i>	204	(34,5)			
<i>Non</i>	388	(65,5)			
<i>Manquant</i>	6				

P. : personnes. ^a *Procédure correctionnelle uniquement*

Lors de l'écrou initial, 76,2% des personnes étaient en détention provisoire et 23,8% avaient été condamnées, tandis qu'au moment du suicide, 47,1% étaient en détention provisoire et 52,9% avaient été condamnées. Un tiers d'entre eux avaient connu plusieurs établissements pénitentiaires au cours de leur incarcération (34,5%).

III.C.2.a.iii. Caractéristiques carcérales des personnes détenues

Les trois quarts des personnes détenues décédées par suicide étaient écrouées en maison d'arrêt (78,0%) et 18,7% en centre de détention (Tableau 18). Quarante-deux pour cent étaient incarcérées loin de leur domicile ou de la personne à prévenir et un tiers avaient reçu des visites de leurs proches ou d'un visiteur de prison (35,9%). Les démarches administratives pour obtenir un droit et une date de visite prennent néanmoins plusieurs mois (326) et si on se restreint aux personnes décédées après plus de trois mois de détention, la part des personnes ayant reçu une visite monte à 48,9%.

Tableau 18. Caractéristiques carcérales des personnes détenues

	P. détenues	
	n=598	%
Type d'établissement pénitentiaire		
<i>(quartier) Maison d'arrêt</i>	453	(77,7)
<i>(quartier) Centre de détention</i>	109	(18,7)
<i>(quartier) Maison centrale</i>	10	(1,7)
<i>Autre</i>	11	(1,9)
<i>Manquant</i>	15	
Eloignement géographique		
<i>Oui</i>	228	(41,9)
<i>Non</i>	316	(58,1)
<i>Manquant</i>	54	
Visites		
<i>Oui</i>	201	(35,9)
<i>Non</i>	359	(64,1)
<i>Manquant</i>	38	
Antécédent de tentative de suicide		
<i>Oui</i>	247	(46,2)
<i>Non</i>	288	(53,8)
<i>Manquant</i>	63	
Trouble du comportement		
<i>Oui</i>	153	(39,2)
<i>Non</i>	237	(60,8)
<i>Manquant</i>	208	

P. : personnes

L'administration pénitentiaire avait connaissance d'un antécédent de tentative de suicide pour 46,2% d'entre elles et avait relevé des troubles du comportement pendant la détention pour 39,2% des cas.

III.C.2.a.iv. Circonstances des suicides des personnes détenues

Le délai médian entre l'entrée en prison et le suicide était de 5,5 mois (Q1-Q3 1,6-17,1). Un suicide sur neuf est survenu au cours de la première semaine de détention (11,1%), un sur cinq au cours du premier mois (19,9%), la moitié au cours des six premiers mois (52,3%) et les deux-tiers au cours de la première année (67,3%, Tableau 19). Après un transfert (n=204), un suicide sur dix est survenu au cours de la semaine d'arrivée dans l'établissement (10,3%), trois sur cinq dans les six premiers mois (60,4%) et 78,5% la première année. Pour les personnes condamnées, 0,7% des suicides (n=2) sont survenus au cours de la semaine précédant la date de libération prévisionnelle, 4,9% au cours du dernier mois et un peu plus de la moitié (54,9%) au cours de la dernière année.

Tableau 19. Moment du suicide

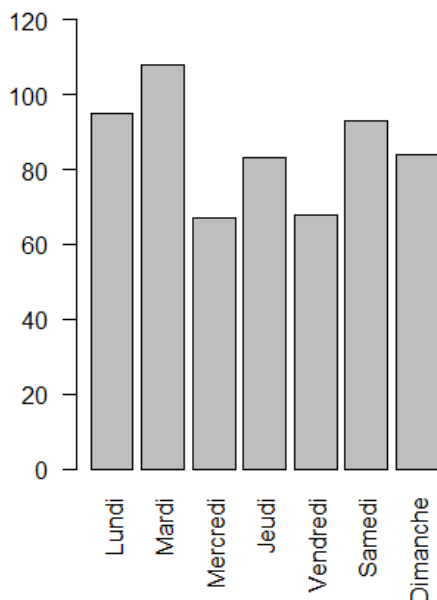
	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
Délai depuis la mise sous écrou initiale					0,134
<1 semaine	66	(11,1)	1	(3,6)	
1 semaine à 1 mois	52	(8,8)	6	(21,4)	
1 à 3 mois	96	(16,2)	5	(17,9)	
3 à 6 mois	96	(16,2)	7	(25,0)	
6 à 12 mois	90	(15,2)	4	(14,3)	
1 à 3 ans	108	(18,2)	4	(14,3)	
3 à 5 ans	39	(6,6)	0	(0)	
5 ans et plus	47	(7,9)	1	(3,6)	
Manquant	4		1		
Délai depuis l'arrivée dans l'établissement ^a					
<1 semaine	21	(10,3)			
1 semaine à 1 mois	31	(15,2)			
1 à 3 mois	38	(18,6)			
3 à 6 mois	33	(16,2)			
6 à 12 mois	37	(18,1)			
1 à 3 ans	37	(18,1)			
3 ans et plus	7	(3,4)			
Délai avant libération pour les condamnés					<0,001
<1 semaine	2	(0,7)	1	(3,4)	
1 semaine à 1 mois	13	(4,2)	2	(6,9)	
1 à 3 mois	43	(14,1)	6	(20,7)	
3 à 6 mois	54	(17,6)	12	(41,4)	
6 à 12 mois	56	(18,3)	7	(24,1)	
1 à 3 ans	74	(24,2)	1	(3,4)	
3 à 5 ans	26	(8,5)	0	(0)	

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
<i>5 ans et plus</i>	38	(12,4)	0	(0)	
<i>Manquant</i>	8		0		
<hr/>					
Date d'anniversaire de naissance					
<i>Oui</i>	4	(0,7)			
<i>Non</i>	593	(99,3)			
<i>Manquant</i>	1				
<hr/>					
Mois de l'année					
<i>Janvier</i>	47	(7,9)			
<i>Février</i>	47	(7,9)			
<i>Mars</i>	46	(7,7)			
<i>Avril</i>	43	(7,2)			
<i>Mai</i>	46	(7,7)			
<i>Juin</i>	56	(9,4)			
<i>Juillet</i>	62	(10,4)			
<i>Août</i>	48	(8,0)			
<i>Septembre</i>	57	(9,5)			
<i>Octobre</i>	49	(8,2)			
<i>Novembre</i>	47	(7,9)			
<i>Décembre</i>	50	(8,4)			
<hr/>					
Jour de la semaine					
<i>Lundi</i>	95	(15,9)			
<i>Mardi</i>	108	(18,1)			
<i>Mercredi</i>	67	(11,2)			
<i>Jeudi</i>	83	(13,9)			
<i>Vendredi</i>	68	(11,4)			
<i>Samedi</i>	93	(15,6)			
<i>Dimanche</i>	84	(14,0)			
<hr/>					
Heure de la journée					
<i>[0,3)</i>	53	(9,0)			
<i>[3,6)</i>	61	(10,3)			
<i>[6,9)</i>	109	(18,4)			
<i>[9,12)</i>	76	(12,9)			
<i>[12,15)</i>	59	(10,0)			
<i>[15,18)</i>	107	(18,1)			
<i>[18,21)</i>	67	(11,3)			
<i>[21,24)</i>	59	(10,0)			
<i>Manquant</i>	7				
<hr/>					
Service					
<i>Equipe de jour</i>	325	(55,3)			
<i>Equipe de nuit</i>	263	(44,7)			
<i>Manquant</i>	10				

P. : personnes. ^a Après transfert uniquement

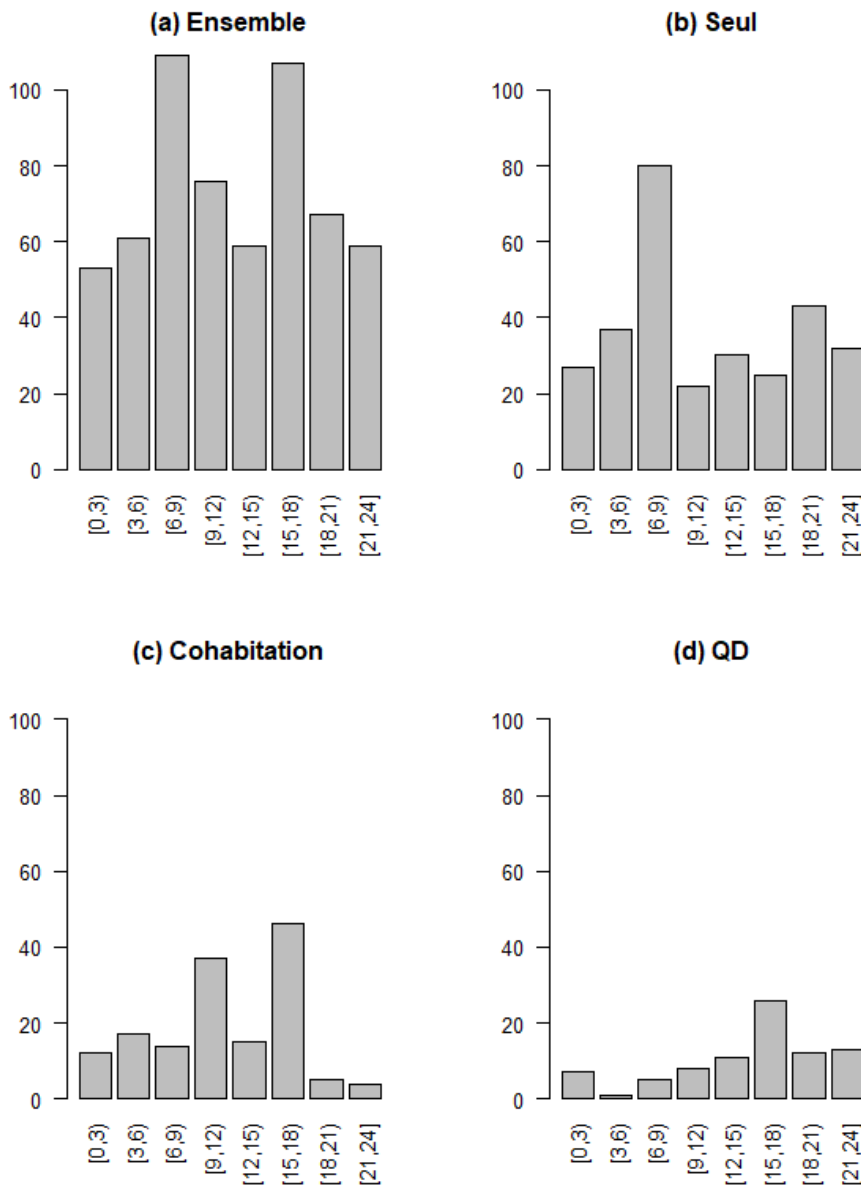
Quatre personnes sont décédées par suicide le jour de leur anniversaire de naissance (0,7%), ce qui n'est pas significativement plus fréquent que les autres jours ($p=0,118$). La fréquence des suicides ne variait pas non plus de manière significative selon le mois calendaire ($p=0,811$). Par contre, elle variait significativement selon le jour de la semaine ($p=0,018$), de 11,2% le mercredi à 18,1% le mardi (Figure 13). Le test effectué ne tient pas compte du caractère chronologiquement ordonné des jours de la semaine, ni du caractère cyclique de la semaine. Lorsqu'on regroupe les jours de la semaine en début de semaine (lundi et mardi), fin de semaine (mercredi à vendredi) et weekend (samedi et dimanche), la p valeur diminue à 0,002.

Figure 13. Distribution des suicides selon le jour de la semaine



Un peu plus de la moitié des suicides ont été découverts par l'équipe de jour (55,3%) et la fréquence des suicides varie significativement selon l'heure de la journée ($p<0,001$, Figure 14a). Les suicides étaient plus fréquents sur les tranches horaires de 6 à 9 heures (18,4%) et de 15 à 18 heures (18,1%) que pour le reste de la journée (9,0% à 12,9% selon les tranches horaires).

Figure 14. Distribution des suicides selon l'heure de la journée



(a) Ensemble des personnes détenues, n=598 ; (b) Personnes seules dans leur cellule, en détention ordinaire ou au quartier arrivant, n=297 ; (c) Personnes à plusieurs en cellule, en détention ordinaire ou au quartier arrivant, n=151 ; (d) Personnes seules dans leur cellule, quartier disciplinaire, n=83

Concernant le lieu du geste suicidaire, 60,2% ont eu lieu en détention ordinaire, 16,0% au QA, 13,9% au QD, 2,7% au QI, 6,9% dans des structures de soin et 0,3% à domicile (Tableau 20). En détention ordinaire et au QA (n=453), un tiers des suicides (34,0%) ont eu lieu dans des cellules comprenant plusieurs personnes. Dans cette dernière situation (n=151), 61,1% des suicides ont eu lieu en l'absence d'une ou de plusieurs autres personnes vivant dans la même

pièce. Lorsque les personnes codétenues étaient absentes (n=91), elles étaient le plus souvent en promenade (66,7%) ou au travail (13,8%).

Tableau 20. Lieu du suicide

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
Lieu du geste suicidaire					<0,001
<i>Cellule en détention ordinaire</i>	358	(60,2)	0	(0)	
<i>Quartier arrivant</i>	95	(16,0)	0	(0)	
<i>Quartier disciplinaire</i>	83	(13,9)	0	(0)	
<i>Quartier d'isolement</i>	16	(2,7)	0	(0)	
<i>SMPR</i>	17	(2,9)	0	(0)	
<i>UHSA</i>	18	(3,0)	0	(0)	
<i>EPSNF</i>	1	(0,2)	0	(0)	
<i>Autres hôpitaux</i>	5	(0,8)	0	(0)	
<i>Domicile</i>	2	(0,3)	17	(89,5)	
<i>Lieux publics</i>	0	(0)	2	(10,5)	
<i>Manquant</i>	3		10		
<hr/>					
Nombre de personnes en cellule ^a					
<i>Seul-e en cellule</i>	297	(66,0)			
<i>Plusieurs en cellule</i>	151	(34,0)			
<i>Manquant</i>	5				
<hr/>					
Présence des codétenu-es ^b					
<i>Oui</i>	58	(38,9)			
<i>Non</i>	91	(61,1)			
<i>Manquant</i>	2				
<hr/>					
Lieu des codétenu-es en cas d'absence ^c					
<i>Promenade</i>	58	(66,7)			
<i>Travail</i>	12	(13,8)			
<i>Autre</i>	17	(19,5)			
<i>Manquant</i>	4				
<hr/>					
Suicide au QD : dans les 24 heures					
<i>Oui</i>	37	(48,7)			
<i>Non</i>	39	(51,3)			
<i>Manquant</i>	7				
<hr/>					
Suicide au QD : motif de placement					
<i>Violences physiques contre personnel</i>	30	(38,5)			
<i>Insultes contre personnel</i>	13	(16,7)			
<i>Autre</i>	35	(44,9)			
<i>Manquant</i>	5				

EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes, réservé aux personnes détenues ; P. : personnes ; QD : quartier disciplinaire ; SMPR : service médico-psychologique régional, hospitalisation de jour en psychiatrie ; UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

^a Cellule en détention ordinaire et quartier arrivant uniquement ; ^b Plusieurs personnes en cellule en détention ordinaire et quartier arrivant uniquement ; ^c : Personnes codétenues absentes lorsque plusieurs personnes en cellule en détention ordinaire et quartier arrivant uniquement.

Lorsqu'on regarde l'heure du suicide séparément pour ces différents régimes de détention, on voit que le pic de 6 à 9 heures concernait majoritairement des personnes seules en cellule en détention ordinaire ou au QA (Figure 14b), tandis que les personnes devant partager leur cellule ainsi que, dans une moindre mesure, celles au QD, ont apporté une contribution importante au pic de 15 à 18 heures (Figure 14c et d). Pour les personnes devant partager leur cellule, on peut également relever un second pic de 9 à 12 heures (Figure 14c). Ainsi, en détention ordinaire et au QA, 27,0% des suicides des personnes seules en cellule étaient découverts entre 6 et 9h ($p < 0,001$), tandis que 55,3% des suicides des personnes à plusieurs en cellule étaient découverts entre 9 et 12h ou 15 et 18h ($p < 0,001$).

Au QD ($n=83$), près d'un tiers des suicides (31,3%, $p < 0,001$) sont survenus entre 15 et 18 heures et environ la moitié des suicides (48,7%) sont survenus dans les 24 premières heures. Les violences physiques contre le personnel (38,5%) et les insultes contre le personnel (16,7%) cumulaient plus de la moitié des motifs de placement au QD.

La pendaison était la méthode utilisée par quasiment tous les cas (93,1%), les autres méthodes relevées étant plus marginales : intoxication médicamenteuse volontaire (2,4%), exsanguination (1,9%), étouffement (1,5%), strangulation (0,7%) et feu (0,5%, Tableau 21). En cas de pendaison, le lien a été constitué à partir de la literie pour 70,2% des cas, consistait en une ceinture ou d'autres vêtements pour 13,4%, un cordon ou lacet pour 7,3% et des câbles électriques pour 4,1%. Ce lien a été attaché à la fenêtre pour 39,4% des cas, à des éléments du bloc sanitaire pour 20% des cas, au lit pour 16,7%, aux barreaux de la cellule pour 10,6% des cas et au radiateur ou à des canalisations pour 6,5% des cas.

Au moment du suicide, un risque suicidaire avait été identifié par l'administration pénitentiaire pour 44,3% des cas et 52,9% étaient placés sous surveillance « adaptée » (Tableau 22). Une lettre de suicide a été retrouvée pour 32% des cas. Le décès est survenu un ou plusieurs jours après le geste suicidaire pour 13,3% des cas. Il a été constaté en dehors de l'établissement pénitentiaire pour 15,2% des cas.

Tableau 21. Méthode de suicide

Méthode	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
					<0,001
<i>Pendaison</i>	553	(93,1)	19	(76,0)	
<i>Intoxication médicamenteuse volontaire</i>	14	(2,4)	2	(8,0)	
<i>Etouffement</i>	11	(1,9)	0	(0)	
<i>Exsanguination</i>	9	(1,5)	0	(0)	
<i>Strangulation</i>	4	(0,7)	0	(0)	
<i>Feu</i>	3	(0,5)	0	(0)	
<i>Arme à feu</i>	0	(0)	3	(12,0)	
<i>Collision avec un train</i>	0	(0)	1	(4,0)	
<i>Manquant</i>	4		4		
<hr/>					
Pendaison : point d'attache					
<i>Fenêtre</i>	207	(39,4)			
<i>Sanitaires, douche, toilettes</i>	105	(20,0)			
<i>Lit</i>	88	(16,7)			
<i>Barreaux de la cellule</i>	56	(10,6)			
<i>Radiateur et canalisations</i>	34	(6,5)			
<i>Autre</i>	36	(6,8)			
<i>Manquant</i>	27				
<hr/>					
Pendaison : système d'attache					
<i>Literie</i>	356	(70,2)			
<i>Ceinture et autres vêtements</i>	68	(13,4)			
<i>Cordon et lacet</i>	37	(7,3)			
<i>Cables électriques</i>	21	(4,1)			
<i>Autre</i>	25	(4,9)			
<i>Manquant</i>	46				

P. : personnes

III.C.2.a.v. Comparaison des caractéristiques des personnes détenues avec celles des personnes écrouées non détenues

Sur les 17 caractéristiques qui ont été comparées entre les personnes détenues et les personnes écrouées non détenues, 11 présentaient une p valeur inférieure à 0,05 (Tableaux 16 à 22).

Les personnes écrouées non détenues décédées par suicide avaient plus souvent un enfant (52,2% vs 22,4%) mais moins souvent plusieurs enfants (17,4% vs 42,9%) que les personnes détenues (p=0,003). Elles avaient plus souvent un BEP, un CAP ou bien arrêté l'école au cours du lycée (47,8% vs 25,2%) et avaient moins souvent le baccalauréat (13,0% vs 25,0%) que les personnes détenues (p=0,011). Elles étaient plus souvent en emploi avant l'incarcération (82,6% vs 46,1%, p=0,002).

Tableau 22. Autres circonstances du suicide

	P. détenues		P. non détenues		p
	n=598	%	n=29	%	
Risque suicidaire identifié					
<i>Oui</i>	219	(44,3)			
<i>Non</i>	275	(55,7)			
<i>Manquant</i>	104				
Surveillance adaptée					
<i>Oui</i>	296	(52,9)			
<i>Non</i>	264	(47,1)			
<i>Manquant</i>	38				
Lettre de suicide					
<i>Oui</i>	173	(32,0)			
<i>Non</i>	368	(68,0)			
<i>Manquant</i>	57				
Lieu du décès					
					<0,001
<i>Cellule en détention ordinaire</i>	321	(54,3)	0	(0)	
<i>Quartier arrivant</i>	84	(14,2)	0	(0)	
<i>Quartier disciplinaire</i>	71	(12,0)	0	(0)	
<i>Quartier d'isolement</i>	16	(2,7)	0	(0)	
<i>SMPR</i>	10	(1,7)	0	(0)	
<i>UHSA</i>	14	(2,4)	0	(0)	
<i>Autres hôpitaux</i>	73	(12,4)	2	(10,0)	
<i>Transports sanitaires</i>	1	(0,2)	1	(5,0)	
<i>Domicile</i>	1	(0,2)	17	(85,0)	
<i>Manquant</i>	7		9		
Jours entre le geste suicidaire et le décès					
					0,226
<i>0</i>	518	(86,6)	27	(93,1)	
<i>1</i>	29	(4,8)	0	(0)	
<i>≥ 2</i>	51	(8,5)	2	(6,9)	

SMPR : service médico-psychologique régional, hospitalisation de jour en psychiatrie ;
UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

Les personnes écrouées non détenues étaient plus souvent suivies au pénal par un tribunal correctionnel (96,4% vs 55,7%, $p < 0,001$), et moins souvent dans le cadre d'une comparution immédiate (12,0% vs 41,1%, $p = 0,004$). Elles étaient généralement mises en cause pour des infractions moins graves que les personnes détenues ($p < 0,001$). Toutes les personnes écrouées non détenues étaient en détention post-sentencielle ($p < 0,001$). Il était plus souvent prévu qu'elles soient libérées dans l'année que pour les personnes détenues condamnées (96,6% vs 54,9%, $p < 0,001$).

Les lieux du geste suicidaire et du décès étaient le plus souvent à domicile (respectivement 89,5% et 85,0%). La pendaison, bien que toujours majoritaire, était moins dominante que pour les personnes détenues (76,0% vs 93,1%, $p < 0,001$).

III.C.2.b. Représentativité des personnes détenues avec des données cliniques

Sur l'ensemble des 42 caractéristiques évaluées (Tableau 13), aucune caractéristique des personnes détenues avec des données cliniques ($n=467$) ne présentait de différence significative par rapport à l'ensemble des personnes détenues ($n=598$).

III.C.2.c. Caractéristiques cliniques des personnes détenues

Les caractéristiques cliniques des personnes détenues sont présentées dans le Tableau 23. Sur 42 variables, 9 (21%) avaient moins de 10% de données manquantes, 19 (45%) avaient entre 10 et 20% de données manquantes, 11 (26%) avaient entre 20 et 50% de données manquantes et 3 (7%) avaient entre 50 et 70% de données manquantes.

Tableau 23. Caractéristiques cliniques des personnes détenues ($n = 467$)

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES						
Tabagisme régulier						
<i>Oui</i>	334	(80,3)	297	(79,6)		
<i>Non</i>	82	(19,7)	76	(20,4)		
<i>Manquant</i>	51		94			
Consommation régulière d'alcool						
<i>Oui</i>	175	(43,6)				
<i>Non</i>	226	(56,4)				
<i>Manquant</i>	66					
Consommation régulière de cannabis						
<i>Oui</i>	180	(45,0)	75	(29,0)		
<i>Non</i>	220	(55,0)	184	(71,0)		
<i>Manquant</i>	67		208			
Consommation régulière d'opiacés						
<i>Oui</i>	67	(17,0)	13	(5,0)		
<i>Non</i>	328	(83,0)	247	(95,0)		
<i>Manquant</i>	72		207			
Autres produits stupéfiants						
<i>Oui</i>	103	(26,9)	21	(8,4)		

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
<i>Non</i>	280	(73,1)	230	(91,6)		
<i>Manquant</i>	84		216			

PATHOLOGIES

Pathologie somatique

<i>Oui</i>			189	(45,9)		
<i>Non</i>			223	(54,1)		
<i>Manquant</i>			55			
dont pathologie infectieuse						
<i>Oui</i>			17	(4,1)		
<i>Non</i>			395	(95,9)		
dont cancer						
<i>Oui</i>			8	(1,9)		
<i>Non</i>			404	(98,1)		
dont pathologie endocrine ou nutritionnelle						
<i>Oui</i>			31	(7,5)		
<i>Non</i>			381	(92,5)		
dont pathologie cardiovasculaire						
<i>Oui</i>			33	(8,0)		
<i>Non</i>			379	(92,0)		
dont pathologie musculo- squelettique						
<i>Oui</i>			32	(7,8)		
<i>Non</i>			380	(92,2)		
dont pathologie neurologique						
<i>Oui</i>			26	(6,3)		
<i>Non</i>			386	(93,7)		
dont pathologie ophtalmologique						
<i>Oui</i>			5	(1,2)		
<i>Non</i>			407	(98,8)		
dont pathologie de l'oreille						
<i>Oui</i>			8	(1,9)		
<i>Non</i>			404	(98,1)		
dont pathologie respiratoire						
<i>Oui</i>			33	(8,0)		
<i>Non</i>			379	(92,0)		
dont pathologie digestive						
<i>Oui</i>			24	(5,8)		
<i>Non</i>			388	(94,2)		
dont pathologie dermatologique						
<i>Oui</i>			10	(2,4)		
<i>Non</i>			402	(97,6)		
dont pathologie urologique						
<i>Oui</i>			11	(2,7)		

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
<i>Non</i>			401	(97,3)		
dont traumatismes et causes externes						
<i>Oui</i>			19	(4,6)		
<i>Non</i>			393	(95,4)		
Troubles psychiatriques						
<i>Oui</i>	194	(47,8)	262	(63,7)		
<i>Non</i>	212	(52,2)	149	(36,3)		
<i>Manquant</i>	61		56			
dont troubles psychotiques						
<i>Oui</i>	47	(11,6)	60	(14,6)		
<i>Non</i>	359	(88,4)	351	(85,4)		
dont schizophrénie						
<i>Oui</i>	22	(5,4)	26	(6,3)		
<i>Non</i>	384	(94,6)	385	(93,7)		
dont troubles bipolaires						
<i>Oui</i>	9	(2,2)	7	(1,7)		
<i>Non</i>	397	(97,8)	404	(98,3)		
dont troubles dépressifs						
<i>Oui</i>	43	(10,6)	64	(15,6)		
<i>Non</i>	363	(89,4)	347	(84,4)		
dont troubles anxieux ^a						
<i>Oui</i>	28	(6,9)	63	(15,3)		
<i>Non</i>	378	(93,1)	348	(84,7)		
dont troubles de l'adaptation						
<i>Oui</i>	9	(2,2)	21	(5,1)		
<i>Non</i>	397	(97,8)	390	(94,9)		
dont troubles de la personnalité ^b						
<i>Oui</i>	33	(8,1)	61	(14,8)		
<i>Non</i>	373	(91,9)	350	(85,2)		

COMPORTEMENTS AUTOAGRESSIFS

Automutilation						
<i>Oui</i>	75	(23,6)	77	(20,4)		
<i>Non</i>	243	(76,4)	301	(79,6)		
<i>Manquant</i>	149		89			
Nombre d'automutilations						
<i>Une seule</i>			24	(60,0)		
<i>Plusieurs</i>			16	(40,0)		
<i>Manquant</i>			37			
Délai automutilation-suicide^c						
<1 mois			22	(47,8)		
1 mois à 1 an			18	(39,1)		
1 an et plus			6	(13,0)		

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
<i>Manquant</i>			31			
Tentative de suicide						
<i>Oui</i>	147	(39,3)	116	(28,1)		
<i>Non</i>	227	(60,7)	297	(71,9)		
<i>Manquant</i>	93		54			
Nombre de tentatives de suicide						
<i>Une seule</i>			47	(55,3)		
<i>Plusieurs</i>			38	(44,7)		
<i>Manquant</i>			31			
Délai tentative de suicide-suicide ^c						
<1 mois			20	(23,0)		
1 mois à 1 an			38	(43,7)		
1 an et +			29	(33,3)		
<i>Manquant</i>			29			
Menace de suicide						
<i>Oui</i>			127	(31,4)		
<i>Non</i>			278	(68,6)		
<i>Manquant</i>			62			
Idées suicidaires						
<i>Oui</i>					94	(23,5)
<i>Non</i>					306	(76,5)
<i>Manquant</i>					67	
PRISE EN CHARGE						
Suivi régulier par l'unité sanitaire ^d						
<i>Oui</i>			232	(79,5)		
<i>Non</i>			60	(20,5)		
<i>Manquant</i>			5			
Fréquence du suivi par l'unité sanitaire						
<i>Tous les jours ou presque</i>			62	(22,5)		
<i>1 à 3 fois par semaine</i>			68	(24,6)		
<i>1 à 3 fois par mois</i>			146	(52,9)		
<i>Manquant</i>			19			
Suivi psychologique ou psychiatrique ^d						
<i>Oui</i>	252	(61,9)	202	(73,2)		
<i>Non</i>	155	(38,1)	74	(26,8)		
<i>Manquant</i>	60		21			
Hospitalisation en psychiatrie						
<i>Oui</i>	155	(38,6)	141	(32,4)		
<i>Non</i>	247	(61,4)	294	(67,6)		
<i>Manquant</i>	65		32			
Traitement psychotrope hors TSO						
<i>Oui</i>	233	(58,0)	249	(57,6)	282	(63,7)
<i>Non</i>	169	(42,0)	183	(42,4)	161	(36,3)

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
<i>Manquant</i>	65		35		24	
TSO						
<i>Oui</i>	58	(14,4)	46	(10,7)	44	(10,0)
<i>Non</i>	345	(85,6)	382	(89,3)	398	(90,0)
<i>Manquant</i>	64		39		25	
Observance du traitement psychotrope						
<i>Oui</i>					168	(86,6)
<i>Non</i>					26	(13,4)
<i>Manquant</i>					92	
Dernier rendez-vous médical avant le suicide						
<i>< 1 semaine</i>			269	(60,4)		
<i>1 semaine à 1 mois</i>			111	(24,9)		
<i>> 1 mois</i>			37	(8,3)		
<i>Suivi interrompu</i>			28	(6,3)		
<i>Manquant</i>			22			

EVENEMENTS TRAUMATIQUES

Suicide dans la famille						
<i>Oui</i>	34	(20,9)				
<i>Non</i>	129	(79,1)				
<i>Manquant</i>	304					
Maltraitance physique subie						
<i>Oui</i>	54	(32,7)				
<i>Non</i>	111	(67,3)				
<i>Manquant</i>	302					
Violence sexuelle subie						
<i>Oui</i>	25	(17,0)				
<i>Non</i>	122	(83,0)				
<i>Manquant</i>	320					
Survenue d'un évènement traumatique						
<i>Oui</i>					184	(61,3)
<i>Non</i>					116	(38,7)
<i>Manquant</i>					167	
dont lié à la situation pénale						
<i>Oui</i>					56	(18,5)
<i>Non</i>					246	(81,5)
dont lié à la situation carcérale						
<i>Oui</i>					42	(14,0)
<i>Non</i>					258	(86,0)
dont lié à la situation familiale						
<i>Oui</i>					36	(11,9)
<i>Non</i>					266	(88,1)

	Avant l'incarcération		Pendant l'incarcération		Semaine avant le suicide	
	n	%	n	%	n	%
dont lié à la santé						
<i>Oui</i>					7	(2,3)
<i>Non</i>					293	(97,7)
Survenue d'un évènement traumatique, complété ^e						
<i>Oui</i>					245	(72,5)
<i>Non</i>					93	(27,5)
<i>Manquant</i>					129	
AUTRE						
Episode d'agitation						
<i>Oui</i>			95	(23,2)	84	(20,9)
<i>Non</i>			314	(76,8)	317	(79,1)
<i>Manquant</i>			58		66	

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

^a Inclut les troubles de l'adaptation ^b Inclut les troubles du comportement ; ^c Temps écoulé entre le dernier geste auto-agressif non létal et le suicide ; ^d Les personnes dont le suicide est survenu au cours des trois premiers mois ont été exclues de la mesure pendant l'incarcération ; ^e Réponses des unités sanitaires complétées avec les données de la DAP. Un évènement traumatique est considéré comme présent le suicide est survenu moins d'une semaine après l'entrée en prison, un changement d'établissement ou un placement au quartier disciplinaire.

III.C.2.c.i. Etat de santé avant l'incarcération

Avant l'incarcération, 20,9% des cas avaient rapporté un suicide dans la famille, 32,7% une maltraitance physique subie et 17,0% une violence sexuelle subie (Tableau 23). A noter qu'il s'agit des trois caractéristiques avec plus de 50% de données manquantes.

La consommation régulière de substances addictives concernait 80,3% des personnes pour le tabac, 43,6% pour l'alcool, 45,0% pour le cannabis, 17,0% pour les opiacés et 26,9% pour les autres produits stupéfiants.

Près de la moitié (47,8%) déclaraient avoir eu des troubles psychiatriques avant l'incarcération. Il s'agissait de troubles psychotiques pour 11,6% de l'ensemble des cas, de schizophrénie pour 5,4%, de troubles de l'humeur pour 13,1%, de troubles anxieux pour 6,9%, de troubles de l'adaptation pour 2,2% et de troubles de la personnalité et du comportement pour 8,1% des cas. Près d'un quart (23,6%) avaient un antécédent d'automutilation et 39,3% avaient un antécédent de tentative de suicide.

Avant l’incarcération, 61,9% avaient eu un suivi psychologique ou psychiatrique, 38,6% avaient déjà été hospitalisés, 14,4% avaient déjà eu un traitement de substitution aux opiacés et 58,0% un autre traitement psychotrope.

III.C.2.c.ii. Etat de santé pendant l’incarcération

Pendant l’incarcération, la consommation régulière de substances addictives concernait 79,6% des personnes pour le tabac, 29,0% pour le cannabis, 5,0% pour les opiacés et 8,4% pour les autres produits stupéfiants (Tableau 23).

Une pathologie somatique a été diagnostiquée chez 45,9% des personnes. Les cinq spécialités les plus représentées étaient par ordre décroissant les pathologies cardiovasculaire (8,0%), les pathologies respiratoires (8,0%), les pathologies musculo-squelettiques (7,8%), les pathologies endocrines et nutritionnelles (7,5%) et les pathologies neurologiques (6,3%).

Près des deux tiers (63,7%) présentaient des troubles psychiatriques pendant l’incarcération. Il s’agissait de troubles psychotiques pour 14,6% de l’ensemble des cas, de schizophrénie pour 6,3%, de troubles de l’humeur pour 18,0%, de troubles anxieux pour 15,3%, de troubles de l’adaptation pour 5,1% et de troubles de la personnalité et du comportement pour 14,8% des cas. Par ailleurs, 23,2% avaient présenté un épisode d’agitation.

Une personne sur cinq (n=77, 20,4%) a eu un ou plusieurs épisodes d’automutilation pendant l’incarcération. Parmi elles, la dernière automutilation est survenue dans le mois précédant le suicide près d’une fois sur deux (47,8%). De la même manière, le suicide a été précédé pour 28,1% des cas (n=116) d’une ou de plusieurs tentatives de suicide pendant l’incarcération. Parmi elles, la dernière tentative de suicide est survenue dans le mois précédant le suicide dans un peu moins d’un quart des cas (23,0%).

Parmi les personnes dont le suicide a eu lieu au-delà des trois premiers mois, quatre personnes sur cinq (79,5%) avaient un suivi régulier par l’unité sanitaire pendant l’incarcération. Parmi ces dernières, 22,5% étaient vues tous les jours ou presque et 24,6% une à trois fois par semaine. Près des trois quarts des cas survenus après trois mois (73,2%) avaient un suivi psychologique ou psychiatrique. Plus de la moitié de l’ensemble des cas prenaient un traitement psychotrope hors traitement de substitution aux opiacés (57,6%), ce dernier traitement étant prescrit à 10,7% des cas. Par ailleurs, 38,6% avaient été hospitalisés en psychiatrie pendant l’incarcération. Trois personnes sur cinq avaient consulté au cours de la semaine avant le suicide et 85,3% dans le mois précédant le suicide.

III.C.2.c.iii. Etat de santé au cours de la semaine qui a précédé le suicide

La semaine avant le suicide, 20,9% des personnes ont eu un épisode d'agitation et 23,5% présentaient des idées suicidaires (Tableau 23). Dix pour cent étaient sous traitement de substitution aux opiacés et 63,7% prenaient un autre traitement psychotrope. L'observance aux traitements psychotropes était de 86,6%.

La survenue d'un évènement traumatique au cours de la semaine précédant le suicide a été rapportée pour 61,3% des cas. L'évènement était lié à la situation pénale pour 18,5% de l'ensemble des cas, à la situation carcérale pour 14,0%, à la situation familiale pour 11,9% et à la santé pour 2,3% des cas. Après avoir complété ces données avec les suicides survenus dans la semaine suivant l'entrée en prison, un placement au QD ou un transfert, la part des suicides au cours de la semaine suivant un évènement a augmenté à 72,5%.

III.C.2.c.iv. Eléments supplémentaires sur les tentatives de suicide

Le suicide a été précédé d'une tentative de suicide en détention pour 35,9% des cas avec des troubles psychiatriques et 13,4% des cas sans troubles psychiatriques. Par ailleurs, toute période confondue, 45,5% des cas avaient déjà fait une tentative de suicide d'après les USMP. Lorsqu'on croise cette information avec celles données par la DAP (n=347 après exclusion des données manquantes), on obtient les résultats suivants : les deux sources s'accordent sur la présence d'un antécédent de tentative de suicide pour 37,8% des cas et sur son absence pour 35,2% des cas. En revanche, pour 14,7% des cas, l'USMP indiquait l'absence d'antécédent de tentative de suicide et la DAP indiquait le contraire, tandis que la situation inverse concernait 12,4% des cas.

III.C.2.d. Comparaison de l'état de santé avant et pendant l'incarcération

La comparaison de l'état de santé avant l'incarcération, vie entière, avec celui pendant l'incarcération, dans l'intervalle de temps qui sépare l'entrée en prison du suicide, est présentée dans le Tableau 24.

L'incarcération n'a pas modifié la prévalence du tabagisme, qui concerne la grande majorité des personnes. En revanche, la consommation régulière de substances illicites a diminué avec l'incarcération. Selon la substance, entre 8,7 et 15,2% des cas ont eu une consommation régulière avant la prison mais pas en prison, tandis que 0,9 à 2,3% des cas ont démarré une consommation régulière en prison.

Tableau 24. Comparaison de l'état de santé avant et pendant l'incarcération (n=414)^a

	Jamais		Avant et pendant		Avant uniquement		Pendant uniquement		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Tabagisme régulier	43	(13,2)	268	(82,2)	9	(2,8)	6	(1,8)	0,439
Consommation régulière de cannabis	129	(59,2)	65	(29,8)	19	(8,7)	5	(2,3)	0,004
Consommation régulière d'opiacés	183	(85,5)	10	(4,7)	19	(8,9)	2	(0,9)	<0,001
Consommation d'autres produits stupéfiants	159	(75,7)	17	(8,1)	32	(15,2)	2	(1,0)	<0,001
Troubles psychiatriques	103	(30,5)	157	(46,4)	12	(3,6)	66	(19,5)	<0,001
Troubles psychotiques	282	(83,4)	39	(11,5)	3	(0,9)	14	(4,1)	0,008
Schizophrénie	310	(91,7)	15	(4,4)	4	(1,2)	9	(2,7)	0,166
Troubles bipolaires	328	(97)	6	(1,8)	3	(0,9)	1	(0,3)	NA
Troubles dépressifs	272	(80,5)	23	(6,8)	13	(3,8)	30	(8,9)	0,01
Troubles anxieux ^b	273	(80,8)	16	(4,7)	10	(3)	39	(11,5)	0,001
Troubles de l'adaptation	316	(93,5)	5	(1,5)	3	(0,9)	14	(4,1)	0,008
Troubles de la personnalité ^c	276	(81,7)	23	(6,8)	7	(2,1)	32	(9,5)	<0,001
Suivi psychologique ou psychiatrique	44	(18,0)	136	(55,5)	22	(9,0)	43	(17,6)	0,009
Hospitalisation en psychiatrie	175	(50,7)	82	(23,8)	53	(15,4)	35	(10,1)	0,055
Traitement psychotrope hors TSO	94	(27,6)	169	(49,6)	28	(8,2)	50	(14,7)	0,013
TSO	286	(82,7)	36	(10,4)	18	(5,2)	6	(1,7)	0,014

TSO : traitement de substitution aux opiacés. ^a Les suicides survenus la première semaine d'incarcération ont été exclus ; ^b Inclut les troubles de l'adaptation ; ^c Troubles de la personnalité et du comportement

Les troubles psychiatriques étaient plus fréquents pendant la détention qu'avant la détention : si 46,4% ont présenté des troubles avant et pendant l'incarcération, 3,6% des cas avaient un antécédent psychiatrique avant la prison mais n'ont pas présenté de trouble en prison, tandis que 19,5% des cas n'avaient pas de trouble psychiatrique connu avant la prison et ont développé un trouble psychiatrique pendant l'incarcération. A l'exception des troubles bipolaires et de la schizophrénie, cette augmentation a été observée pour tous les types de troubles psychiatriques. Parmi les personnes incarcérées au moins trois mois, le nombre de personnes ayant eu un suivi psychologique ou psychiatrique est un peu plus élevé pendant l'incarcération. Un peu plus de la moitié (55,5%) ont eu un suivi psychiatrique avant et pendant l'incarcération, 9,0% des cas ont eu ce suivi uniquement avant et 17,6% uniquement pendant l'incarcération. Concernant les hospitalisations en psychiatrie, 23,8% ont été hospitalisées avant et pendant l'incarcération,

15,4% ont été hospitalisées uniquement avant, tandis que 10,1% ont été hospitalisées uniquement pendant l’incarcération.

Un peu plus de 10% des personnes ont pris des traitements de substitution aux opiacés avant et pendant l’incarcération, 5,2% uniquement avant l’incarcération et 1,7% uniquement pendant l’incarcération. Concernant les autres traitements psychotropes, la moitié (49,6%) en avaient pris avant et pendant l’incarcération, 8,2% uniquement avant et 14,7% uniquement pendant.

III.C.2.e. Evolution des caractéristiques des personnes détenues en lien avec la pandémie à SARS-CoV2

Sur l’ensemble des 109 caractéristiques évaluées (Tableau 13), 15 caractéristiques (13,8%) présentaient des différences significatives entre les trois périodes étudiées : 1) avant le 17 mars 2020 (n=385 pour les données DAP et n=333 pour les données cliniques) ; 2) pendant les deux premiers confinements (respectivement n=28 et n=23) ; 3) après le 17 mars 2020 hors confinement (respectivement n=185 et n=111, Tableau 25). Je vais appeler ces trois périodes « pré-COVID », « confinements » et « restrictions sanitaires ».

Les personnes détenues décédées par suicide pendant les confinements et autres restrictions sanitaires avaient plus souvent la nationalité d’un pays d’Afrique (respectivement 14,8% et 11,9% vs 6,5%) et moins souvent la nationalité d’un autre pays d’Europe que la France (respectivement 3,7% et 5,9% vs 12,5%) que pour la période pré-COVID (p=0,026, Tableau 25). Elles avaient plus souvent des enfants pendant la période de restrictions sanitaires que pendant la période pré-COVID (80,8% vs 61,1%, p=0,002). Elles avaient également plus souvent été en emploi avant incarcération pendant les confinements et autres restrictions sanitaires (respectivement 68,8% et 55,2% vs 41,7%, p=0,041).

Tableau 25. Caractéristiques des personnes détenues qui présentent une évolution significative en lien avec la pandémie à SARS-CoV2, données DAP

	Pré-COVID		Confinements		Autres restrictions sanitaires		p
	n=385	(%)	n=28	%	n=185	%	
CARACTERISTIQUES							
SOCIODEMOGRAPHIQUES							
Nationalité							0,026
Française	297	(77,5)	22	(81,5)	145	(78,4)	
Autre pays d’Europe	48	(12,5)	1	(3,7)	11	(5,9)	
Pays d’Afrique	25	(6,5)	4	(14,8)	22	(11,9)	
Autre pays	13	(3,4)	0	(0)	7	(3,8)	

	Pré-COVID		Confinements		Autres restrictions sanitaires		p
	n=385	(%)	n=28	%	n=185	%	
<i>Manquant</i>	2		1		0		
Nombre d'enfants							0,002
0	137	(38,9)	7	(41,2)	20	(19,2)	
1	68	(19,3)	4	(23,5)	34	(32,7)	
≥ 2	147	(41,8)	6	(35,3)	50	(48,1)	
<i>Manquant</i>	33		11		81		
Situation vis-à-vis de l'emploi							0,041
<i>Avec emploi</i>	134	(41,7)	11	(68,8)	64	(55,2)	
<i>Sans emploi</i>	182	(56,7)	5	(31,2)	51	(44)	
<i>Etudiant·es et retraité·es</i>	5	(1,6)	0	(0)	1	(0,9)	
<i>Manquant</i>	64		12		69		

CARACTERISTIQUES PENALES

Comparution immédiate							<0,001
<i>Oui</i>	104	(50,5)	4	(25)	26	(25)	
<i>Non</i>	102	(49,5)	12	(75)	78	(75)	
<i>Manquant</i>	5		0		0		

CARACTERISTIQUES CARCERALES

Eloignement géographique							<0,001
<i>Oui</i>	174	(48,6)	9	(36)	45	(28)	
<i>Non</i>	184	(51,4)	16	(64)	116	(72)	
<i>Manquant</i>	27		3		24		
Visites							0,032
<i>Oui</i>	142	(39,9)	8	(32)	51	(28,5)	
<i>Non</i>	214	(60,1)	17	(68)	128	(71,5)	
<i>Manquant</i>	29		3		6		
Antécédent de tentative de suicide							<0,001
<i>Oui</i>	179	(53,6)	5	(18,5)	63	(36,2)	
<i>Non</i>	155	(46,4)	22	(81,5)	111	(63,8)	
<i>Manquant</i>	51		1		11		
Trouble du comportement							<0,001
<i>Oui</i>	92	(48,4)	4	(16)	57	(32,6)	
<i>Non</i>	98	(51,6)	21	(84)	118	(67,4)	
<i>Manquant</i>	195		3		10		

CIRCONSTANCES DU SUICIDE

Risque suicidaire identifié							<0,001
<i>Oui</i>	96	(32,5)	12	(48)	111	(63,8)	
<i>Non</i>	199	(67,5)	13	(52)	63	(36,2)	
<i>Manquant</i>	90		3		11		
Surveillance adaptée							<0,001
<i>Oui</i>	217	(60,3)	11	(40,7)	68	(39,3)	
<i>Non</i>	143	(39,7)	16	(59,3)	105	(60,7)	

	Pré-COVID		Confinements		Autres restrictions sanitaires		p
	n=385	(%)	n=28	%	n=185	%	
<i>Manquant</i>	25		1		12		
Délai depuis l'arrivée dans l'établissement							0,036
<1 semaine	9	(7,1)	2	(20)	10	(14,9)	
1 semaine à 1 mois	22	(17,3)	1	(10)	8	(11,9)	
1 à 3 mois	24	(18,9)	1	(10)	13	(19,4)	
3 à 6 mois	15	(11,8)	2	(20)	16	(23,9)	
6 à 12 mois	26	(20,5)	1	(10)	10	(14,9)	
1 à 3 ans	29	(22,8)	3	(30)	5	(7,5)	
3 ans et plus	2	(1,6)	0	(0)	5	(7,5)	
Nombre de personnes en cellule ^a							0,017
<i>Seul-e en cellule</i>	180	(63,8)	23	(92)	94	(66,7)	
<i>Plusieurs en cellule</i>	102	(36,2)	2	(8)	47	(33,3)	
<i>Manquant</i>	2		0		3		
Lettre de suicide							<0,001
<i>Oui</i>	139	(41,4)	3	(11,5)	31	(17,3)	
<i>Non</i>	197	(58,6)	23	(88,5)	148	(82,7)	
<i>Manquant</i>	49		2		6		
Lieu du décès							0,019
<i>Cellule en détention ordinaire</i>	192	(50,1)	14	(51,9)	115	(63,5)	
<i>Quartier arrivant</i>	55	(14,4)	7	(25,9)	22	(12,2)	
<i>Quartier disciplinaire</i>	45	(11,7)	1	(3,7)	25	(13,8)	
<i>Quartier d'isolement</i>	14	(3,7)	0	(0)	2	(1,1)	
<i>SMPR</i>	7	(1,8)	0	(0)	3	(1,7)	
<i>UHSA</i>	10	(2,6)	0	(0)	4	(2,2)	
<i>Autres hôpitaux</i>	58	(15,1)	5	(18,5)	10	(5,5)	
<i>Transports sanitaires</i>	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	
<i>Domicile</i>	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	
<i>Manquant</i>	2		1		4		

SMPR : service médico-psychologique régional, hospitalisation de jour en psychiatrie ;
UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les
personnes détenues

^a Cellule en détention ordinaire et quartier arrivant uniquement

Pendant les confinements et les autres restrictions sanitaires, en cas de procédure correctionnelle, les personnes décédées par suicide avaient moins souvent été incarcérées dans le cadre d'une comparution immédiate (respectivement 25% et 25% vs 50,5%, $p < 0,001$). Bien que l'éloignement géographique était moins fréquent (respectivement 36% et 28% vs 48,6%, $p < 0,001$), un nombre plus faible de personnes avaient reçu des visites (respectivement 32,0% et 28,5% vs 39,9%, $p = 0,032$, [Tableau 25](#)). Les antécédents de tentative de suicide étaient moins fréquents pour les cas survenus pendant les confinements et les autres restrictions sanitaires selon l'administration pénitentiaire (respectivement 18,5% et 36,2% vs 53,6%, $p < 0,001$) mais

pas selon les unités sanitaires ($p=0,734$ avant l’incarcération et $p=0,796$ pendant l’incarcération). L’administration pénitentiaire a également relevé moins de troubles du comportement pendant les confinements et les autres restrictions sanitaires (respectivement 16,0% et 32,6% vs 48,4%, $p<0,001$).

Au moment du suicide, un risque suicidaire avait été plus souvent identifié pendant les confinements et autres restrictions sanitaires (respectivement 48,0% et 63,8% vs 32,5%, $p<0,001$), mais la surveillance « adaptée » était moins fréquemment mise en place (respectivement 40,7% et 39,3% vs 60,3%, $p<0,001$, Tableau 25). En cas de transfert, le délai entre l’arrivée dans le nouvel établissement et le suicide variait significativement selon la période ($p=0,036$), sans tendance uniforme. En détention ordinaire et au QA, les personnes étaient plus souvent seules en cellule au moment de leur décès pendant les confinements (92% vs 63,8% pour la période pré-COVID et 66,7% pour les autres restrictions sanitaires, $p=0,017$). Les décès des deux personnes qui étaient plusieurs en cellule pendant les confinements sont survenus au début du premier confinement.

Les lettres de suicide étaient moins fréquentes pendant les confinements et autres restrictions sanitaires (respectivement 11,5% et 17,3% vs 41,4%, $p<0,001$). Enfin, pendant les autres restrictions sanitaires, les décès survenaient plus souvent en détention ordinaire (63,5% vs 50,1%) et moins souvent à l’hôpital (5,5% vs 15,1%) que pour la période pré-COVID ($p=0,019$). Pour ce qui est des données cliniques, aucune différence significative n’a été mise en évidence.

III.C.2.f. Comparaison des caractéristiques des personnes détenues selon le délai entre l’entrée en prison et le suicide

Sur l’ensemble des 102 caractéristiques évaluées (Tableau 13), 32 caractéristiques (31,4%) présentaient des différences significatives entre les suicides survenus au cours des 3 premiers mois de détention ($n=214$ pour les données DAP et $n=170$ pour les données cliniques) et ceux survenus au-delà de 3 mois (respectivement $n=380$ et $n=296$, Tableaux 26 et 27). Je vais appeler ces groupes les suicides « précoces » et les suicides « tardifs ».

Les suicides précoces comprenaient moins de femmes que les suicides tardifs (1,9% vs 6,1%, $p=0,019$, Tableau 26). Ils concernaient plus souvent des personnes en procédure correctionnelle (63,1% vs 51,6%, $p=0,007$). Les infractions reprochées aux personnes décédées précocement étaient plus souvent des violences volontaires (23,5% vs 17,4%) ou des infractions de la catégorie « autre » (20,2% vs 10,8%) et moins souvent un homicide (17,4% vs 24,7%) ou un

vol (12,2% vs 18,2%, $p=0,002$)). Les suicides précoces avaient plus souvent lieu en détention provisoire (63,1% vs 38,2%, $p<0,001$), en maison d'arrêt (96,2% vs 67,7%, $p<0,001$) et les personnes concernées avaient moins souvent vécu un transfert (10,7% vs 47,9%, $p<0,001$).

Tableau 26. Caractéristiques des personnes détenues associées au délai entre l'entrée en prison et le suicide, données DAP

	Suicides précoces < 3 mois		Suicides tardifs ≥ 3 mois		p
	n=214	(%)	n=377	(%)	
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES					
Sexe					0,019
<i>Femme</i>	4	(1,9)	23	(6,1)	
<i>Homme</i>	210	(98,1)	357	(93,9)	
CARACTERISTIQUES PENALES					
Procédure pénale					0,007
<i>Correctionnelle</i>	135	(63,1)	196	(51,6)	
<i>Criminelle</i>	79	(36,9)	184	(48,4)	
Infraction principale					0,002
<i>Homicide</i>	37	(17,4)	94	(24,7)	
<i>Viol et agression sexuelle</i>	44	(20,7)	74	(19,5)	
<i>Violence volontaire</i>	50	(23,5)	66	(17,4)	
<i>Vol</i>	26	(12,2)	69	(18,2)	
<i>Stupéfiants</i>	13	(6,1)	36	(9,5)	
<i>Autre</i>	43	(20,2)	41	(10,8)	
<i>Manquant</i>	1		0		
Catégorie pénale lors du suicide					<0,001
<i>Détention provisoire</i>	135	(63,1)	145	(38,2)	
<i>Détention post-sentencielle</i>	79	(36,9)	235	(61,8)	
Transfert					<0,001
<i>Oui</i>	23	(10,7)	181	(47,9)	
<i>Non</i>	191	(89,3)	197	(52,1)	
<i>Manquant</i>	0		2		
CARACTERISTIQUES CARCERALES					
Type d'établissement pénitentiaire					<0,001
<i>(quartier) Maison d'arrêt</i>	201	(96,2)	252	(67,7)	
<i>(quartier) Centre de détention</i>	5	(2,4)	104	(28)	
<i>(quartier) Maison centrale</i>	0	(0)	10	(2,7)	
<i>Autre</i>	3	(1,4)	6	(1,6)	
<i>Manquant</i>	5		8		
CIRCONSTANCES DU SUICIDE					
Surveillance adaptée					<0,001

	Suicides précoces < 3 mois		Suicides tardifs ≥ 3 mois		p
	n=214	(%)	n=377	(%)	
<i>Oui</i>	131	(63,9)	165	(46,5)	
<i>Non</i>	74	(36,1)	190	(53,5)	
<i>Manquant</i>	9		25		
Lieu du geste suicidaire					<0,001
<i>Cellule en détention ordinaire</i>	96	(44,9)	262	(68,9)	
<i>Quartier arrivant</i>	78	(36,4)	16	(4,2)	
<i>Quartier disciplinaire</i>	19	(8,9)	64	(16,8)	
<i>Quartier d'isolement</i>	2	(0,9)	14	(3,7)	
<i>SMPR</i>	10	(4,7)	7	(1,8)	
<i>UHSA</i>	6	(2,8)	12	(3,2)	
<i>EPSNF</i>	0	(0)	1	(0,3)	
<i>Autres hôpitaux</i>	3	(1,4)	2	(0,5)	
<i>Domicile</i>	0	(0)	2	(0,5)	
Nombre de personnes en cellule ^b					0,016
<i>Seul-e en cellule</i>	103	(59,5)	194	(70,5)	
<i>Plusieurs en cellule</i>	70	(40,5)	81	(29,5)	
<i>Manquant</i>	1		3		
Lettre de suicide					0,041
<i>Oui</i>	73	(37,4)	100	(28,9)	
<i>Non</i>	122	(62,6)	246	(71,1)	
<i>Manquant</i>	19		34		
Lieu du décès					<0,001
<i>Cellule en détention ordinaire</i>	86	(40,2)	235	(62,3)	
<i>Quartier arrivant</i>	71	(33,2)	13	(3,4)	
<i>Quartier disciplinaire</i>	17	(7,9)	54	(14,3)	
<i>Quartier d'isolement</i>	2	(0,9)	14	(3,7)	
<i>SMPR</i>	6	(2,8)	4	(1,1)	
<i>UHSA</i>	5	(2,3)	9	(2,4)	
<i>Autres hôpitaux</i>	27	(12,6)	46	(12,2)	
<i>Transports sanitaires</i>	0	(0)	1	(0,3)	
<i>Domicile</i>	0	(0)	1	(0,3)	
<i>Manquant</i>	0		3		

EPSNF : Etablissement public de santé national de Fresnes ; SMPR : service médico-psychologique régional, hospitalisation de jour en psychiatrie ; UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

^a Procédure correctionnelle uniquement ; ^b Cellule en détention ordinaire et quartier arrivant uniquement

Si les personnes avec un suicide précoce n'avaient pas été plus fréquemment identifiées à risque élevé de suicide ($p=0,429$), elles étaient plus souvent placées en surveillance « adaptée » au moment du suicide (63,9% vs 46,5%, $p<0,001$). Les suicides précoces avaient plus souvent lieu au QA (36,4% vs 4,2%) et moins souvent en détention ordinaire (44,9% vs 68,9%) et au QD

(8,9% vs 16,8%, $p < 0,001$). Des différences similaires ont été observées pour le lieu de décès ($p < 0,001$). Au QA et en détention ordinaire, les suicides précoces avaient lieu plus souvent dans des cellules occupées par plusieurs personnes (40,5% vs 29,5%, $p = 0,016$). Enfin, une lettre de suicide a été plus souvent retrouvée en cas de suicide précoce (37,4% vs 28,9%, $p = 0,014$).

Pour ce qui est des données cliniques, les caractéristiques significativement différentes entre les suicides précoces et les suicides tardifs sont présentées dans le Tableau 27. Sur le plan des addictions, on retrouve dans le groupe des personnes décédées précocement une plus faible prévalence de consommation d'opiacés (8,9% vs 21,4%, $p < 0,001$) et d'autres produits stupéfiants (19,9% vs 30,7%, $p = 0,021$) avant l'incarcération, ainsi qu'une plus faible prévalence du tabagisme (73,8% vs 82,8%, $p = 0,042$) et de la consommation de cannabis (21,1% vs 33,3%, $p = 0,039$) pendant l'incarcération.

Tableau 27. Caractéristiques des personnes détenues associées au délai entre l'entrée en prison et le suicide, données DAP

	Suicides précoces < 3 mois		Suicides tardifs ≥ 3 mois		p
	n=170	(%)	n=296	(%)	
AVANT L'INCARCERATION					
Consommation régulière d'opiacés					0,001
<i>Oui</i>	13	(8,9)	53	(21,4)	
<i>Non</i>	133	(91,1)	195	(78,6)	
<i>Manquant</i>	24		48		
Consommation d'autres produits stupéfiants					0,021
<i>Oui</i>	28	(19,9)	74	(30,7)	
<i>Non</i>	113	(80,1)	167	(69,3)	
<i>Manquant</i>	29		55		
Troubles bipolaires					0,004
<i>Oui</i>	0	(0)	9	(3,5)	
<i>Non</i>	145	(100)	251	(96,5)	
<i>Manquant</i>	25		36		
Troubles de la personnalité ^a					0,003
<i>Oui</i>	4	(2,8)	29	(11,2)	
<i>Non</i>	141	(97,2)	231	(88,8)	
<i>Manquant</i>	25		36		
Suivi psychologique ou psychiatrique					0,049
<i>Oui</i>	81	(55,5)	170	(65,4)	
<i>Non</i>	65	(44,5)	90	(34,6)	
<i>Manquant</i>	24		36		
TSO ^b					<0,001

	Suicides précoces < 3 mois		Suicides tardifs ≥ 3 mois		p
	n=170	(%)	n=296	(%)	
<i>Oui</i>	9	(6,3)	48	(18,5)	
<i>Non</i>	133	(93,7)	212	(81,5)	
<i>Manquant</i>	28		36		
PENDANT L'INCARCERATION					
Tabagisme régulier					0,042
<i>Oui</i>	90	(73,8)	207	(82,8)	
<i>Non</i>	32	(26,2)	43	(17,2)	
<i>Manquant</i>	48		46		
Consommation régulière de cannabis					0,039
<i>Oui</i>	19	(21,1)	56	(33,3)	
<i>Non</i>	71	(78,9)	112	(66,7)	
<i>Manquant</i>	80		128		
Pathologie somatique					0,009
<i>Oui</i>	55	(37,2)	133	(50,6)	
<i>Non</i>	93	(62,8)	130	(49,4)	
<i>Manquant</i>	22		33		
Pathologie neurologique					0,007
<i>Oui</i>	3	(2,0)	23	(8,7)	
<i>Non</i>	145	(98,0)	240	(91,3)	
<i>Manquant</i>	22		33		
Troubles bipolaires					0,016
<i>Oui</i>	0	(0)	7	(2,6)	
<i>Non</i>	138	(100)	265	(97,4)	
<i>Manquant</i>	32		24		
Troubles de la personnalité ^a					0,015
<i>Oui</i>	12	(8,7)	48	(17,6)	
<i>Non</i>	126	(91,3)	224	(82,4)	
<i>Manquant</i>	32		24		
Tentative de suicide					0,003
<i>Oui</i>	27	(19,0)	89	(32,8)	
<i>Non</i>	115	(81,0)	182	(67,2)	
<i>Manquant</i>	28		25		
Menace de suicide					0,039
<i>Oui</i>	36	(24,8)	90	(34,7)	
<i>Non</i>	109	(75,2)	169	(65,3)	
<i>Manquant</i>	25		37		
Hospitalisation en psychiatrie					<0,001
<i>Oui</i>	31	(20,1)	110	(39,3)	
<i>Non</i>	123	(79,9)	170	(60,7)	
<i>Manquant</i>	16		16		
Traitement psychotrope hors TSO ^b					<0,001
<i>Oui</i>	63	(41,4)	186	(66,7)	
<i>Non</i>	89	(58,6)	93	(33,3)	

	Suicides précoces < 3 mois		Suicides tardifs ≥ 3 mois		p
	n=170	(%)	n=296	(%)	
<i>Manquant</i>	18		17		
TSO ^b					<0,001
<i>Oui</i>	5	(3,4)	41	(14,7)	
<i>Non</i>	143	(96,6)	238	(85,3)	
<i>Manquant</i>	22		17		
Dernier rendez-vous médical					<0,001
< 1 sem	120	(76,4)	148	(51,6)	
1 sem à 1 mois	28	(17,8)	83	(28,9)	
> 1 mois	6	(3,8)	31	(10,8)	
<i>Suivi interrompu</i>	3	(1,9)	25	(8,7)	
<i>Manquant</i>	13		9		

SEMAINE AVANT LE SUICIDE

Traitement psychotrope hors TSO ^b					0,018
<i>Oui</i>	89	(56,3)	192	(67,6)	
<i>Non</i>	69	(43,7)	92	(32,4)	
<i>Manquant</i>	12		12		
TSO ^b					<0,001
<i>Oui</i>	4	(2,5)	39	(13,8)	
<i>Non</i>	155	(97,5)	243	(86,2)	
<i>Manquant</i>	11		14		

TSO : Traitement de substitution aux opiacés. ^a Inclut les troubles du comportement

Concernant les pathologies, bien que les troubles psychiatriques aient tendance à être un peu moins fréquents en cas de suicide précoce, cette tendance n'est pas significative (41,4% vs 51,2%, $p=0,059$ avant l'incarcération et 57,2% vs 66,9%, $p = 0,055$ pendant l'incarcération). Elle se manifeste néanmoins de manière significative pour les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité, à la fois pour ce qui est de leur prévalence avant l'incarcération (respectivement 0% vs 3,5%, $p=0,004$ et 2,8% vs 11,2%, $p=0,003$) et pendant l'incarcération (respectivement 0% vs 2,6%, $p=0,016$ et 8,7% vs 17,6%, $p=0,015$, [Tableau 27](#)). Les pathologies somatiques relevées au cours de l'incarcération étaient également moins fréquentes chez les personnes décédées précocement (37,2% vs 50,6%, $p=0,009$). Lorsqu'on regarde par spécialité, une différence significative n'a été retrouvée que pour les pathologies neurologiques (2,0% vs 8,7%, $p=0,007$). A noter que si les pathologies neurologiques étaient variées, l'épilepsie et la migraine étaient des diagnostics récurrents. Les tentatives de suicide (19,0% vs 32,8%, $p=0,003$) et les menaces de suicide (24,8% vs 34,7%, $p=0,039$) pendant l'incarcération étaient également moins fréquentes pour les cas précoces.

Les personnes décédées précocement avaient moins fréquemment eu un suivi psychologique ou psychiatrique avant la détention (55,5% vs 65,4%, $p=0,049$). Elles avaient été moins souvent hospitalisées pendant la détention (20,1% vs 39,3%, $p<0,001$) et elles prenaient moins souvent des traitements psychotropes, que ce soit avant la détention, pendant la détention ou au cours de la semaine précédant le suicide (Tableau 27), à l'exception des traitements psychotropes hors TSO avant l'incarcération ($p=0,447$). En revanche, elles avaient plus souvent consulté à l'unité sanitaire au cours de la semaine précédant le suicide (76,4% vs 51,6%, $p<0,001$).

III.C.2.g. Comparaison des caractéristiques des personnes détenues selon que le suicide est survenu ou non au quartier disciplinaire

Sur l'ensemble des 104 caractéristiques évaluées (Tableau 13), 27 caractéristiques (26,0%) présentaient des différences significatives selon que le suicide est survenu au QD ($n=83$ pour les données DAP et $n=64$ pour les données cliniques) ou non (respectivement $n=512$ et $n=402$, Tableaux 28 et 29).

Quatre-vingt-sept pour cent des personnes décédées par suicide au QD avaient moins de 40 ans, contre 53,3% pour les autres personnes détenues décédées par suicide (Tableau 28). Les personnes décédées par suicide au QD avaient plus souvent la nationalité d'un pays d'Afrique (18,3% vs 7,0%, $p=0,024$), étaient plus souvent célibataires (65,0% vs 49,2%, $p=0,005$), étaient plus souvent sans enfant (42,2% vs 33,5%, $p=0,035$) et sans emploi avant l'incarcération (68,7% vs 49,7%, $p=0,013$).

Tableau 28. Caractéristiques des personnes détenues associées au suicide au quartier disciplinaire, données DAP

	Au QD		Hors QD		p
	n=83	(%)	n=512	%	
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES					
Age (années)					<0,001
16 à 19	3	(3,6)	11	(2,1)	
20 à 29	35	(42,2)	128	(25,0)	
30 à 39	34	(41,0)	134	(26,2)	
40 à 49	10	(12,0)	137	(26,8)	
50 à 86	1	(1,2)	102	(19,9)	
Nationalité					0,024
Française	58	(70,7)	405	(79,1)	
Autre pays d'Europe	7	(8,5)	53	(10,4)	
Pays d'Afrique	15	(18,3)	36	(7,0)	
Autre pays	2	(2,4)	18	(3,5)	

	Au QD		Hors QD		p
	n=83	(%)	n=512	%	
<i>Manquant</i>	1		0		
Situation familiale					0,005
<i>Célibataire</i>	52	(65,0)	232	(49,2)	
<i>Marié-e/PACS/concubinage</i>	25	(31,2)	171	(36,2)	
<i>Divorcé-e/séparé-e</i>	3	(3,8)	58	(12,3)	
<i>Veuf-ve</i>	0	(0)	11	(2,3)	
<i>Manquant</i>	3		40		
Nombre d'enfants					0,035
<i>0</i>	27	(42,2)	137	(33,5)	
<i>1</i>	19	(29,7)	87	(21,3)	
<i>≥ 2</i>	18	(28,1)	185	(45,2)	
<i>Manquant</i>	19		103		
Situation vis-à-vis de l'emploi					0,013
<i>Avec emploi</i>	20	(29,9)	189	(49,0)	
<i>Sans emploi</i>	46	(68,7)	192	(49,7)	
<i>Etudiant-es et retraité-es</i>	1	(1,5)	5	(1,3)	
<i>Manquant</i>	16		126		

CARACTERISTIQUES PENALES

Première incarcération					<0,001
<i>Oui</i>	20	(25,0)	182	(52,1)	
<i>Non</i>	60	(75,0)	167	(47,9)	
<i>Manquant</i>	3		163		
Procédure pénale					<0,001
<i>Correctionnelle</i>	66	(79,5)	265	(51,9)	
<i>Criminelle</i>	17	(20,5)	246	(48,1)	
<i>Manquant</i>	0		1		
Infraction principale					<0,001
<i>Homicide</i>	9	(10,8)	122	(23,9)	
<i>Viol et agression sexuelle</i>	4	(4,8)	114	(22,4)	
<i>Violence volontaire</i>	31	(37,3)	85	(16,7)	
<i>Vol</i>	22	(26,5)	73	(14,3)	
<i>Stupéfiants</i>	12	(14,5)	37	(7,3)	
<i>Autre</i>	5	(6,0)	79	(15,5)	
<i>Manquant</i>	0		2		
Catégorie pénale lors du suicide					<0,001
<i>Détention provisoire</i>	23	(27,7)	257	(50,3)	
<i>Détention post-sentencielle</i>	60	(72,3)	254	(49,7)	
<i>Manquant</i>	0		1		

CARACTERISTIQUES CARCERALES

Antécédent de tentative de suicide					0,004
<i>Oui</i>	24	(31,2)	223	(48,7)	
<i>Non</i>	53	(68,8)	235	(51,3)	
<i>Manquant</i>	6		54		

	Au QD		Hors QD		p
	n=83	(%)	n=512	%	
CIRCONSTANCES DU SUICIDE					
Délai depuis la mise sous écrou initiale					0,022
<1 semaine	2	(2,4)	64	(12,5)	
1 semaine à 1 mois	6	(7,2)	46	(9,0)	
1 à 3 mois	11	(13,3)	85	(16,6)	
3 à 6 mois	14	(16,9)	82	(16)	
6 à 12 mois	20	(24,1)	70	(13,7)	
1 à 3 ans	21	(25,3)	87	(17,0)	
3 à 5 ans	5	(6,0)	34	(6,7)	
5 ans et plus	4	(4,8)	43	(8,4)	
Manquant	0		1		
Heure de la journée					<0,001
[0,3)	7	(8,4)	46	(9,1)	
[3,6)	1	(1,2)	60	(11,8)	
[6,9)	5	(6,0)	104	(20,5)	
[9,12)	8	(9,6)	68	(13,4)	
[12,15)	11	(13,3)	48	(9,4)	
[15,18)	26	(31,3)	81	(15,9)	
[18,21)	12	(14,5)	55	(10,8)	
[21,24)	13	(15,7)	46	(9,1)	
Manquant	0		4		
Pendaison : point d'attache					<0,001
Fenêtre	22	(27,5)	185	(41,5)	
Sanitaires, douche, toilettes	1	(1,2)	104	(23,3)	
Lit	2	(2,5)	86	(19,3)	
Barreaux de la cellule	50	(62,5)	6	(1,3)	
Radiateur et canalisations	0	(0)	34	(7,6)	
Autre	5	(6,2)	31	(7,0)	
Manquant	3		24		
Pendaison : système d'attache					0,005
Literie	62	(80,5)	294	(68,4)	
Ceinture et autres vêtements	11	(14,3)	57	(13,3)	
Cordon et lacet	1	(1,3)	36	(8,4)	
Câbles électriques	0	(0)	21	(4,9)	
Autre	3	(3,9)	22	(5,1)	
Manquant	6		40		
Lettre de suicide					<0,001
Oui	10	(13,5)	163	(34,9)	
Non	64	(86,5)	304	(65,1)	
Manquant	9		45		

QD : Quartier disciplinaire

Les personnes décédées par suicide au QD avaient plus souvent déjà été incarcérées (75,0% vs 47,9%, $p<0,001$) et étaient plus souvent en procédure correctionnelle (79,5% vs 51,9%, $p<0,001$). Elles étaient plus souvent mises en cause pour violences volontaires (37,3% vs 16,7%) ou pour vol (26,5% vs 14,3%, $p<0,001$) et étaient plus souvent en détention, post-sentencielle (72,3% vs 49,7%, $p<0,001$). Par ailleurs, selon la DAP, les personnes décédées au QD étaient moins nombreuses à avoir des antécédents de tentative de suicide (31,2% vs 48,7%, $p=0,004$), ce qui n'a pas été confirmé par les USMP ($p=0,599$ avant la détention et $p=0,957$ pendant la détention).

Les suicides au QD sont survenus en moyenne plus tard qu'ailleurs : 77,1% sont survenus après 3 mois, contre 61,9% pour les autres ($p=0,022$). Ils sont survenus plus souvent entre midi et minuit (74,8% vs 45,2%, $p<0,001$). Si la méthode de suicide n'était pas significativement différente ($p=0,085$), au QD il s'agissait de la pendaison pour 100% des cas. Le point d'attache était beaucoup plus souvent les barreaux de la cellule (62,5% vs 1,3%, $p<0,001$) et le système de fixation mobilisait plus souvent la literie (80,5% vs 68,4%, $p=0,005$). Enfin, une lettre de suicide a moins souvent été rapportée pour les personnes décédées au QD (13,3% vs 34,9%, $p<0,001$).

Concernant les données cliniques, les personnes décédées par suicide au QD étaient plus nombreuses à consommer des substances addictives avant l'incarcération que les autres personnes détenues décédées par suicide (tabac 91,7% vs 78,3%, $p=0,016$, cannabis 76,5% vs 40,2%, $p<0,001$, opiacés 30,8% vs 14,6%, $p=0,004$, autres produits stupéfiants 45,1% vs 23,9%, $p=0,001$, Tableau 29). La consommation de tabac (92,9% vs 77,5%, $p=0,008$) et celle de cannabis (57,1% vs 25,7%, $p<0,001$) restaient plus fréquentes pendant la détention.

De manière générale, la fréquence des troubles psychiatriques n'était pas significativement différente pour les personnes décédées au QD, que ce soit avant ou pendant l'incarcération (respectivement $p=0,164$ et $p=0,933$). De manière plus spécifique, les troubles de la personnalité pendant la détention étaient néanmoins retrouvés plus fréquemment au QD (26,3% vs 12,7%, $p=0,007$). Quant aux pathologies somatiques pendant l'incarcération, s'il n'a pas été observé de différence globale ($p=0,134$), les personnes décédées au QD avaient moins souvent des pathologies endocrines ou nutritionnelles (1,8% vs 8,4%, $p=0,045$) et cardiovasculaires (0% vs 9,0%, $p=0,002$).

Tableau 29. Caractéristiques des personnes détenues associées au suicide au quartier disciplinaire, données cliniques

	Au QD		Hors QD		p
	n=64	(%)	n=402	(%)	
AVANT L'INCARCERATION					
Tabagisme régulier					0,016
<i>Oui</i>	55	(91,7)	278	(78,3)	
<i>Non</i>	5	(8,3)	77	(21,7)	
<i>Manquant</i>	4		47		
Consommation régulière de cannabis					<0,001
<i>Oui</i>	39	(76,5)	140	(40,2)	
<i>Non</i>	12	(23,5)	208	(59,8)	
<i>Manquant</i>	13		54		
Consommation régulière d'opiacés					0,004
<i>Oui</i>	16	(30,8)	50	(14,6)	
<i>Non</i>	36	(69,2)	292	(85,4)	
<i>Manquant</i>	12		60		
Autres produits stupéfiants					0,001
<i>Oui</i>	23	(45,1)	79	(23,9)	
<i>Non</i>	28	(54,9)	252	(76,1)	
<i>Manquant</i>	13		71		
TSO					0,005
<i>Oui</i>	14	(26,9)	43	(12,3)	
<i>Non</i>	38	(73,1)	307	(87,7)	
<i>Manquant</i>	12		52		
PENDANT L'INCARCERATION					
Tabagisme régulier					0,008
<i>Oui</i>	52	(92,9)	245	(77,5)	
<i>Non</i>	4	(7,1)	71	(22,5)	
<i>Manquant</i>	8		86		
Consommation régulière de cannabis					<0,001
<i>Oui</i>	16	(57,1)	59	(25,7)	
<i>Non</i>	12	(42,9)	171	(74,3)	
<i>Manquant</i>	36		172		
Pathologie endocrine ou nutritionnelle					0,045
<i>Oui</i>	1	(1,8)	30	(8,4)	
<i>Non</i>	54	(98,2)	326	(91,6)	
<i>Manquant</i>	9		46		
Pathologie cardiovasculaire					0,002
<i>Oui</i>	0	(0)	32	(9,0)	
<i>Non</i>	55	(100)	324	(91,0)	
<i>Manquant</i>	9		46		
Troubles de la personnalité ^a					0,007
<i>Oui</i>	15	(26,3)	45	(12,7)	
<i>Non</i>	42	(73,7)	308	(87,3)	
<i>Manquant</i>	7		49		

	Au QD		Hors QD		p
	n=64	(%)	n=402	(%)	
Episode d'agitation					<0,001
<i>Oui</i>	24	(44,4)	71	(20,1)	
<i>Non</i>	30	(55,6)	283	(79,9)	
<i>Manquant</i>	10		48		

SEMAINE AVANT LE SUICIDE

					p
Episode d'agitation					<0,001
<i>Oui</i>	28	(53,8)	55	(15,8)	
<i>Non</i>	24	(46,2)	293	(84,2)	
<i>Manquant</i>	12		54		

QD : Quartier disciplinaire ; TSO : Traitement de substitution aux opiacés. ^a Troubles de la personnalité et du comportement

Il a plus souvent été rapporté un épisode d'agitation pour les cas survenus au QD, que ce soit pendant l'incarcération (44,4% vs 20,1%, $p < 0,001$) ou la semaine précédant le suicide (53,8% vs 15,8%, $p < 0,001$). Quant aux indicateurs de prise en charge, la seule différence observée concerne les traitements de substitution aux opiacés avant l'incarcération, qui, au regard d'une consommation d'opiacés plus fréquente, étaient plus fréquents pour les cas survenus au QD (26,9% vs 12,3%, $p = 0,005$).

III.C.3. Comparaisons avec des données externes à l'étude

III.C.3.a. Motifs de placement au quartier disciplinaire

Sur la période 2017-2020, les commissions de discipline des établissements pénitentiaires français ont prononcé 137 924 placements au QD pour l'ensemble de la population carcérale. La comparaison des motifs de l'ensemble de ces placements avec ceux des personnes décédées par suicide au QD est présentée dans le [Tableau 30](#).

Les motifs de placements QD étaient significativement différents en cas de suicide ($p < 0,001$). Les personnes décédées par suicide au QD y étaient plus souvent pour des violences physiques contre un membre du personnel (41,3% vs 14,9%) et moins souvent pour des violences physiques contre une autre personne détenue (3,2% vs 11,3%), des insultes contre le personnel (15,9% vs 24,6%), ou des fautes en rapport avec un objet dangereux (11,1% vs 21,7%). A noter que pour les suicides, les fautes en rapport avec un objet dangereux correspondaient le plus souvent à la possession d'un téléphone portable ou d'une arme artisanale.

Tableau 30. Comparaison des motifs de placement au quartier disciplinaire selon la survenue d'un suicide, 2017-2020

	Suicides		Population carcérale	
	n=65	%	n = 137 924	%
Violences physiques contre personnel	26	(41,3)	20 607	(14,9)
Violences physiques contre codétenu	2	(3,2)	15 569	(11,3)
Insultes contre personnel	10	(15,9)	33 890	(24,6)
Refus de soumission	6	(9,5)	14 332	(10,4)
Objets dangereux	7	(11,1)	29 863	(21,7)
Autre	12	(19,0)	23 663	(17,2)
Manquant	2		0	

III.C.3.b. Taux de suicide

Les taux de suicide sont présentés dans le [Tableau 31](#). Le taux de suicide des personnes écrouées était de 15,6 (IC_{95%} [14,4 – 16,9]) pour 10 000 PA. Il était trois à quatre fois plus élevé pour les personnes détenues (17,5, [16,1 – 18,9]) que pour les personnes écrouées non détenues (4,8 [3,1 – 6,6], $p < 0,001$). Il n'a pas été observé de différence significative selon le genre ($p = 0,145$) ou la nationalité ($p = 0,560$). En revanche, il augmentait significativement avec l'âge et était deux fois plus élevé chez les 50 ans et plus (24,9 [20,1 – 29,8]) que chez les 13-29 ans (12,4 [10,6 – 14,2], $p < 0,001$). Le taux de suicide était également deux fois plus élevé au cours de la détention provisoire (27,1 [23,9 – 30,2]) qu'au cours de la détention post-sentencielle (13,2 [11,8 – 14,7], $p < 0,001$).

Il n'a pas été observé de différence significative selon les années calendaires ni pour la période COVID ($p = 0,364$). Le taux de suicide était près de six fois plus élevé la première semaine de détention (92,1 [69,9 – 114,3], $p < 0,001$). Il n'était en revanche pas plus élevé la dernière semaine de détention, avec même une tendance à un taux de suicide plus faible (5,0 [0 – 12,0], $p = 0,055$). Le taux de suicide était environ 7 fois plus élevé dans les UHSA (115,4 [62,1 – 168,7], $p < 0,001$).

Tableau 31. Taux de suicide

	Suicides	PA	Taux de suicide pour 10 000 PA	IC _{95%}	p
Personnes écrouées	627	400 989,2	15,6	[14,4 - 16,9]	
Ecrou					<0,001
<i>Personnes détenues</i>	598	341 067,3	17,5	[16,1 - 18,9]	
<i>Personnes non détenues</i>	29	59 921,9	4,8	[3,1 - 6,6]	
Genre ^a					0,145
<i>Hommes</i>	571	327 676,8	17,4	[16,0 - 18,9]	
<i>Femmes</i>	27	11 682,7	23,1	[14,4 - 31,8]	
Age (années) ^a					
13-29	179	144 334,4	12,4	[10,6 - 14,2]	Réf.
30-49	315	155 883,8	20,2	[18,0 - 22,4]	<0,001
>49	103	41 289,3	24,9	[20,1 - 29,8]	<0,001
Nationalité ^a					0,560
<i>Française</i>	464	262 304,5	17,7	[16,1 - 19,3]	
<i>Autre pays</i>	131	78 848,8	16,6	[13,8 - 19,5]	
Catégorie pénale ^a					<0,001
<i>Détention provisoire</i>	280	103 471,0	27,1	[23,9 - 30,2]	
<i>Détention post-sentencielle</i>	314	237 596,3	13,2	[11,8 - 14,7]	
Année calendaire ^a					
2017	110	69 279,0	15,9	[12,9 - 18,8]	Réf.
2018	124	70 291,7	17,6	[14,5 - 20,7]	0,433
2019	119	71 146,8	16,7	[13,7 - 19,7]	0,741
2020	119	63 306,8	18,8	[15,4 - 22,2]	0,209
2021	126	67 011,5	18,8	[15,5 - 22,1]	0,216
Période COVID ^{a,b}					0,364
<i>Avant</i>	385	225 781,4	17,1	[15,3 - 18,8]	
<i>Pendant</i>	213	115 364,1	18,5	[16,0 - 20,9]	
Première semaine ^a					<0,001
<i>Oui</i>	66	7 164,2	92,1	[69,9 - 114,3]	
<i>Non</i>	532	333 903,1	15,9	[14,6 - 17,3]	
Dernière semaine ^a					0,055
<i>Oui</i>	2	3 992,5	5,0	[0 - 12,0]	
<i>Non</i>	596	337 074,8	17,7	[16,3 - 19,1]	
UHSA ^a					<0,001
<i>Oui</i>	18	1 559,8	115,4	[62,1 - 168,7]	
<i>Non</i>	580	339 507,5	17,1	[15,7 - 18,5]	

IC : intervalle de confiance ; PA : personnes-années ; UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

^a Personnes détenues uniquement ; ^b Date frontière : 17 mars 2020.

III.C.3.c. Létalité de l'écrou par suicide

Des mesures de la létalité de l'écrou par suicide sont présentées dans le Tableau 32. En moyenne, 1 séjour d'écrou sur 751 et 1 incarcération sur 625 se sont terminés par un suicide.

Tableau 32. Létalité de l'écrou par suicide

	Suicides	Entrées	Létalité pour 10 000 séjours	IC _{95%}	Nombre de séjours par suicide
Personnes écrouées	627	470 607	13,3	[12,3 - 14,4]	751
Personnes détenues	598	373 819	16,0	[14,7 - 17,3]	625

IC : intervalle de confiance

III.C.3.d. Comparaison du taux de suicide des personnes détenues avec celui en population générale

III.C.3.d.i. Comparaison des taux bruts en prison et en population générale

Sur la période 2017-2021, le taux de suicide en population générale était de 1,3 pour 10 000 PA (Tableau 33). Le taux de suicide des personnes détenues sur la même période était environ 13 fois plus élevé (ratio = 13,4 [12,4 – 14,6]).

Tableau 33. Comparaison brute des taux de suicide en prison et en population générale

	Suicides	PA	Taux de suicide pour 10 000 PA	IC _{95%}
Population carcérale (1)	598	341 067,3	17,5	[16,1 - 18,9]
Population générale (2)	43939	336 739 602	1,3	[1,3 - 1,3]
			Ratio (1)/(2)	
			13,4	[12,4 - 14,6]

IC_{95%} : intervalle de confiance à 95% ; PA : personnes-années.

III.C.3.d.ii. Interaction entre l'incarcération et le genre vis-à-vis du suicide

Genre égal par ailleurs, le taux de suicide est environ 9 fois plus élevé en prison qu'en population générale (SMR = 8,9 [8,2 – 9,6], Tableau 34), au sens où les personnes détenues se suicideraient 9 fois moins si les hommes et les femmes se suicidaient à la même fréquence que leurs homologues en population générale. Dans le même temps, ce taux est environ 1/0,064 ≈ 16 fois plus élevé en prison qu'en population générale, au sens où le taux de suicide serait 16

fois plus fréquent en population générale si hommes et les femmes se suicidaient à la même fréquence que leurs homologues en population carcérale.

Tableau 34. Comparaison des taux de suicide en prison et en population générale standardisée sur le genre

	Suicides observés	Suicides attendus	SMR	IC _{95%}
Population carcérale	598	67 ^a	8,9	[8,2 - 9,6]
Population générale	43 939	685 614 ^b	0,064	[0,063 - 0,065]

IC_{95%} : intervalle de confiance à 95% ; SMR : standardized mortality ratio

^a *Suicides attendus en population carcérale, si les hommes et les femmes se suicidaient à la même fréquence que leurs homologues en population générale.* ^b *Suicides attendus en population générale, si les hommes et les femmes se suicidaient à la même fréquence que leurs homologues en population carcérale.*

Trois phénomènes peuvent être mobilisés pour expliquer ce qui peut prendre l'apparence d'une incohérence. Le premier est la présence d'une interaction quantitative entre le genre et l'incarcération vis-à-vis du risque de suicide. Comme on le voit dans le [Tableau 35](#), l'excès de risque de suicide associé à l'emprisonnement est beaucoup plus élevé chez les femmes (ratio = 36,9 [25,3 – 53,9]) que chez les hommes (ratio = 8,6 [7,9 – 9,3]). Le second est que dans la standardisation indirecte, le poids accordé aux femmes et à leur excès de risque de suicide dépend de la distribution de la population observée selon le genre. Il est plus important en population générale, qui comprend 51,6% de femmes, qu'en population carcérale, qui n'en comprend que 3,4% ([Tableau 35](#)). Il est donc logique que l'écart soit plus important lorsque c'est la population générale qui est observée, par rapport à l'observation de la population carcérale.

Tableau 35. Comparaison des taux de suicide en populations carcérale et générale par genre

	Distribution de la population (%)		Taux de suicide pour 10 000 PA		Ratio (1)/(2)	IC _{95%}
	Pop.ca.	Pop.gé.	Pop.ca. (1)	Pop.gé. (2)		
Hommes	96,6	48,4	17,4	2,0	8,6	[7,9 - 9,3]
Femmes	3,4	51,6	23,1	0,6	36,9	[25,3 - 53,9]

IC_{95%} : intervalle de confiance à 95%. Pop.ca. : population carcérale. Pop.gé. : population générale

Le troisième phénomène est l'imprécision de la mesure du taux de suicide chez les femmes incarcérées, imprécision non prise en compte par l'intervalle de confiance du SMR lorsque la population carcérale est prise comme référence. Son rôle pour expliquer la différence observée est hypothétique, serait liée à une erreur de mesure du taux de suicide théorique des femmes incarcérées et peut agir dans les deux sens (réduction ou augmentation de l'écart).

III.C.3.d.iii. Comparaison entre prison et population générale séparée selon le genre avec standardisation sur l'âge

La distribution des populations carcérale et générale par âge pour chaque genre est donnée dans le [Tableau 36](#). L'emprisonnement ne peut avoir lieu avant 13 ans en France. Par ailleurs, les personnes de 13 à 44 ans sont plus représentées en prison qu'en population générale (81,2% vs 39,7% chez les hommes et 74,9% vs 37,5% chez les femmes), tandis que c'est l'inverse après 54 ans (respectivement 7,1% vs 30,4% et 8,4% vs 34,8%).

Tableau 36. Distribution des populations carcérale et générale par âge, selon le genre

	Hommes (%)		Femmes (%)	
	Pop.ca.	Pop.gé.	Pop.ca.	Pop.gé.
<13 ans	0,0	16,3	0,0	14,6
13 à 24 ans	23,7	15,1	18,5	13,6
25 à 34 ans	35,4	11,9	31,1	11,6
35 à 44 ans	22,1	12,7	25,3	12,3
45 à 54 ans	11,7	13,6	16,7	13,1
55 à 64 ans	5,0	12,5	6,6	12,6
65 à 74 ans	2,1	10,4	1,8	11,1
>74 ans	2,1	7,5	1,8	11,1
Total	100	100	100	100

Pop.ca. : population carcérale. Pop.gé. : population générale

Après standardisation sur l'âge, le taux de suicide des personnes détenues est environ 10 fois plus élevé chez les hommes (SMR = 9,9 [9,1 – 10,7]) et 40 fois plus élevé chez les femmes (SMR = 41,0 [27,0 – 59,7]) que pour leurs homologues en population générale ([Tableau 37](#)).

Tableau 37. Comparaison des taux de suicide en prison et en population générale par genre, standardisée sur l'âge

	Suicides observés	Suicides attendus	SMR	IC _{95%}
Hommes	571	57,7	9,9	[9,1 - 10,7]
Femmes	27	0,7	41,0	[27,0 - 59,7]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SMR : standardized mortality ratio

III.D. Discussion

III.D.1. Rappel des principaux résultats

Cette étude est la première étude française qui associe aux caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales des personnes détenues décédées par suicide leur caractéristiques cliniques. Cinq cent quatre-vingt-dix-huit personnes détenues sont décédées par suicide sur la période 2017-2021. Il s'agissait d'hommes pour 95,5% des cas. L'infraction principale suspectée ou retenue était de nature criminelle pour 44% des personnes détenues et 47% n'avaient pas encore été définitivement jugées au moment du suicide. Soixante-dix-huit pour cent étaient détenues en maison d'arrêt ou en quartier maison d'arrêt. Un trouble psychiatrique a été rapporté pendant la détention pour 64% des cas, dont près d'un tiers n'avaient pas d'antécédent psychiatrique connu avant l'incarcération. Le suicide avait été précédé d'une ou de plusieurs tentatives de suicide pour 46% des cas avant ou pendant l'incarcération selon les unités sanitaires.

La semaine qui a précédé le suicide, un évènement marquant avait été retrouvé pour 61% des personnes. Un risque suicidaire avait été repéré par l'administration pénitentiaire pour 44% des cas. Onze pour cent des suicides ont eu lieu la première semaine de détention et les deux tiers la première année. Les suicides survenus au cours des trois premiers mois de détention sont caractérisés par une tendance à un meilleur état de santé, et notamment par une fréquence moins importante de consommation de substances addictives et de certains troubles psychiatriques, avant et pendant l'incarcération. Quatorze pour cent des suicides ont eu lieu au QD. Il s'agissait de personnes plus jeunes et plus isolées. Les placements au QD avaient été motivés par des violences contre le personnel pour 41% des placements parmi les personnes décédées par suicide, contre 15% parmi l'ensemble de la population carcérale.

Une incarcération sur 625 s'est terminée par un suicide. Le taux de suicide des personnes détenues était de 17,5 pour 10 000 PA. Ce taux augmentait avec l'âge et était plus élevé pendant la détention provisoire. Le taux de suicide des personnes détenues était 3 à 4 fois plus élevé que celui des personnes écrouées non détenues. A âge égal, il était 10 fois plus élevé qu'en population générale pour les hommes et 40 fois plus pour les femmes.

III.D.2. Caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide

Les résultats portant sur les caractéristiques des personnes détenues, et plus largement sur les analyses internes à l'étude, sont difficiles à interpréter et à comparer avec la littérature car on ne sait pas si les spécificités et les différences qu'on observe doivent être attribuées à des caractéristiques de la population carcérale dans son ensemble ou bien être mises sur le compte de l'association de certaines caractéristiques avec le suicide.

Je propose d'illustrer cette difficulté avec l'exemple du niveau d'instruction. Seul un quart des personnes détenues décédées par suicide avaient le baccalauréat, ce qui semble assez peu par rapport à la population générale. Au vu de l'âge moyen des cas de l'étude, on peut estimer qu'en moyenne, ils ont eu 18 ans autour de l'année 2000 et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche indique que pour les générations correspondantes en population générale, environ 60% avaient obtenu le baccalauréat (327). La difficulté est qu'on ne sait pas dans quelle mesure cette différence peut s'expliquer par l'incarcération préférentielle de personnes moins instruites ou par un risque de suicide plus élevé chez ces dernières en détention.

Cette difficulté concerne également les comparaisons spatio-temporelles. Ainsi, l'étude du démographe N. Bourgoin, menée sur 179 suicides en prison survenus entre janvier 1990 et juillet 1992, retrouve un niveau d'instruction inférieur ou égal à l'école primaire pour 58% des cas (169), contre 4% dans notre étude. Il n'est pas possible, à partir de l'examen de ces seuls chiffres, de déterminer dans quelle mesure cette évolution est liée à une diminution de la propension des moins instruits à se suicider. L'explication principale de cette différence tient plus probablement à une amélioration générale du niveau d'instruction chez les personnes incarcérées entre le début des années 1990 et la fin des années 2010, en lien avec l'amélioration de l'instruction en population générale.

Pour faire rigoureusement la part des choses, l'idéal serait d'abord et avant tout de mettre les résultats de l'étude en rapport avec la composition de l'ensemble de la population carcérale. C'est ce que je me suis appliqué à faire avec le calcul de taux de suicide, mais les caractéristiques disponibles pour (un échantillon représentatif de) l'ensemble des personnes détenues sont peu nombreuses. Dans ces conditions, certains résultats descriptifs ou relatifs à des comparaisons internes à l'étude ne seront pas discutés, tandis que pour d'autres je m'efforcerai de proposer des explications ou des hypothèses destinées à faire la part des choses entre ce qui relèverait de caractéristiques plutôt propres à la population carcérale et ce qui relèverait de caractéristiques plutôt spécifiques au suicide.

III.D.2.a. Caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales

Les caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales ne seront pas discutées dans ce chapitre, d'une part en raison de ce qui a été dit précédemment et d'autre part parce que la plupart d'entre elles sont comparées avec l'ensemble de la population carcérale au Chapitre 3.

III.D.2.b. Caractéristiques cliniques

III.D.2.b.i. Prévalence des troubles psychiatriques

Cette étude est la première à mesurer la fréquence des troubles psychiatriques des personnes détenues décédées par suicide en France, présents chez 64% des cas au cours de l'incarcération. Les différents troubles psychiatriques rapportés peuvent être comparés à l'ensemble de la population carcérale. Une récente revue de la littérature sur la fréquence des troubles psychiatriques dans les prisons françaises menée par la psychiatre M. Eck et al a identifié 24 études ayant donné lieu à 35 publications (328). L'étude ayant utilisé des outils diagnostiques validés et la plus représentative à l'échelle nationale est celle du pédopsychiatre B. Falissard et al (315). Elle ne porte cependant que sur des hommes et a été menée il y a 20 ans. Plus récemment, des travaux menés par le psychiatre T. Fovet et al ont permis de caractériser la santé mentale chez les personnes détenues qui entrent en prison dans deux départements des Hauts-de-France (329) et chez les hommes condamnés en fin de peine sortant de maison d'arrêt, représentative à l'échelle nationale (196). La fréquence de quelques troubles psychiatriques rapportée dans ces travaux est comparée avec les résultats de la présente étude dans le Tableau 38.

Tableau 38. Comparaison de la fréquence des troubles psychiatriques des cas de suicide avec l'ensemble de la population carcérale

	Ensemble de la population carcérale			Suicides
	B. Falissard et al, 2006 n = 799	T. Fovet et al, 2020 n = 653	T. Fovet et al, 2022 n = 586	Présente étude n = 411
Troubles de l'humeur	28,6%	31,2%	30,4%	18,0%
Troubles anxieux	24,0%	44,4%	31,9%	15,3%
Troubles psychotiques	17,3%	6,9%	10,8%	14,6%

Ce tableau montre que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont retrouvés moins fréquemment pour les cas de suicide que pour l'ensemble de la population carcérale, tandis que

les troubles psychotiques sont retrouvés à une fréquence voisine. Ce résultat est contradictoire avec les connaissances actuelles en population générale et en prison, qui retrouvent une forte corrélation positive entre ces troubles psychiatriques et le risque de suicide (145,199).

Ma principale hypothèse pour expliquer ce résultat est celle d'un biais de classement des troubles psychiatriques dans la présente étude ayant conduit à une sous-estimation de leur fréquence. Premièrement, on peut faire l'hypothèse que tous les troubles psychiatriques n'ont pas été recherchés de manière systématique, du fait d'un recueil de données hors contexte de recherche. Deuxièmement, l'intervention d'un psychiatre pour l'évaluation des troubles psychiatriques n'est pas systématique pour tous les cas de l'étude. En fonction des contacts disponibles, pour chaque suicide, SpF pouvait solliciter soit l'équipe somatique, soit l'équipe psychiatrique, soit les deux. Les prévalences présentées pour les études en population carcérale générale reposent de leur côté sur le MINI, un questionnaire standardisé et validé (196,315,329). L'étude de B. Falissard et al a montré que ce questionnaire ne surestime pas la fréquence des troubles psychiatriques par rapport à l'examen clinique par un psychiatre (315).

Un autre argument en faveur de la sous-estimation de la fréquence des troubles psychiatriques dans notre étude peut être trouvé dans la fréquence des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie avant l'incarcération, plus fréquente pour les suicides (39%) que pour l'ensemble de la population carcérale dans l'étude de B. Falissard et al (16%) (315) ou dans celle de T. Fovet et al sur les hommes qui sortent de maison d'arrêt (20%) (196). L'écart est encore plus important pour la fréquence des hospitalisations en psychiatrie pendant l'incarcération, qui concerne 32% des cas de suicides contre 7% chez les hommes sortants de maison d'arrêt (196). La comparabilité des données relatives aux hospitalisations en psychiatrie avec la littérature scientifique, bien qu'imparfaite, est a priori meilleure que pour les troubles psychiatriques car il s'agit de données déclaratives pour toutes les études et la définition de l'hospitalisation est moins dépendante de la méthode de recueil et de la formation de la personne qui recueille l'information.

En tant qu'indicateur de santé mentale, la fréquence plus élevée des hospitalisations en psychiatrie dans notre étude suggère, au contraire de la mesure directe des troubles psychiatriques, que les personnes décédées par suicide étaient en moins bonne santé mentale et susceptibles de présenter plus souvent des troubles psychiatriques que le reste de la population carcérale. La prévalence des traitements de substitution aux opiacés et autres psychotropes pendant l'incarcération n'est toutefois pas plus élevée pour les cas de suicide (respectivement

11% et 58%) que dans l'étude de Fovet et al sur les hommes qui sortent de maison d'arrêt (respectivement 13% et 55%) (196).

Du reste, ces résultats soulignent l'importance du choix de la méthode de mesure lorsqu'il s'agit d'évaluer la fréquence des troubles psychiatriques au sein d'une population.

III.D.2.b.ii. Comparaison des troubles psychiatriques et des consommations de substances avant et pendant la détention

Alors que des troubles psychiatriques ont été rapportés pour 46% des personnes décédées par suicide avant et pendant l'incarcération, 4% ont été rapportés uniquement pour la période qui précède l'incarcération et 20% uniquement pendant l'incarcération, ce qui suggère une augmentation de la fréquence des troubles psychiatriques associés à l'incarcération.

De la même manière que précédemment, on peut se demander dans quelle mesure cette augmentation est attribuable à un biais de classement des troubles psychiatriques, en lien avec des méthodes de mesure différentes selon la période : la mesure de la fréquence des troubles psychiatriques avant l'incarcération repose a priori le plus souvent sur les déclarations des personnes détenues, tandis que pendant l'incarcération elle repose davantage sur les observations des professionnels de santé. Si on considère que les personnes amenées à être incarcérées font souvent partie des populations les plus précaires, confrontées à des problématiques d'accès aux soins (330), alors certains troubles psychiatriques préexistants à l'incarcération ont pu n'être diagnostiqués qu'en prison et la plus faible prévalence avant l'incarcération pourrait alors s'expliquer par la présence de troubles non diagnostiqués.

Les indicateurs de prise en charge semblent ici de peu de secours pour aider à départager ce qui relèverait d'un artefact de mesure de ce qui relèverait d'une augmentation réelle de la fréquence des troubles mentaux avec l'incarcération. Les prévalences du suivi psychiatrique et psychologique et de la prise de psychotropes dépendent également de l'accès aux soins. Quant à l'hospitalisation en psychiatrie, elle est également exposée à une autre difficulté : du fait de son caractère généralement très localisé dans le temps, par défaut, la probabilité qu'une hospitalisation survienne avant l'incarcération (durée médiane : 37 ans) est beaucoup plus importante que pendant l'incarcération (durée médiane : 5,5 mois), ce qui rend difficile la comparaison de la prévalence entre ces deux périodes.

Un examen par type de trouble permet néanmoins de dégager un argument en faveur d'une augmentation réelle des troubles psychiatriques associée à l'incarcération : l'augmentation des

troubles psychiatrique n'est pas homogène. L'augmentation de la prévalence des pathologies réactionnelles, comme les troubles anxieux et les troubles dépressifs, est significative et relativement importante tandis que la fréquence de troubles réputés plus stables et chroniques comme la schizophrénie et les troubles bipolaires ne varie pas significativement avec l'incarcération.

Un autre résultat qui ressort de cette comparaison est la diminution de la consommation de la plupart des substances addictives en détention. Cette diminution ne concerne pas le tabac et est spécifique aux substances illicites, ce qui oriente vers deux hypothèses non exclusives. La première est celle d'un meilleur contrôle de la circulation des substances illicites en prison qu'en milieu libre. La seconde hypothèse qu'on peut envisager est une sous-déclaration de la consommation spécifique à la période de la détention, dans la mesure où une consommation illégale actuelle serait moins avouable qu'une consommation illégale passée. La personne détenue pourrait masquer cette consommation d'un part dans une démarche de revalorisation de soi et de construction de l'image d'un individu respectable (331,332), et d'autre part par la crainte de sanctions et de la stigmatisation de la part d'autres personnes incarcérées (331,333,334).

III.D.3. Circonstances du suicide

III.D.3.a. Derniers contact avec l'unité sanitaire

Soixante pour cent des cas ont eu un rendez-vous à l'unité sanitaire au cours de la semaine précédant le suicide et 85% dans le mois précédant le suicide. C'est plus qu'en population générale française affiliée au régime général de l'assurance maladie, où la somme des consultations médicales et des passages aux urgences avant le suicide a concerné, pour les mêmes périodes, respectivement 34% et 71% des cas (15). D'un côté, on peut considérer, avec le médecin de santé publique M. Laanani et al, que ces contacts avec les soignants constituent des occasions manquées de prévention du suicide et qu'avec une meilleure formation des professionnels de santé à l'évaluation du risque suicidaire, une partie aurait peut-être pu être évitée (15). D'un autre côté, on peut considérer que ces chiffres témoignent d'un accompagnement massif des personnes en difficulté par les unités sanitaires, et faire

l'hypothèse que leur prise en charge a probablement permis d'éviter un certain nombre de suicides ; vies sauvées que cette étude ne permet pas de rendre visibles.

III.D.3.b. Evènements qui ont précédé le suicide

Un évènement traumatique a été rapporté par les unités sanitaires au cours de la semaine qui a précédé le suicide pour environ 60% des cas. Ce pourcentage est compliqué à comparer avec la littérature, notamment en raison des contours flous de la notion d'évènement traumatique, du nombre important de données manquantes dans la présente étude et des spécificités nationales. Néanmoins, il se dégage de ce résultat l'idée que les suicides des personnes détenues pourraient fréquemment survenir à proximité d'évènements de vie négatifs susceptibles de jouer le rôle de facteur précipitant ou facteur déclencheur et ce point est commun avec de nombreuses études.

En France, les travaux du démographe N. Bourgoin portant sur les années 1982 à 1991 avaient déjà bien étayé cette question (204). Il avait retrouvé un évènement à moins d'une semaine du suicide, passé ou à venir, pour 80% des cas de suicide. Les évènements les plus fréquents étaient l'entrée en prison (14% de l'ensemble des suicides), le placement au QD (10%), une rupture avec la conjointe (7%), une condamnation à venir (5%), un abandon familial (5%) et un transfert (5%). Plus globalement et à l'échelle internationale, des proportions élevées de suicide ont été rapportées pour les personnes à l'isolement disciplinaire ou à la suite de sanctions disciplinaires (125,204,291,318,335), avant ou après de nouvelles condamnations ou d'autres évènements liés à la situation pénale (159,160,181,204,335–338), après un transfert (159,336), après de nouvelles difficultés familiales (204,335,338), dans les suites d'un conflit avec d'autres personnes détenues (291,335,338) ou après un retour d'hospitalisation (179). Il s'agit néanmoins d'études observationnelles et en l'absence de groupe contrôle, l'association de ces évènements avec le suicide reste à préciser. Au-delà du cas de l'isolement disciplinaire, qui sera discuté plus bas, je n'ai pas connaissance d'études comparatives ayant étudié ces évènements.

III.D.3.c. Moment du suicide

III.D.3.c.i. Stade d'incarcération

Un suicide sur 9 est survenu la première semaine de détention, ce qui correspond à un taux de suicide 6 fois plus élevé que pour le reste de la détention. L'observation d'un pourcentage élevé au début de l'incarcération est cohérent avec la littérature (30,125,128,137,159,160,162,171,172,174–176,179,181,183,200,205–207,270–

272,285,286,339–345). Cependant, les pourcentages de suicides au début de l’incarcération ne peuvent pas être comparés d’une étude à l’autre car, en dehors du risque de suicide, ils dépendent entre autres de la durée moyenne d’incarcération. Notamment, le pourcentage attendu de suicides la première semaine, sous l’hypothèse d’homogénéité des suicides au cours de l’incarcération, est d’autant plus important que les incarcérations sont courtes. Pour rendre ces mesures comparables, il faudrait rapporter le nombre de suicides au nombre de PA à risque. C’est ce que permet le calcul du taux de suicide au cours de la première semaine de détention, mais je n’ai pas retrouvé d’autre étude ayant mesuré un tel taux. On peut néanmoins citer l’étude du démographe N. Bourgoin qui avait retrouvé pour les années 1980 en France un risque de suicide 5 fois plus élevé au cours des 2 premiers mois de détention qu’au-delà de 9 mois (169). Le risque de suicide au début de l’incarcération fera l’objet d’analyses et d’une discussion plus détaillées au Chapitre 3 (IV.D.3.). Pour ce qui est de la semaine qui précède la libération, celle-ci n’est pas associée à un risque de suicide plus élevé pour les condamnés en fin de peine.

Les suicides survenus au cours des trois premiers mois diffèrent des suicides survenus plus tardivement sur un certain nombre de points. Globalement, les différences pénales et carcérales semblent moins renvoyer au suicide qu’à l’organisation générale du parcours pénal. Les suicides des trois premiers mois étaient associés avec 1) le début du parcours pénal : la détention provisoire, la maison d’arrêt, moins d’antécédents de transfert, le QA ; 2) les incarcérations les plus courtes : la procédure correctionnelle, les infractions avec les peines les moins longues comme les violences volontaires et celle rangées dans la catégorie « autre ».

Sur le plan clinique, que ce soit sur les consommations de substances addictives avant et pendant l’incarcération, certains troubles psychiatriques avant et pendant l’incarcération, les pathologies somatiques pendant l’incarcération, ou le recours aux soins en santé mentale avant l’incarcération, les résultats convergent vers l’idée qu’en moyenne, ce sont les personnes avec la meilleure santé qui se suicident le plus vite. Ce résultat n’a pas d’explication évidente. Une première hypothèse pourrait être que les personnes malades bénéficient plus souvent d’un suivi par les équipes soignantes, dont l’accompagnement pourrait contribuer à atténuer la rupture que constitue l’incarcération avec le milieu libre et retarder le geste suicidaire. Cette hypothèse suppose que le suicide en prison serait moins lié à la maladie qu’à l’enfermement. Une seconde hypothèse pourrait être que les personnes en moins bonne santé auraient plus de difficultés à élaborer un plan suicidaire, ou bien qu’il leur serait plus difficile de mener celui-ci à bien sous la surveillance de l’administration pénitentiaire, ce qui pourrait plus souvent nécessiter de s’y

prendre à plusieurs reprises. Rappelons que le suicide a été précédé d'une tentative de suicide au cours de la même incarcération pour 36% des cas avec des troubles psychiatriques contre 13% des cas sans troubles psychiatriques.

III.D.3.c.ii. Jours de la semaine

Un autre résultat relatif au moment du suicide est la fréquence plus élevée des suicides en début de semaine, et dans une moindre mesure le weekend. Cette distribution est différente de celle en population générale qui, si elle atteint son maximum le lundi, diminue régulièrement jusqu'au dimanche d'après les sociologues C. Baudelot et R. Establet (116)⁷⁹. Un élément d'explication pourrait être les consignes de la DAP de notification des mauvaises nouvelles d'ordre pénal : comme les effectifs sont réduits le weekend, les mauvaises nouvelles ne doivent pas être annoncées en fin de semaine et doivent attendre le début de la semaine suivante (237). La fréquence des suicides pourrait alors être un peu plus importante le weekend, en lien avec des activités moins nombreuses et un personnel moins présent, et plus importante encore en début de semaine, en lien avec une concentration des annonces de mauvaises nouvelles. Cette augmentation en début de semaine pourrait alors être appréhendée comme un moindre mal, par rapport à une annonce des mauvaises nouvelles à un moment où le personnel serait moins disponible.

III.D.3.c.iii. Heure de la journée

Un peu plus de la moitié des suicides ont été découverts par l'équipe de jour (55%), en baisse par rapport aux années 2006-2007 où c'était le cas pour près des deux tiers (125), mais davantage qu'au cours des années 1970 où c'était le cas pour moins de la moitié (44%) (128). Lorsqu'on découpe la journée en tranches de trois heures, on a vu que deux intervalles se distinguent par une relative concentration des suicides: de 6 à 9h (18%) et de 15 à 18h (18%). Cette distribution n'a pas été retrouvée dans les études menées dans d'autres pays avec le même niveau de précision horaire, où les suicides sont plutôt à prédominance vespérale et nocturne (159,346). De manière plus générale, au niveau international, la répartition des suicides selon l'heure de la journée est variable (159,160,174,272,343,346).

En France, les heures préférentielles de suicide dépendent des conditions de détention et notamment du nombre de personnes en cellule. En détention ordinaire et au QA, lorsque la

⁷⁹ Page 36

personne était seule en cellule, le suicide était plus souvent découvert entre 6 et 9h (27%), ce qui évoque un geste suicidaire plus souvent mis en œuvre en deuxième partie de nuit, associé à une découverte de la personne ou du corps au petit matin lors du contrôle des effectifs. Lorsque les personnes étaient plusieurs en cellule, le suicide était plus souvent découvert entre 9h et 12h ou entre 15h et 18h (55%), soit aux horaires des promenades et éventuelles autres activités des personnes codétenues, de manière cohérente avec le fait que 61% des cas concernés étaient passés à l'acte en l'absence de leurs codétenus. Le choix de l'heure du suicide semble ainsi en partie déterminé par les opportunités de passage à l'acte.

III.D.3.d. Lieu du suicide

III.D.3.d.i. Quartier arrivant

Si la plupart des décès par suicide ont eu lieu en détention ordinaire, deux lieux concentrent une partie non négligeable des suicides : le QA et le QD. Les suicides au QA (16%) correspondent majoritairement aux suicides de la première semaine de détention (11%), puisqu'il s'agit du lieu d'accueil des personnes détenues à leur arrivée dans l'établissement. Le QA est aussi un lieu de transit dans l'établissement d'arrivée après un changement d'établissement pénitentiaire, dans lequel les personnes détenues passent quelques jours.

III.D.3.d.ii. Quartier disciplinaire

La part des suicides au QD (14%) est similaire à ce que la démographe A. Hazard avait observé sur les périodes 2001-2002 (11%) et 2006-2007 (16%) (77). Les études qui ont mesuré le taux de suicide à l'isolement disciplinaire ont toutes retrouvé une fréquence au moins dix fois plus élevée qu'en détention ordinaire (42,204,318). Notamment, une étude de cohorte rétrospective menée en France par la démographe G. Duthé et al comprenant 377 suicides survenus entre 2006 et mi-2009 a permis de montrer qu'après ajustement sur de potentiels facteurs de confusion, le risque de suicide était 15 fois plus élevé au QD (32).

Certaines caractéristiques des suicides au QD sont susceptibles d'orienter vers une population avec une plus grande impulsivité : 1) un âge plus jeune ; 2) une consommation plus importante de substances addictives avant et pendant l'incarcération ; 3) des troubles de la personnalité plus fréquents ; 4) des épisodes d'agitation plus fréquents. Le geste suicidaire lui-même pourrait avoir un caractère plus impulsif, dans la mesure où la plus forte prévalence d'un épisode d'agitation est observée en particulier pour la semaine qui précède le suicide (54% au QD vs

16% ailleurs), et où la moitié des suicides au QD sont survenus au cours des 24 premières heures. Pour la période 2006-2007, A. Hazard notait déjà que près de la moitié des suicides au QD étaient survenus le jour du placement ou le lendemain (125).

Par ailleurs, la surreprésentation des violences physiques contre le personnel parmi les suicides dans les fautes ayant motivé le placement au QD (41% vs 15% pour l'ensemble des personnes détenues) semble témoigner de situations plus conflictuelles entre les personnes détenues et l'administration pénitentiaire. La fréquence importante de violences et insultes envers le personnel parmi les suicides au QD avait déjà été relevée pour la période 2006-2007, sans toutefois être comparée avec la population carcérale générale (125). En remontant plus loin dans le temps, les travaux du démographe N. Bourgoïn montrent que les violences envers le personnel étaient un motif plus rare de placement au QD dans les années 1980, quoique déjà plus fréquent parmi les suicides que parmi l'ensemble de la population carcérale : 12,5% vs 3% (204).

Une autre spécificité importante des suicides au QD est l'utilisation fréquente des barreaux de la cellule comme point d'attache en cas de pendaison : 63% vs 1% pour les autres suicides par pendaison. Cette spécificité s'explique a priori par l'architecture de la cellule disciplinaire. Les personnes détenues placées au QD sont considérées comme à risque plus élevé de violences contre le personnel, et pour que celui-ci ne se retrouve pas nez-à-nez avec la personne détenue lors de l'ouverture de la cellule, celle-ci comprend un sas d'entrée. Celui-ci est situé entre la porte de la cellule et la pièce de vie, et est séparé de cette dernière par une grille, ce qui permet au personnel surveillant de voir la pièce de vie à travers l'œilleton de la porte, sans avoir à entrer dans la cellule. La majorité des pendaisons au QD ont a priori eu lieu en s'attachant à cette grille, qui n'existe pas en détention ordinaire.

L'association entre QD et suicide fera l'objet d'analyses complémentaires et d'éléments de discussion supplémentaires au Chapitre 3 (IV.D.6.).

III.D.3.d.iii. UHSA

Le taux de suicide en UHSA était de 115 pour 10 000 PA, soit environ 7 fois plus élevé qu'en détention ordinaire. Si on considère avec le psychiatre T. Fovet et al que la durée moyenne d'hospitalisation en UHSA, calculée pour l'année 2016, est de 46 jours (257), alors, en appliquant la formule (11) du Chapitre 1, on obtient une létalité par suicide de 14,5 pour 10 000

hospitalisations en UHSA. Cette létalité est cohérente avec celle publiée par la même équipe de recherche pour les UHSA sur la période 2010-2019, égale à 16,6 pour 10 000 séjours (347).

La comparaison avec la population générale en France n'est pas possible faute de données : la Haute Autorité de Santé indiquait en 2022 qu'il n'existait pas d'étude sur la fréquence des suicides en milieu hospitalier en France (348) et je n'en ai pas retrouvé non plus. A l'échelle internationale, une méta-analyse sur les suicides en hôpital psychiatrique menée en 2015 a retrouvé, pour les études menées à partir de 2000, un taux de suicide égal 65 pour 10 000 PA et une létalité égale à 8 pour 10 000 séjours (349). La fréquence des suicides dans les UHSA est donc environ deux fois plus élevée que celle observée dans les hôpitaux psychiatriques en population générale à l'étranger.

Si on se replace maintenant dans le contexte de la détention, on peut faire deux remarques à propos de l'excès de risque de suicide en UHSA. La première est que la principale explication tient a priori à un biais de sélection : les personnes hospitalisées à l'UHSA font partie des personnes détenues avec le risque de suicide le plus élevé. Une partie d'entre-elles sont hospitalisées précisément parce que l'UHSA est un lieu de prise en charge, en dernier recours, des personnes qui présentent un risque suicidaire élevé à court terme. De ce point de vue, l'excès de risque de suicide à l'UHSA est une bonne nouvelle puisqu'il témoigne d'une orientation de prise en charge conforme aux recommandations pour au moins une partie des personnes avec un risque suicidaire élevé. La deuxième remarque est que cet excès de risque, important, est observé malgré le fait que l'hospitalisation complète en psychiatrie constitue un gold standard de prise en charge des personnes avec un risque suicidaire élevé. L'efficacité de la psychiatrie pour prévenir le suicide est donc relative. Ce constat peut être mobilisé pour appeler au renforcement de la prévention du suicide dans les UHSA, mais aussi comme un argument pour défendre l'idée que la prévention du suicide ne peut reposer uniquement sur les épaules de la psychiatrie.

III.D.3.e. Méthode de suicide

La pendaison est la méthode de suicide ultra majoritaire, avec 93% des cas, et tournait déjà autour de 90% dans les précédentes études françaises (30,125,128,204). La prédominance de la pendaison est une constante à l'échelle internationale, puisque celle-ci a été rapportée pour plus de 80% des cas de suicide dans les études dont j'ai connaissance (160,162,163,171,172,174,179,181,183,200,205–207,272,275,279,286,287,289,336–

345,350–356). Pour la France, la pendaison est une méthode plus fréquemment utilisée en détention qu'en population générale, où elle concernait 57% des suicides et 62% de ceux des hommes en 2017 (357)⁸⁰. Les écarts observés s'expliquent sans doute, au moins en partie, par la moins bonne disponibilité des autres méthodes en prison (arme à feu, noyade, saut d'un lieu élevé, etc.).

III.D.3.f. Lieu du décès

Hors contexte de pandémie, les décès après suicide ont été constatés en dehors de l'établissement pénitentiaire pour 18% des cas. Ce résultat semble instructif au regard des possibilités nouvelles de mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues à partir des données du CépiDC, en lien avec l'apparition en 2018 sur le certificat de décès, pour le lieu de décès, d'une case à cocher portant la mention « établissement pénitentiaire » (17,358). Les résultats de cette étude appellent à deux points de vigilance pour toute mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues qui se baserait sur les données du CépiDC : 1) le suicide d'une personne détenue n'est pas synonyme de décès en établissement pénitentiaire. Si 18% des décès de personnes détenues sont hors établissement pénitentiaire, alors la mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues à partir des décès en établissement pénitentiaire devrait être sous-estimée de 18%. Notons également que les décès survenus dans les établissements pénitentiaires comprennent également ceux des professionnels exerçant en prison survenus sur leur lieu de travail, ce qui est susceptible de corriger cette sous-estimation dans des proportions qui restent à déterminer ; 2) la comparaison des périodes pré-COVID et COVID montre par ailleurs que la part des décès à l'extérieur des murs des prisons peut varier dans le temps et est susceptible d'être modifiée par les crises sanitaires (9% à partir du 17 mars 2020), ce qui est susceptible de compliquer l'analyse des évolutions temporelles.

III.D.4 Evolution des caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide en lien avec la pandémie à SARS-CoV2

Le taux de suicide des personnes détenues n'était pas significativement plus élevé pendant la crise sanitaire (du 17 mars 2020 au 31 décembre 2021) qu'avant la crise sanitaire (du 1^{er} janvier

⁸⁰ Page 283

2017 au 16 mars 2020). Le contexte et les données disponibles ne permettent pas de calculer un taux de suicide spécifique aux confinements. Par ailleurs, concernant les évolutions des caractéristiques des cas en lien avec la pandémie à SARS-CoV2, je dispose de peu d'éléments d'arbitrage pour distinguer ce qui serait attribuable à des changements généraux, de ce qui serait attribuable à des modifications du risque de suicide en lien avec certaines caractéristiques. Les hypothèses proposées doivent donc être considérées avec prudence.

Du fait de la rareté statistique du suicide et du caractère localisé dans le temps des confinements liés au SARS-CoV2, le nombre de suicide survenu pendant les confinements a une taille statistiquement modeste qui rend incertaines les comparaisons effectuées avec les autres périodes. La seule caractéristique qui présente une spécificité importante est l'encellulement individuel, qui concerne quasiment tous les cas de suicide pendant les confinements, contre les deux tiers des cas le reste du temps. Deux hypothèses peuvent être évoquées. La première est celle du reflet d'un encellulement individuel plus fréquent chez l'ensemble des personnes détenues, en lien avec la chute de la population carcérale de 18% pendant le premier confinement (39,359). La deuxième hypothèse est celle d'effets délétères sur la santé mentale des mesures d'isolement mises en œuvre pour limiter la circulation du virus (360,361). On peut notamment citer les 14 jours d'isolement appliquées à toutes les personnes détenues en provenance de l'extérieur, au vu de la tendance à des décès par suicide plus fréquents au quartier arrivant pendant les confinements (26% vs 12% et 14%).

Pour les autres caractéristiques, il semble plus raisonnable d'opposer la période COVID, qui regroupe les confinements avec les autres périodes de restrictions sanitaires, à l'avant COVID, avec une date seuil au 17 mars 2020. Certaines caractéristiques semblent témoigner d'une fermeture des prisons sur l'extérieur pendant la période COVID, dans une optique de contrôle de la circulation du virus. Malgré un éloignement géographique moins fréquent (29% vs 49%), les cas survenus pendant la période COVID avaient moins souvent reçu des visites (29% vs 40%). Les visites étaient interdites pendant le premier confinement et elles ont été remises en place à un rythme réduit et dans des conditions plus restrictives après le 11 mai 2020 (362–366). Les difficultés relatives aux visites sont une explication possible de la plus grande présence de parents parmi les cas de suicides pendant le COVID (78% vs 61%), qui ont sans doute eu plus de difficultés à voir leurs enfants. G. Benoist, président de l'Union nationale des fédérations régionales des maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées, rapporte que « *l'automne 2020 a vu l'installation des plexiglass toute hauteur. Plus que la difficulté à s'entendre de part et d'autre de la vitre, les familles ont surtout anticipé l'obstacle*

que cette séparation constituait pour les contacts des jeunes enfants avec le parent détenu. Pour un enfant de deux à six ou sept ans, la visite à son proche au travers d'une vitre a été jugée insurmontable, source d'anxiété et de frustration. Beaucoup de familles ont renoncé aux parloirs, en particulier avec des enfants. [...] La levée des plexiglass n'a pas, nous semble-t-il, vu le retour en force des enfants, l'interdit de toucher et les risques de contaminer la personne détenue restent prégnants. En décembre 2021, dans un certain nombre d'établissements, les parloirs restent limités à deux personnes. Il ne peut y avoir qu'un enfant qui accompagne son parent en visite au parloir. Si quelques associations ont repris la garde des enfants pendant le parloir pour pallier ces difficultés, beaucoup de familles se trouvent en difficulté et doivent décider quel enfant ira au parloir et doivent trouver un mode de garde pour celui qui ne peut s'y rendre » (366). Notons qu'en l'absence de variation significative du taux de suicide global pendant la période COVID, l'hypothèse d'une augmentation du risque de suicide des parents devrait logiquement s'accompagner d'une hypothèse de réduction du risque de suicide des personnes détenues sans enfants, dont la part dans les suicides a diminué de 39% avant la période COVID à 22% pendant la période COVID. Je n'ai pas d'élément d'explication à proposer.

Un autre résultat est la moins grande fréquence des lettres de suicide (17% vs 41%), ce qui peut évoquer des difficultés générales à se procurer le matériel nécessaire pendant la période COVID. Quant à la plus grande fréquence des décès en cellule ordinaire (62% vs 50%) au détriment du milieu hospitalier (9% vs 18%), elle évoque des perturbations de la prise en charge des personnes suite à la découverte d'un geste auto-agressif grave, en lien avec les restrictions sanitaires, susceptibles de constituer une perte de chances. Les personnes pourraient avoir été découvertes plus tard, ou bien ne pas pouvoir être transportées ou accueillies en milieu hospitalier.

D'autres éléments semblent témoigner de perturbations du fonctionnement des établissements pénitentiaires par la pandémie. Des antécédents de tentative de suicide ont été moins souvent identifiés par l'administration pénitentiaire pour les cas survenus pendant la période COVID (34% vs 54%), alors qu'aucune différence n'a été relevée par les unités sanitaires. De plus, la surveillance adaptée était moins souvent mise en place au moment du suicide (40% vs 60%), alors même qu'un risque suicidaire avait plus souvent été identifié (62% vs 33%).

III.D.5. Personnes détenues et personnes écrouées non détenues décédées par suicide

Les personnes écrouées non détenues, qui comptent pour environ 18% des personnes écrouées (39), ont un taux de suicide 3 à 4 fois inférieur à celui des personnes détenues. A ma connaissance, cette étude est la première à procéder à une telle comparaison.

On peut être tenté d'imputer cet écart, en première intention, à l'environnement carcéral. Les personnes écrouées non détenues auraient un risque de suicide plus faible parce qu'elles échapperaient à l'enfermement carcéral et à des conditions de détention délétères fortement suspectées d'augmenter le risque de suicide. Cependant, les données disponibles montrent que, au sein des populations suivies par la justice pénale, l'absence d'incarcération ne garantit pas nécessairement un risque de suicide plus faible. En Angleterre et au Pays de Galles, les études qui s'intéressent à la mortalité des personnes sous probation montrent qu'elles ont un taux de suicide aussi élevé sinon plus que celui des personnes détenues (367,368). Sur la période de 2010 à 2016, le criminologue J. Phillips et al ont rapporté un taux de suicide des personnes sous probation de 11,8 pour 10 000 PA contre 8,3 pour les personnes détenues (367). En France, aucune donnée n'est disponible sur les suicides des PPSMJ non écrouées.

Par ailleurs, si les personnes écrouées non détenues correspondent pour une partie à des personnes ayant exécuté la totalité de leur peine de prison hors les murs, elles comprennent également des personnes ayant exécuté la majeure partie de leur peine en prison et qui en sont sorties dans le cadre d'un aménagement de fin de peine. Bien que cette sortie ne soit pas une libération, elle permet aux personnes de s'affranchir de l'environnement carcéral et de ce point de vue, la fréquence des suicides des personnes écrouées semble intéressante à comparer avec celle des personnes récemment libérées de prison. En Suède, après une durée médiane de suivi d'environ 15 mois, le taux brut de suicide des personnes libérées de prison est 18 fois plus élevé qu'en population générale (369), contre 6 fois plus que la population générale pour les personnes détenues (132). En Angleterre et au Pays de Galles, le taux de suicide des personnes suivies pendant un an à la sortie de prison est, après ajustement sur l'âge et le sexe, 13,5 fois plus élevé qu'en population générale (370) contre 6,3 fois plus que la population générale (comparaison brute) pour les personnes détenues (132). Par ailleurs, en Norvège, les taux de suicides dans l'année qui suit la libération sont similaires à ceux observés en prison (371). Ces résultats, en même temps qu'ils invitent à se préoccuper en France des personnes suivies en milieu ouvert et des personnes qui sortent de prison, interrogent la portée de l'explication d'un

taux de suicide plus bas pour les personnes écrouées non détenues du seul fait de se trouver à l'extérieur de la prison.

Une autre hypothèse peut être avancée pour expliquer le taux de suicide plus faible chez les personnes écrouées non détenues : celui-ci pourrait résulter d'un phénomène de sélection, parmi les personnes condamnées à une peine de prison ferme, des personnes avec le risque de suicide le plus faible. D'après l'article 66 de la loi pénitentiaire de 2009 (372), en vigueur jusqu'au 24 mars 2020, pour bénéficier d'un aménagement de peine d'emprisonnement ab initio, la personne devait être condamnée à une peine de prison inférieure ou égale à deux ans et justifier soit de l'exercice d'une activité professionnelle, même temporaire, du suivi d'un stage ou de son assiduité à un enseignement, à une formation professionnelle ou à la recherche d'un emploi ; soit de sa participation essentielle à la vie de sa famille ; soit de la nécessité de suivre un traitement médical ; soit de l'existence d'efforts sérieux de réadaptation sociale résultant de son implication durable dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. L'article 74 de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, en vigueur pendant le reste de cette étude, généralise les aménagements de peine ab initio pour les peines inférieures ou égales à un an (et les interdit entre un et deux ans), à condition qu'ils soient compatibles avec la situation et la personnalité de la personne condamnée (373). Pour les personnes déjà incarcérées, l'obtention d'un aménagement en fin de peine se fait aux mêmes conditions que pour les aménagements ab initio dans la loi de 2009 (374). Ainsi, dans la plupart des cas, les personnes écrouées ont plus de chances de bénéficier d'un aménagement de peine en cas de perspective d'insertion professionnelle, s'ils ont une famille au sein de laquelle ils sont intégrés, s'ils ont un logement, ou en cas d'implication durable dans un projet d'insertion sociale, qui nécessite un soutien social et suppose des capacités à faire face à l'adversité. Autant de critères qui constituent des facteurs protecteurs du suicide (142,375). Les conditions requises pour bénéficier d'un aménagement de peine sélectionnent donc des personnes écrouées avec un risque de suicide plus faible.

Certains critères d'octroi d'un aménagement de peine peuvent être retrouvés dans les différences observées dans la présente étude entre les caractéristiques des personnes écrouées non détenues et celles des personnes détenues décédées par suicide. Les cas non détenus étaient ainsi plus souvent en emploi avant l'incarcération (83% vs 46%), ce qui est un indice de meilleures capacités de réinsertion. Alors que la détention provisoire est un facteur de risque de suicide (199), tous les cas non détenus étaient condamnés, de manière cohérente avec le fait

que les aménagements de peine sont réservés aux personnes condamnées. Par ailleurs, alors que les infractions les plus graves sont associées à un risque de suicide plus élevé (199), les cas non détenus avaient été condamnés pour des infractions moins graves, presque systématiquement dans le cadre de procédures correctionnelles, en cohérence avec le fait que, lorsqu'ils sont prononcés ab initio, les aménagements de peine sont réservés aux peines les plus courtes.

Les sociologues G. Cliquennois et G. Chantraine ont décrit un autre mécanisme de sélection, à partir d'une enquête ethnographique en centre de détention et en maison centrale. D'après leurs observations, la présence d'un comportement suicidaire en détention peut en soi être un argument mobilisé par les juges d'application des peines pour refuser des aménagements de peine aux personnes détenues (41). La lutte contre la récidive et la réinsertion sont deux enjeux majeurs qui sous-tendent les aménagements de peine. Or, d'une part la tendance suicidaire est interprétée par les juges d'application des peines comme le signe d'un état psychologique fragile qui augmenterait le risque de survenue de comportements hétéro-agressifs, et d'autre part elle fait craindre que la personne détenue ne puisse investir sérieusement son projet de réinsertion (41).

Pour terminer, à ma connaissance, les efforts de prévention du suicide sont beaucoup plus importants auprès des personnes détenues qu'auprès des personnes écrouées non détenues. Par conséquent, les mesures de prévention tendent à rapprocher le taux de suicide des personnes détenues de celui des personnes écrouées non-détenues ; autrement dit, en l'absence de prévention du suicide, le rapport de taux de suicide entre personnes détenues et personnes écrouées non détenues serait a priori encore plus important.

III.D.6. Taux de suicide en prison et en population générale

La comparaison brute des taux de suicide en population carcérale et en population générale retrouve un taux 13 fois plus élevé pour la prison. Cependant, cette étude a confirmé une interaction quantitative entre le genre et l'incarcération vis-à-vis du suicide, qui a déjà été rapportée dans la littérature (132,204), ce qui invite à mener des analyses séparées selon le genre. Ces analyses séparées sont d'autant plus nécessaires que la combinaison de cette interaction avec la différence importante de distribution des deux populations selon le genre

conduit à des résultats différents selon la population de référence en cas d'analyse genre égal par ailleurs.

Ainsi, à âge égal, cette étude montre que le taux de suicide des hommes détenus est 10 fois plus élevé que celui des hommes en population générale, tandis que le taux de suicide des femmes détenues est 40 fois plus élevé que celui des femmes en population générale. Les écarts entre prison et population générale se sont creusés depuis les années 1980 en France : d'après les travaux du démographe N. Bourgoïn, à âge égal, le taux de suicide était alors 4 fois plus élevé pour les hommes et 10 fois plus élevé pour les femmes (204). L'augmentation de ces écarts est liée à la fois à une diminution du taux de suicide en population générale et à une augmentation du taux de suicide des personnes détenues. La sursuicidité carcérale est également plus importante en France qu'à l'étranger. Une étude publiée en 2024 par le psychiatre A. Mundt et al dans plus de 80 pays a retrouvé un risque de suicide 2 à 6 fois plus élevé chez les hommes détenus et 10 à 30 fois plus élevé chez les femmes détenues que chez leurs homologues en population générale (130).

L'importance de la sursuicidité carcérale en France n'a pas d'explication évidente. Pour des pistes d'explication sur la sursuicidité carcérale de manière générale, on pourra notamment se référer à la littérature sur les déterminants de la sursuicidité carcérale, présentée en Introduction générale du manuscrit (I.D.2.a.). Le Chapitre 1 comprend par ailleurs des hypothèses explicatives de l'augmentation du risque de suicide dans les prisons françaises à la fin du XX^e siècle (II.F.2.d.). Quant aux écarts plus importants chez les femmes, N. Bourgoïn fait l'hypothèse qu'ils pourraient s'expliquer en partie par une détention provisoire plus fréquente et des infractions plus graves chez les femmes que chez les hommes (204). Dans le Chapitre 3, l'association entre genre et suicide sera ajustée sur la catégorie pénale et sur le type d'infraction, et les résultats seront discutés de manière plus détaillée (IV.D.2.).

III.D.7. Forces et limites de l'étude

III.D.7.a. Forces de l'étude

Une première force de l'étude est son exhaustivité à l'échelle nationale sur une période de 5 ans. Elle permet d'obtenir des résultats représentatifs de la situation française. Par ailleurs, elle a permis d'inclure dans l'étude un grand nombre de suicides et par ce biais d'augmenter la puissance des tests statistiques effectués et la précision des taux de suicides mesurés.

Une seconde force de cette étude est la richesse des caractéristiques étudiées. A ma connaissance, il s'agit de la première étude qui présente les caractéristiques cliniques des suicides des personnes détenues en France. Elle apporte également de nombreuses informations sur les circonstances des suicides.

III.D.7.b. Limites liées à l'absence de groupe de comparaison

Une des questions que soulève la présentation des caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide est de savoir s'ils sont spécifiques aux suicides ou bien s'ils sont à l'image de l'ensemble des personnes détenues. En l'absence de groupe de comparaison, le plus souvent, à partir des résultats présentés, il n'est pas possible d'inférer de l'implication de telle ou telle caractéristique dans la survenue des suicides. Or, l'identification des facteurs de risque de suicide serait souhaitable pour aider à comprendre les mécanismes susceptibles d'être impliqués dans la survenue des suicides et orienter la prévention.

III.D.7.c. Limites liées au mode de recueil des données

Le suicide est un événement statistiquement rare et non prédictible à l'échelle individuelle. De plus, les morts ne peuvent pas être interrogés. Pour ces raisons, les études qui portent sur le suicide ne peuvent recueillir des données que de manière indirecte. La présente étude repose sur des données recueillies en routine, dans le cadre du suivi médical pour les données cliniques et dans le cadre de la gestion de la détention pour les autres données. Ces données n'ont pas été recueillies à des fins de recherche et une partie d'entre elles sont moins exhaustives et sans doute moins fiables que ce qu'aurait permis l'interrogatoire et l'examen des personnes. Une grande partie des données cliniques, et certaines données fournies par la DAP, présentent de nombreuses données manquantes. Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que certaines informations ne sont pas recherchées de manière systématique en routine, comme le suggère la fréquence moins élevée de certains troubles psychiatriques chez les personnes décédées par suicide, par rapport à l'ensemble des personnes détenues.

III.D.7.d. Limites liées au recensement des suicides des personnes détenues

Une autre limite de l'étude concerne la classification des décès en suicide. Dans notre étude, est classé comme suicide tout cas déclaré comme tel par la DAP. On a vu en Introduction générale de thèse que dans la majorité des cas, le diagnostic de suicide est posé au terme d'une

brève enquête administrative basée sur les circonstances apparentes du décès et des témoignages, et qui exclue tout avis médical. Le diagnostic de suicide a été contesté par l'USMP pour 4 cas sur la période observée dans notre étude. Un psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire m'a par ailleurs rapporté qu'au premier semestre 2023, le nombre de suicides recensés par son équipe dans les établissements pénitentiaires couverts par le service était supérieur au nombre que leur avait communiqué l'administration pénitentiaire.

De la même manière, une association rapporte pour la même période 5 décès pour lesquels le diagnostic officiel de suicide est contesté par la famille ou par d'autres personnes détenues (376)⁸¹. Par ailleurs, à ma connaissance, la commission d'examen des décès de cause incertaine ne s'est pas réunie depuis 2018. Ces cas ne sont pas accessibles aux chercheurs et par conséquent, certains suicides survenus entre 2018 et 2021 n'ont pas été inclus dans notre étude. Le nombre de cas en attente d'évaluation n'est pas connu mais il est sans doute marginal par rapport au nombre total de cas : cette évaluation avait conduit à l'ajout de 5 suicides en 2016 et 2 suicides en 2017.

III.D.7.e. Limites liées à la comparaison de la fréquence des suicides en prison et en population générale

Les rapports des taux de suicide entre prison et population générale ne tiennent pas compte de l'exhaustivité de la mesure des suicides, en l'absence de données récentes et fiables sur la sous-estimation des suicides dans les deux environnements comparés. Pour les personnes détenues, SpF avait évalué la sous-estimation des suicides à 6% pour la période 2000-2010 (121). Cette sous-estimation est susceptible d'avoir été modifiée par l'allègement du système de vérification des décès par la DAP au cours des années 2010 et par le retard pris ces dernières années dans sa mise en œuvre. Pour la population générale, la sous-estimation avait été évaluée par A. Aouba et al du CépiDc à 9% pour l'année 2006 (377). D'après les auteurs, la sous-estimation tient principalement au fait que des suicides ont été classés en tant que mort violente d'intention indéterminée ou en tant que décès de cause inconnue. Or, comme ces catégories de décès ont environ triplé depuis 2006 (126), la sous-estimation des suicides pourrait être devenue sensiblement plus importante ces dernières années. Parallèlement, la sous-estimation des suicides en population générale a, a priori, été réduite depuis 2018 en lien avec l'évolution des

⁸¹ Page 110

certificats de décès et l'amélioration de leur transmission par l'institut médico-légal de Paris (378). Le niveau réel de sous-estimation des suicides reste aujourd'hui à déterminer.

III.D.8. Conclusion

Cette étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes détenues a été coordonnée par SpF, en collaboration avec la DAP et les USMP. Elle rassemble des données issues de l'administration pénitentiaire et des USMP pour toutes les personnes détenues décédées par suicide en France sur la période 2017-2021. Cette étude montre que le taux de suicide est 10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes que chez leurs homologues en population générale. Elle n'apporte pas d'élément d'explication univoque de cette sursuicidité carcérale. Elle attire néanmoins l'attention sur un certain nombre de caractéristiques susceptibles de jouer le rôle de facteur de risque individuel de suicide : l'âge, la détention provisoire, les infractions graves, les troubles psychiatriques, les événements qui précèdent le suicide comme l'entrée en prison ou le QD.

L'association de ces caractéristiques avec le suicide et leur éventuelle responsabilité est néanmoins difficile à évaluer en l'absence de groupe contrôle, qui constitue une limite importante de cette étude. En particulier, l'association d'événements marquants avec le suicide n'a pratiquement jamais été évaluée par les études comparatives dans la littérature internationale. Des études comparatives sont nécessaires pour mener à bien des analyses plus poussées. Le [Chapitre 3](#) tente de répondre en partie à cette difficulté en proposant une étude des facteurs de risque individuels des suicides des personnes détenues en France à l'aide d'une cohorte rétrospective.

Chapitre 3

**Les facteurs de risque de suicide des
personnes détenues : une étude de
cohorte rétrospective nationale
2017-2020**

IV.A. Introduction

Les suicides comptent pour environ la moitié des décès des personnes détenues en France (120,121). Le taux de suicide des personnes détenues a été multiplié par 2 à 3 depuis le milieu du XX^e siècle (Chapitre 1, II.F.2.). Il est 10 et 40 fois plus élevé qu'en population générale française, respectivement chez les hommes et chez les femmes (Chapitre 2, II.C.3.d.). La France a un taux de suicide en prison parmi les plus élevés dans le monde (132,133). A l'échelle internationale, environ 11 millions de personnes sont incarcérées dans le monde (131) et le taux de suicide des personnes détenues est plusieurs fois supérieur à celui en population générale dans la plupart des pays (130,132–134).

Une méta-analyse sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues à l'échelle internationale a été publiée par la psychiatre S. Zhong et al (199). Portant sur 77 études, elle a souligné le rôle important de facteurs associés à la santé mentale comme les idées suicidaires, les antécédents de tentative de suicide, les antécédents d'automutilation et les troubles psychiatriques. Elle a également relevé le rôle de facteurs institutionnels comme l'encellulement individuel ou l'absence de visites au parloir, et de facteurs pénaux dont la détention provisoire, la peine de perpétuité ou les infractions dirigées contre les personnes. Cependant, on a vu que les facteurs de confusion ont été peu recherchés et seules cinq études sources comprenaient un modèle multivariable explicatif (42,168,169,200,201,319) (Introduction générale, I.D.2.b., Tableau 1), et que l'encellulement individuel était le seul facteur qui a été étudié dans au moins deux de ces cinq études et qui est resté systématiquement associé au suicide dans l'analyse multivariable (I.D.2.b.).

Les cinq études citées apportent une contribution essentielle à la question des facteurs de risque individuels de suicide, mais le rôle de certains facteurs reste à préciser. Notamment l'étude des facteurs sociodémographiques au-delà de l'âge et du sexe pose des difficultés en lien avec une fréquence souvent importante de données manquantes (168,200,319,379) et conduit à des résultats divergents (168,169,201). Par ailleurs, la fréquence des suicides plus élevée en début d'incarcération a été rapportée essentiellement par des études descriptives (125,128,137,159,160,162,171,172,174,179,181,200,205,270,272,285,286,339–345,380). Si l'on met de côté le taux de suicide au cours la première semaine de détention calculé au Chapitre 2 (III.C.3.b.), la seule étude qui à ma connaissance a évalué le risque de suicide au début de l'incarcération est celle du démographe N. Bourgoïn, qui avait montré un risque 5 fois plus

élevé au cours des 2 premiers mois d’incarcération, par rapport aux personnes présentes depuis plus de 9 mois (169). Un autre élément d’intérêt est la surpopulation carcérale qui, si elle est régulièrement suspectée de contribuer aux suicides des personnes détenues, n’a fait l’objet jusqu’ici que d’études écologiques qui ont conduit à des résultats divergents (130,132–134,161,202–206,381). La France a un niveau de surpopulation particulièrement élevé, avec au 1^{er} janvier 2020 à l’échelle nationale 116 personnes incarcérées pour 100 places contre une médiane de 91 dans les pays européens (296).

Une autre limite des études comparatives disponibles réside dans le peu d’attention accordé aux évènements en détention. Ces évènements peuvent être conceptualisés comme de potentiels facteurs déclencheurs du suicide, par opposition à des facteurs prédisposant représentés par des caractéristiques plus stables (152,382). En population générale, des évènements de vie négatifs comme les conflits relationnels ou les problèmes légaux sont positivement associés au suicide (383). En prison, on a vu au Chapitre 2 qu’un évènement traumatique a été rapporté au cours de la semaine qui a précédé le suicide pour la majorité des cas (III.C.2.a.iv.). A l’échelle internationale, des études descriptives ont rapporté des pourcentages élevés de suicide pour les personnes à l’isolement disciplinaire ou à la suite de sanctions disciplinaires (125,204,291,318,335), avant ou après de nouvelles condamnations ou d’autres évènements liés à la situation pénale (159,160,181,204,335–338), après un transfert (159,336), après de nouvelles difficultés familiales (204,335,338), dans les suites d’un conflit avec d’autres personnes détenues (291,335,338) ou après un retour d’hospitalisation (179). Ces résultats suggèrent que ces évènements pourraient avoir provoqué ou précipité le suicide de certaines personnes détenues. Toutefois, en l’absence de groupe contrôle, on ne sait pas s’ils sont bien associés au suicide et à quel degré. Les études comparatives manquent pour le confirmer. A ma connaissance, seules trois études ont calculé un taux de suicide à l’isolement disciplinaire, deux en France (42,204) et une aux Etats-Unis (318). Elles ont toutes retrouvé un risque de suicide au moins 10 fois supérieur à celui en détention ordinaire. La démographe G. Duthé et al sont allés plus loin en incluant le placement au QD dans un modèle de survie multivariable qui a retrouvé un risque de suicide multiplié par 15 (42).

L’objectif de cette étude est d’évaluer les facteurs de risque individuels de suicide des personnes détenues en France, à l’aide d’une étude de cohorte rétrospective. Elle s’intéresse à la fois 1) à des facteurs de risque classiques : sociodémographiques, pénaux, carcéraux et 2) au rôle joué par certains évènements : la condamnation à une peine de prison ferme, le placement au QD, le placement au QI et le transfert entre deux établissements pénitentiaires.

Ce chapitre suit le plan classique des travaux de recherche en épidémiologie, divisés en trois parties : la présentation des méthodes, la présentation des résultats et la discussion des résultats.

IV.B. Matériel et méthodes

J'ai construit cette étude dans le cadre ma thèse, en m'inspirant notamment des travaux menés par la démographe G. Duthé et al sur le même sujet (42).

IV.B.1. Population et données

IV.B.1.a. Population de l'étude

L'étude des facteurs de risque de suicide des personnes détenues présentée dans ce travail s'appuie sur une étude observationnelle qui a reconstruit, dans le cadre d'une cohorte rétrospective, le suivi des incarcérations en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités d'outre-mer sur une période d'observation de 4 ans, du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2020.

Les données sources, présentées plus bas, sont constituées de séjours d'écrou. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués aux séjours d'écrou afin d'obtenir une population d'analyse constituée de séjours de détention. Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués: 1) une date de début antérieure au 1^{er} janvier 2021 ; 2) une date de fin postérieure au 31 décembre 2016 et 3) un hébergement en établissement pénitentiaire d'au moins une nuit pendant la période d'observation de l'étude.

Les critères d'exclusion suivants ont ensuite été appliqués : 1) le séjour d'écrou commence par une période d'hébergement hors établissement pénitentiaire pour les séjours qui ont débuté pendant la période d'observation ; 2) la personne écrouée est hébergée hors établissement pénitentiaire au 1^{er} janvier 2017 pour les séjours qui ont débuté avant la période d'observation ; 3) le séjour d'écrou comprend au moins une période d'hébergement hors établissement pénitentiaire d'au moins 5 nuits consécutives intercalée entre deux périodes d'hébergement en établissement pénitentiaire.

Les périodes d'hébergement hors établissement pénitentiaire de 1 à 4 nuits consécutives ont été recodées en hébergement en établissement pénitentiaire. Les séjours d'écrou qui ont démarré avant le 1^{er} janvier 2017 ont été censurées à gauche à cette date. Les séjours d'écrou qui se sont terminés après le 31 décembre 2020 ont été censurés à droite à cette date.

Pour chaque incarcération, la date de début de suivi est égale 1) à la date d'entrée en prison pour les séjours non censurés à gauche ; 2) au 1^{er} janvier 2017 pour les séjours censurés à gauche.

Pour chaque incarcération, la date de fin de suivi est égale 1) à la date de l'acte suicidaire à l'origine du décès pour les personnes détenues décédées par suicide ; 2) à la date de libération ou de décès (hors suicide) pour les séjours d'écrou exclusivement constitués de détention au cours de la période d'observation et non censurés à droite ; 3) au 31 décembre 2020 pour les séjours exclusivement constitués de détention au cours de la période d'observation et censurés à droite ; 4) à la date de fin d'incarcération pour les séjours d'écrou constitués d'une période d'incarcération suivie d'une période avec aménagement de peine hors détention au cours de la période d'observation. Dans cette dernière situation, lorsque le séjour d'écrou est censuré à droite (2% de la population d'analyse), j'ai fait l'hypothèse que la personne observée ne sera pas réincarcérée dans le cadre du même séjour d'écrou après la date de censure à droite, ce qui est le cas de 82% des séjours d'écrou non censurés à droite avec la même trajectoire de situations d'hébergement.

IV.B.1.b. Sources des données

Les données de l'étude sont des données administratives issues de deux sources. La principale source de données est l'application GENESIS (320). Cette application informatique est utilisée par l'administration pénitentiaire pour la gestion des personnes écrouées au quotidien dans l'ensemble des établissements pénitentiaires de la France et de ses territoires outre-mer, à l'exception du centre pénitentiaire de Mata-Utu en Polynésie française. Les données de l'application sont centralisées au niveau de la DAP du ministère de la Justice. Un système de traitement des données permet de produire des tables nationales contenant des informations à caractère personnel standardisées et pseudonymisées. Ces tables nationales font l'objet d'exploitations statistiques destinées à guider le fonctionnement des services pénitentiaires, la décision politique et à informer le grand public. Cette étude repose sur les données contenues dans ces tables nationales. Elles ont pour unité d'observation privilégiée le séjour d'écrou et ne contiennent pas d'identifiant personnel. Il n'est par conséquent pas possible, en cas d'incarcérations multiples pour une même personne, de les relier entre elles. Un identifiant du séjour d'écrou permet de croiser les informations relatives à un même séjour contenues dans différentes tables.

Les tables nationales de GENESIS comprennent une variable de décès sous écrou mais ne permettent pas d'identifier les suicides, faute d'information sur la cause de décès. Cette difficulté a été contournée par un appariement probabiliste de la population d'analyse avec une liste des suicides tenue par le département des politiques sociales et des partenariats de la DAP sur la base des enquêtes administratives consécutives à chaque décès de personne écrouée. L'appariement a pour objectifs d'introduire une variable relative à la survenue d'un suicide et, en cas de suicide, une seconde variable relative à la date de l'acte suicidaire à l'origine du décès. Il a été réalisé sur la base des variables suivantes : date de décès, établissement pénitentiaire d'écrou à la date du décès, date de mise sous écrou initiale, année de naissance et genre. Aucun cas de suicide n'avait de correspondances multiples dans la population d'analyse. Les suicides avec une correspondance partielle sur les variables d'appariement, qui traduisent généralement la présence de données manquantes ou plus rarement d'erreurs dans l'une des deux sources de données, ont été discutés au cas par cas avec la DAP. Au total, 99,6% des suicides ont été appariés.

IV.B.2. Présentation des variables étudiées

IV.B.2.a. Suicide

Le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, cosigné par le ministère de la justice et le ministère des solidarités et de la santé, définit le suicide par un « acte auto-infligé avec intention de mourir dont résulte la mort » (8). Dans cette étude, est considéré comme suicide tout cas déclaré comme tel par le département des politiques sociales et des partenariats de la DAP. Des précisions sur le système de classement des décès des personnes détenues en suicide par la DAP sont données en Introduction générale (I.A.2.b.). Pour cette étude, est considéré comme suicide de personne détenue tout suicide de personne formellement détenue au moment de l'acte suicidaire. En d'autres termes, sont inclus les cas pour lesquels l'acte suicidaire a eu lieu en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire et notamment à l'hôpital. Sont également incluses les personnes qui ont eu une suspension de peine pour raison médicale entre le passage à l'acte et le décès qui en a résulté et qui n'étaient donc plus détenues à la date de leur décès, et pour lesquelles le décès a été porté à la connaissance de la DAP.

IV.B.2.b. Caractéristiques recueillies uniquement à l'entrée

Des caractéristiques sociodémographiques, pénales et carcérales ont été recueillies pour chaque incarcération. Lorsqu'une caractéristique était disponible dans plusieurs tables de données, l'ensemble des tables concernées étaient mobilisées afin de réduire la fréquence des données manquantes et des règles de hiérarchisation des tables ont été établies en cas d'informations contradictoires pour un même séjour. Pour les caractéristiques suivantes, la valeur recueillie à la date d'écrou initial a été appliquée à l'ensemble de l'incarcération :

- Âge ; il a été découpé en six classes pour l'analyse descriptive : 13-19 ans, 20-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, 60-99 ans. Il a été découpé en trois classes pour l'analyse de survie : 13-29 ans, 30-39 ans, 40-99 ans.
- Genre en deux groupes : homme, femme.
- Nationalité en quatre groupes : nationalité française, nationalité d'un autre pays d'Europe, nationalité d'un pays d'Afrique, nationalité d'autres pays.
- Baccalauréat : oui, non.
- Catégorie socioprofessionnelle en trois groupes : ouvrier-ère, autre activité professionnelle, sans emploi.
- Logement personnel : oui, non.
- Situation matrimoniale en trois groupes : célibataire, en couple (mariage, PACS, concubinage), séparé.e (séparation, divorce, veuvage).
- Enfants : oui, non.
- Procédure pénale : correctionnelle, criminelle.
- Catégorie d'infraction principale : six groupes ont été retenus pour l'analyse descriptive : violences volontaires, viol ou agression sexuelle, homicide volontaire, vol, infractions à la législation sur les stupéfiants, autres infractions. Quatre groupes ont été retenus pour l'analyse de survie : violences volontaires, viol ou agression sexuelle, homicide volontaire, autres infractions.

La procédure pénale correspond au type de tribunal qui a engagé les poursuites, en fonction de la gravité de l'infraction suspectée, et ne correspond pas systématiquement à la gravité de l'infraction qui est finalement retenue. Les personnes incarcérées recherchées par un autre pays, dites « extradables », ont été reclassées en données manquantes.

La catégorie d'infraction principale correspond, selon la catégorie pénale, à la catégorie d'infraction pour laquelle la personne est poursuivie ou celle pour laquelle elle a été condamnée.

En cas d'infractions multiples, l'infraction principale était sélectionnée dans les données sources sur la base des critères suivants, par ordre d'importance décroissante : 1) le crime est prioritaire sur le délit ; 2) la peine de prison maximale encourue ; 3) l'atteinte aux personnes est prioritaire sur l'atteinte aux biens ; 4) l'amende maximale encourue.

IV.B.2.c. Caractéristiques avec recueils multiples au cours de l'incarcération

Les trois caractéristiques suivantes ont été recueillies à la date d'écrou initial, à la date de début de suivi et pour chaque changement au cours du suivi :

- Catégorie pénale en deux modalités : détention provisoire, détention post-sentencielle.
- Stade d'incarcération : il désigne le temps écoulé depuis l'entrée en prison. Il a été découpé en 8 classes pour l'analyse descriptive : < 1 semaine, 1 semaine à 1 mois, 1 à 3 mois, 3 à 6 mois, 6 à 12 mois, 1 à 3 ans, 3 à 5 ans, 5 ans et plus. Il a été découpé en trois classes pour l'analyse de survie : < 1 semaine, 1 semaine à 6 mois, \geq 6 mois.
- Type d'établissement pénitentiaire où se déroule l'incarcération en quatre modalités : maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale, autre type d'établissement. Les autres types d'établissement comprennent les centres de semi-liberté, les centres pour peine aménagée et les établissements pour mineur. Au sein des centres pénitentiaires, qui combinent plusieurs types d'établissements dans des quartiers séparés, chaque quartier a été affecté de manière indépendante à l'une des catégories précitées.

Dans cette étude, la détention provisoire est appréhendée notamment à travers l'incertitude relative à la durée de la peine de prison. Par conséquent, n'ont été caractérisées comme détention post-sentencielle que les périodes pour lesquelles les personnes étaient condamnées de manière définitive pour toutes les affaires relatives à l'écrou. Les personnes dites « condamnés-prévenus », condamnées dans au moins une affaire et prévenues dans au moins une autre, ont été assignées au groupe de détention provisoire pour la période correspondante. Pour la même raison, les personnes « extradables » ont été reclassées parmi les prévenu-es.

Concernant le stade d'incarcération, pour les séjours d'écrou censurés à gauche, j'ai fait l'hypothèse que la partie censurée à gauche est constituée exclusivement d'incarcération, et que par conséquent la date d'entrée en prison coïncide avec celle de la mise sous écrou initiale. Le biais lié à cette hypothèse peut être estimé de manière indirecte : en faisant l'hypothèse que les

personnes incarcérées au 1^{er} janvier 2017 sont comparables aux personnes incarcérées au 31 décembre 2020, alors on peut estimer la distribution des débuts de séjours censurés à gauche chez les premiers à partir de celle des débuts de séjours observés chez les seconds. Selon cette estimation, environ 4% des séjours censurés à gauche devraient être mal classés pour le stade d'incarcération, soit environ 0,7% de l'ensemble de la population d'analyse. Ce biais vaut également pour le calcul des durées de détention.

Le nombre de personnes dans la cellule a été recueilli à la date de début de suivi et pour chaque changement au cours du suivi. Quatre catégories ont été présentées pour l'analyse descriptive : 1, 2, 3, 4 et plus. Elles ont été réduites à une variable binaire d'encellulement individuel dans l'analyse de survie : oui, non. Les changements d'une durée inférieure à une semaine ont été ignorés, dans le but de réduire le volume de données et avec pour conséquence un biais de classement pour environ 3% des PA.

Des données ont également été recueillies sur la taille et la densité des établissements où les incarcérations ont eu lieu. La taille correspond au nombre de personnes détenues dans l'établissement. Elle a été découpée en trois classes : ≤ 500 , 500 à 1000, > 1000 pour l'analyse descriptive et a été conservée sous sa forme quantitative pour l'analyse de survie. La densité est le nombre de personnes incarcérées pour 100 places opérationnelles dans l'établissement. Dans les centres pénitentiaires, une densité a été calculée de manière indépendante pour chaque quartier. La surpopulation carcérale a été définie par une densité supérieure à 100. La densité a été découpée en quatre classes pour l'analyse descriptive : ≤ 100 , 100 à 120, 120 à 150, > 150 . Elle a été réduite à une variable binaire de surpopulation dans l'analyse de survie : ≤ 100 , > 100 . Pour chaque incarcération, une valeur moyenne a été calculée pour ces deux caractéristiques pour chaque établissement où la personne a été emprisonnée, sur la base des données mensuelles publiées par la DAP concomitantes de l'incarcération.

IV.B.2.d. Evènements en détention

Quatre évènements susceptibles de survenir au cours de la détention ont fait l'objet d'une attention particulière : la condamnation pendant la détention, le placement au QD, le placement au QI et le transfert. Ils n'ont été pris en compte que lorsque la date d'évènement se situe entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020 inclus.

Pour les condamnations, la date d'évènement est la date présumée de prise de connaissance de la condamnation par la personne détenue. Elle correspond à la date de décision en cas de jugement contradictoire (en présence de la personne détenue) et à la date de notification ou de signification en cas de jugement contradictoire à signifier ou de jugement par défaut (en l'absence de la personne détenue). Par ailleurs, seules les condamnations dont le libellé correspond explicitement ou est compatible avec une peine de prison ferme ou une révocation de sursis ont été considérées. Dans cette étude, une condamnation est réputée être survenue pendant la détention lorsque la personne détenue en a pris connaissance à partir de la veille de l'entrée en prison et jusqu'au dernier jour de détention. Les condamnations apprises la veille de l'emprisonnement ont été datées du jour de l'entrée en prison.

Pour le placement au QD et celui au QI, la date d'évènement est le jour d'entrée dans ces structures. La date de sortie a également été recueillie afin d'étudier le temps passé dans ces structures.

Pour le transfert, la date d'évènement est la date d'arrivée dans l'établissement pénitentiaire de destination, qui peut être différente de la date de départ, notamment en cas d'escalade. Le terme « transfert » est utilisé de manière générique pour désigner les changements d'établissement pénitentiaire décidés par les autorités judiciaires (translation judiciaire) ou par l'administration pénitentiaire (transfert ou transfèrement administratif). Les transferts de courte durée, définis par un retour à l'établissement d'origine dans les 72 heures, ont été exclus.

IV.B.3. Méthodes d'analyse

Cette section présente les analyses descriptives, la gestion des données manquantes, l'analyse de survie et le logiciel d'analyse. Pour toutes les analyses, les caractéristiques recueillies uniquement à la date de mise sous écrou initiale ont été modélisées comme des variables fixes et les autres caractéristiques comme des variables dépendantes du temps.

IV.B.3.a. Analyse descriptive

Des effectifs d'incarcération sont présentés pour les variables fixes au cours du temps et des PA sont présentées pour les variables dépendantes du temps. Pour la catégorie pénale et pour

le type d'établissement, les principales trajectoires observées au cours des incarcérations sont également présentées.

Concernant les évènements en détention, dans un premier temps, des effectifs d'incarcération sont présentés pour se faire une idée de la part des incarcérations concernées. Cette approche sous-estime cependant la part des incarcérations qui ont connu un évènement car, pour les incarcérations qui ont démarré avant ou se termineront après la période d'observation, seuls les évènements survenus pendant la période d'observation ont été pris en compte.

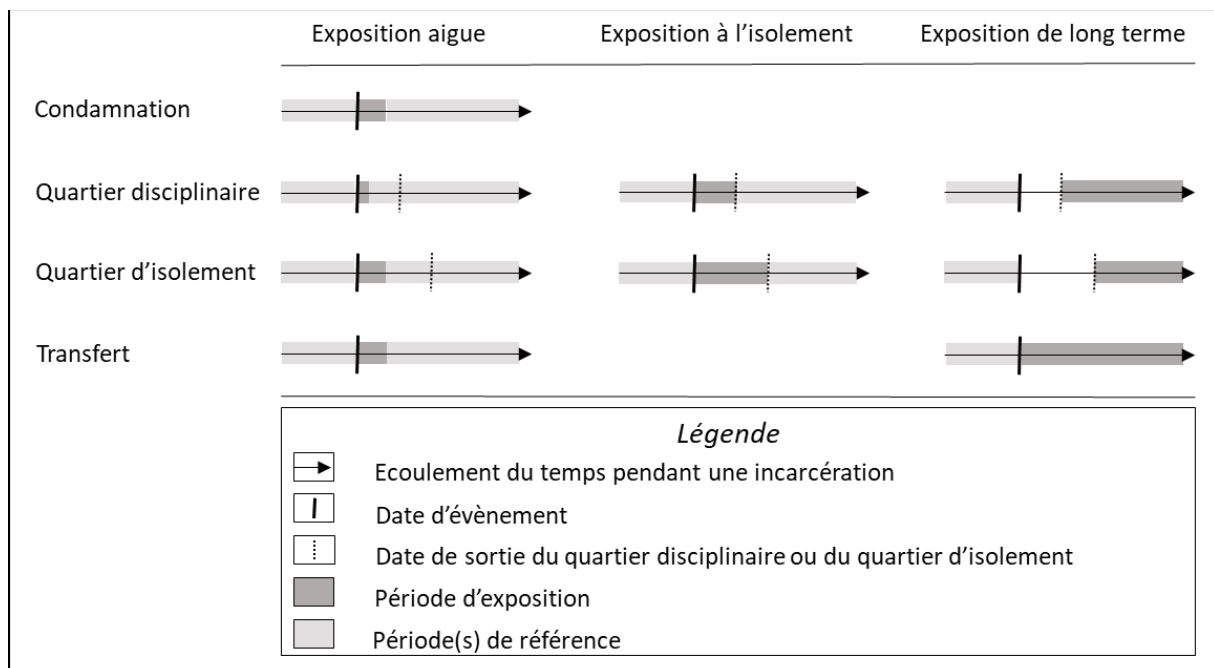
Dans un second temps, trois types de variables dépendantes du temps ont été construites à partir de ces évènements (Figure 15). Le premier, destiné à interroger le potentiel effet précipitant du suicide de ces évènements, consiste à délimiter une courte période d'exposition immédiatement après ces évènements. Cette période d'exposition aigüe a été déterminée à l'aide de l'examen de la distribution des suicides dans le mois qui suit chaque évènement (Figure 16). Elle comprend le jour de l'évènement et les 13 jours suivants pour la condamnation, le placement au QI et le transfert. Pour le placement au QD, elle ne comprend que le jour d'entrée dans cette structure, au vu du nombre important de suicides survenus à ce moment-là (Figure 16).

Le second type de variable est destiné à interroger l'environnement propre au QD et au QI et renvoie donc aux expériences de confinement cellulaire. La période d'exposition à l'isolement est définie par le temps passé dans ces structures. La part du temps de détention passée dans ces structures a été calculée en divisant les PA passées dans ces structures par le nombre total de PA.

Enfin, le troisième type de variable, qui considère les antécédents d'évènement, s'interroge sur leurs impacts éventuels sur le reste de la détention. Cette variable n'a pas été construite pour les condamnations car il a été jugé qu'avoir connu une condamnation pendant l'incarcération ne correspondait pas à une situation bien identifiée et était relativement proche de l'antécédent de condamnation pendant ou en amont de l'incarcération que la variable de catégorie pénale permet déjà d'étudier. Pour les autres évènements, la période d'exposition de long terme, définie comme l'exposition à un antécédent d'évènement, commence le jour de la première occurrence de l'évènement pour le transfert et le jour de la sortie du premier placement pour le QD et le QI. Elle se termine pour les trois évènements étudiés à la date de fin de suivi. Par ailleurs, comme la date de la première occurrence ou du premier placement ne peut être déterminée avec certitude pour les incarcérations censurées à gauche, celles-ci ont été exclues

des données présentées pour les variables d'antécédent. Enfin, pour ce troisième type de variable, le temps passé au QD et celui passé au QI ne font partie ni de la période d'exposition, ni de la période de référence, y compris en cas de placements multiples (Figure 15). Pour chaque type d'évènement, les incarcérations qui n'ont pas connu l'évènement sont incluses dans les périodes de références.

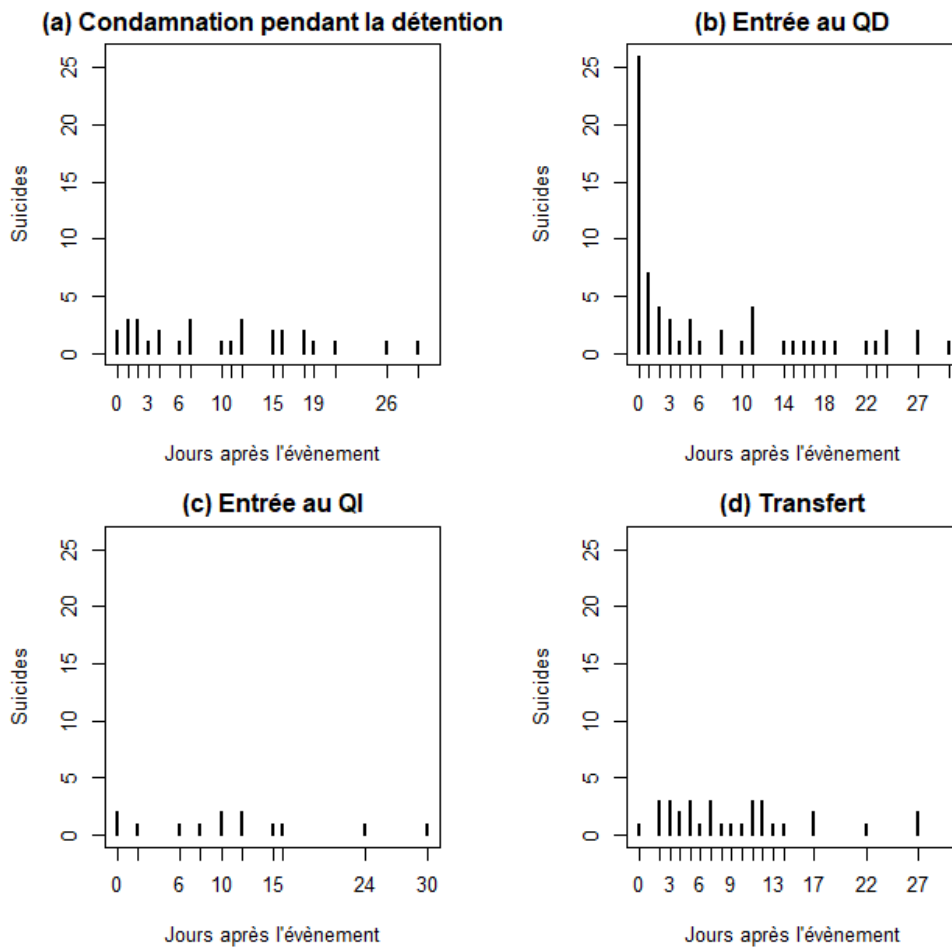
Figure 15. Modélisation des variables d'évènement



Note : les suicides survenant dans les deux semaines après un placement au quartier d'isolement sont comptabilisés dans l'exposition aiguë y compris dans le cas où la personne n'était plus au quartier d'isolement au moment du suicide.

Des taux de suicide ont été calculés pour l'ensemble des variables d'exposition étudiées, en rapportant le nombre de suicides au nombre de PA à risque. Les PA ont été obtenues en faisant 1) la somme des durées individuelles de suivi des incarcérations pour chaque modalité des variables fixes ; 2) la somme des durées des périodes d'exposition pour les variables dépendantes du temps. A titre d'exemple, le taux de suicide chez les femmes a été obtenu en divisant le nombre de suicides de femmes par la somme des durées individuelles de suivi des incarcérations de femmes, tandis que le taux de suicide au QD a été obtenu en divisant le nombre de suicides au QD par la somme des durées individuelles passées au QD. Les taux de suicide sont exprimés pour 10 000 PA et sont accompagnés d'un IC à 95%.

Figure 16. Distribution des suicides dans le mois qui suit chaque type d'évènement



QD : quartier disciplinaire ; QI : quartier d'isolement

IV.B.3.b. Gestion des données manquantes

IV.B.3.b.i. Fréquence des données manquantes

La fréquence des données manquantes est mesurable pour l'ensemble des caractéristiques étudiées à l'exception des variables relatives aux évènements. En effet, si toute personne est censée avoir un âge, toute personne n'est pas censée avoir connu l'un des évènements étudiés au cours de son incarcération. Par conséquent, lorsque les données font état d'une absence d'évènement, pour une incarcération donnée et à une date donnée, il n'est pas possible de savoir si c'est parce que cet évènement n'a pas eu lieu ou si c'est parce que cet évènement a eu lieu mais n'a pas été enregistré dans le système d'information. En l'absence d'autre option raisonnable, j'ai fait l'hypothèse que les variables relatives aux évènements ne présentaient pas de données manquantes. Pour les placements au QD et au QI, la fréquence des dates de sorties

manquantes peut toutefois être évaluée en référence aux placements recensés à partir des dates d'entrée : elle est de 0,6% pour le QD et 5,9% pour le QI.

Pour les autres caractéristiques étudiées, 63,5% des PA d'incarcération présentent des données manquantes pour au moins une variable d'intérêt (Tableau 39). Pour les variables fixes au cours du temps, 66,0% des incarcérations comprennent au moins une donnée manquante. Pour les variables dépendantes du temps, 4,6% des PA d'incarcération ont au moins une donnée manquante. Toutes les variables présentent des données manquantes à l'exception du genre et du stade d'incarcération (Tableau 40). Cinq caractéristiques fixes sont manquantes pour plus de 2% des incarcérations : la situation matrimoniale (20,3%), le baccalauréat (21,6%), le logement personnel (30,2%), la catégorie socioprofessionnelle (30,7%) et la présence d'enfants (31,1%).

Tableau 39; Distribution des personnes-années selon le nombre de variables d'intérêt avec données manquantes (PA = 259 918)

Nombre de variables avec données manquantes	Personnes-années de détention	(%)
0	94 922,8	(36,5)
1	78 921,2	(30,4)
2	44 130,4	(17,0)
3	23 371,0	(9,0)
4	10 004,9	(3,8)
5	7 590,2	(2,9)
6	674,5	(0,3)
7	218,7	(0,1)
8	53,8	(<0,1)
9	23,2	(<0,1)
≥10	7,5	(<0,1)

Note de lecture : 17% des personnes-années à risque de suicide présentent des données manquantes pour deux variables.

Tableau 40. Fréquence des données manquantes par variable

	Nombre d'incarcérations		Personnes-années de détention	
	n	%	n	%
Variables fixes				
Age	48	(0,01)	8,3	(0)
Genre	0	(0)	0	(0)

	Nombre d'incarcérations		Personnes-années de détention	
	n	%	n	%
<i>Nationalité</i>	629	(0,2)	254,3	(0,1)
<i>Baccalauréat</i>	77 315	(21,6)	52 324,3	(20,1)
<i>Catégorie socio-professionnelle</i>	109 943	(30,7)	66 580,0	(25,6)
<i>Logement</i>	108 205	(30,2)	80 465,6	(31,0)
<i>Situation matrimoniale</i>	72 804	(20,3)	37 859,5	(14,6)
<i>Enfants</i>	111 398	(31,1)	66 923,8	(25,7)
<i>Procédure pénale</i>	1 776	(0,5)	365,5	(0,1)
<i>Catégorie d'infraction principale</i>	5 333	(1,5)	1 008,6	(0,4)
Variables dépendantes du temps				
<i>Catégorie pénale</i>	-	-	5 195,4	(2,0)
<i>Stade d'incarcération</i>	-	-	0	(0)
<i>Nombre de personnes dans la cellule</i>	-	-	827,3	(0,3)
<i>Type d'établissement</i>	-	-	5 048,6	(1,9)
<i>Taille d'établissement</i>	-	-	1 201,9 ^a	(0,5)
<i>Densité d'établissement</i>	-	-	3 495,4 ^a	(1,3)

^a Pour des raisons liées à la méthode de construction de ces variables, seules les données manquantes pour toute la durée des incarcérations ont pu être comptabilisées. Les données manquantes sont donc potentiellement sous-estimées.

Note : les personnes-années de détention peuvent s'interpréter comme des incarcérations pondérées par leur durée de suivi. Si, par exemple, les données manquantes pour la situation matrimoniale comptent pour 20,3% des incarcérations contre 14,6% des personnes-années de détention, cela signifie que les incarcérations avec données manquantes pour cette variable ont une durée de suivi plus courte que celles qui n'en ont pas, a priori parce que les incarcérations correspondantes sont plus courtes. Par ailleurs, il n'est pas possible de présenter des distributions d'incarcérations pour les variables dépendantes du temps puisqu'une incarcération peut n'avoir une variable manquante qu'une partie du temps et donc être à la fois manquante et non manquante pour une variable donnée.

IV.B.3.b.ii. Stratégies d'imputation

Les observations avec données manquantes sont exclues des modèles de régression et d'analyse de survie, ce qui réduit la puissance des tests statistiques et peut conduire à un échantillon non représentatif de l'ensemble de la population carcérale. Pour éviter cet écueil, les données manquantes ont été imputées selon trois stratégies différentes suivant les variables.

Pour les variables fixes au cours du temps, j'ai eu recours à l'imputation multiple. En revanche, l'imputation multiple n'est pas applicable, à ma connaissance, aux variables dépendantes du temps de cette étude. Les méthodes disponibles pour les données longitudinales ne sont pas adaptées aux observations avec des durées de suivi variables, ainsi qu'avec un rythme et un nombre de dates de recueils de données variables selon les observations (384). Par conséquent,

la stratégie d'imputation suivante a été adoptée : pour une incarcération et une caractéristique donnée 1) toute période avec une valeur manquante prend la plus proche valeur non manquante parmi les périodes précédentes, ou à défaut parmi les périodes suivantes ; 2) si la valeur est manquante pour toute l'incarcération, alors la valeur de la première période est estimée par imputation multiple et est extrapolée à l'ensemble de l'incarcération. Cette méthode semble raisonnable, notamment dans la mesure où les incarcérations avec valeur manquante pour toutes les périodes sont peu fréquentes (de 1,0 à 3,2% selon les caractéristiques), ont une durée de suivi plus courte et où les incarcérations sans donnée manquante ne comprennent le plus souvent qu'une seule valeur pour ces variables (de 48 à 88% selon les caractéristiques).

La troisième stratégie s'applique aux dates de sortie manquantes pour le QD et le QI. Pour le QD, les données manquantes ont été imputées par la date minimale entre la date de fin de suivi et 60 jours après la date d'entrée au QD. Pour le QI, les données manquantes ont été remplacées par la date de fin de suivi.

Pour le QD et le QI, l'imputation a été effectuée avant l'analyse descriptive. Ce choix se justifie notamment par le souci d'une présentation plus fidèle de la fréquence des suicides au QD, la date de sortie du QD étant manquante pour 47% des suicides après une entrée au QD et 62% des cas de suicide le jour du placement. Dans les autres cas, l'imputation a été effectuée après l'analyse descriptive et avant l'analyse de survie bivariable.

IV.B.3.b.iii. Principe de l'imputation multiple

L'imputation multiple peut être décomposée en trois étapes : 1) duplication des données et imputation des données manquantes sur chaque copie des données. Pour chaque incarcération, la donnée manquante d'une caractéristique est remplacée par une valeur plausible au vu des valeurs des autres caractéristiques, c'est-à-dire en prenant en compte les associations statistiques existantes entre les différentes caractéristiques. L'imputation est répétée de manière indépendante dans chaque copie des données. 2) analyses de survie réalisées séparément sur chaque jeu de données ; 3) regroupement des résultats des analyses de survie. Cette procédure permet notamment, à travers une mesure de la variabilité des résultats d'un jeu de données à l'autre, d'intégrer une mesure de l'incertitude liée aux données manquantes dans les tests statistiques et les intervalles de confiance des mesures d'association lors des analyses de survie.

IV.B.3.b.iv. Paramétrage de l'imputation multiple

L'imputation multiple a été mise en œuvre selon la méthode générale « fully conditional specification », aussi appelée imputation multiple par équations en chaîne (384).

Les variables binaires ont été imputées par régression logistique. Les variables quantitatives ont été imputées par appariement d'après la moyenne prévisionnelle (« predictive mean matching »), qui permet de conserver les relations non linéaires (384). Les variables qualitatives à plus de deux catégories ont été imputées par régression multinomiale.

Avec ces modèles statistiques, les données manquantes de chaque caractéristique à l'entrée ont été imputées à l'aide de la valeur à l'entrée de l'ensemble des caractéristiques fixes, ainsi qu'à l'aide d'une variable de censure des séjours d'écrou, de la durée de suivi, de la variable de suicide (385) et de la valeur prise par les quatre variables dépendantes du temps suivantes à la date d'entrée en prison : catégorie pénale, type d'établissement, taille de l'établissement et densité de l'établissement. Pour les variables dépendantes du temps avec des données manquantes, la valeur de la première période, qui correspond à la valeur de la date de début de suivi, a été imputée à partir des mêmes variables, auxquelles s'ajoutent la valeur des autres variables dépendantes du temps à la date de début de suivi.

Le nombre d'itérations nécessaires a été déterminé par une méthode graphique (386), qui consiste à estimer le nombre minimal d'itérations à partir duquel la moyenne et la variance des valeurs imputées pour chaque caractéristique 1) convergent entre les différents jeux de données imputés ; 2) se maintiennent de manière stable dans un même intervalle de valeurs d'une itération à l'autre. Quatre itérations ont été jugées suffisantes. Le nombre de jeux de données imputés nécessaires a été estimé d'après la procédure proposée par le statisticien P.T. von Hippel (387,388). Le coefficient de variation souhaité a été fixé à 5%. Pour chaque paramètre, j'ai retenu comme fraction d'information manquante la moyenne, sur 10 analyses pilotes, de la limite supérieure de l'IC à 95% de la fraction d'information manquante calculée sur 50 imputations. La fraction d'information manquante la plus élevée, retrouvée pour la variable de logement personnel, a conduit à retenir 40 jeux de données.

IV.B.3.b.v. Regroupement des résultats des analyses de survie après imputation multiple

Les analyses de survie ont été effectuées sur chacun des 40 jeux de données imputés. Les tests de Wald et les IC des hazard ratios (HR) ont été regroupés à l'aide des formules données par

Rubin (389). Les tests du rapport de vraisemblance et les tests relatifs à l'hypothèse des risques proportionnels ont été regroupés par la méthode D2 (390).

IV.3.B.c. Analyse de survie

IV.3.B.c.i. Modèle de survie utilisé

Les analyses de survie ont été menées avec un modèle de Cox. L'unité de temps est le jour calendaire. Il a initialement été envisagé de retenir comme échelle de temps le temps écoulé depuis l'entrée en prison; c'est-à-dire de poser $t_0 = \text{date d'entrée en prison}$ et de comparer à chaque suicide les personnes incarcérées depuis la même durée. Cette échelle de temps a été abandonnée en raison de la rupture de l'hypothèse des risques proportionnels pour une partie des caractéristiques et a été remplacée par l'échelle de temps calendaire, qui pose $t_0 = 1^{\text{er}} \text{ janvier } 2017$ et qui compare à chaque suicide les personnes incarcérées à la même date du calendrier. Cette seconde échelle a trois avantages sur la première. Le premier est qu'elle ne présente quasiment pas de rupture de l'hypothèse des risques proportionnels. Le second est qu'elle autorise la mesure de l'association entre le suicide et le temps écoulé depuis l'entrée en prison, qui dans cette étude a été modélisé sous la forme d'une variable de stade d'incarcération. Le troisième avantage est qu'elle respecte l'hypothèse d'indépendance des observations en évitant de comparer entre elles plusieurs incarcérations de la même personne. En effet, une des hypothèses qui sous-tend les tests statistiques est l'indépendance des incarcérations comparées. Dans le cas du temps écoulé depuis l'entrée en prison, cette hypothèse d'indépendance des incarcérations est difficilement tenable, puisque les personnes ayant été incarcérées plusieurs fois pendant la période d'observation verront fréquemment leurs incarcérations comparées entre elles. A titre d'exemple, pour un suicide qui survient le 7^e jour de détention, chaque personne comptera pour autant d'incarcérations dont le 7^e jour est compris dans la période d'observation de l'étude. L'échelle de temps calendaire résout ce problème dans la mesure où, comme on ne peut pas être à deux endroits différents à la même date calendaire, les personnes suivies ne sont jamais comparées avec elles-mêmes.

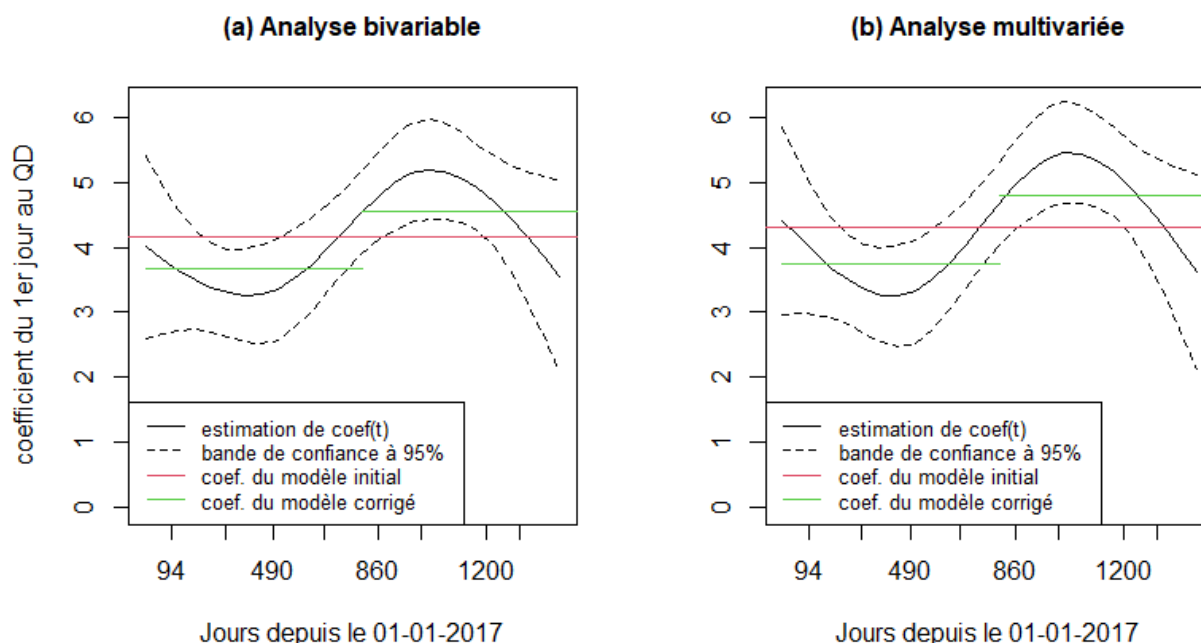
IV.3.B.c.ii. Modélisation des variables étudiées

Il a été envisagé dans un premier temps de modéliser l'âge sous sa forme linéaire, mais une rupture de l'hypothèse de log-linéarité (analyse bivariable : $p = 0,022$; analyse multivariable : $p = 0,006$), la faible proportion de personnes détenues avec un âge élevé et la forme de la

relation entre âge et suicide ont conduit à retenir une forme catégorielle en 3 classes (13-29 ans, 30-39 ans, 40-99 ans). Les variables relatives aux événements en détention, dont la modélisation est présentée dans la section sur l'analyse descriptive, ont été modélisées comme des variables dépendantes du temps. Dans l'ensemble, elles prennent la valeur 1 pendant la période d'exposition et la valeur 0 pendant la période de référence. Les analyses relatives aux variables d'antécédent d'évènement excluent les incarcérations censurées à gauche.

Le risque de suicide le jour du placement au QD a nécessité une modélisation spécifique en raison d'une rupture de l'hypothèse des risques proportionnels (analyse bivariable : $p = 0,031$; analyse multivariable : $p = 0,008$). Globalement, le risque de suicide était surestimé en début de période d'observation et sous-estimé en fin de période d'observation ([Figure 17](#)), ce qui a conduit à envisager une variable avec deux périodes d'exposition distinctes, avec une première valeur en début de période d'observation et une seconde valeur en fin de période. Par ailleurs, cette rupture d'hypothèse des risques proportionnels est spécifique au jour du placement et n'a pas été observée pour l'ensemble du temps passé au QD (analyse bivariable : $p = 0,365$; analyse multivariable : $p = 0,208$). Cette spécificité a conduit à émettre l'hypothèse que cette variation pouvait être en lien avec une évolution du contexte d'entrée au QD. Dans ces conditions, la date de transition qui a semblé la moins arbitraire est le 15 mars 2019, date de mise en application d'un décret sur le régime disciplinaire des personnes détenues (391). Ce décret crée de nouvelles fautes disciplinaires passibles de QD, augmente la durée de QD encourue pour des fautes existantes et augmente la marge d'appréciation des établissements pénitentiaires pour certaines fautes. Au total, une nouvelle variable d'exposition aigüe au QD a été construite, avec trois catégories : le jour du placement au QD du 1^{er} janvier 2017 au 14 mars 2019, le jour du placement au QD du 15 mars 2019 au 31 décembre 2020, les autres jours de détention qui constituent la catégorie de référence. L'hypothèse des risques proportionnels est respectée avec la nouvelle modélisation (analyse bivariable : $p = 0,171$ et $p = 0,826$, analyse multivariable $p = 0,174$ et $p = 0,864$ respectivement avant et après le décret).

Figure 17. Rupture de l'hypothèse des risques proportionnels pour le jour du placement au quartier disciplinaire et modélisation alternative



QD : Quartier disciplinaire.

Note de lecture : l'évolution du risque de suicide de 2017 à 2020 mesuré le jour du placement au quartier disciplinaire est représenté par la courbe noire, avec un intervalle de confiance en pointillés (échelle logarithmique). La modélisation initiale, en rouge, viole l'hypothèse des risques proportionnels. La correction proposée, en vert, respecte cette hypothèse.

Dans la mesure où chaque évènement ouvre une nouvelle période d'incarcération, et où la durée d'une période s'obtient en faisant la différence entre les dates de fin et de début de période, tout suicide qui survient le jour d'un évènement conduit par défaut à la création d'une période de 0 jour. Les périodes de 0 jour sont ignorées par le modèle de survie : en cas de suicide le jour de l'évènement, le modèle considère qu'il n'y a eu ni évènement, ni suicide. Cet écueil peut survenir plus largement dans toute situation où le passage à l'acte suicidaire a eu lieu le premier jour d'une période d'incarcération. Pour l'éviter, la date du suicide a été artificiellement repoussée d'un jour dans ce type de situation. Cette manipulation a été effectuée après la construction des variables d'évènements. De cette manière, elle n'empêche pas de faire la distinction, parmi les suicides datés du lendemain du placement au QD, entre ceux qui relèvent du jour d'entrée au QD et ceux qui n'en relèvent pas.

IV.3.B.c.iii. Stratégie d'analyse

Les données ont été analysées dans un format dit « long », où chaque changement de valeur d'une variable dépendante du temps conduit à la création d'une ligne supplémentaire pour la même incarcération.

Des analyses séparées ont été menées pour, d'une part, les caractéristiques à l'entrée ainsi que les caractéristiques dépendantes du temps et, d'autre part, les événements en détention. Pour les caractéristiques à l'entrée et les caractéristiques dépendantes du temps, une analyse bivariable a été réalisée, puis l'ensemble des caractéristiques avec une p valeur $< 0,20$ ainsi que les facteurs de risque reconnus dans la littérature (199) ont été introduits dans un modèle multivarié M1.

Trois interactions ont ensuite été évaluées, entre le stade d'incarcération et : 1) la catégorie d'infraction principale ; 2) la surpopulation carcérale ; 3) le genre. La significativité de chaque interaction a été évaluée en comparant un modèle contenant les deux variables d'intérêt plus les termes d'interaction avec un modèle contenant uniquement les deux variables d'intérêt (modèles M2a, M3a, M4a). La même procédure a été répétée avec ajustement sur l'ensemble des variables du modèle M1 (modèles M2b, M3b, M4b).

Une attention particulière a été apportée à l'association entre suicide et surpopulation carcérale, qui se traduit par la présentation de modèles intermédiaires entre l'analyse bivariable et le modèle M3b : 1) modèle M5a : surpopulation + type d'établissement ; 2) modèle M5b : M5a + catégorie pénale + stade d'incarcération ; 3) modèle M5c : M5b + autres facteurs du modèle M1, à l'exception de l'encellulement individuel ; 4) modèle M5d : M5c + interaction entre la surpopulation carcérale et le stade d'incarcération. L'objectif de ces modèles intermédiaires est de suggérer des éléments d'explication de l'association observée entre surpopulation carcérale et suicide, qui fait l'objet d'un intérêt soutenu dans la littérature.

Pour les événements en détention, chacun des trois types de variable (exposition aigue, exposition à l'isolement, exposition de long terme) a été évalué séparément. Dans chaque cas, les variables d'évènement avec une p valeur $< 0,20$ en analyse bivariable ont été introduites simultanément 1) dans une première série de modèles (M6a, M7a, M8a) ; 2) puis dans une seconde série de modèles (M6b, M7b, M8b) comprenant également l'ensemble des caractéristiques du modèle M1 à l'exception de l'encellulement individuel ; 3) et enfin dans une troisième série de modèles (M6c, M7c, M8c) qui complète les modèles précédents avec l'encellulement individuel. Dans la mesure où les personnes sont systématiquement seules en

cellule au QD et au QI, pour ces variables, l'encellulement individuel se comporte moins comme un facteur de confusion que comme un facteur de réduction des analyses au sous-groupe des personnes seules en cellules.

Des HR avec un IC à 95% ont été calculés pour l'ensemble des variables. La significativité des caractéristiques à un seul paramètre a été évaluée à l'aide d'un test de Wald, tandis que la significativité des caractéristiques à plusieurs paramètres, dont les interactions, a été évaluée à l'aide d'un test du rapport de vraisemblance. L'hypothèse des risques proportionnels a été évaluée à l'aide d'un test basé sur les résidus de Schoenfeld (392). La log-linéarité a été évaluée avec un test du rapport de vraisemblance qui compare le modèle linéaire à un modèle avec des splines cubiques à 3 degrés de liberté (393). Un résultat est dit significatif lorsque la p valeur est $< 0,05$.

IV.B.3.d. Logiciel

Les analyses ont été menées avec le logiciel R, version 4.1.1. L'imputation multiple a été réalisée avec le package *mice* (386). La méthode de regroupement D2 a été mise en œuvre avec le package *miceafter* (394). L'analyse de survie a été réalisée avec le package *survival* (395).

IV.B.4. Aspects éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données, remise au correspond informatique et liberté de la DAP. Elle a obtenu un avis favorable du comité d'éthique de la recherche de l'Université Paris Cité (avis n°2022-86).

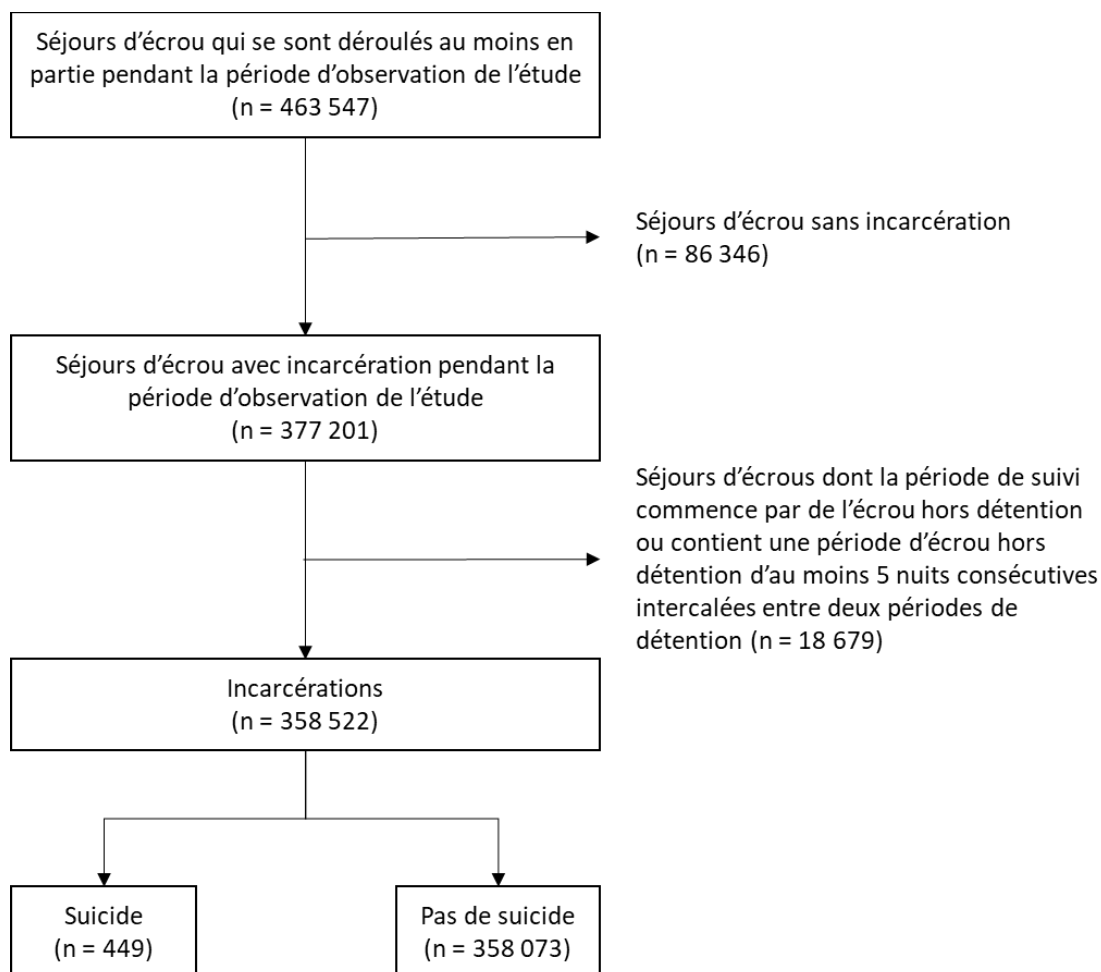
IV.C. Résultats

Les résultats de cette étude ont fait l'objet de la publication de deux articles dans des revues scientifiques ([Annexes 5 et 6](#)).

IV.C.1. Diagramme de flux de l'étude

Les critères d'inclusion initiaux étaient respectés pour 377 201 séjours, dont 469 se sont terminés par un suicide au cours de la période d'observation ([Figure 18](#)). Parmi eux, 18 679 (4,9%) ont été exclus dont 20 suicides (4,3% des suicides). Au total, la population d'analyse est constituée de 358 522 incarcérations, dont 449 se sont terminées par un suicide au cours de la période d'observation.

Figure 18. Diagramme de flux de l'étude



IV.C.2. Description de la population étudiée

Les 358 522 incarcérations de la population d'analyse cumulent un total de 259 918 PA de suivi. Elles comprennent 241 265 incarcérations (67,3% des incarcérations, 46,6% des PA) observées du début à la fin, 56 714 (15,8% des incarcérations, 20,7% des PA) censurées uniquement à gauche, 51 202 (14,3% des incarcérations, 18,4% des PA) censurées uniquement à droite et 9 341 incarcérations (2,6% des incarcérations, 14,4% des PA) censurées à gauche et à droite.

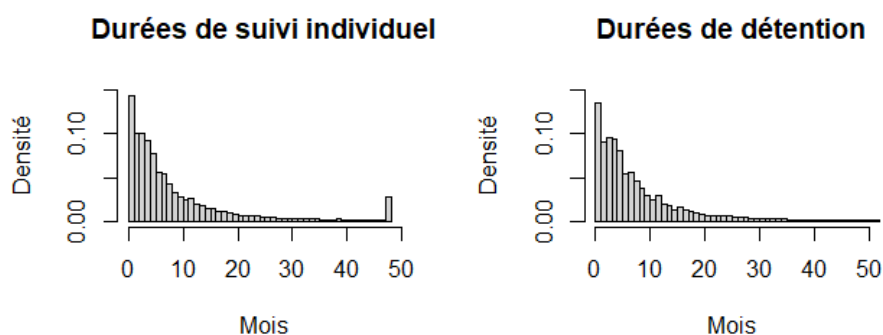
La durée médiane de suivi individuel est de 4,8 mois (Q1-Q3 [2,0 - 10,8]) (Tableau 41, Figure 19). La durée médiane de détention, calculée pour les séjours d'écrou non censurés à droite, est de 5,1 mois (Q1-Q3 [2,3 - 11,5]).

Tableau 41. Durées de suivi individuel et durées de détention, en mois

	n	médiane	(Q1-Q3)	moyenne	(min-max)
Durées de suivi individuel	358 522	4,8	(2,0 - 10,8)	8,7	(<0,1 - 48,0)
Durées de détention	290 401 ^a	5,1	(2,3 - 11,5)	10,5	(<0,1 - 465,6)

^a Le calcul des durées de détention exclut les séjours d'écrou censurés à droite

Figure 19. Distribution des durées de suivi individuel et des durées de détention sur les 50 premiers mois



Note : pour les durées de suivi individuel, la barre plus importante à 48 mois correspond à l'ensemble des incarcérations censurées à gauche et à droite.

IV.C.2.a. Caractéristiques sociodémographiques, pénales et liées aux établissements

Les caractéristiques sociodémographiques associées aux incarcérations sont présentées dans le Tableau 42. L'âge médian à l'entrée en prison était de 30 ans (Q1-Q3 [23 - 39]), 91,0% des incarcérations concernaient des personnes qui avaient moins de 50 ans et 95,8% concernaient des hommes. Elles impliquaient des personnes de nationalité étrangère pour 25,6% d'entre elles, des personnes sans le baccalauréat pour 83,1%, des personnes sans emploi avant l'incarcération pour 54,1% et des ouvrier·ères pour 30,6%. Cinquante-quatre pour cent des incarcérations concernaient des personnes sans logement personnel, 62,2% des personnes célibataires et 59,8% des personnes avec des enfants.

Tableau 42. Caractéristiques des incarcérations recueillies à l'entrée (n = 358 522)

	Ensemble des incarcérations (n = 358 522)		Incarcérations avec suicide (n = 449)		Taux de suicide pour 10 000 PA ^a	IC _{95%} ^b
	n	%	n	%		
Age (années)						
13-19	27 456	(7,7)	7	(1,6)	5,1	[1,3 - 8,8]
20-29	140 692	(39,2)	119	(26,5)	11,4	[9,3 - 13,4]
30-39	102 451	(28,6)	130	(29,0)	17,5	[14,5 - 20,5]
40-49	55 643	(15,5)	114	(25,4)	27,9	[22,8 - 33,0]
50-59	23 656	(6,6)	52	(11,6)	28,0	[20,4 - 35,6]
60-99	8 576	(2,4)	27	(6,0)	34,8	[21,7 - 47,9]
Manquant	48		0			
Genre						
Homme	343 358	(95,8)	429	(95,5)	17,1	[15,5 - 18,7]
Femme	15 164	(4,2)	20	(4,5)	21,6	[12,1 - 31]
Nationalité						
France	266 295	(74,4)	353	(78,8)	17,7	[15,9 - 19,6]
Autre pays d'Europe	29 091	(8,1)	47	(10,5)	22,9	[16,4 - 29,5]
Pays d'Afrique	50 359	(14,1)	33	(7,4)	10,9	[7,2 - 14,7]
Pays d'autres continents	12 148	(3,4)	15	(3,3)	15,2	[7,5 - 22,9]
Manquant	629		1			
Baccalauréat						
Oui	47 391	(16,9)	80	(23,3)	24,7	[19,3 - 30,1]
Non	233 816	(83,1)	263	(76,7)	15,0	[13,2 - 16,8]
Manquant	77 315		106			
Catégorie socioprofessionnelle						
Ouvrier·ère	76 029	(30,6)	95	(29,8)	16,2	[12,9 - 19,5]
Autres catégories en emploi	37 975	(15,3)	51	(16)	15,5	[11,3 - 19,8]
Sans emploi	134 575	(54,1)	173	(54,2)	17,0	[14,5 - 19,5]
Manquant	109 943		130			

Logement						
<i>Logement personnel</i>	115 656	(46,2)	181	(61,6)	19,8	[16,9 - 22,7]
<i>Autres situations de logement</i>	134 661	(53,8)	113	(38,4)	12,8	[10,5 - 15,2]
<i>Manquant</i>	108 205		155			
Situation matrimoniale						
<i>Célibataire</i>	177 612	(62,2)	155	(51,2)	11,7	[9,9 - 13,6]
<i>En couple^a</i>	90 936	(31,8)	107	(35,3)	14,1	[11,4 - 16,8]
<i>Séparé·e^b</i>	17 170	(6,0)	41	(13,5)	28,9	[20,0 - 37,7]
<i>Manquant</i>	72 804		146			
Enfants						
<i>Oui</i>	147 730	(59,8)	223	(70,1)	19,3	[16,8 - 21,8]
<i>Non</i>	99 394	(40,2)	95	(29,9)	12,3	[9,8 - 14,7]
<i>Manquant</i>	111 398		131			
Procédure pénale						
<i>Correctionnelle</i>	312 113	(87,5)	264	(59,2)	14,4	[12,6 - 16,1]
<i>Criminelle</i>	44 633	(12,5)	182	(40,8)	24,0	[20,5 - 27,5]
<i>Manquant</i>	1 776		3			
Catégorie d'infraction principale						
<i>Homicide volontaire</i>	15 974	(4,5)	100	(22,6)	30,7	[24,7 - 36,7]
<i>Viol et agression sexuelle</i>	20 459	(5,8)	83	(18,7)	25,6	[20,1 - 31,1]
<i>Violences volontaires</i>	60 882	(17,2)	67	(15,1)	19,2	[14,6 - 23,9]
<i>Vol</i>	80 639	(22,5)	69	(15,4)	12,8	[9,8 - 15,8]
<i>Stupéfiants</i>	65 925	(18,4)	31	(6,9)	6,4	[4,2 - 8,7]
<i>Autres infractions</i>	109 309	(30,5)	93	(20,7)	16,3	[13,0 - 19,7]
<i>Manquant</i>	5 333		6			

PA : Personnes-années ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95%. ^a Mariage inclus ; ^b Divorce et veuvage inclus

Note : les pourcentages relatifs à l'ensemble des incarcérations ne sont strictement représentatifs ni des personnes présentes en prison à une date donnée (18,4% des incarcérations), ni des personnes qui entrent en prison (81,6% des incarcérations), mais correspondent à une situation intermédiaire entre les deux et plus proche des entrants.

Les caractéristiques pénales des incarcérations sont présentées dans les Tableaux 42, 43 et 44. Douze virgule cinq pour cent des incarcérations dépendaient d'une cour d'assise et 87,5% d'un tribunal correctionnel. La catégorie d'infraction principale était un homicide volontaire pour 4,5% des incarcérations, un viol ou une agression sexuelle pour 5,8%, des violences volontaires pour 17,2%, un vol pour 22,5%, une infraction à la législation sur les stupéfiants pour 18,4% et une autre infraction pour les 30,5% restants (Tableau 42). Parmi les personnes présentes en prison, en moyenne 30,9% étaient en détention provisoire (Tableau 43). Du point de vue des trajectoires individuelles, parmi les incarcérations observées en entier (n = 234 836), 44,7% étaient constituées d'une période de détention provisoire suivie d'une période de détention post-sentencielle, 25,6% étaient constituées exclusivement de détention provisoire, 23,3% étaient constituées exclusivement de détention post-sentencielle et 6,4% avaient des trajectoires plus

complexes (Tableau 44). Parmi les personnes présentes en prison à une date donnée, en moyenne, 2,0% étaient détenues depuis moins d'une semaine, 36,1% depuis 1 semaine à 6 mois et 61,9% depuis plus de 6 mois (Tableau 43).

Tableau 43. Caractéristiques avec recueils multiples au cours de l'incarcération (n = 358 522)

	Temps à risque		Suicides		Taux de suicide pour 10 000 PA	IC _{95%}
	PA	(%)	n	(%)		
Catégorie pénale						
<i>Détention provisoire</i>	78 753,4	(30,9)	235	(53,0)	29,8	[26,0 - 33,7]
<i>Détention post-sentencielle</i>	175 967,6	(69,1)	208	(47,0)	11,8	[10,2 - 13,4]
<i>Manquant</i>	5 197,4		6			
Stade d'incarcération						
<i><1 semaine</i>	5 278,0	(2,0)	51	(11,4)	96,6	[70,1 - 123,1]
<i>1 semaine à 1 mois</i>	16 739,1	(6,4)	38	(8,5)	22,7	[15,5 - 29,9]
<i>1 à 3 mois</i>	37 306,0	(14,4)	77	(17,1)	20,6	[16,0 - 25,3]
<i>3 à 6 mois</i>	39 756,2	(15,3)	73	(16,3)	18,4	[14,1 - 22,6]
<i>6 à 12 mois</i>	46 654,5	(17,9)	68	(15,1)	14,6	[11,1 - 18,0]
<i>1 à 3 ans</i>	64 465,8	(24,8)	83	(18,5)	12,9	[10,1 - 15,6]
<i>3 à 5 ans</i>	21 674,2	(8,3)	32	(7,1)	14,8	[9,6 - 19,9]
<i>5 ans et plus</i>	28 044,6	(10,8)	27	(6,0)	9,6	[6,0 - 13,3]
Nombre de personnes dans la cellule						
<i>1</i>	107 474,0	(41,6)	284	(63,8)	26,4	[23,4 - 29,5]
<i>2</i>	105 059,5	(40,7)	122	(27,4)	11,6	[9,6 - 13,7]
<i>3</i>	31 584,6	(12,2)	31	(7,0)	9,8	[6,4 - 13,3]
<i>4 et plus</i>	14 218,5	(5,5)	8	(1,8)	5,6	[1,7 - 9,5]
<i>Manquant</i>	776,0		4			
Type d'établissement						
<i>Maison d'arrêt</i>	174 185,8	(68,4)	340	(78,5)	19,5	[17,4 - 21,6]
<i>Centre de détention</i>	68 029,2	(26,7)	78	(18,0)	11,5	[8,9 - 14,0]
<i>Maison centrale</i>	6 380,9	(2,5)	9	(2,1)	14,1	[4,9 - 23,3]
<i>Autre</i>	6 089,4	(2,4)	6	(1,4)	9,9	[2,0 - 17,7]
<i>Manquant</i>	5 233,1		16			
Taille de l'établissement						
<i>≤ 500</i>	88 261,1	(34,2)	150	(33,8)	17,0	[14,3 - 19,7]
<i>500-1000</i>	121 998,8	(47,3)	209	(47,1)	17,1	[14,8 - 19,5]
<i>>1000</i>	47 652,3	(18,5)	85	(19,1)	17,8	[14,0 - 21,6]
<i>Manquant</i>	2 006,2		5			
Densité de l'établissement						
<i>≤ 100</i>	87 265,3	(34,3)	105	(24,1)	12,0	[9,7 - 14,3]
<i>100-120</i>	26 351,1	(10,4)	45	(10,3)	17,1	[12,1 - 22,1]
<i>120-150</i>	80 741,9	(31,7)	167	(38,4)	20,7	[17,5 - 23,8]
<i>>150</i>	60 151,2	(23,6)	118	(27,1)	19,6	[16,1 - 23,2]
<i>Manquant</i>	5 408,8		14			

PA : Personnes-années ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95%

Note : les pourcentages de personnes-années sont représentatifs des personnes présentes à une date donnée, en moyenne sur la période de l'étude

Les caractéristiques carcérales et celles des établissements où se sont déroulées les incarcérations sont présentées dans les Tableaux 43 et 44. Parmi les personnes présentes en prison à une date donnée, en moyenne, 41,6% des personnes vivaient seules dans leur cellule, 40,7% étaient à deux et 17,7% étaient à trois ou plus. En moyenne, 68,4% des personnes étaient détenues en maison d'arrêt, 26,7% en centre de détention, 2,5% en maison centrale et 2,4% dans d'autres types d'établissements (Tableau 43). Parmi l'ensemble des incarcérations, la trajectoire la plus courante pendant la période d'observation était une détention exclusivement en maison d'arrêt (77,5%), tandis que 8,7% se sont déroulées en maison d'arrêt puis en centre de détention et 13,8% avaient d'autres trajectoires (Tableau 44). En moyenne, 34,2% des personnes étaient détenues dans des établissements de moins de 500 personnes, 47,3% dans des établissements de 500 à 1000 personnes et 18,5% dans des établissements de plus de 1000 personnes (Tableau 43). Par ailleurs, en moyenne, 65,7% des personnes étaient détenues dans des établissements avec surpopulation carcérale et 23,6% dans des établissements avec une densité supérieure à 150.

Tableau 44. Trajectoires individuelles observées selon la catégorie pénale et le type d'établissement

	Total n =	INC n =	ICG n =	ICD n =	ICDG n =
Catégorie pénale					
<i>Détention provisoire puis post-sentencielle</i>	38,7%	44,5%	12,3%	44,8%	26,9%
<i>Détention post-sentencielle uniquement</i>	29,2%	23,0%	69,0%	8,7%	46,3%
<i>Détention provisoire uniquement</i>	24,0%	26,0%	11,4%	33,5%	2,9%
<i>Autres trajectoires</i>	8,0%	6,5%	7,3%	13,0%	23,9%
Type d'établissement					
<i>Maison d'arrêt uniquement</i>	77,5%	86,1%	54,2%	73,3%	10,1%
<i>Maison d'arrêt puis centre de détention</i>	8,7%	6,0%	8,5%	18,1%	27,7%
<i>Autres trajectoires</i>	13,8%	7,9%	37,3%	8,6%	62,2%

INC : incarcérations non censurées, c'est-à-dire observées du début à la fin ; *ICG* : incarcérations censurées à gauche uniquement ; *ICD* : incarcérations censurées à droite uniquement ; *ICDG* : incarcérations censurées à droite et à gauche

Notes : à partir des trajectoires observées pour les entrants de 2017, on peut estimer qu'en France, la part des incarcérations constituées de détention provisoire exclusive est environ de 22% et que la part des incarcérations qui se déroulent exclusivement en maison d'arrêt est environ de 77%.

IV.C.2.b. Évènements en détention

Pendant la période d'observation, 469 348 évènements d'intérêt ont été observés en détention : 219 920 condamnations pendant l'incarcération, 98 894 placements au QD, 11 852 placements au QI et 138 782 transferts (Tableau 45). Au moins une condamnation a été observée pour 47,2% des incarcérations et plusieurs condamnations ont été observées pour 9,7% des incarcérations.

Tableau 45. Fréquence des évènements étudiés chez les personnes incarcérées

	Ensemble des incarcérations (n = 358 522)		Incarcérations avec suicide (n = 449)	
	n	%	n	%
Condamnation pendant la détention (n = 219 820)				
0	189 378	(52,8)	275	(61,2)
1	134 161	(37,4)	135	(30,1)
2	25 229	(7,0)	28	(6,2)
≥3	9 754	(2,7)	11	(2,4)
Quartier disciplinaire (n = 98 894)				
0	307 941	(85,9)	333	(74,2)
1	30 333	(8,5)	70	(15,6)
2	9 782	(2,7)	29	(6,5)
≥3	10 466	(2,9)	17	(3,8)
Quartier d'isolement (n = 11 852)				
0	352 256	(98,3)	420	(93,5)
1	4 049	(1,1)	12	(2,7)
2	1 102	(0,3)	8	(1,8)
≥3	1 115	(0,3)	9	(2,0)
Transfert (n = 138 782)				
0	279 546	(78,0)	322	(71,7)
1	50 398	(14,1)	58	(12,9)
2	16 610	(4,6)	38	(8,5)
≥3	11 968	(3,3)	31	(6,9)

Le placement au QD a concerné 14,1% des incarcérations, 5,6% ayant eu plusieurs placements. Le délai médian du premier placement au QD parmi les incarcérations non censurées à gauche était de 3,6 mois (Q1-Q3 [1,4 – 7,2]) après l'entrée en prison. La durée médiane de placement au QD était de 6 jours (Q1-Q3 [4 – 11]) (Tableau 46, Figure 20). Un virgule trois pour cent des placements (10,2% des PA de placement) avaient une durée supérieure à 30 jours et 0,5% (6,1% des PA) avaient une durée supérieure à 60 jours. Parmi les personnes présentes en prison, en moyenne 0,9% étaient au QD.

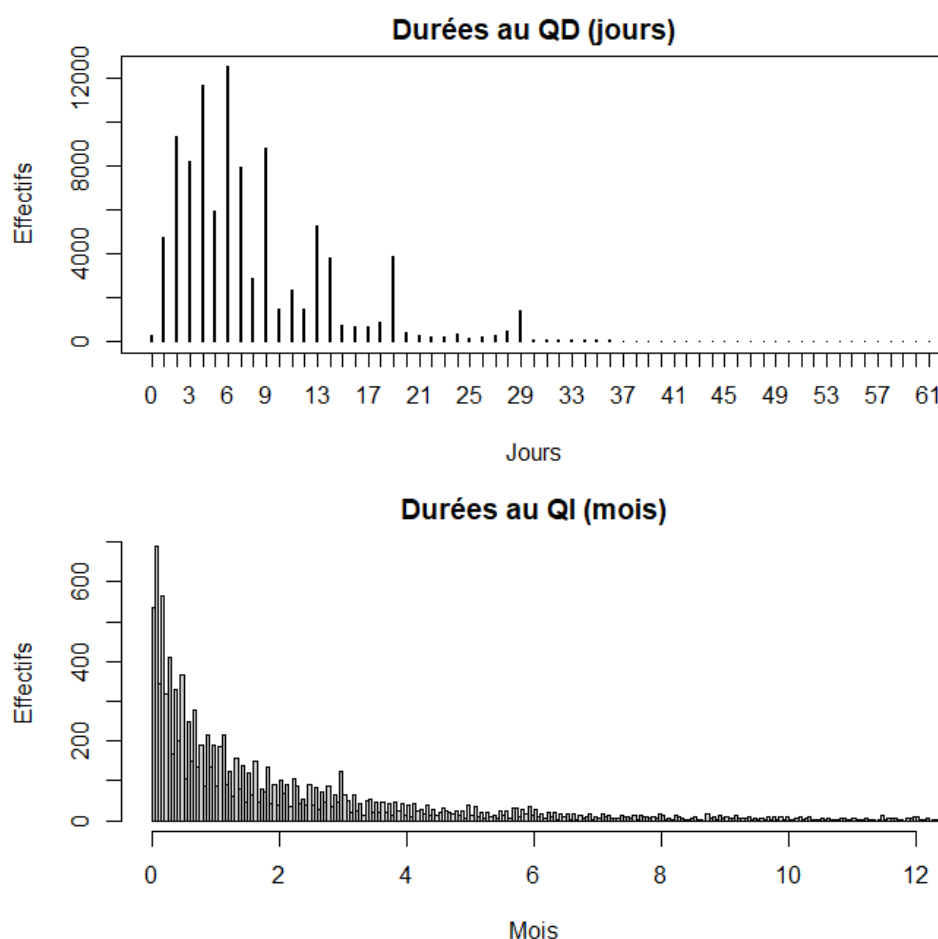
Tableau 46. Durées observées des placements au QD et au QI en jours

	n	médiane	(Q1-Q3)	moyenne	(min-max)
Durées des placements au QD	98 894	6	(4 - 11)	8,6	(0 - 794)
Durées des placements au QI	11 852	34	(10-89)	76,2	(0 – 1 428)

QD : quartier disciplinaire ; QI : quartier d'isolement.

Note : la notion de « durées observées » renvoie au fait que parmi les placements au QD et au QI en cours au 31 décembre 2020, seule la partie observée jusqu'au 31 décembre 2020 a été prise en compte dans le calcul des durées. Par ailleurs, cette observation a eu lieu après imputation des dates de sortie manquantes.

Figure 20. Durées observées au QD et au QI



Le placement au QI a concerné 1,7% des incarcérations, 0,6% ayant eu plusieurs placements (Tableau 45). Le délai médian du premier placement au QI parmi les incarcérations non censurées à gauche était de 2,3 mois (Q1-Q3 [0,2 – 9,1]) après l'entrée en prison. La durée

médiane de placement au QI était de 34 jours (Q1-Q3 [10 – 89]) (Tableau 46, Figure 20). Parmi les personnes présentes en prison, en moyenne 1,0% étaient au QI.

Au moins un transfert a été observé pour 22,0% des incarcérations et plusieurs transferts ont été observés pour 7,9% des incarcérations (Tableau 45). Le délai médian du premier transfert parmi les incarcérations non censurées à gauche était de 3,6 mois (Q1-Q3 [1,2 – 7,8]) après l'entrée en prison.

IV.C.3. Taux de suicide

Le taux de suicide global était de 17,3 (IC_{95%} [15,7 - 18,9]) pour 10 000 PA.

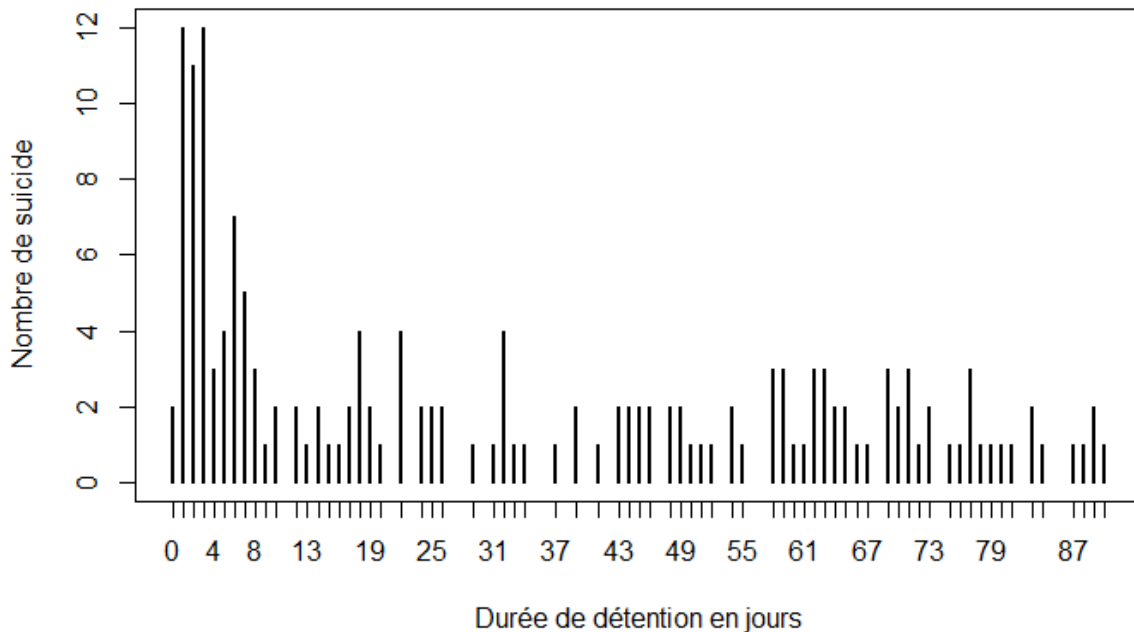
IV.C.3.a. Caractéristiques sociodémographiques, pénales et liées aux établissements

Le taux de suicide pour 10 000 PA augmentait graduellement avec l'âge de 5,1 ([1,3 - 8,8]) chez les 13-19 ans à 34,8 ([21,7 - 47,9]) chez les 60 ans et plus. Il n'a pas été observé de différence marquée en fonction du genre (Tableau 42). Les personnes détenues avec la nationalité d'un pays d'Afrique présentaient un taux de suicide plus bas (10,9 [7,2 - 14,7]) que celles avec une nationalité française ou d'un autre pays d'Europe (respectivement 17,7 [15,9 - 19,6] et 22,9 [16,4 - 29,5] pour 10 000 PA). Les personnes avec le baccalauréat (24,7 [19,3 - 30,1]), un logement personnel (19,8 [16,9 - 22,7]) ou des enfants (19,3 [16,8 - 21,8] pour 10 000 PA) présentaient un taux de suicide plus élevé. Les taux de suicide variaient peu selon la catégorie socioprofessionnelle (de 15,5 à 17 pour 10 000 PA). Les personnes séparées (28,9 [20,0 - 37,7]) avaient un taux de suicide plus élevé que les personnes célibataires (11,7 [9,9 - 13,6]) ou en couple (14,1 [11,4 - 16,8] pour 10 000 PA).

Le taux de suicide était plus élevé en cas de procédure criminelle (24,0 [20,5 - 27,5]) que de procédure correctionnelle (14,4 [12,6 - 16,1] pour 10 000 PA) (Tableau 42). Il était également plus élevé pour les infractions les plus graves (homicide : 30,7 [24,7 - 36,7] ; viol et agression sexuelle : 25,6 [20,1 - 31,1] pour 10 000 PA). La détention provisoire (29,8 [26,0 - 33,7]) avait un taux de suicide plus élevé que la détention post-sentencielle (11,8 [10,2 - 13,4] pour 10 000 PA) (Tableau 43). La distribution des suicides au cours des trois premiers mois est présentée dans la Figure 21 ; 11,4% de l'ensemble des suicides sont survenus la première semaine

(Tableau 43), conduisant à un taux de suicide nettement plus élevé (96,6 [70,1 - 123.1] pour 10 000 PA) que pour la suite de la détention.

Figure 21. Nombre de suicides survenus chaque jour au cours des trois premiers mois



Le taux de suicide était plus élevé en cas d’encellulement individuel (26,4 [23,4 - 29,5]) et diminuait lorsque le nombre de personnes dans la cellule augmentait, jusqu’à 5,6 [1,7 - 9,5] pour 10 000 PA pour 4 personnes et plus. Il était plus élevé dans les maisons d’arrêt (19,5 [17,4 - 21,6]) que dans les centres de détention (11,5 [8,9 - 14,0] pour 10 000 PA) (Tableau 43). Aucune variation n’a été observée selon la taille de l’établissement. Le taux de suicide était un peu plus élevé en cas de surpopulation (17,1 à 20,7 pour 10 000 PA selon le niveau de surpopulation).

IV.C.3.b. Evènements en détention

Vingt suicides (4,5%) sont survenus dans les deux semaines après une condamnation pendant l’incarcération, soit un taux de suicide égal à 24,4 ([13,7 - 35,1]) pour 10 000 PA (Tableau 47). Pour les autres évènements, les taux de suicide montrent une concentration importante des suicides à la phase aigüe et pendant l’isolement, en particulier pour le QD. Quarante-neuf suicides (10,9%) ont eu lieu au QD dont 26 (5,8%) le jour du placement. Le taux de suicide

était égal à 210,2 ([151,3 - 269,0]) au QD et à 961,5 ([591,9 - 1331,1]) pour 10 000 PA le jour du placement. Ils étaient respectivement égaux à 194,8 ([116,8 - 272,7]) et 584,4 ([202,6 - 966,2]) avant le 15 mars 2019 et à 255,2 ([155,2 - 355,2]) et 1460,5 ([766,2 - 2154,7]) pour 10 000 PA à partir de cette date. Neuf suicides (2,0%) ont eu lieu dans les deux semaines après une entrée au QI, soit un taux de suicide égal à 205,2 ([71,1 - 339,3]) pour 10 000 PA et 16 suicides (3,6%) ont eu lieu au QI, soit un taux de suicide égal à 68,5 ([34,9 - 102,0]) pour 10 000 PA. Vingt-six suicides (5,8%) ont eu lieu dans les deux semaines après un transfert, soit un taux de suicide à 58,9 ([36,3 - 81,6]) pour 10 000 PA. Les antécédents d'évènement sont associés à des taux de suicide proches du taux global : 15,3 ([10,5 - 20,1]) pour l'antécédent de QD, 23,4 ([2,9 - 43,8]) pour l'antécédent de QI et 17,7 ([13,6 - 21,7]) pour 10 000 PA pour l'antécédent de transfert.

Tableau 47. Taux de suicide relatifs aux évènements d'intérêts pendant la détention (n = 358 522)

	Temps à risque		Suicides		Taux de suicide pour 10 000 PA	IC _{95%}
	PA	(%)	n	(%)		
Global	259 918,4	(100)	449	(100)	17,3	[15,7 - 18,9]
Exposition aigue à des évènements < 2 sem. après une condamnation						
<i>Jour du placement au QD</i>	8 187,5	(3,2)	20	(4,5)	24,4	[13,7 - 35,1]
<i>Avant le décret^a</i>	270,4	(0,1)	26	(5,8)	961,5	[591,9 - 1331,1]
<i>Après le décret^a</i>	154,0	(0,1)	9	(2,0)	584,4	[202,6 - 966,2]
<i>Après le décret^a</i>	116,4	(<0,1)	17	(3,8)	1460,5	[766,2 - 2154,7]
< 2 sem. après placement au QI	438,6	(0,2)	9	(2,0)	205,2	[71,1 - 339,3]
< 2 sem. après un transfert	4 411,4	(1,7)	26	(5,8)	58,9	[36,3 - 81,6]
Périodes d'isolement						
QD	2 331,2	(0,9)	49	(10,9)	210,2	[151,3 - 269,0]
QI	2 336,2	(0,9)	16	(3,6)	68,5	[34,9 - 102,0]
Antécédents d'évènement ^b						
Antécédent de QD ^c	25 518,1	(15,1)	39	(11,9)	15,3	[10,5 - 20,1]
Antécédent de QI ^c	2 140,8	(1,3)	5	(1,5)	23,4	[2,9 - 43,8]
Antécédent de transfert	41 263,8	(24,4)	73	(22,3)	17,7	[13,6 - 21,7]

IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; PA : Personnes-années ; QD : Quartier disciplinaire ; QI : Quartier d'isolement.

^a Décret de durcissement du régime disciplinaire en prison du 13 février 2019 ; ^b Les incarcérations censurées à gauches (n = 66 055) ont été exclues des variables d'antécédent ; ^c La période d'exposition commence le jour de la fin du premier placement

IV.C.4. Analyse de survie bivariable

IV.C.4.a. Caractéristiques sociodémographiques, pénales et liées aux établissements

Le risque de suicide augmentait significativement avec l'âge (HR = 1,7, IC_{95%} [1,3 - 2,1] pour les 30-39 ans et HR = 2,7 [2,1 - 3,3] pour les 40-99 ans, en référence aux 13-29 ans, $p < 0,001$) (Tableau 48). Il était significativement associé avec la nationalité ($p = 0,007$), avec un risque plus élevé chez les personnes de nationalité française (HR = 1,6 [1,1 - 2,3]) ou d'un autre pays européen (HR = 2,1 [1,4 - 3,3]), en référence aux personnes avec la nationalité d'un pays d'Afrique. Il était également plus élevé chez les personnes avec le baccalauréat (HR = 1,6 [1,3 - 2,1], $p < 0,001$), un logement personnel (HR = 1,5 [1,2 - 1,9], $p < 0,001$) ou qui avaient des enfants (HR 1,5 [1,2 - 1,9], $p < 0,001$). La situation matrimoniale était également associée au suicide ($p < 0,001$) avec un risque plus élevé pour les personnes séparées (HR = 2,6 [1,9 - 3,5]) et pour les personnes en couple (HR 1,2 [1,0 - 1,5]), en référence aux personnes célibataires.

Le risque de suicide était significativement plus élevé en cas de procédure criminelle (HR = 1,7 [1,4 - 2,0], $p < 0,001$) et pendant la période de détention provisoire (2,5 [2,1 - 3,0], $p < 0,001$). Il était significativement associé avec la catégorie d'infraction principale ($p < 0,001$), avec un risque de suicide plus élevé en cas d'homicide volontaire (HR = 2,5 [2,0 - 3,2]), de viol ou agression sexuelle (HR = 2,1 [1,6 - 2,7]) et de violences volontaires (HR = 1,6 [1,2 - 2,1]) que pour les autres infractions. Le stade d'incarcération était significativement associé au suicide ($p < 0,001$) : par rapport aux personnes présentes depuis au moins 6 mois, le risque de suicide était 7,4 ([5,5 - 10,1]) fois plus élevé la première semaine de détention et 1,5 ([1,3 - 1,9]) fois plus élevé pour le reste des six premiers mois.

Le risque de suicide était plus élevé pour les personnes seules en cellule (HR 2,5 [2,0 - 3,0], $p < 0,001$). Il était significativement associé au type d'établissement où s'est déroulé l'incarcération ($p < 0,001$). Il était plus élevé dans les maisons d'arrêt que dans les centres de détention (HR = 1,7 [1,4 - 2,2]). Par ailleurs, le risque de suicide était plus élevé en cas de surpopulation (HR = 1,7 [1,3 - 2,1], $p < 0,001$).

Les caractéristiques présentées ainsi que le genre ($p = 0,157$) ont été retenus pour l'analyse multivariable. Les caractéristiques suivantes n'ont pas été retenues : catégorie socioprofessionnelle ($p = 0,782$), taille de l'établissement ($p = 0,275$).

Tableau 48. Analyse de survie bivariable, hors évènements (n = 358 522)

	HR	IC _{95%}	p	%VI
Age (années)			<0,001	
13-29	Réf.			
30-39	1,7	[1,3 - 2,1]	<0,001	<0,1
40-99	2,7	[2,1 - 3,3]	<0,001	<0,1
Femme (vs homme)	1,3	[0,8 - 2,0]	0,157	0
Nationalité			0,007	
Pays d'Afrique	Réf.			
France	1,6	[1,1 - 2,3]	0,004	0,2
Autre pays européens	2,1	[1,4 - 3,3]	<0,001	0,2
Pays d'autres continents	1,4	[0,8 - 2,6]	0,144	0,2
Bachelier-ère	1,6	[1,3 - 2,1]	<0,001	25,5
Catégorie socioprofessionnelle			0,782	
Autres catégories en emploi	Réf.			
Ouvrier-ère	1,0	[0,8 - 1,5]	0,401	21,1
Sans emploi	1,1	[0,8 - 1,5]	0,294	23,2
Logement personnel	1,5	[1,2 - 1,9]	<0,001	26,4
Situation matrimoniale			<0,001	
Célibataire	Réf.			
En couple ^a	1,2	[1,0 - 1,5]	0,042	14,6
Séparé-e ^b	2,6	[1,9 - 3,5]	<0,001	15,2
Enfants	1,5	[1,2 - 1,9]	<0,001	24,2
Procédure criminelle	1,7	[1,4 - 2,0]	<0,001	0,4
Catégorie d'infraction principale			<0,001	
Autres infractions	Réf.			
Homicide volontaire	2,5	[2,0 - 3,2]	<0,001	0,5
Viol et agression sexuelle	2,1	[1,6 - 2,7]	<0,001	0,7
Violences volontaires	1,6	[1,2 - 2,1]	<0,001	1,8
Détention provisoire	2,5	[2,1 - 3,0]	<0,001	0,5
Stade d'incarcération			<0,001	
≥ 6 mois	Réf.			
<1 semaine	7,4	[5,5 - 10,1]	<0,001	0
1 semaine à 6 mois	1,5	[1,3 - 1,9]	<0,001	0
Encellulement individuel	2,5	[2,0 - 3,0]	<0,001	0,6
Type d'établissement			<0,001	
Centre de détention	Réf.			
Maison d'arrêt	1,7	[1,4 - 2,2]	<0,001	0,2
Maison centrale	1,2	[0,6 - 2,4]	0,282	<0,1
Autres	0,9	[0,4 - 2,0]	0,358	1,2
Taille de l'établissement ^a	1,0	[1,0 - 1,0]	0,275	0,8
Surpopulation carcérale	1,7	[1,3 - 2,1]	<0,001	1,1

HR : Hazard ratio; IC_{95%}: Intervalle de confiance à 95% ; VI : Pourcentage de la variance attribuable à l'imputation des données manquantes.

^a Mariage inclus ; ^b Divorce et veuvage inclus ; ^c Hazard ratio associé à une augmentation de 100 personnes détenues

IV.C.4.b. Evènements en détention

Pour les expositions aiguës, le risque de suicide était plus concentré dans les deux semaines suivant un placement au QI (HR = 12,1 [6,1 - 23,5], $p < 0,001$) et suivant un transfert (HR = 3,6 [2,4 - 5,4], $p < 0,001$) (Tableau 49). Il était très concentré le jour du placement au QD avant le 15 mars 2019 (HR = 39,3 [20,1 - 76,7], $p < 0,001$) et plus encore à partir de cette date (HR = 95,6 [57,8 - 158,1], $p < 0,001$). Ces évènements ainsi que la condamnation pendant la détention ($p = 0,107$) ont été retenus pour l'analyse multivariée.

Tableau 49. Analyse de survie bivariable, évènements (n = 358 522)

	HR	IC _{95%}	p
Exposition aiguë à des évènements			
< 2 sem. après une condamnation	1,5	[0,9 - 2,3]	0,107
<i>Jour du placement au QD</i>	63,9	[42,8 - 95,3]	<0,001
<i>Avant le décret^a</i>	39,3	[20,1 - 76,7]	<0,001
<i>Après le décret^a</i>	95,6	[57,8 - 158,1]	<0,001
< 2 sem. après placement au QI	12,1	[6,3 - 23,5]	<0,001
< 2 sem. après un transfert	3,6	[2,4 - 5,4]	<0,001
Périodes d'isolement			
<i>QD</i>	13,5	[10,0 - 18,2]	<0,001
<i>QI</i>	3,8	[2,3 - 6,3]	<0,001
Antécédents d'évènement ^b			
<i>Antécédent de QD^c</i>	0,9	[0,6 - 1,2]	0,444
<i>Antécédent de QI^c</i>	1,3	[0,5 - 3,1]	0,570
<i>Antécédent de transfert</i>	1,1	[0,8 - 1,4]	0,729

HR : Hazard ratio ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; QD : Quartier disciplinaire ; QI : Quartier d'isolement.

^a Décret de durcissement du régime disciplinaire en prison du 13 février 2019 ; ^b Les incarcérations censurées à gauches (n = 66 055) ont été exclues des variables d'antécédent ; ^c La période d'exposition commence le jour de la fin du premier placement

Le risque de suicide était 13,5 (IC_{95%} [10,0 - 18,2], $p < 0,001$) fois plus élevé au QD et 3,8 (IC_{95%} [2,3 - 6,3], $p < 0,001$) fois plus élevé au QI que pour les autres jours de détention. Ces deux variables ont été retenues pour l'analyse multivariée. Par ailleurs, les antécédents d'évènement n'étaient pas associés à une modification significative du risque de suicide. Comme on avait $p > 0,20$ quel que soit l'évènement, aucun modèle multivariée n'a été mis en œuvre pour les antécédents d'évènement.

IV.C.5. Analyse de survie multivariable

L'hypothèse des risques proportionnels était vérifiée pour l'ensemble des modèles multivariés ($p > 0,05$).

IV.C.5.a. Caractéristiques sociodémographiques, pénales et liées aux établissements

Neuf caractéristiques sur les quatorze évaluées étaient significativement associées au suicide dans le modèle M1 : l'âge ($p < 0,001$), la nationalité ($p = 0,002$), le baccalauréat ($p = 0,014$), la situation matrimoniale ($p = 0,039$), la catégorie d'infraction principale ($p < 0,001$), la catégorie pénale ($p < 0,001$), le stade d'incarcération ($p < 0,001$), l'encellulement individuel ($p < 0,001$) et la surpopulation carcérale (Tableau 50).

Le risque de suicide augmentait avec l'âge (HR = 1,4, IC_{95%} [1,1 - 1,9] pour les 30-39 ans et HR = 1,8 [1,4 - 2,4] pour les 40-99 ans, en référence aux 13-29 ans). Il était plus élevé pour les personnes de nationalité française (HR = 1,7 [1,2 - 2,5]), de la nationalité d'un autre pays d'Europe (HR = 2,3 [1,5 - 3,6]) et avec le baccalauréat (HR = 1,3 [1,0-1,7]). Concernant la catégorie d'infraction principale, le risque de suicide était plus élevé en cas d'homicide volontaire (HR = 2,7 [1,9 - 3,7]), de viol ou agression sexuelle (HR = 2,1 [1,5 - 2,9]) et de violences volontaires (HR = 1,5 [1,1 - 2,0]). Il était 1,9 ([1,5 - 2,4]) fois plus élevé pendant la détention provisoire. Le risque de suicide était 7,2 ([5,1 - 10,2]) fois plus élevé la première semaine de détention et 2,3 ([1,8 - 2,9]) fois plus élevé pour le reste des six premiers mois, par rapport aux personnes présentes depuis au moins 6 mois. Enfin, il était 4,1 ([3,3 - 5,1]) fois plus élevé en cas d'encellulement individuel et plus élevé en cas de surpopulation carcérale (HR = 1,5 [1,0 - 2,1]).

Tableau 50. Analyse de survie multivariable hors évènements : M1 (n = 358 522)

	HR	IC _{95%}	p	%VI
Age (années)			<0,001	
13-29	Réf.			
30-39	1,4	[1,1 - 1,9]	0,003	4,2
40-99	1,8	[1,4 - 2,4]	<0,001	7,8
Femme (vs homme)	0,8	[0,5 - 1,3]	0,157	0,4
Nationalité			0,002	
Pays d'Afrique	Réf.			
France	1,7	[1,2 - 2,5]	0,001	0,2
Autre pays européens	2,3	[1,5 - 3,6]	<0,001	0,4
Pays d'autres continents	1,5	[0,8 - 2,8]	0,094	0,2
Bachelier·ère	1,3	[1,0 - 1,7]	0,014	26,4
Logement personnel	1,2	[0,9 - 1,5]	0,111	30,4
Statut matrimonial			0,039	
Célibataire	Réf.			
En couple ^b	1,0	[0,8 - 1,3]	0,471	18,2
Séparé·e ^c	1,6	[1,1 - 2,2]	0,007	20,2
Enfants	1,1	[0,8 - 1,5]	0,273	29,8
Procédure criminelle	0,9	[0,7 - 1,2]	0,323	0,8
Catégorie d'infraction principale			<0,001	
Autres infractions	Réf.			
Homicide volontaire	2,7	[1,9 - 3,7]	<0,001	0,9
Viol et agression sexuelle	2,1	[1,5 - 2,9]	<0,001	1,2
Violences volontaires	1,5	[1,1 - 2,0]	0,002	1,8
Détention provisoire	1,9	[1,5 - 2,4]	<0,001	1,1
Stade d'incarcération			<0,001	
≥ 6 mois	Réf.			
<1 semaine	7,2	[5,1 - 10,2]	<0,001	0,2
1 semaine à 6 mois	2,3	[1,8 - 2,9]	<0,001	0,2
Encellulement individuel	4,1	[3,3 - 5,1]	<0,001	1,1
Type d'établissement			0,325	
Centre de détention	Réf.			
Maison d'arrêt	1,4	[0,9 - 2,1]	0,070	1,5
Maison centrale	0,8	[0,4 - 1,7]	0,313	0,1
Autres	0,8	[0,4 - 1,9]	0,307	1,2
Surpopulation carcérale	1,5	[1,0 - 2,1]	0,018	2,3

HR : Hazard ratio; IC_{95%}: Intervalle de confiance à 95% ; VI : Pourcentage de la variance attribuable à l'imputation des données manquantes.

^a Mariage inclus ; ^b Divorce et veuvage inclus.

IV.C.5.b. Interactions

IV.C.5.b.i. Interaction entre le stade d'incarcération et la catégorie d'infraction principale

Une interaction significative a été retrouvée entre le stade d'incarcération et la catégorie d'infraction principale, avant ($p < 0,001$, [Tableau 51 M2a](#)) et après ($p < 0,001$, [Tableau 52 M2b](#)) ajustement sur les variables du modèle M1.

Tableau 51. Interactions, analyse de survie trivariante ($n = 358\ 522$)

	Stade d'incarcération						p
	<1 semaine		1 semaine à 6 mois		>= 6 mois		
	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}	
M2a : interaction entre le stade d'incarcération et la catégorie d'infraction principale							<0,001
Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque infraction							
<i>Autres infractions</i>	5,1	[3,0 - 8,7]	1,6	[1,2 - 2,2]	Réf.		
<i>Homicide volontaire</i>	36,6	[20,2 - 66,4]	2,7	[1,7 - 4,4]	Réf.		
<i>Viol et agression sexuelle</i>	29,7	[14,8 - 59,3]	4,7	[3,0 - 7,5]	Réf.		
<i>Violences volontaires</i>	6,3	[2,9 - 13,5]	1,3	[0,8 - 2,1]	Réf.		
Association entre suicide et infraction séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Autres infractions</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Homicide volontaire</i>	17,8	[8,5 - 37,1]	4,2	[2,7 - 6,7]	2,5	[1,8 - 3,5]	
<i>Viol et agression sexuelle</i>	9,2	[4,2 - 20,2]	4,7	[3,2 - 6,9]	1,6	[1,1 - 2,3]	
<i>Violences volontaires</i>	2,1	[0,9 - 5,0]	1,3	[0,9 - 2,0]	1,7	[1,1 - 2,7]	
M3a : interaction entre le stade d'incarcération et la surpopulation							0,037
Association entre suicide et stade d'incarcération, selon la surpopulation							
<i>Absence de surpopulation</i>	10,7	[4,3 - 26,5]	2,3	[1,5 - 3,7]	Réf.		
<i>Présence de surpopulation</i>	6,0	[4,3 - 8,4]	1,2	[1,0 - 1,5]	Réf.		
Association entre suicide et surpopulation, séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Absence de surpopulation</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Présence de surpopulation</i>	0,9	[0,4 - 2,3]	0,9	[0,6 - 1,3]	1,6	[1,2 - 2,2]	
M4a : interaction entre le stade d'incarcération et le genre							0,008
Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque genre							
<i>Hommes</i>	7,9	[5,8 - 10,8]	1,6	[1,3 - 2,0]	Réf.		
<i>Femmes</i>	1,5	[0,2 - 11,5]	0,4	[0,1 - 1,1]	Réf.		
Association entre suicide et genre, séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Hommes</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Femmes</i>	0,4	[0,1 - 3,1]	0,5	[0,2 - 1,4]	2,3	[1,3 - 3,8]	

HR : Hazard ratio ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95%

Note de lecture : Parmi les personnes poursuivies ou condamnées pour homicide volontaire, le risque de suicide est 36,6 fois plus élevé la 1^{re} semaine de détention qu'au-delà de 6 mois. La première semaine de détention, le risque de suicide est 17,8 fois plus élevé en cas d'homicide volontaire que pour les autres infractions.

Bien que l'excès de risque de suicide la première semaine de détention était commun à toutes les infractions, il était plus important pour les personnes poursuivies ou condamnées pour homicide (HR = 26,3, IC_{95%} [14,3 - 48,3]) ou viol et agression sexuelle (HR = 19,9 [9,8 - 40,5]) (Tableau 52, Figure 22). La période allant d'une semaine à six mois de détention, quant à elle, était associée à un risque de suicide plus élevé pour toutes les classes d'infraction à l'exception des violences volontaires (HR = 1,3 [0,8 - 2,2]), par rapport aux personnes présentes depuis plus de 6 mois.

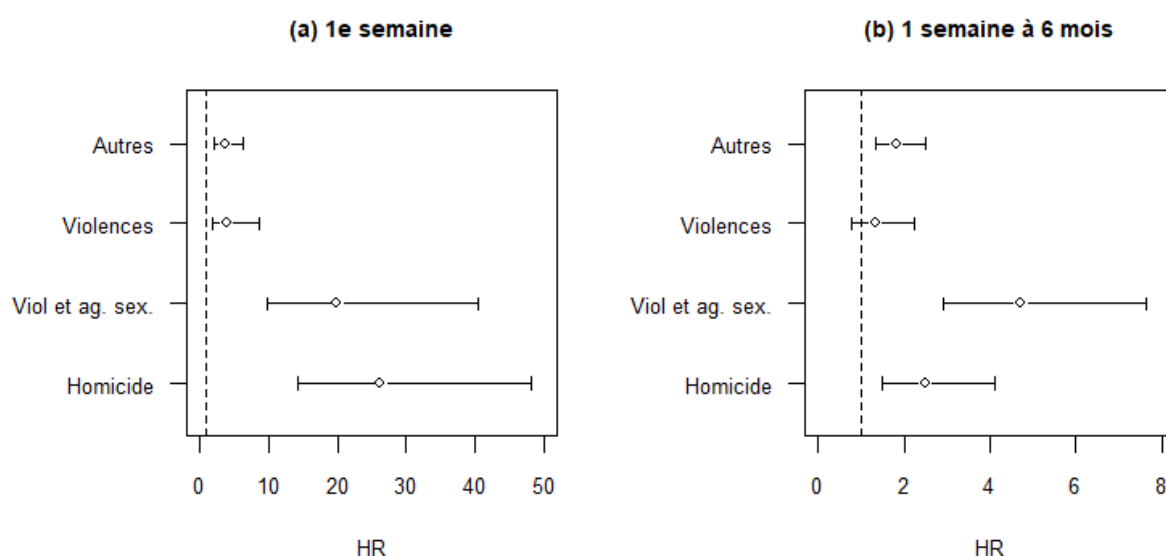
Tableau 52. Interactions, analyse de survie multivariable (n = 358 522)

	Stade d'incarcération						p
	<1 semaine		1 semaine à 6 mois		≥ 6 mois		
	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}	
M2b : interaction entre le stade d'incarcération et la catégorie d'infraction principale							<0,001
Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque infraction							
<i>Autres infractions</i>	3,6	[2,1 - 6,2]	1,8	[1,3 - 2,5]	Réf.		
<i>Homicide volontaire</i>	26,3	[14,3 - 48,3]	2,5	[1,5 - 4,1]	Réf.		
<i>Viol et agression sexuelle</i>	19,9	[9,8 - 40,5]	4,7	[2,9 - 7,6]	Réf.		
<i>Violences volontaires</i>	3,8	[1,7 - 8,5]	1,3	[0,8 - 2,2]	Réf.		
Association entre suicide et infraction séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Autres infractions</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Homicide volontaire</i>	14,1	[6,6 - 30,1]	2,7	[1,6 - 4,5]	2,0	[1,3 - 2,9]	
<i>Viol et agression sexuelle</i>	6,7	[3,0 - 14,9]	3,2	[2,1 - 4,9]	1,2	[0,8 - 1,9]	
<i>Violences volontaires</i>	1,9	[0,8 - 4,4]	1,3	[0,9 - 2,0]	1,8	[1,2 - 2,8]	
M3b : interaction entre le stade d'incarcération et la surpopulation							0,025
Association entre suicide et stade d'incarcération, selon la surpopulation							
<i>Absence de surpopulation</i>	14,7	[5,5 - 39,2]	4,2	[2,6 - 7,0]	Réf.		
<i>Présence de surpopulation</i>	6,6	[4,6 - 9,4]	2,1	[1,6 - 2,6]	Réf.		
Association entre suicide et surpopulation, séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Absence de surpopulation</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Présence de surpopulation</i>	1,0	[0,4 - 2,4]	1,0	[0,7 - 1,6]	2,2	[1,4 - 3,4]	
M4b : interaction entre le stade d'incarcération et le genre							0,010
Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque genre							
<i>Hommes</i>	7,6	[5,4 - 10,8]	2,5	[1,9 - 3,1]	Réf.		
<i>Femmes</i>	1,7	[0,2 - 13,0]	0,6	[0,2 - 1,7]	Réf.		
Association entre suicide et genre, séparément pour chaque stade d'incarcération							
<i>Hommes</i>	Réf.		Réf.		Réf.		
<i>Femmes</i>	0,3	[0,0 - 2,4]	0,3	[0,1 - 0,9]	1,5	[0,9 - 2,5]	

HR : Hazard ratio ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95%

Note de lecture : Parmi les personnes poursuivies ou condamnées pour homicide volontaire, le risque de suicide est 26,3 fois plus élevé la 1^{ère} semaine de détention qu'au-delà de 6 mois. La première semaine de détention, le risque de suicide est 14,1 fois plus élevé en cas d'homicide volontaire que pour les autres infractions.

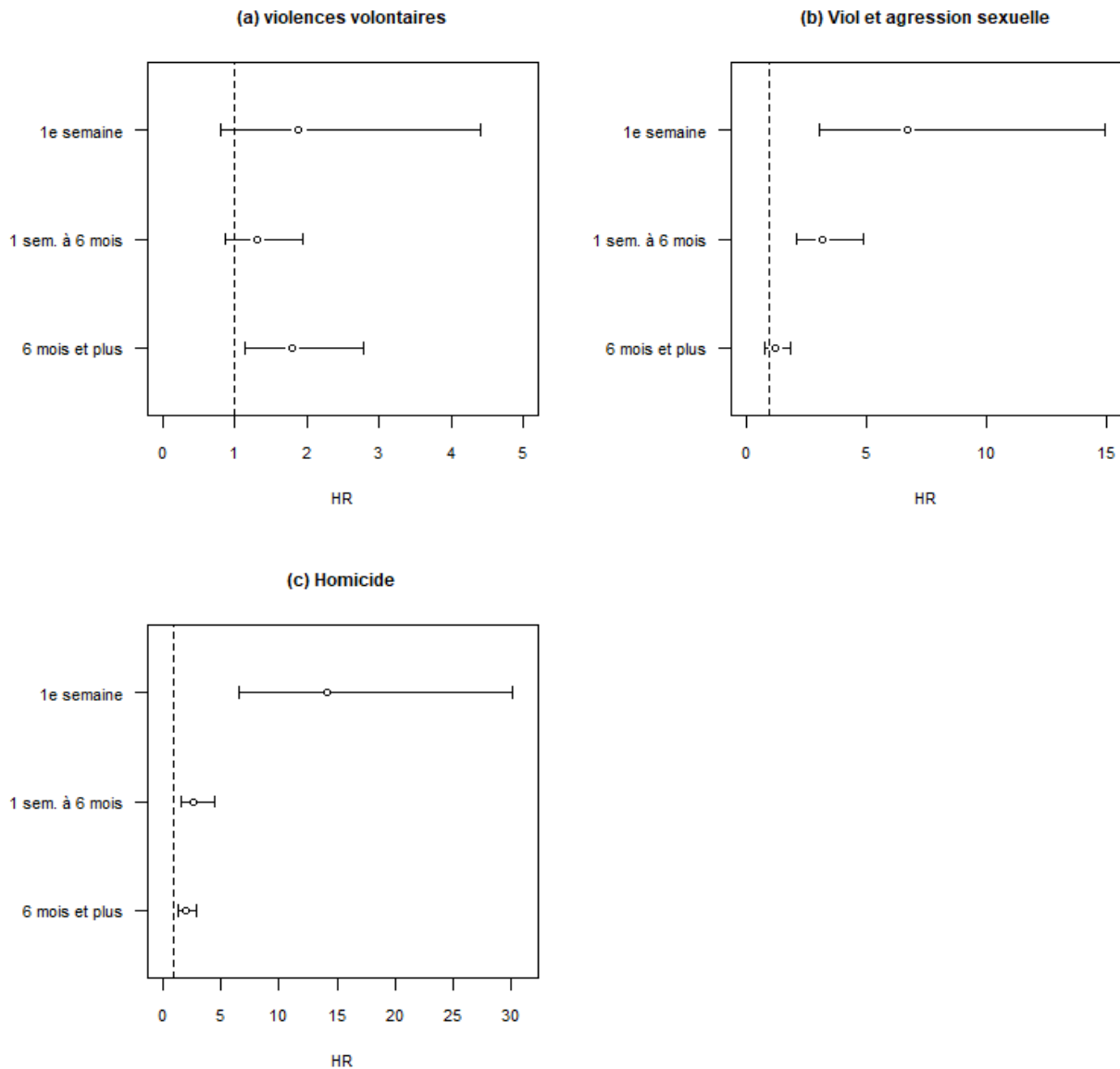
Figure 22. Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque infraction, analyse multivariante (n = 358 522)



Note : la catégorie de référence correspond aux personnes incarcérées depuis au moins 6 mois

Les différences de risque de suicide en fonction de l'infraction sont particulièrement marquées au cours de la première semaine de détention : le risque y est 14,1 ([6,6 - 30,1]) plus élevé en cas d'homicide et 6,7 ([3,0 - 14,9]) fois plus élevé en cas de viol ou d'agression sexuelle que pour les autres infractions (Tableau 52, Figure 23). Ils ne sont respectivement plus que 2,7 ([1,6 - 4,5]) et 3,2 ([2,1 - 4,9]) fois plus élevés pour la période allant d'une semaine à 6 mois. Dans les deux cas, le risque de suicide associé aux violences volontaires n'est pas significativement plus élevé que pour les autres infractions. Les différences de risque de suicide selon l'infraction deviennent encore moins prononcées au-delà de 6 mois de détention (Figure 23).

Figure 23. Association entre suicide et infraction séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522)



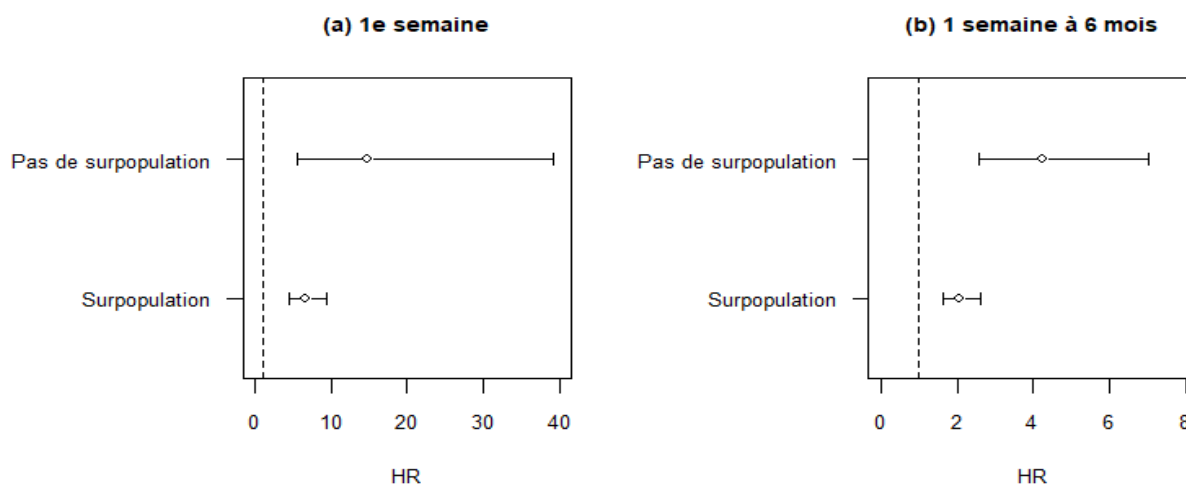
Note : la catégorie de référence correspond aux autres infractions

IV.C.5.b.ii. Interaction entre le stade d'incarcération et la surpopulation

Une interaction significative a été retrouvée entre le stade d'incarcération et la surpopulation carcérale, avant ($p = 0,037$, [Tableau 51 M3a](#)) et après ($p = 0,025$, [Tableau 52 M3b](#)) ajustement sur les variables du modèle M1.

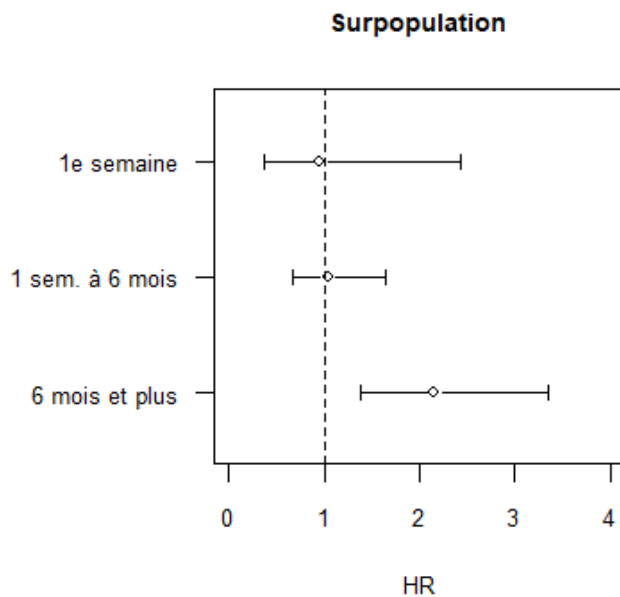
L'excès de risque de suicide observé les six premiers mois était deux fois moins important en cas de surpopulation carcérale. La première semaine, il était 6,6 ([4,6 - 9,4]) fois plus élevé en cas de surpopulation contre 14,7 ([5,5 - 39,2]) en l'absence de surpopulation (Tableau 52, Figure 24), tandis que sur la période d'une semaine à six mois, les HR étaient respectivement égaux à 2,1 ([1,6 - 2,6]) et à 4,2 ([2,6 - 7,0]). Par ailleurs, la surpopulation carcérale n'était significativement associée au suicide qu'au-delà de 6 mois de détention, avec un risque de suicide plus élevé en cas de surpopulation (HR = 2,2 [1,4 - 3,4]) (Figure 25).

Figure 24. Association entre suicide et stade d'incarcération, selon la surpopulation, analyse multivariable (n = 358 522)



Note : la catégorie de référence correspond aux personnes incarcérées depuis au moins 6 mois

Figure 25. Association entre suicide et surpopulation, séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522)



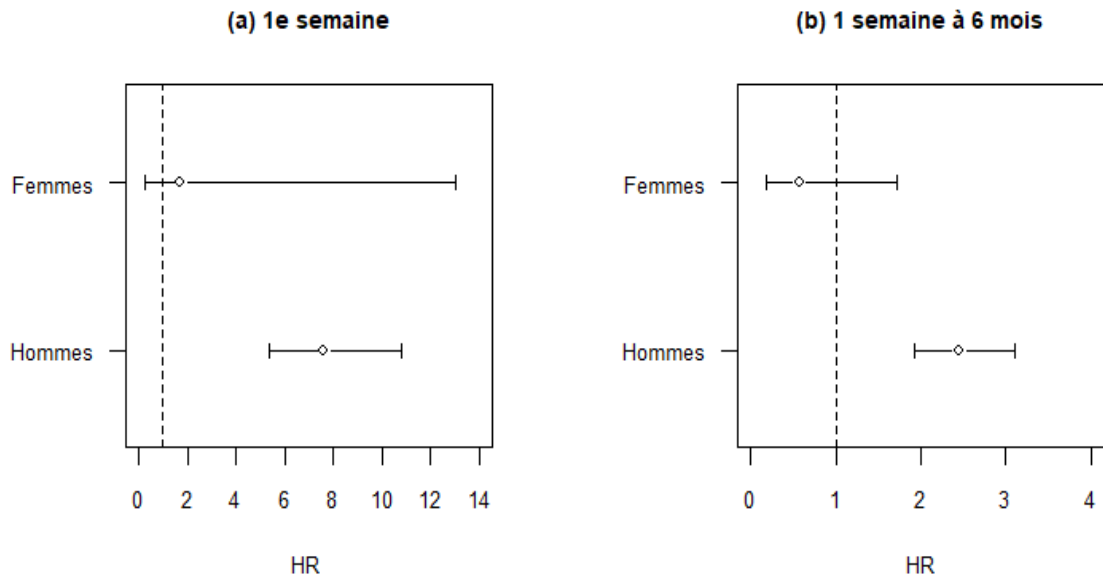
Note : la catégorie de référence correspond à l'absence de surpopulation

IV.C.5.b.iii. Interaction entre le stade d'incarcération et le genre

Une interaction significative a été retrouvée entre le stade d'incarcération et le genre, avant ($p = 0,008$, Tableau 51 M4a) et après ($p = 0,010$, Tableau 52 M4b) ajustement sur les variables du modèle M1.

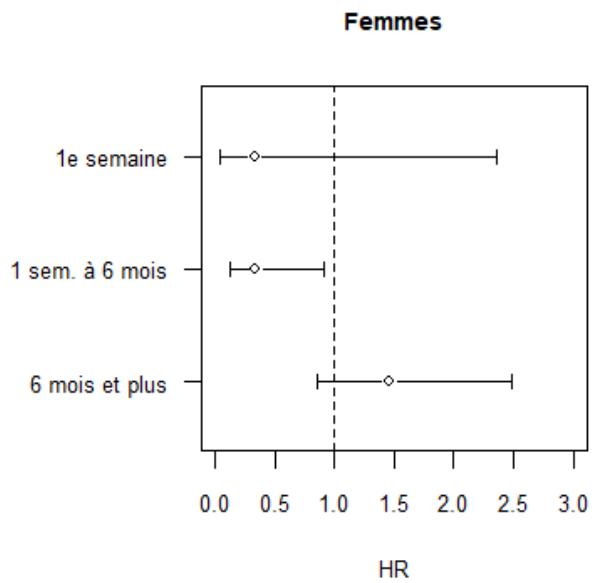
Le risque de suicide était significativement plus élevé la première semaine de détention chez les hommes (HR = 7,6 [5,4 – 10,8]) mais pas chez les femmes (HR = 1,7 [0,2 – 13,0], Tableau 52, Figure 26). Le même schéma a été retrouvé pour le risque de suicide associé à la période d'une semaine à six mois (HR = 2,5 [1,9 – 3,1] chez les hommes et HR = 0,6 [0,2 – 1,7] chez les femmes). Le genre n'était associé avec le suicide que pour la période allant d'une semaine à 6 mois, avec un risque de suicide moins élevé chez les femmes (HR = 0,3 [0,1 – 0,9], Figure 27).

Figure 26. Association entre suicide et stade d'incarcération, séparément pour chaque genre, analyse multivariable (n = 358 522)



Note : la catégorie de référence correspond aux personnes incarcérées depuis au moins 6 mois

Figure 27. Association entre suicide et genre, séparément pour chaque stade d'incarcération, analyse multivariable (n = 358 522)



Note : la catégorie de référence correspond aux hommes

IV.C.5.c. Focus sur la surpopulation

L'association significative entre la surpopulation carcérale et le suicide retrouvée en analyse bivariable (HR = 1,7 [1,3 - 2,1]) s'efface dès la prise en compte du type d'établissement (Tableau 53, M5a, HR = 1,3 [0,9-1,8], p = 0,10). Par ailleurs, dans le modèle M5a, le risque de suicide est significativement plus élevé dans les maisons d'arrêt que dans les centres de détention (HR = 1,4 [1,0 - 2,1], p = 0,031).

Tableau 53. Focus sur l'association entre surpopulation et suicide et sur ses facteurs modulateurs (n = 358 522)

		Bivariable	M5a	M5b	M5c	M5d	M3b
Surpopulation	<1 sem.					0,8	1,0
	1 sem. à 6 m.	1,7**	1,3	1,1	1,2	0,8	1,0
	≥ 6 mois					1,8***	2,2***
Type d'établissement							
	Centre de détention		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Maison d'arrêt		1,4*	0,8	0,9	0,7	1,1
	Maison centrale		1,2	1,3	0,9	1,0	0,9
	Autres		0,8	0,6	0,8	0,6	0,6
Détention provisoire				2,2**	1,8**	1,8**	1,9**
Stade d'incarcération							
≥ 6 mois	surpo. : non			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	surpo. : oui					Ref.	Ref.
<1 semaine	surpo. : non					14,7***	14,7***
	surpo. : oui			5,4**	7,6**	7,0***	6,6***
1 semaine à 6 mois	surpo. : non					3,5***	4,2***
	surpo. : oui			1,5**	1,9**	1,7***	2,1***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** p non calculée mais l'intervalle de confiance à 95% ne comprend pas la valeur 1.

M5c : M5b + âge, genre, nationalité, obtention du baccalauréat, logement personnel, situation matrimoniale, présence d'enfants, procédure pénale, catégorie d'infraction principale

M5d : M5c + interaction entre surpopulation et stade d'incarcération ($p = 0,029$)

M3b : M5d + encellulement individuel

L'introduction de la catégorie pénale et du stade d'incarcération dans le modèle M5b ne modifie pas sensiblement l'association résiduelle entre surpopulation et suicide, qui reste non significative (HR = 1,1 [0,8 - 1,6], p = 0,234). L'association entre maison d'arrêt et suicide devient non significative (p = 0,150), tandis que la catégorie pénale (p < 0,001) et le stade d'incarcération (p < 0,001) sont tous les deux significativement associés au suicide. L'introduction d'autres facteurs dans le modèle M5c ne modifie pas sensiblement ces résultats (Tableau 53, M5c).

Le modèle M5d retrouve une interaction significative entre surpopulation et stade d’incarcération ($p = 0,029$). La surpopulation n’est associée à un risque de suicide plus élevé qu’après 6 mois ($HR = 1,8 [1,1 - 2,7]$). L’introduction de l’encellulement individuel a pour effet d’augmenter la valeur des HR associés à la surpopulation, qui reste associé au suicide uniquement après 6 mois de détention ($HR = 2,2 [1,4 - 3,4]$).

IV.C.5.d. Evènements en détention

L’ajustement des variables d’évènement les unes sur les autres, dans les modèles M6a et M7a, donne des résultats similaires à ceux de l’analyse bivariable, hormis une diminution de la force de l’association entre suicide et les deux semaines suivant un placement au quartier d’isolement (Tableau 54).

Tableau 54. Analyse de survie multivariable relative aux évènements : M6 et M7 (n = 358 522)

	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}	HR	IC _{95%}
	M6a		M6b		M6c	
< 2 sem. après une condamnation	1,4	[0,9-2,2]	0,6	[0,4-1,0]	0,7	[0,4-1,1]
Jour du placement au QD						
<i>Avant le décret^a</i>	35,9	[18,3-70,3]	42,5	[21,6-83,4]	20,8	[10,5-41,0]
<i>Après le décret^a</i>	88,1	[53,1-146,2]	119,5	[71,8-198,8]	62,0	[37,0-103,8]
< 2 sem. après placement au QI	6,9	[3,5-13,5]	6,7	[3,4-13,2]	4,3	[2,2-8,5]
< 2 sem. après un transfert	3,3	[2,2-4,9]	3,5	[2,3-5,2]	2,8	[1,9-4,2]
	M7a		M7b		M7c	
QD	13,9	[10,4-18,8]	20,1	[14,8-27,2]	10,0	[7,3-13,9]
QI	4,3	[2,6-7,1]	4,1	[2,5-6,9]	2,2	[1,3-3,6]

HR : Hazard ratio ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; QD : Quartier disciplinaire ; QI : Quartier d’isolement ; sem. : Semaine.

^a *Décret de durcissement du régime disciplinaire en prison du 13 février 2019*

M6b/M7b : M6a/M7a + âge, genre, nationalité, niveau d’études, logement, statut matrimonial, nombre d’enfants, procédure pénale, catégorie pénale, catégorie d’infraction principale, stade d’incarcération, type d’établissement, surpopulation carcérale

M6c/M7c : M6b/M7b + nombre de personnes en cellule

Dans le modèle M6b, correspondant à la phase d’exposition aiguë, tous les évènements étaient significativement associés au suicide (Tableau 54). Le risque de suicide était plus faible dans les deux semaines après une condamnation pendant la détention ($HR = 0,6 [0,4 - 1,0]$, $p = 0,033$). Il était plus élevé dans les deux semaines suivant un placement au QI ($HR = 6,7 [3,4$

- 13,2], $p < 0,001$) ou un transfert (HR = 3,5 [2,3 - 5,2]). Le jour du placement au QD, le risque de suicide était 42,5 ([21,6 – 83,4], $p < 0,001$) fois plus élevé avant le 15 mars 2019 et 119,5 ([71,8 – 198,8], $p < 0,001$) fois plus élevé à partir de cette date, ce dernier chiffre correspondant à une augmentation relative du risque de suicide de 11 800 % par rapport aux autres jours de détention. Pour ce qui est des variables de confinement (Tableau 54, M7b), le risque de suicide était 20,1 ([14,8 – 27,2], $p < 0,001$) fois plus élevé au QD et 4,1 ([2,5 – 6,9], $p < 0,001$) fois plus élevé au QI que pour le reste de la détention.

L'introduction du nombre de personnes en cellules ne modifie pas les facteurs associés au suicide, hormis peut-être les deux semaines après une condamnation, qui bien qu'avec une p valeur inférieure à 0,05 ($p = 0,040$) présente un HR dont l'intervalle de confiance à 95% dépasse 1 (HR = 0,7 [0,4 - 1,1], Tableau 54 M6c et M7c). En revanche, ce facteur modifie considérablement les tailles d'effet associées au QD et au QI, qui sont approximativement divisées par deux. Dans ces modèles, le risque de suicide au QD, au QI, le jour du placement au QD et dans une moindre mesure dans les deux semaines après un placement au QI n'est plus comparé à celui de l'ensemble de la détention ordinaire mais seulement à l'encellulement individuel en détention ordinaire. Dans le modèle 7c, l'association entre suicide et encellulement individuel (non présentée dans le Tableau 54) est mesurée en excluant le QD et le QI. Celle-ci reste significative, avec une taille d'effet un peu diminuée (HR = 3,3 [2,6 – 4,2], $p < 0,001$).

IV.D. Discussion

IV.D.1. Principaux résultats

Cette étude a recherché des facteurs de risque de suicide des personnes détenues, au sein d'une cohorte rétrospective nationale qui s'étend de 2017 à 2020. Le taux de suicide des personnes détenues était de 17,3 pour 10 000 PA. Hors événements, les facteurs associés au suicide de manière indépendante étaient les premiers temps de l'incarcération et en particulier la première semaine, l'encellulement individuel, les personnes poursuivies ou condamnées pour atteinte aux personnes et notamment pour homicide, la nationalité française et celle d'autres pays européens, la détention provisoire, un âge plus élevé, être séparé-e de sa ou son conjoint et la possession du baccalauréat.

Des interactions statistiques ont été retrouvées entre le stade d'incarcération et 1) la catégorie d'infraction principale ; 2) la surpopulation carcérale ; 3) le genre. L'excès de risque de suicide la première semaine était observé en particulier pour les infractions les plus graves, en l'absence de surpopulation et chez les hommes. L'excès de risque de suicide pour les infractions les plus graves a été observé principalement au début de l'incarcération. La surpopulation était associée avec un risque de suicide plus élevé uniquement au-delà de six mois de détention. Les femmes présentaient un risque de suicide plus faible au cours des six premiers mois de détention uniquement.

Les modèles statistiques consacrés à l'étude de l'association entre surpopulation carcérale et suicide suggèrent que cette association est modulée par le type d'établissement, le stade d'incarcération, la catégorie pénale et l'encellulement individuel.

Quatre événements ont fait l'objet d'une attention particulière : les condamnations, les placements au QD, les placements au QI et les transferts. Le risque de suicide était très élevé le jour du placement au QD. Il était plus élevé dans les deux semaines qui suivent un placement au QI ou un transfert. Les personnes détenues étaient plus à risque de suicide lorsqu'ils étaient au QD et au QI. Le fait d'avoir connu un QD, un QI ou un transfert pendant l'incarcération n'était pas associé au suicide.

Les modèles multivariés respectaient tous l'hypothèse des risques proportionnels. Cela signifie, entre autres, qu'il n'a pas été mis en évidence de modification radicale des forces d'association observées en lien avec la pandémie à SARS-Cov2 et les restrictions sanitaires.

IV.D.2. Facteurs sociodémographiques

Globalement, il n'a pas été retrouvé d'association significative entre genre et suicide chez les personnes détenues, ce qui était déjà le cas dans les précédentes études françaises (42,169,204). A l'échelle internationale, les études présentent des résultats variables et souvent non significatifs en cas de test statistique (132,137,138,157,158,168,172–176,179,201,202,205,272,285,286,338,340,342,354,396–399). L'absence de résultat significatif s'explique en partie par un manque de puissance, en raison de la faible représentation des femmes en prison. La méta-analyse entreprise par la psychiatre S. Zhong et al, qui permet de surmonter cet écueil, retrouve un risque de suicide significativement plus élevé chez les hommes (199). La taille d'effet est cependant faible (OR = 1,2 [1,0 - 1,5]) et peut recouvrir des situations variables d'un pays à l'autre, plus de 40% des suicides inclus dans la méta-analyse étant survenus aux Etats-Unis. De plus, dans une autre étude récente portant sur plusieurs dizaines de pays, le taux de suicide des personnes détenues ne différait pas significativement selon le genre (130). L'absence d'association globale selon le genre dans la présente étude est une moyenne qui masque des variations selon le stade d'incarcération. A ma connaissance, cette étude est la première à rechercher une interaction entre le genre et le stade d'incarcération, qui est significative avec un risque de suicide plus élevé pour les hommes au début de l'incarcération et une tendance à un risque plus élevé pour les femmes au-delà de 6 mois d'incarcération.

Ces résultats peuvent être interprétés selon différentes perspectives. Si on se donne pour objectif d'identifier les groupes de personnes détenues à haut risque de suicide afin de leur appliquer une prévention individualisée du suicide, le genre est une variable peu discriminante : dans la littérature, le genre n'est pas significativement associé au suicide ou bien la taille d'effet est faible, tandis que les résultats de cette étude ne permettent pas de mieux cibler les personnes à risque puisqu'ils attirent l'attention sur le risque plus élevé des hommes les premiers mois, qui constituent plus de 95% de la population carcérale. Par contre, si on s'intéresse aux mécanismes susceptibles d'expliquer les écarts de risque de suicide entre la population générale et la prison, alors il s'agit d'un résultat intéressant puisque le risque de suicide en population générale est, chez les hommes et par rapport aux femmes, 3,5 fois plus élevé en France (126) et 2,3 fois plus élevé dans le monde (136). Il y a donc une interaction entre le genre et la prison vis-à-vis du suicide : il y a comme un « rattrapage » en prison du risque de suicide des femmes par rapport aux hommes, d'une manière générale dans la littérature et principalement au-delà de six mois dans cette étude. Ce phénomène a été mis en exergue au [Chapitre 2](#), qui a retrouvé un risque de

suicide 10 fois plus élevé pour les hommes et 40 fois plus pour les femmes en prison par rapport à leurs homologues en population générale (III.C.3.d.). Il a également été relevé dans la littérature : l'excès de risque de suicide en prison est beaucoup plus élevé pour les femmes (129,132,176,204,205,396). Notamment, une étude réalisée sur plus de 80 pays par le psychiatre A. Mundt et al retrouve un risque de suicide en prison 10 à 32 fois plus élevé pour les femmes contre 2 à 6 fois pour les hommes (130).

La présence d'une interaction avec la prison pour le suicide n'est pas propre au genre mais se retrouve pour d'autres caractéristiques sociodémographiques associées au suicide en population générale. Alors qu'en population générale, le risque de suicide est généralement plus élevé chez les personnes célibataires (par rapport aux personnes en couple), en cas de chômage ou de faible niveau d'éducation (145,400–402), ce n'est pas le cas en prison. Dans la présente étude, l'absence de baccalauréat apparaît même comme un facteur protecteur contre le suicide en prison, tandis que dans la méta-analyse de S. Zhong et al les personnes mariées ont un risque significativement plus élevé de suicide (199).

Ces résultats incitent à reconsidérer le statut de ces variables sociodémographiques dans les modèles explicatifs du suicide en prison. On a vu en Introduction générale que l'excès de risque de suicide en prison par rapport à la population générale était souvent expliqué par l'articulation entre un modèle d'importation, qui attire l'attention sur la vulnérabilité antérieure à l'incarcération des individus, et un modèle de privation, qui attire l'attention sur les facteurs de stress imputables à l'incarcération (I.D.2.a.). Les variables sociodémographiques font partie des facteurs classiquement mobilisés pour appuyer le modèle d'importation du risque de suicide : il y a plus de suicides en prison en partie parce que le risque de suicide est plus élevé en population générale pour les hommes, en cas de chômage, de célibat ou de faible niveau d'éducation et que ces catégories sont surreprésentées en prison. Cet argument repose sur l'hypothèse implicite que ces catégories sont des facteurs de risque de suicide également en prison. Or, nous venons de voir que ce n'est pas le cas. Par exemple, la surreprésentation des personnes sans le baccalauréat ne peut pas expliquer le risque élevé de suicide en prison puisque, dans la mesure où les personnes détenues avec le baccalauréat décèdent tout autant voire plus par suicide, le risque global de suicide en prison ne serait a priori pas plus bas en l'absence d'incarcération de personnes sans le baccalauréat. Par conséquent, les interactions de ces variables avec la prison interrogent leur intégration au modèle d'importation du risque de suicide.

On peut même faire l'hypothèse que la modification du risque de suicide associé à ces variables sociodémographiques témoigne des effets délétères de l'emprisonnement. Le modèle de privation a été mobilisé dans la littérature pour expliquer le risque de suicide plus élevé pour les personnes détenues avec une situation socioéconomique plus favorable : mieux les personnes sont intégrées dans la société et plus le déracinement et l'échec social lié à l'incarcération seraient difficile à supporter (169,208,303,403,404)⁸². De même, l'excès de risque de suicide associé à l'emprisonnement serait plus important pour les personnes mariées du fait de la séparation forcée avec la ou le conjoint qu'implique l'emprisonnement (42,399). Une personne détenue témoigne ainsi auprès de la sociologue C. Rostaing : « *ce qui nous fait le plus souffrir, ce sont nos attaches extérieures, quand on a des enfants, une femme, nos parents que ça touche aussi. C'est aussi le fait d'être un boulet pour notre famille : il faut qu'ils viennent, qu'ils nous envoient des mandats, qu'ils récupèrent le linge...* » (405)⁸³.

Le « rattrapage » du risque de suicide chez les femmes peut également être ramené au modèle de privation, avec des privations plus importantes pour les femmes que pour les hommes. Notamment, l'épidémiologie fait généralement l'hypothèse que le risque propre à chaque catégorie ne dépend pas de leur niveau de représentation dans une population. Or, rien n'est moins sûr pour les femmes détenues : elles pourraient avoir un moins bon état de santé justement parce qu'elles sont ultra minoritaires. Comme l'affirme M. Esposito, les femmes détenues vivent dans un « *univers conçu et organisé à partir des besoins et des caractéristiques de l'homme détenu moyen* » (158)⁸⁴. Par ailleurs, une politique de non-mixité est le plus souvent appliquée à cette minorité de femmes, qui conduit à renforcer leur isolement en prison. En France, seule une minorité d'établissements pénitentiaires hébergent des femmes. Par conséquent, les femmes incarcérées sont en moyenne plus éloignées de leur famille que les hommes. Un autre élément est que, le plus souvent, les prisons qui hébergent des femmes hébergent aussi des hommes, dans des quartiers séparés. Dans un certain nombre d'établissements, ils partagent les mêmes infrastructures sans avoir le droit de se croiser, ce qui peut limiter l'accès des femmes aux soins, à certains postes de travail, aux formations, au sport et aux autres activités (303,397,403,406)⁸⁵. L'interaction entre genre et prison vis-à-vis du

⁸² Milhaud page 193 ; Chantraine page 15 ; Lhuillier page 13

⁸³ Page 191

⁸⁴ Traduction libre de : « *universe conceived and organized on the needs and characteristics of the average male prisoner* »

⁸⁵ Milhaud page 115 ; Lhuillier page 191

suicide semble donc s'expliquer en partie par des privations plus importantes chez les femmes liées à leur situation minoritaire.

L'hypothèse explicative par le modèle d'importation ne peut néanmoins être complètement écartée, notamment si on considère que les personnes qui présentent en population générale des caractéristiques sociodémographiques protectrice du suicide sont plus rarement emprisonnées, donc davantage sélectionnées, en particulier pour les femmes qui sont ultraminoritaires en prison. Elles seraient par conséquent plus susceptible de présenter un risque de suicide élevé (281,396).

Pour les femmes, la recherche qualitative attire également l'attention sur un autre phénomène : la réprobation sociale envers les auteur-es d'infractions graves est plus forte envers les femmes qu'envers les hommes car la transgression de la loi par les femmes heurte plus les schémas culturels (303,403)⁸⁶. La sociologue C. Rostaing indique ainsi que les femmes « *sont censées être les garantes de l'ordre morale [...]. Les détenues subissent donc en quelque sorte une double stigmatisation : non seulement elles ont enfreint la loi, mais elles ont aussi transgressé les normes liées à leur sexe* » (407). Selon ces études, cette réprobation sociale se manifeste à plusieurs niveaux et notamment au niveau pénal, avec des peines plus lourdes que les hommes pour les infractions les plus graves, ainsi qu'au niveau familial, avec notamment des abandons plus fréquents par leur conjoint-e (403,407)⁸⁷.

Au total, la présence d'une interaction entre une partie des facteurs sociodémographiques et la prison vis-à-vis du suicide réduit la portée de l'explication d'un risque de suicide augmenté en prison en raison de l'incarcération de personnes au profil socioéconomique défavorable. S'il existe également une interaction entre genre et prison, une contribution de la surreprésentation des hommes au risque élevé de suicide en prison reste plausible, dans la mesure où au moins une partie du « rattrapage » du risque de suicide des femmes semble liée à leur situation ultraminoritaire en prison. Sur le plan épidémiologique, comme on l'a vu au Chapitre 2 (III.D.6.), l'existence d'une interaction entre genre et incarcération vis-à-vis du suicide invite à éviter de standardiser sur le genre les comparaisons du risque de suicide entre population générale et prison, et à présenter des résultats séparés selon le genre (204).

⁸⁶ Milhaud pages 84-86 ; Lhuillier page 191

⁸⁷ Milhaud page 115

Encadré 1 : Le genre, un facteur de risque modifiable ?

En épidémiologie, les facteurs de risque des maladies et des problèmes de santé peuvent être distingués selon qu'ils sont ou non modifiables, c'est-à-dire selon qu'ils peuvent ou non être modifiés par des mesures de prévention ou des interventions thérapeutiques. On considère par exemple que les troubles psychiatriques sont des facteurs de risque modifiables de suicide puisqu'une prise en charge thérapeutique peut permettre de les guérir ou de les stabiliser et de réduire par ce geste les suicides qui leur sont associés. Au contraire, le genre est considéré comme un facteur de risque non modifiable de suicide : si le risque de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, il est par exemple absurde d'envisager de transformer les hommes en femmes afin de réduire leur risque de suicide. Pourtant, le constat d'une interaction entre genre et prison vis-à-vis du suicide signifie que la prison est susceptible de modifier le genre comme facteur de risque et suggère ainsi que le genre pourrait être, au moins dans certains cas, un facteur de risque modifiable. Comment comprendre ce phénomène ?

Des éléments de réponse peuvent être trouvés auprès de la philosophe M. Garcia qui mobilise plusieurs concepts philosophiques afin de répondre à la question « qu'est-ce qu'une femme ? » (603). Selon le courant de pensée essentialiste, il existe une essence de l'homme et une essence de la femme. Ce sont des êtres fondamentalement différents et c'est ce qui explique les différences qu'on peut observer entre femmes et hommes dans la société. Appliqué à notre cas, cela signifie que les différences de risque de suicide selon le genre sont naturelles et découlent de différences génétiques et biologiques. Selon le courant de pensée constructiviste, le genre est une construction sociale. Nous sommes tous des êtres humains et la répartition des individus en deux groupes, hommes et femmes, n'est pas un fait objectif mais un choix de société. Appliqué à notre cas, cela signifie que les différences de risque de suicide selon le genre s'expliquent par la place différente des femmes et des hommes dans la société, qui a des attentes et prône des valeurs différenciées selon le genre.

M. Garcia défend une définition de la femme intermédiaire entre ces deux positions, et pour cela s'appuie sur le concept de « situation » tel qu'il a été défini par la philosophe S. De Beauvoir. Cette dernière reconnaît les différences biologiques entre les hommes et les femmes : l'espèce humaine se perpétue avec un système de reproduction sexué, où ce sont des femmes qui sont enceintes, qui accouchent, qui allaitent, etc. Néanmoins, elle rejette l'idée que ces différences biologiques détermineraient les femmes et les hommes dans leur manière d'être. L'idée de situation renvoie au fait qu'à ces différences biologiques s'ajoutent des normes sociales qui prescrivent des comportements différents selon le genre. Aussi, si le concept de situation permet, comme le concept de construction, d'attirer l'attention sur la dimension sociale des différences de genre, il suggère également que les différences de genres sont, au moins en partie, modifiables (une « situation » peut changer).

Pour en revenir au suicide, on peut en conclure que si les différences biologiques peuvent expliquer en partie les différences de risque de suicide selon le genre, au moins une partie est a priori liée aux normes sociales de genre et est par conséquent modifiable. Je pense que ce raisonnement peut être généralisé à de nombreux facteurs de risque, a minima dans le champ de la santé mentale, et de ce point de vue, la différence entre facteurs de risque modifiables et facteurs de risque non modifiables renseigne moins sur le caractère modifiable de ces facteurs que sur les méthodes de prévention ou de traitement que l'on entend mettre en œuvre. Bien sûr, il est extrêmement plus difficile de changer les normes sociales que de prodiguer des soins à un individu, et en ce sens la classification entre facteurs de risques modifiables et non modifiables telle qu'elle existe a sa pertinence. Néanmoins, du point de vue de la santé publique, qui revendique une approche populationnelle, la question des normes sociales mérite d'être posée. Appréhender le genre comme un facteur modifiable permet par exemple d'envisager l'assouplissement des politiques de non-mixité en prison, notamment pour les activités en dehors de la cellule, comme méthode de prévention pour réduire le risque de suicide des femmes en lien avec leur isolement en prison.

IV.D.3. Le choc carcéral

Onze pour cent des suicides ont eu lieu la première semaine d’incarcération. Le taux de suicide associé était de 97 pour 10 000 PA, ce qui correspond dans les modèles de survie à un risque de suicide globalement multiplié par 7, par rapport aux personnes incarcérées depuis au moins 6 mois. L’excès de risque de suicide au début de l’incarcération était plus important pour les infractions graves, en l’absence de surpopulation, et n’a été retrouvé que chez les hommes.

La fréquence élevée des suicides au début de l’incarcération est régulièrement rapportée dans la littérature. Elle se présente le plus souvent sous la forme de pourcentages de suicides précoces particulièrement élevés, notamment la première semaine ou le premier mois (30,125,128,137,159,160,162,171,172,174–176,179,181,183,200,205–207,270–272,285,286,339–345). Si ces pourcentages laissent peu de doute sur un risque plus élevé de suicide au début de l’incarcération, ils ne permettent pas de rendre compte de l’ampleur de ce phénomène et sont par ailleurs difficiles à comparer entre eux et avec les résultats de la présente étude, dans la mesure où la part des suicides précoces dépend aussi de la durée des incarcérations.

A ma connaissance, seul le démographe N. Bourgoin a cherché à comparer, de manière quantifiée, le risque de suicide au début de l’incarcération avec le reste de la détention (169). Dans ses travaux qui portent sur le début des années 1990 en France, l’analyse multivariable retrouve un risque de suicide 5 fois plus élevé les deux premiers mois qu’au-delà de 9 mois de détention (169).

La concentration des suicides au début de l’incarcération est un témoin de la rupture brutale avec le milieu extérieur instaurée par l’entrée en détention (42,206). Plusieurs auteurs interprètent ce phénomène à l’aide du modèle de privations et notamment au fait d’être arraché à son environnement familial (42,170,175) ou au sevrage brutal d’une substance addictive (185). Par ailleurs, des travaux qualitatifs attirent l’attention sur les effets dégradants du rituel d’admission en prison (60,193,303)⁸⁸. Une personne de 64 ans témoigne auprès de la psychologue D. Lhuilier et al : « *toute cette période est épouvantable. Je m’attendais pas à ça, ça m’avait vraiment choqué. Le premier jour, toutes vos affaires passent à la fouille, il faut se déshabiller intégralement pour qu’on n’ait rien sur soi ni dans les parties intimes. Moi je n’étais pas habitué à ce qu’on me fasse mettre les bras en hauteur, tirer la langue et montrer mon derrière... Y’a un côté inhumain dans cette opération-là. Ils ont fait leur métier. Pas*

⁸⁸ Goffman pages 59-61 ; Lhuilier Chapitre 1

d'incorrection. Mais c'est le principe qui est inhumain » (303)⁸⁹. Le remords suite à la commission d'une infraction grave peut également contribuer au risque suicidaire.

D'autres éléments, qui témoignent plus largement de la réaction de la société à l'infraction, sont susceptibles d'expliquer le choc carcéral. Si l'entrée en détention signe le début de l'incarcération, elle est aussi l'aboutissement d'un parcours pénal qui comprend souvent l'arrestation, la garde à vue et le passage au tribunal. D'après l'OMS, le traumatisme induit par l'arrestation et la garde à vue contribuent probablement à l'élévation du risque de suicide les premiers jours de détention (185). Les témoignages des personnes détenues commencent souvent par leur arrestation (408) et font parfois état d'un certain soulagement à leur arrivée en prison, rapportant que si les conditions de vie en détention sont difficiles, elles le sont moins qu'en garde à vue (403,404,409,410)⁹⁰. Plusieurs auteurs ont également attribué une partie du choc carcéral à l'incertitude liée au procès pour les personnes prévenues (170,178,270). Cette étude renforce cette hypothèse, dans la mesure où l'ajustement du stade d'incarcération sur la catégorie pénale seule fait passer la multiplication du risque associé à la première semaine de 7,4 à 5,2 (résultat non montré). Elle explique cependant une part minoritaire du phénomène. La longueur de la peine (encourue) et la stigmatisation (206) peuvent également expliquer une partie du choc carcéral, dans la mesure où elles réduisent les perspectives d'avenir après la prison : la condamnation à perpétuité est assimilée à une peine de mort (376), tandis que la stigmatisation par l'image que les médias, les experts la justice renvoient de l'auteur de l'infraction remet en cause leur identité et équivaut pour certaines personnes à une mort sociale (57,111,411)⁹¹.

La première semaine de détention recoupe par ailleurs largement l'hébergement dans une structure spécifique de la détention qui est le QA. Indépendamment des effets a priori délétères du rituel d'admission et au-delà de la fonction d'évaluation de cette structure qui participe notamment au repérage des personnes à risque de suicide, elle joue aussi un rôle d'accompagnement des entrants en prison qui, bien que mis en œuvre de manière inégale (412)⁹², est susceptible d'atténuer le choc carcéral.

⁸⁹ Page 27

⁹⁰ Fassin page 166 et 181-182 ; Chantraine page 140 ; Milhaud page 194

⁹¹ Gros page 22 ; Papet page 150

⁹² Page 79

Un résultat original de cette étude est que l'ampleur du choc carcéral n'est pas le même pour tout le monde et en particulier selon l'infraction : le risque de suicide la première semaine est multiplié par 26 en cas d'homicide et 20 en cas de viol et d'agression sexuelle, contre moins de 4 pour les autres infractions. Il a également été retrouvé uniquement chez les hommes. Bien que les effectifs ne sont pas suffisants pour croiser les cas de suicide à la fois selon le genre, l'infraction et le stade d'incarcération, au vu de ces résultats et de la présence ultra majoritaire des hommes en prison, on peut considérer que l'interaction du stade d'incarcération avec l'infraction concerne exclusivement chez les hommes et elle sera discutée uniquement pour ces derniers.

Attribuer les variations d'amplitude du choc carcéral chez les hommes selon l'infraction à la prison supposerait une différence de traitement selon leur infraction à leur arrivée en prison, de la part du personnel et/ou des autres personnes détenues. Les personnels peuvent être tentés de traiter plus durement les personnes emprisonnées pour les infractions qu'ils réprouvent moralement le plus. Cette tentation est théoriquement contenue par la règle d'équité de traitement des personnes détenues à laquelle les personnels semblent attachés. D'après la sociologue A. Chauvenet et al, les surveillant-es conviennent le plus souvent qu'il vaut mieux ne pas connaître l'infraction pour ne pas modifier leur attitude vis-à-vis des personnes détenues (413). Je n'ai pas connaissance de travaux ou de témoignages faisant état de mauvais traitements récurrents de personnes détenues par les personnels en lien avec l'infraction qu'on leur reproche. Par ailleurs, les hommes poursuivis ou condamnés à une infraction à caractère sexuel sont parfois plus appréciés du personnel surveillant que les autres hommes détenus dans la mesure où une grande partie des efforts des surveillant-es se concentre sur le maintien de l'ordre en détention et où ces personnes sont souvent présentées comme calmes et à l'origine de peu d'incidents.

Au contraire, l'infraction joue souvent un rôle important dans les relations entre personnes détenues. Les personnes détenues se jugent les unes les autres en fonction de l'infraction, qui participe à la définition d'une place dans la hiérarchie carcérale. Les infractions les plus infamantes chez les hommes sont les infractions à caractère sexuel, commises sur des femmes, ou pire sur des enfants (71,100,245,248,303,405,409)⁹³. Les hommes poursuivis ou condamnés pour ces infractions sont considérés comme « *la honte de l'humanité* » (245)⁹⁴ notamment pour

⁹³ Rostaing pages 70-71 ; David page 95 ; Fassin page 302 ; Lhuillier page 81 ; Vasseur page 119 ; Perez page 123 ; Frayer page 180

⁹⁴ Page 123

avoir dérogé au principe viril de ne pas s'en prendre à plus faible que soi. Ils sont ostracisés par le reste de la population carcérale et sont victimes de nombreuses agressions physiques (crachats, jets d'objets, coups, viols...) (109)⁹⁵. Lors de mon stage de surveillant à la prison de Fresnes, un homme suspecté par ses codétenus d'avoir commis une infraction à caractère sexuelle a été roué de coups en cours de promenade et s'est fait voler ses chaussures, suite à son refus de montrer sa fiche pénale à ses codétenus. L'effectivité de ce traitement différentiel dès la première semaine de détention nécessite une circulation rapide de l'information, ce qui semble être le cas. « *en prison, tout se sait* » nous dit le surveillant pénitentiaire E. Perez : « *par la presse, la télévision, au travers de conversations entre surveillants et détenus ou, aujourd'hui, par Internet* » (245)⁹⁶. Cette information peut être recherchée activement, comme l'indique une personne détenue à D. Lhuilier : « *le mandat de dépôt, y a le délit marqué dessus. Si le gars ne le montre pas, on a des doutes, on pose des questions, on tourne autour du pot. C'est là qu'on voit [...]. Quand un détenu arrive dans ma cellule, tout de suite je lui demande son mandat, faut écarter les violeurs. On sera dans une cellule mal vue, si on accepte les violeurs.* » (303)⁹⁷. Les personnes ciblées peuvent également chercher à anticiper ces difficultés en adoptant des comportements qui sont, malgré elles, susceptibles d'éveiller les soupçons d'autres personnes détenues. Un visiteur de prison rapportait ainsi au sociologue G. Chantraine : « *on reconnaît les gens qui sont là pour délit sexuel. On voit dans le comportement des gens la manière... Ils rasent les murs, ils baissent la tête, ils parlent pas beaucoup, ils restent enfermés dans leur cellule. On le devine.* » (404)⁹⁸.

Deux objections peuvent limiter la portée de cette explication. La première est que si elle peut rendre compte d'un risque de suicide plus élevé chez les hommes poursuivis ou condamnés pour viol ou agression sexuelle, elle n'explique pas pourquoi ce risque se concentre en particulier au cours de la première semaine. On peut y répondre partiellement en rappelant que le choc carcéral est une rupture brutale avec le milieu extérieur et que le rejet de ces personnes par les autres personnes détenues rend cette rupture d'autant plus importante. Ce choc pourrait par la suite être atténué à la fois par des comportements d'adaptation et d'évitement de ces personnes détenues et par l'administration pénitentiaire qui, à la sortie du QA, a souvent tendance à regrouper les personnes par infraction lors des affectations en cellule (303)⁹⁹. La deuxième objection est que cette explication ne permet pas de rendre compte du choc carcéral

⁹⁵ Pages 70-71

⁹⁶ Page 124

⁹⁷ Page 230

⁹⁸ Page 218

⁹⁹ Page 171

des hommes incarcérés pour homicide, alors même que celui-ci est au moins aussi marqué que pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Ces limites suggèrent que l'importance du choc carcéral pour les infractions graves trouve au moins en partie ses origines à l'extérieur de la prison. Les infractions graves ont souvent lieu dans l'entourage proche, ce qui peut susciter un rejet par la famille plus important et plus fréquent au moment de l'entrée en prison. Par ailleurs, la gravité de l'infraction entraîne a priori des remords plus importants. Ces personnes sont également les plus ciblées par la stigmatisation juridique et médiatique. Une personne détenue pour homicide rapportait ainsi que « *la justice vous forme un personnage, avec les psychiatres, les experts, les médias, les articles, les expertises, les déclarations, c'est terrible tout ça à relire. Ceux qui ne vous aiment pas vous enfoncent. Et les médias se servent de ces gens-là, ils font leur image, votre personnalité d'après ces témoignages. C'est pour ça que beaucoup se suicident en prison.* » (109)¹⁰⁰. Enfin, elles encourent souvent de longues peines, ce qui complique la projection dans un futur après la prison et peut les faire douter « *qu'il y a vraiment de la lumière à la sortie du tunnel* » (354)¹⁰¹.

IV.D.4. Encellulement individuel

Le fait d'être seul en cellule était associé à un risque de suicide quatre fois plus élevé. Ce résultat est conforme à ceux de précédentes études au Royaume-Uni (200) ainsi qu'en Autriche (201). Ces études ne précisent pas dans quelles proportions l'encellulement individuel correspond à un régime de détention ordinaire ou à des régimes d'isolement spécifiques. Pour la présente étude, l'association persiste après exclusion du QD et du QI, avec un risque de suicide trois fois plus élevé pour les personnes seules en cellule, ce qui suggère que l'encellulement individuel pourrait favoriser le suicide en dehors de régimes d'isolement spécifiques.

L'effet de l'encellulement individuel sur le risque de suicide peut être interrogé sur deux plans : celui de la santé mentale et celui des possibilités pratiques de mise en œuvre de l'acte suicidaire et de son aboutissement au décès. Sur le plan de la santé mentale, on peut être amené à penser, comme le suggèrent certains auteurs (124,157,200,203), que l'absence d'une autre personne détenue dans la cellule pourrait priver les personnes seules d'un soutien moral. C'est a priori le

¹⁰⁰ Page 51

¹⁰¹ Traduction personnelle de « that there is truly some light at the end of the tunnel. »

cas dans certains pour certaines personnes (95,109,248)¹⁰², mais les données disponibles laissent penser que le plus souvent l'encellulement individuel est favorable à la santé mentale des personnes détenues. Une étude nationale aux Pays-Bas, qui n'a pas de prison en situation de surpopulation carcérale et dont environ 15% des personnes détenues partagent leur cellule, menée par le criminologue T. Molleman et al, a montré que les personnes détenues seules en cellule avaient en moyenne une meilleure qualité de vie perçue que les personnes à plusieurs en cellule, alors même que ces dernières sont sélectionnées pour leur aptitude à partager leur cellule et qu'elles sont réparties sur la base de critères de compatibilité avec leur codétenu (414). Les auteurs constatent que ce résultat est en partie médiée par la qualité des relations entre personnes détenues et personnels et font notamment l'hypothèse que les hommes qui partagent leur cellule vont plus souvent s'abstenir de confier leurs difficultés au personnel surveillant afin de conserver une image virile auprès de leurs codétenus. Cette image virile est aussi invoquée par la directrice de prison française C. Rotach pour expliquer les difficultés de cohabitation dont elle est témoin : « *c'est terrible d'être enfermé contre sa volonté. [...] Enfermé dans une cellule de neuf mètres carrés avec deux ou trois étrangers qu'on aurait jamais eu comme amis dans la vie. Entendre leurs cris, leurs cauchemars, leurs pets, ne pas pouvoir pleurer parce que toute faiblesse est signe de fragilité, ne pas pouvoir montrer ses émotions, subir l'autre, subir parfois sa domination* » (195)¹⁰³. Par ailleurs, des soignants exerçant dans une maison d'arrêt et un centre de détention m'ont fait part de demandes fréquentes d'encellulement individuel de la part de leurs patients contraints de partager leur cellule. La mutation en cellule individuelle fait également partie des récompenses susceptibles d'être accordées par l'administration pénitentiaire pour un bon comportement en détention (415).

D'autres éléments d'explication de cette préférence pour l'encellulement individuel peuvent être recherchés auprès des enquêtes qualitatives (109,184,303,403,409,416). D'après une enquête sociologique dans plusieurs établissements français, « *la promiscuité, en interdisant l'intimité et en favorisant la rumeur, est un obstacle structurel à la construction de relations [...]* » (109)¹⁰⁴. Les cellules sont en effet de petite taille et la vie à plusieurs en cellule n'est pas assimilable à une colocation où chacun aurait sa pièce de vie. Les codétenus sont également dans des situations difficiles et ne disposent pas toujours de suffisamment de ressources pour apporter un soutien à d'autres. La psychologue D. Lhuilier et al expliquent que les personnes détenues qui souffrent de dépression sont considérées comme des indésirables et rapporte le

¹⁰² Chauvenet page 153 ; Frayer page 305

¹⁰³ Page 84

¹⁰⁴ Page 94

témoignage suivant : « *je conçois qu'on puisse craquer. Mais d'un autre côté, c'est une espèce de miroir de ce qui pourrait arriver. C'est pour ça qu'il y a une grande peur du mec qui craque, et si on ne craque pas soi-même, on se dit : putain ça pourrait m'arriver demain. Dans une cellule où les mecs sont à plusieurs et qu'il y en a un qui est franchement... qui va mettre la pression sur les autres, donc ils vont avoir l'impression de craquer. En fait, ils ne craquent pas ; ou plutôt, ils craquent nerveusement et finissent par taper sur le mec. J'ai passé quelques mois avec un mec dépressif en cellule, c'est vrai que c'est dur parce qu'on devient agressif soi-même. Avec un dépressif, on devient agressif, parce que le mec fait chier* » (303)¹⁰⁵. Par ailleurs, d'après la sociologue A. Chauvenet et al, « *beaucoup de détenus parlent de leur peur des codétenus. L'un d'entre eux qui cohabite avec une personne qui a mis le feu à l'atelier de son patron par vengeance, et qui est par ailleurs étiqueté schizophrène, a peur qu'il mette le feu dans la cellule ou l'étouffe la nuit. Un autre ne dort pas de la nuit parce qu'il craint que son codétenu l'étrangle dans son sommeil. D'autres mentionnent la peur d'être tués à coups de couteau, ou violés* » (109)¹⁰⁶. Au total, l'encellulement individuel se présente comme plutôt favorable à la santé mentale mais leur association reste à préciser.

Le second mécanisme par lequel l'encellulement individuel pourrait favoriser le suicide est la facilitation du passage à l'acte suicidaire et de son aboutissement au décès. Ce mécanisme est mis en avant par de nombreux auteurs, notamment dans la mesure où l'encellulement individuel soustrait la personne détenue à la surveillance de ses codétenus (42,133,134,161,169,200–204,355,414). Il trouve une confirmation indirecte dans le fait que les études qui s'intéressent aux circonstances des suicides en cellule partagée constatent que la majorité ont eu lieu en l'absence des codétenus, malgré le fait que les personnes détenues passent l'essentiel de leur temps en cellule (30,125,159,179,183) (voir aussi Chapitre 2, III.C.2.a.iv.). Cette surveillance par les codétenus peut empêcher le suicide à deux moments et de deux manières : avant le passage à l'acte, par l'effet dissuasif du regard des autres et pendant le passage à l'acte, en intervenant et en donnant l'alerte. Ainsi, plusieurs personnes détenues enquêtées par A. Chauvenet et al ont rapporté avoir « décroché » un codétenu qui venait de se pendre, lui sauvant la vie (109)¹⁰⁷. Le sociologue G. Chantraine rapporte également des témoignages en ce sens : « *les nanas qui se pendaient, les nanas suicidaires, dans la cellule à qui on les foutait ? Dans*

¹⁰⁵ Pages 232-233

¹⁰⁶ Page 85

¹⁰⁷ Page 132

la mienne hein. Tout le temps. Plein de trucs comme ça. Les suicides, en prison, c'est lourd. Moi j'en ai décroché plus d'une, de nana » (404)¹⁰⁸.

Il est intéressant de noter que les deux mécanismes décrits et susceptibles de jouer un rôle médiateur dans la relation entre encellulement individuel et suicide ne s'étendent pas sur la même temporalité. L'effet de l'encellulement individuel sur la santé mentale peut se manifester à divers horizons temporels (court, moyen et long terme) tandis que ses effets sur les possibilités pratiques de passage à l'acte s'apprécient essentiellement à court terme. La modélisation du nombre de personnes en cellule utilisée dans ce travail et a priori dans la littérature (200,201) catégorise les personnes détenues décédées par suicide en fonction de leur situation le jour du suicide, ce qui donne un poids important au court terme et donc aux dimensions pratiques du suicide. Considérons l'exemple suivant, rapporté par le sociologue G. Lambert : « *ce jour, ce détenu récalcitrant refuse la présence de son codétenu en cellule. Lui expliquant que pour l'instant, on n'avait pas d'autres solutions, ce dernier avait fait son paquetage en nous disant qu'il serait mieux au mitard. Après lui avoir demandé de revenir sur sa décision, il refusa catégoriquement et fut conduit au quartier disciplinaire en présence du 1^{er} surveillant* » (417)¹⁰⁹. Si cette personne décédait par suicide au QD, le suicide serait catégorisé comme associé à un encellulement individuel, qui correspondrait aux circonstances de son suicide, et non associé à la vie à plusieurs en cellule, qui semble pourtant poser problème à cette personne et est peut-être plus représentatif du mode de vie qu'on lui impose. Dans ces conditions, il pourrait être intéressant de regarder si on obtient les mêmes résultats en utilisant une modélisation de l'encellulement individuel qui donne plus de poids aux effets médiateurs de la santé mentale. On pourrait par exemple catégoriser les personnes décédées par suicide (et les témoins dans les enquêtes cas-témoins) non pas en fonction de leur statut le jour du suicide (ou de l'inclusion) mais en fonction de la situation majoritaire au cours des six mois précédents. Une autre manière de distinguer les effets médiateurs liés à la santé mentale de ceux liés aux possibilités pratiques de l'acte suicidaire serait de mesurer directement ces effets médiateurs pour les inclure dans les modèles statistiques. Ce qui ne va pas sans poser de difficultés, notamment pour la santé mentale où l'un des enjeux est de distinguer les potentiels effets médiateurs (l'encellulement individuel modifie la santé mentale) des potentiels biais de confusion (la probabilité d'être affecté en cellule individuelle dépend de la santé mentale).

¹⁰⁸ Page 196

¹⁰⁹ Page 205

Un biais de confusion lié à la santé mentale, et notamment aux troubles psychiatriques, a justement été avancé par plusieurs auteurs comme hypothèse pour expliquer cette association : le risque de suicide serait plus élevé lorsqu'on est seul en cellule parce que ce sont les personnes avec le risque de suicide le plus élevé, du fait de troubles psychiatriques ou de difficultés d'adaptation, qui ont été placées dans ces cellules (172,199,200,399). Pour la présente étude l'association entre encellulement individuel et suicide a été mesurée un certain nombre de facteurs égaux par ailleurs, mais les facteurs relatifs à la santé mentale n'ont pas été pris en compte et pourraient en effet constituer un biais de confusion résiduel. Le rôle modificateur de la santé mentale peut toutefois être questionné au vu des résultats de l'étude de Humber et al au Royaume-Uni, qui comprend plus d'une dizaine de facteurs liés aux troubles psychiatriques, aux addictions et aux soins psychiatriques (200). L'hypothèse qu'une santé mentale dégradée favorise l'encellulement individuel (facteur de confusion) ou celle que l'encellulement individuel dégrade la santé mentale (facteur médiateur), devrait, dans les deux cas, conduire à la diminution de la taille d'effet associée à l'encellulement individuel après l'ajustement de son association avec le suicide sur la santé mentale. Or ce n'est pas le cas dans l'étude de Humber et al : la multiplication du risque de suicide associé à l'encellulement individuel passe de 3,1 en analyse bivariable à 3,7 après prise en compte des autres facteurs dont ceux associés à la santé mentale (200).

Au total, le risque de suicide plus élevé en cas d'encellulement individuel semble trouver une explication privilégiée dans la facilitation de la mise en œuvre de l'acte suicidaire et de son aboutissement au décès. Il convient par ailleurs de noter que la taille de l'association observée ne peut être assimilée à un effet propre de l'encellulement individuel car elle est aussi modulée par les pratiques de prévention du suicide. Notamment, la force de l'association est très probablement réduite ou contenue, a minima en France, par le doublement cellulaire mis en œuvre par l'administration pénitentiaire, qui consiste à ne pas laisser seules en cellule les personnes pour lesquelles un risque de suicide à court terme est identifié. Si cette pratique fait l'objet de critiques, notamment en lien avec la responsabilité qu'elle fait peser sur le codétenu (60,72,75,95), et a historiquement fait l'objet de recommandations variables (75,76), elle reste aujourd'hui enseignée et mise en œuvre (28,241).

IV.D.5. Surpopulation

Les résultats de cette étude liés à la surpopulation sont complexes et on peut en retenir les éléments suivants, en reprenant le Tableau 53 : 1) en analyse bivariable, les personnes détenues ont, de manière statistiquement significative, un risque de suicide 70% plus élevé lorsqu'ils sont incarcérés dans des établissements surpeuplés ; 2) cette association s'efface dès la prise en compte du type d'établissement. Cela suggère que le risque de suicide est plus élevé cas de surpopulation essentiellement parce que la surpopulation se trouve principalement en maison d'arrêt et qu'il s'agit du type d'établissement avec le risque de suicide le plus élevé ; 3) le type d'établissement n'est plus associé au suicide après prise en compte de la catégorie pénale et du stade d'incarcération. Cela suggère que le risque de suicide est plus élevé en maison d'arrêt car c'est là que s'y déroule la détention provisoire et les premiers temps de la détention, qui sont des facteurs de risque de suicide indépendants. Ce seraient ces deux facteurs qui expliqueraient au final l'association observée entre surpopulation et suicide en analyse bivariable ; 4) l'absence d'association entre surpopulation et suicide dans le modèle multivarié est une moyenne qui cache des disparités selon le stade d'incarcération. Il y a une interaction qualitative entre surpopulation et stade d'incarcération : le risque de suicide est plus élevé en cas de surpopulation uniquement au-delà de 6 mois de détention ; 5) l'encellulement individuel joue un rôle de facteur médiateur dans la relation entre surpopulation et suicide, ce qui conforte certaines hypothèses relatives aux mécanismes d'action de la surpopulation sur le risque de suicide.

La comparaison de ces résultats avec la littérature est difficile, notamment en raison de la variabilité des schémas expérimentaux utilisés, des méthodes de mesures de la surpopulation et des systèmes pénitentiaires selon les pays. Dans certains travaux et notamment états-uniens, la notion de surpopulation recouvre celles du nombre de personnes détenues dans l'établissement, de la quantité de personnel, de la surface disponible par personne détenue ou du nombre de personnes détenues par cellule ou par quartier (180,418). Dans un souci de comparabilité avec les résultats de cette étude, je ne présenterai dans cette discussion que les travaux qui se réfèrent au rapport entre le nombre de personnes incarcérées et le nombre de places disponibles théorique ou opérationnel, à l'échelle d'un établissement pénitentiaire ou d'un ensemble d'établissements pénitentiaires. J'ai connaissance de treize études écologiques dans ce cas, qu'on peut diviser en trois groupes selon qu'elles comparent des pays entre eux (130,132–134), qu'elles analysent l'évolution temporelle conjointe de la surpopulation et de la fréquence des suicides (124,134,204,355) ou qu'elles comparent des établissements entre eux

(161,202,203,205–207). Le psychiatre K. Rabe, ainsi que le psychiatre S. Fazel et al, ont utilisé les statistiques pénales du Conseil de l'Europe (données SPACE 1) pour évaluer si les pays européens avec une densité carcérale plus élevée avaient un taux de suicide plus élevé (132,134). Les résultats sont non significatifs dans les deux études. Par ailleurs, le psychiatre F. Fritz et al ont retrouvé en analyse bivariable une association significative, négative, entre surpopulation et suicide en comparant 7 pays d'Amérique latine : une augmentation de la densité carcérale de 100% est associée à une diminution du taux de suicide de 5,8 pour 10 000 PA (133). Ces pays sont caractérisés par une densité carcérale très élevée, en moyenne égale à 190%. Cette association négative a été retrouvée par une autre étude internationale comparant entre eux 65 pays de tous les continents (130). Cependant, cette association n'était plus significative après ajustement sur le groupe de revenus, le taux d'incarcération et le continent.

Deux études ont fait une analyse graphique de l'évolution temporelle du taux de suicide et de la densité carcérale en France : celle de N. Bourgoïn sur la période 1982-1991, avec des densités variant entre 120% et 150% et celle de G. Duthé et al sur la période 1990-2008, avec des densités variant entre 100% et 120% (124,204). Dans ces deux études, le graphique montre une tendance à un taux de suicide plus faible les années où la surpopulation est plus importante. L'étude de K. Rabe montre cependant que ce phénomène est loin d'être la règle : sur la période 1997-2008, sur 27 pays européens, seules la France et la Finlande ont une corrélation négative significative entre le taux de suicide et la densité carcérale (134). Cette corrélation est positive pour la Roumanie et non significative pour les autres pays étudiés. Une autre étude, menée en Autriche par le psychiatre S. Fruehwald et al, retrouve un triplement du taux de suicide sur la période 1967-1996, malgré une baisse de plus de 20% du nombre de personnes détenues sur la même période (355). Les auteurs estiment que cette baisse de la population carcérale peut a priori être assimilée à une baisse de la densité carcérale dans la mesure où il n'y a eu quasiment aucune fermeture d'établissement sur la période observée.

Alors que les études précédemment citées retrouvent presque systématiquement une association non significative ou négative entre densité carcérale et suicide, toutes les études qui comparent les établissements entre eux retrouvent une association positive, significative, entre surpopulation carcérale et suicide, a minima pour l'analyse bivariable, comme c'est le cas dans la présente étude, et à l'exception d'une étude qui n'a pas utilisé de test statistique (207). Trois d'entre elles portent sur l'Angleterre et le Pays de Galles. Dans la première, la psychologue légale L. Snow et al montrent que sur 35 prisons locales sur la période 1998-2001, les 20 prisons avec le taux de suicide le plus élevé ont une densité carcérale significativement plus haute que

les 15 autres (140% vs 132%) (205). Dans la seconde, exhaustive à l'échelle nationale, M. Leese et al retrouvent un risque de suicide deux fois plus élevé pour les établissements avec une densité carcérale supérieure à la médiane, pour la période 2000-2002 (202). La criminologue E. van Ginneken et al, dans une étude nationale sur la période 2000-2014, retrouvent une augmentation significative du taux de suicide en établissement de 5% pour chaque augmentation de la densité de 10%, dans un contexte de densité moyenne égale à 112% (203). En Italie, le psychiatre A. Preti et al retrouvent en 2001 un taux de suicide 13 fois plus élevé pour les 205 établissements avec une densité supérieure à 120% que pour les 105 établissements restants (206). Cette taille d'effet est énorme et son interprétation nécessiterait une bonne connaissance du système carcéral italien. La cinquième étude, menée par la sociologue M. Huey Dye, porte sur les prisons d'Etat aux Etats-Unis en 2000 et rapporte que 65% des prisons qui ont connu au moins un suicide étaient en situation de surpopulation contre 47% pour les autres prisons (161).

La mise en avant, dans la présente étude, du type d'établissement, de la catégorie pénale et du stade d'incarcération comme facteurs de confusion dans la relation entre surpopulation et suicide est cohérente avec les travaux de M. Leese et al et ceux de E. van Ginneken et al. Ces auteurs présentent plusieurs modèles multivariés qui pointent des facteurs de confusion susceptibles d'expliquer l'association observée entre surpopulation et suicide en Angleterre et au Pays de Galles (202,203). Dans les deux études, cette association devient non significative après l'introduction d'une variable relative au type d'établissement. E. van Ginneken et al en concluent que le risque de suicide plus élevé dans les prisons locales, équivalentes aux maisons d'arrêt en France et où se concentre la surpopulation, explique l'association entre surpopulation et suicide. L'excès de risque dans les prisons locales devient à son tour non significatif lorsqu'ils introduisent la vitesse de renouvellement de la population des établissements dans le modèle, le second expliquant alors le premier. En discussion, ils font l'hypothèse que le risque de suicide plus élevé en cas de renouvellement plus rapide de la population pourrait être lui-même expliqué par une plus forte concentration de débuts de peine et des relations sociales plus instables (203). Si l'instabilité des relations sociales n'a pas été étudiée, le rôle des débuts de peines comme facteur de confusion est confirmé par notre étude, aux côtés de la détention provisoire.

Au total, les données disponibles dans la littérature confirment globalement les résultats de la présente étude pour dire que dans l'ensemble, le risque de suicide n'est pas plus élevé en cas de surpopulation. On a vu, cependant, que cette absence d'effet global masque en réalité une

interaction qualitative entre la surpopulation et le stade d’incarcération vis-à-vis du suicide. Si la surpopulation n’est pas significativement associée au suicide au cours des six premiers de détention, les personnes présentes depuis au moins 6 mois ont un risque de suicide 80% plus élevé lorsqu’ils sont dans un établissement surpeuplé, après ajustement sur les facteurs de confusion.

Cette étude est la première à rechercher et à mettre en évidence cette interaction et, s’il s’agit d’un résultat fragile qui a besoin d’être confirmé par d’autres études, il interroge également sur sa signification. La réponse à cette question peut être recherchée dans les mécanismes proposés dans la littérature pour expliquer les résultats relatifs à la relation (globale) entre surpopulation et suicide. Plusieurs explications ont été avancées pour expliquer le lien ou l’absence de lien entre surpopulation carcérale et suicide, parfois contradictoires entre elles. E. van Ginneken et al, qui ont porté une attention particulière à ce sujet, ont suggéré que l’absence d’association significative entre surpopulation carcérale et suicide pouvait être le résultat de plusieurs mécanismes avec des effets contraires qui s’annulent (203). Par la suite, je propose d’organiser les explications avancées dans la littérature sous la forme d’une opposition entre deux forces : une force de dégradation de la santé mentale, qui augmente les suicides, et une force d’empêchement de l’acte suicidaire, qui diminue les suicides. Je proposerai ensuite d’expliquer l’interaction entre surpopulation et stade d’incarcération par l’hypothèse que l’équilibre entre ces deux forces varie avec le temps passé en prison.

La première force est la plus intuitive : la surpopulation détériore les conditions de vie des personnes détenues, ce qui conduit à une dégradation de leur santé mentale. La surpopulation se traduit d’abord par la suroccupation des cellules, ce qui réduit l’espace de vie disponible pour chaque personne (124,158,180), renforce la promiscuité (60,124,158,203,414) et les problèmes d’hygiène (60,158) En France, la surpopulation carcérale conduit régulièrement à la pose de matelas au sol. La visiteuse de prison D. Dhombres observe que ces matelas supplémentaires sont posés « *entre un mur et un lit à un étage, ou entre deux lits à un étage, qui pose problème dans des cellules exigües (toilettes comprises svp) ; [...] les gars se marchent dessus à longueur de temps, [...] leur promiscuité est nauséabonde, malade, mortifère, explosive* » (419)¹¹⁰. A l’échelle de l’établissement, la surpopulation dégrade les conditions de travail du personnel (420), notamment par une surcharge de travail qui les amène à travailler dans l’urgence. Ils ont

¹¹⁰ Page 110. Les visiteurs de prison n’ont en principe pas accès aux cellules mais c’est le cas de D. Dhombre dans le cadre de son engagement aux Petits Frères des Pauvres

moins de temps disponible pour chaque personne détenue (203). Cela complique notamment la mise en œuvre des mesures de soutien et d'accompagnement que les personnels sont susceptibles d'apporter aux personnes détenues en difficulté. En France, un des surveillants qui j'ai suivis durant mon stage en prison m'indiquait que les 87 personnes détenues dont il avait la charge étaient trop nombreuses pour pouvoir appliquer les principes de la formation qu'il avait reçue sur la prévention du suicide. En outre, travailler dans l'urgence diminue l'attention portée aux besoins des personnes détenues et à leur souffrance (181,355,405)¹¹¹. Par ailleurs, les infrastructures se retrouvent de fait sous-dimensionnées par rapport à la population incarcérée (158), ce qui, combiné au manque de personnel, limite l'accès des personnes détenues aux activités (travail, formation, visites, sport, culture, etc.) (60,158,161,180,203,414), aux soins (158,397,414) et aux ressources proposées par l'établissement comme la cantine (157,180,397). Les personnes détenues sont cantonnées dans leurs cellules et d'après le sociologue L. Wacquant, « *le surpeuplement chronique des lieux de détention [...] réduit de fait l'incarcération à sa fonction d'entrepôt des indésirables* ». Les plaies de la surpopulation concourent à la dégradation de la santé mentale de manière directe mais aussi de manière indirecte, notamment via la dégradation des relations entre les personnes détenues et les membres du personnel (42,158,174,203) et l'augmentation des conflits parfois violents avec le personnel et entre personnes détenues (109,157,181,252,355,397,414)¹¹².

L'absence de traduction de cette force de dégradation de la santé mentale en une relation statistique positive et univoque entre surpopulation et suicide dans la littérature conduit à penser que cette force est ou bien trop faible pour se manifester sur le plan statistique, ou bien contrée par une autre force qui agirait en sens inverse. Un certain nombre d'auteurs estiment ainsi que la surpopulation aurait également un effet protecteur contre le suicide, essentiellement en diminuant les opportunités de passage à l'acte suicidaire (42,124,132–134,157,161,169,199,202–205,355,414), ce qu'on peut formuler comme une force d'empêchement de l'acte suicidaire. Cet empêchement agirait notamment via la réduction de l'encellulement individuel provoquée par la surpopulation. On a vu que l'encellulement individuel était un facteur de risque de suicide et que les données disponibles laissent penser que son principal mécanisme d'action est de faciliter l'acte suicidaire et son aboutissement au décès. Par conséquent, la surpopulation, via la diminution de l'encellulement individuel et donc via l'augmentation de la surveillance entre codétenus, devrait réduire les opportunités de mise

¹¹¹ Rostaing page 68

¹¹² Chauvenet et al page 29 ; OIP page 14

en œuvre de l'acte suicidaire. La vraisemblance de ce mécanisme est confortée par des données empiriques. D'une part, dans la présente étude, l'encellulement individuel se présente comme un facteur médiateur de la relation entre surpopulation et suicide. L'effet supposé protecteur de la réduction de l'encellulement individuel, qui réduit les coefficients liés à la surpopulation, est levé lors de l'ajustement sur l'encellulement individuel, ce qui a pour effet d'augmenter les coefficients associés à la surpopulation (cf modèles M5d et M3b du Tableau 53). D'autre part et de manière moins spécifique, N. Bourgoin a relevé que les périodes avec une surpopulation plus importante en France étaient associées à une diminution des suicides mais pas des tentatives de suicide, ce qui l'a amené à conclure que la surpopulation augmente les « échecs » de tentatives de suicide (204). Théoriquement, l'effet protecteur de la vie à plusieurs en cellule par la surveillance entre codétenus pourrait être renforcé en cas de surpopulation par le fait que la présence des codétenus en cellule est d'autant plus importante que la surpopulation diminue les possibilités d'avoir des activités à l'extérieur de la cellule.

Si la majeure partie des hypothèses formulées dans la littérature soutiennent ce modèle explicatif qui oppose une force de dégradation de la santé mentale et une force d'empêchement de l'acte suicidaire, certaines études suggèrent qu'au contraire ou de manière complémentaire, certains aspects de la surpopulation pourraient augmenter les opportunités de passage à l'acte ou améliorer la santé mentale. Ainsi, la surpopulation pourrait favoriser la mise œuvre d'un projet suicidaire par une diminution de la surveillance des personnes détenues à risque de suicide par le personnel (128,203), tandis que les personnes qui partagent leur cellule à cause de la surpopulation pourraient bénéficier d'un soutien moral de la part de leurs codétenus, qu'ils n'auraient pas eu s'ils étaient restés seuls en cellule (42,157,203). La première affirmation semble être de faible portée et ne pas pouvoir remettre en question l'empêchement de l'acte suicidaire par la surpopulation, dans la mesure où la surveillance opérée par le personnel est beaucoup plus ponctuelle que la surveillance que peuvent exercer les personnes détenues vivant dans la même pièce entre elles. En cas de pendaison, dont on a vu qu'elles concernaient environ 90% des suicides, le décès surviendrait en 5 à 7 minutes (160,185), ce qui laisse largement le temps aux personnes détenues de décéder entre deux rondes de surveillance. Quant à la seconde affirmation, elle est remise en question par les éléments exposés plus haut dans la discussion des résultats relatifs à l'encellulement individuel, qui suggèrent que l'encellulement individuel serait a priori meilleur pour la santé mentale des personnes détenues. On pourrait faire l'hypothèse que le partage de cellule soit plus apprécié en situation de surpopulation, où l'isolement en cellule individuel est a priori plus important. Néanmoins, le surencombrement

des cellules partagées rend les cellules partagées également plus difficiles à vivre. Un psychiatre exerçant dans une maison d'arrêt rapporte ainsi « *qu'étant donnée la surpopulation carcérale et l'hébergement collectif, le QD est très recherché. Seul lieu de la prison où l'on peut être seul et tranquille...* » (421). Le sociologue G. Lambert tient un discours similaire : « *dans un établissement surpeuplé, l'isolement disciplinaire en arrive à perdre son aspect répressif pour présenter l'avantage d'une solitude reposante* » (417). Au total, ces hypothèses plus atypiques sur le lien entre surpopulation et suicide sont peu convaincantes et ne me semblent pas suffisamment solides pour remettre pas en cause le modèle explicatif proposé.

Il est probable que l'équilibre entre la force de dégradation de la santé mentale et la force d'empêchement de l'acte suicidaire ne soit pas figée mais dépende d'un certain nombre de facteurs : organisation du système carcéral, niveau de surpopulation (157), temps d'exposition à la surpopulation, etc. L'interaction retrouvée dans la présente étude entre surpopulation et stade d'incarcération vis-à-vis du suicide peut trouver une explication dans l'aspect dynamique de cet équilibre. La force d'empêchement de l'acte suicidaire s'exercerait a priori pleinement les premiers jours de l'incarcération, tandis qu'avec le temps, la familiarisation avec l'environnement carcéral pourrait augmenter la probabilité de déjouer la vigilance des autres personnes détenues et du personnel. Au contraire, on peut faire l'hypothèse que la dégradation des conditions de vie liées à la surpopulation a le plus souvent un effet stable, voire cumulatif au cours du temps, sur la santé mentale. L'observation d'un risque de suicide plus élevé uniquement aux stades les plus avancés de l'incarcération en cas de surpopulation s'expliquerait alors à la fois par l'affaiblissement de la force d'empêchement de l'acte suicidaire au cours du temps et par le maintien de l'effet délétère de la surpopulation sur la santé mentale.

IV.D.6. Quartier disciplinaire

Dans cette étude, 6% des suicides sont survenus le jour du placement au QD et 11% au cours de celui-ci (jour du placement inclus). Le taux de suicide au QD était de 210 pour 10 000 PA sur la période 2017-2020, ce qui correspond à un risque de suicide 20 fois plus élevé que pour le reste de la détention et 10 fois plus élevé que pour l'encellulement individuel en détention ordinaire, après ajustement sur les facteurs de confusion. Cette augmentation du risque de suicide se concentre le jour du placement au QD, avec un risque de suicide 40 fois plus élevé

avant et 120 fois plus élevé après la mise en application d'un décret de durcissement du régime disciplinaire, par rapport au reste de la détention. L'excès de risque semble se dissiper après la sortie du QD, dans la mesure où il n'a pas été mis en évidence d'association significative entre l'antécédent de QD et le suicide, avec un HR proche de 1.

La fréquence élevée des suicides au QD est connue depuis plusieurs décennies en France. Elle a été rapportée dans plusieurs études et les 11% de suicides observés au QD dans cette étude sont du même ordre de grandeur que les pourcentages précédemment rapportés, qui s'étendent de 8% à 16% (Tableau 55) (30,42,125,204). Ils ont toutefois probablement été sous-estimés dans cette étude, ce qui est discuté en fin de chapitre dans les limites de l'étude. Deux études qui avaient déjà calculé des taux de suicide au QD pour la France avaient retrouvé des valeurs comparables : 194 pour la période 1982-1991 (204) et 180 pour la période 2006-2009 (42), contre 210 pour 10 000 PA pour la période 2017-2020 dans la présente étude. La multiplication du risque de suicide associée au QD est également stable entre la période 2006-2009 (*16) (42,319) et la période 2017-2020 (*20). Cette stabilité du risque de suicide au QD s'est maintenue malgré le fait que la lutte contre le sentiment d'isolement au QD constitue un des cinq grands axes du plan de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire, en place depuis 2009 (237).

Tableau 55. Etudes sur les suicides au quartier disciplinaire en France

	Période étudiée	Contexte de production des données QD ^a	Part des suicides au QD ^a	Taux de suicide au QD ^a / 10 000 PA ^b	Multiplication du risque de suicide au QD ^a
Bourgoin, 1993	1982-1991	Enquête ^c	14%	194	
Guillonau, 2002	1992-1995	Non précisé	10%		
	1998-2000	Enquête ^c	16%		
Hazard, 2008	2001-2002	Non précisé	11%		
	2006-2007	Enquête ^c	16%		
Duthé, 2013	2006-2009 ^d	Routine ^e	8%	180	15,7
<u>Chapitre 2</u>	2017-2018	Enquête ^c	14%		
	2019-2020	Enquête ^c	14%		
Présente étude	2017-2018	Routine ^e	8%	210	20,1
	2019-2020		13%		

^a Quartier disciplinaire ; ^b Personnes-années ; ^c Brève enquête administrative après chaque suicide ; ^d 1^{er} janvier 2006 au 31 juillet 2009. Années calendaires complètes dans les autres études ; ^e Outil informatique de gestion des personnes détenues au quotidien

La comparaison de ces résultats avec la littérature internationale est plus difficile pour deux raisons. La première est que l'isolement disciplinaire est variable d'un pays à l'autre dans ses indications, sa fréquence d'utilisation, ses conditions de vie, sa durée et ses implications. En Suède, l'isolement disciplinaire n'existe pas (416,422)¹¹³. Par ailleurs, dans la littérature, il est inclus dans des catégories aux périmètres variables et pas toujours faciles à interpréter. A titre d'exemple, le philosophe A. Lupei dans l'Etat d'Oklahoma aux Etats-Unis ainsi que le criminologue L. Favril et al. en Belgique se sont intéressés à ce qu'ils appellent le confinement solitaire (« *solitary confinement* ») (159,172). En l'absence de précisions supplémentaires, il est difficile de déterminer à quoi ce terme renvoie et sa comparabilité avec le QD français. Pour l'étude d'A. Lupei, il a été interprété par les auteurs des méta-analyses sur les facteurs de risque de suicide (principalement basés au Royaume-Uni) comme un encellulement individuel incluant la détention ordinaire (199,399). L. Favril et al quant à eux utilisent ce terme en référence aux cellules de sécurité et de punition, ce qui pour la France correspond a priori au regroupement des QI et des QD. La deuxième raison est que l'isolement disciplinaire est peu étudié à l'étranger, si bien qu'il ne fait pas partie des 21 facteurs présentés dans les méta-analyses sur les facteurs de risque de suicide en prison (199,399). J'ai connaissance de trois études qui ont rapporté la proportion de suicides en isolement disciplinaire à l'étranger, qui s'étendait de 3% à 54% selon les études (318,335,356). Par ailleurs, le psychiatre R.Reeves et al ont calculé des taux de suicide pour l'isolement disciplinaire, dans les prisons d'Etat du New Jersey aux Etats-Unis, de 2005 à 2011 : le taux de suicide, exprimé pour 10 000 lits-années, est de 30,5 pour le placement disciplinaire préventif (« *detention* ») et de 3,8 pour le placement disciplinaire post-sentenciel (« *administrative segregation* »), contre 0,4 pour la population carcérale générale (318).

Je n'ai connaissance d'aucune étude, en France ou à l'étranger, qui aurait mesuré le risque de suicide le jour du placement au QD ou chez les personnes détenues avec un antécédent de QD au cours de leur incarcération. Pour la France, des études soulignent néanmoins la part importante des suicides au QD survenus dans les 24 premières heures après le placement (125,208).

¹¹³ Marchetti page 266

Les mécanismes qui associent QD et suicide peuvent être appréhendés en regardant dans trois directions : vers le passé, vers le présent et vers le futur. Premièrement, regarder vers le passé consiste à s'interroger sur ce qui a pu conduire ces personnes au QD et en particulier sur leur profil ainsi que sur la faute disciplinaire et son contexte. Deuxièmement, regarder vers le présent consiste à s'interroger sur la responsabilité des conditions de vie au QD dans la survenue des suicides. Troisièmement, regarder vers le futur consiste à se demander quels impacts la faute disciplinaire et le placement au QD sont susceptibles d'avoir pour le reste de l'incarcération et la libération.

Les conditions de vie au QD apparaissent comme l'explication la plus directe et la plus intuitive du risque élevé de suicide. Ce sont elles qui sont en partie ciblées dans la politique de prévention du suicide de l'administration pénitentiaire et les résultats de cette étude relatifs au QD confortent ce point de vue. Néanmoins, la forte concentration des suicides le jour du placement au QD suggère que les causes de suicide au QD ne s'arrêtent pas aux conditions de vie au QD et pourraient aussi rendre compte des événements qui ont précédé le QD ainsi que de l'anticipation du séjour au QD et du reste de la détention. De manière plus spécifique, l'augmentation du risque de suicide le jour du placement au QD après la mise en application d'un décret modifiant le régime disciplinaire des personnes détenues attire notre attention sur le lien entre le suicide au QD et le contexte de placement au QD. Par ailleurs, l'absence d'association entre suicide et antécédent de QD suggère que les effets négatifs du QD sur la santé mentale serait cantonnée au temps passé au QD. Le reste de la discussion évoque des mécanismes susceptibles d'être impliqués dans chacun des trois cas.

Concernant les explications tournées vers le passé, une première hypothèse est que les résultats s'expliqueraient en partie par un biais de confusion : les personnes détenues les plus susceptibles d'être placées au QD seraient aussi celles qui ont le risque de suicide le plus élevé. L'absence de diminution du HR de suicide après ajustement sur les facteurs de confusion exclue en principe cette explication pour les facteurs étudiés. Néanmoins, une lacune importante de cette étude est l'absence d'informations sur la santé des personnes détenues et il est possible, comme le suggèrent plusieurs auteurs (318,319), que l'excès de risque de suicide au QD s'explique en partie par l'enfermement préférentiel dans ce lieu de personnes avec des troubles psychiatriques, qui ont à la fois plus de difficultés à se conformer au régime disciplinaire carcéral et un risque de suicide plus élevé. Les résultats du Chapitre 2 ne retrouvent globalement pas plus de troubles psychiatriques en cas de suicide au QD mais laissent penser qu'il pourrait

s'agir de personnes avec un profil plus à risque d'impulsivité par rapport aux autres cas de suicide (III.C.2.g.). Cependant, un autre résultat de la présente étude suggère que la contribution des profils des personnes détenues au risque suicidaire au QD est limitée : si le risque de suicide au QD s'expliquait principalement par la vulnérabilité intrinsèque des personnes placées au QD, alors l'excès de risque de suicide de ce sous-groupe devrait persister après le QD. Or, l'antécédent de QD n'est pas associé au suicide dans cette étude. Autrement dit, les personnes passées par le QD n'ont pas un risque de suicide plus élevé que les autres, une fois sortis du QD. Ce résultat semble disqualifier une explication centrée sur des personnes intrinsèquement et durablement vulnérables mais reste compatible avec des situations de vulnérabilité plus localisées dans le temps. Notamment, la faute disciplinaire et le QD peuvent concerner des personnes détenues « à bout » (319), par à exemple à la suite d'évènements de vie négatifs auxquels les personnes détenues ont pu réagir par des comportements agressifs ou violents. Le QD viendrait alors souligner les difficultés récemment rencontrées par la personne détenue.

Une autre hypothèse qu'on peut formuler en regardant vers le passé est que la personne détenue et le personnel de surveillance peuvent ne pas partager la même lecture des évènements à l'origine de la qualification de faute disciplinaire ou avoir une appréciation différente quant à la proportionnalité de la sanction. Selon l'anthropologue D. Fassin, dans la mesure où le personnel est à la fois juge et partie, le placement au QD suscite régulièrement un sentiment d'injustice chez la personne détenue, ainsi qu'une impression d'impuissance liée à l'impossibilité de se faire entendre. Ces sentiments ont probablement joué un rôle dans le cas suivant, rapporté par une personne détenue au sociologue G. Chantraine : « *il y a quoi 4, 5 jours de ça, [silence] je sais pas ça m'a fait mal quand même parce qu'on a parlé d'un type, il était parti en permission, il est rentré en retard. Pour pas qu'ils crisent, il a été voir dans un commissariat pour que c'est eux qui le ramènent. Il s'est retrouvé au mitard. Eh ben, il s'est pendu, y a 4, 5 jours de ça. Il s'est pendu* » (404)¹¹⁴. Un autre exemple est donné par l'ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) J.M. Delarue : « *c'est l'histoire d'un homme, à peu près 50 ans, qui passe de Casabianda à Mauzac. Plutôt intello, instruit, il a un ordinateur, qui disparaît pendant son transfert. Arrivé à Mauzac, il demande à plusieurs reprises à l'administration de le dédommager. Impossible. Alors il rachète, à ses propres frais, un ordinateur. Mais ses demandes répétées de remboursement ont agacé. Quand il reçoit son nouvel ordinateur, on se met à le surveiller de très près : on le saisit sans arrêt, pour vérifier son contenu, qu'il n'a pas accès à Internet... Cette surveillance est pesante. Et un jour, on lui*

¹¹⁴ Page 73

détruit des fichiers, ce qu'il supporte très mal. Les relations s'enveniment et deviennent telles qu'il demande son transfert pour Poitiers. Là, le surveillant en charge de l'informatique recommence la même pression, qu'en d'autres lieux on nommerait harcèlement. Notre homme s'emporte, cela lui vaut un rapport d'incident disciplinaire. Là, j'ai senti dans ses courriers qu'il commençait à désespérer. Une chargée d'enquête du CGLPL est allée voir ce qu'il se passait à Poitiers-Vivonne au mois de novembre. Interrogée sur ce cas, l'administration se rend alors compte que le détenu n'avait pas été sanctionné pour cet incident, qui avait eu lieu en juillet. Le 23 décembre, elle le colle au quartier disciplinaire pour cette histoire qui remonte à plusieurs mois. Les fêtes sont pourtant une période sensible, l'administration le sait et évite généralement ce genre de pratique. Le 24, cette personne se passe la corde au cou : elle est morte la veille de Noël. J'ai demandé une enquête de l'inspection pénitentiaire. Selon elle, tout était conforme » (423). Des sentiments d'injustice ou d'impuissance peuvent également découler de sanctions sanction de personnes détenues utilisées pour masquer des exactions commises par le personnel surveillant. D'après l'OIP, « de nombreux témoignages font état de violences de la part d'agents pénitentiaires pour lesquelles c'est la personne détenue qui passe en commission de discipline, quand bien même elle n'a porté aucun coup » (252)¹¹⁵.

Cette argumentation est compatible avec l'augmentation de la multiplication du risque de suicide associée au jour du placement au QD (de 42 à 119) suite à la mise en œuvre d'un décret qui modifie les règles de recours au QD en 2019. Ce décret crée de nouvelles fautes disciplinaires passibles de QD, augmente les durées de QD encourues pour des fautes existantes et laisse plus de marge d'appréciation aux établissements pour la qualification de certaines fautes (424). En cela, il est susceptible d'avoir contribué au risque suicidaire par une augmentation des sentiments d'injustice et d'impuissance chez les personnes détenues sanctionnées. Ce décret s'inscrit également, de manière plus large, dans la réponse apportée par le gouvernement à un mouvement social important des surveillant-es pénitentiaires, initié à la suite d'une agression grave de plusieurs surveillants par une personne détenue. L'examen plus détaillé des liens de ces événements, présentés en [Annexe 7](#), ainsi que de l'arrivée du COVID, avec le suicide n'a pas été possible en raison d'effectifs de suicides insuffisants. Par ailleurs, s'il y a eu des modifications des pratiques de recours au QD, elles ne sont a priori pas passées par une augmentation des placements au QD suite à l'entrée en vigueur du décret, puisque les données dont je dispose ne montrent pas d'augmentation du nombre de placements (rapporté à la taille de la population carcérale) ou de leur durée. Le [Chapitre 2](#) a également montré que les

¹¹⁵ Page 33

personnes décédées par suicide au QD y avaient plus souvent été placées pour des violences sur le personnel que celles qui ne sont pas décédées au QD (III.C.3.a.).

Les explications tournées vers le présent peuvent être liées à la fois aux conditions matérielles du QD et à l'isolement important du reste de la détention. Plusieurs études en France et à l'étranger ont indiqué que l'isolement en cellule est responsable d'un isolement social, d'une perte d'identité, de privations sensorielles et de désœuvrement (318,319,379,409,425,426) et pouvait entraîner des troubles psychologiques comme un état de stress post-traumatique (426–429). Sur les conditions matérielles au QD, D. Fassin a décrit, au cours de son enquête, le « *double système de fermeture, avec une porte donnant sur un vestibule qu'une grille sépare de l'espace réservé au détenu, la faible clarté naturelle filtrant à travers la petite ouverture obstruée par le caillebotis, la rusticité du mobilier et le dépouillement de la pièce [qui] conféraient à la cellule un caractère oppressant, tandis que les dégradations successives, la saleté et les odeurs ajoutaient une forme de rabaissement.* » (409)¹¹⁶. Le surveillant-journaliste A. Frayer rapporte par ailleurs les propos d'un surveillant formateur, qui explique que « *beaucoup de détenus perdent tous leurs repères psychologiques quand ils entrent au quartier disciplinaires* », et que certains « *perdent l'usage de la parole* » (248)¹¹⁷.

Des soignants indiquent auprès de l'OIP que par ailleurs, la continuité des soins peut être mise à mal par l'isolement au QD, qui peut compliquer la distribution des traitements ou les déplacements à l'unité sanitaire (252)¹¹⁸. Les relations avec le personnel surveillant peuvent également être passablement dégradées en raison de la transgression de l'ordre carcéral par la personne détenue dont témoigne le placement au QD et notamment lorsque la faute disciplinaire a été retenue dans le cadre d'un conflit entre personne détenue et personnel. Dans la mesure où les personnes détenues dépendent du personnel pour presque tous les gestes de la vie quotidienne, la mauvaise qualité des relations entre personnels et personnes détenues peut avoir un impact important sur la qualité de vie de ces derniers. Dans certains cas, ces situations conflictuelles peuvent conduire à des situations de maltraitance. D'après le témoignage d'une personne détenue relatif à un suicide inclus dans notre étude : « *tous ceux qui sont passés par le quartier disciplinaire pourront témoigner des humiliations qu'ils y ont subies, des insultes racistes, des crachats à la figure, des ordres donnés comme si on était moins que des chiens...*

¹¹⁶ Page 443

¹¹⁷ Page 26

¹¹⁸ Pages 74-76

Là-bas, celui qui a le malheur de « la ramener » peut finir comme Jaouad : pendu. Aucun droit n'est respecté dans ce mitard. Les promenades ont lieu au bon vouloir des surveillants, et en général il n'y en a pas. L'accès nous est refusé, et il peut se passer quinze jours sans qu'on puisse y aller. Pareil pour l'accès au feu, pour allumer une cigarette : c'est trois fois par jour maximum, et ils usent de beaucoup de zèle, il faut presque les supplier. La peur y règne, et y aller est pour chacun d'entre nous, prisonniers, une descente aux enfers. Cet hiver, plusieurs prisonniers se sont retrouvés dans ce mitard sans matelas, sans couverture et sans vêtements alors qu'il faisait -5°C, juste parce qu'ils avaient tapé sur la grille de leur cellule pour réclamer à manger ou du feu. Ils ont dû dormir par terre, nus, sur un coussin, et manger la gamelle dans des barquettes qui arrivaient déjà ouvertes, apparemment déjà utilisées » (376)¹¹⁹. On peut trouver un second témoignage auprès de la médecin V. Vasseur. D'après elle, en réponse à « un peu de tapage, vu la chaleur », d'une personne qui rapporte avoir été placée au QD pour avoir « mal répondu au surveillant », « les surveillants balancent une bombe lacrymogène dans sa cellule et referment la porte pour lui apprendre la vie » (71)¹²⁰. L'OIP indique de son côté avoir reçu en 2022 129 signalements de violences commises par des agents pénitentiaires sur des personnes détenues au QD, dans un contexte où « souvent, « c'est au QD [que] sont placés les surveillants les plus violents », précise un agent pénitentiaire. Un autre confirme : « Les surveillants qui y sont affectés, c'est "la brigade des gros bras" » » (252)¹²¹.

Quant aux explications tournées vers le futur, G. Lambert et D. Fassin ainsi que l'OIP ont relevé que souvent, le placement au QD n'est pas l'unique sanction de la faute qu'il punit mais s'inscrit dans un ensemble de mesures multiples sanctionnant la même faute (252,409,417). D. Fassin donne l'exemple de la possession d'un téléphone portable, qui était passible avant le décret de 2019 de 14 jours au QD, d'un retrait de crédit de réduction de peine allant jusqu'à un mois ainsi que d'une sanction pénale impliquant une garde à vue et un jugement en comparution immédiate avec une peine supplémentaire (409)¹²². Le sociologue G. Lambert précise à ce propos que le retrait de remises de peines, qui repousse l'horizon de la libération, constitue pour certaines personnes condamnées la sanction la plus redoutée (417)¹²³. D'autres sanctions peuvent s'ajouter aux précédentes : la perte d'un travail pénitentiaire, l'exclusion des activités

¹¹⁹ Page 111

¹²⁰ Page 100

¹²¹ Pages 80-81

¹²² Pages 243-244 et 435

¹²³ Pages 178-179

(formation, sport, culture, etc.), un transfert vers un autre établissement pénitentiaire, le refus ultérieur d'une permission ou d'un aménagement de peine, qui selon G. Lambert signent l'abandon, par la justice, de la mission de réinsertion sociale des personnes détenues. Cette myriade de sanctions a également un effet de stigmatisation des personnes détenues qu'elle vise : elle a pour « *conséquence la consolidation d'un étiquetage négatif du détenu qui, dès lors, sera perçue comme un « détenu posant problème » ; à ce titre, il fera l'objet d'une surveillance spéciale aggravant la défiance de l'institution à son égard* » (417)¹²⁴.

Il peut être étonnant que la cumulation des sanctions ainsi que l'effet de stigmatisation ne s'accompagnent pas d'une augmentation du risque de suicide après un QD. Ces éléments sont probablement connus des personnes détenues et pourraient agir sur le risque de suicide dès l'entrée au QD, par anticipation. A titre d'exemple, l'augmentation du risque de suicide liée à un refus de liberté conditionnelle pourrait être plus élevée au moment de l'entrée au QD, lorsque la personne détenue vient de réaliser que la liberté conditionnelle lui sera refusée en raison de sa faute, dont le QD atteste de la gravité, qu'au moment où ce refus sera effectivement prononcé. Plus généralement, il est plausible que ces éléments aient un effet négatif sur la santé mentale des personnes détenues, mais qui pourrait être contrebalancé par un effet de valorisation auprès des autres personnes détenues. Des personnes détenues rapportent à A. Chauvenet et al. que le passage au QD, notamment pour altercation avec le personnel, est un moyen de se faire respecter par les autres personnes détenues (109). Le surveillant pénitentiaire E. Perez (245)¹²⁵, ou encore le sociologue G. Lambert disent la même chose : « *le mitard tiendrait en détention le même rôle que la prison dans la mythologie d'un quartier : c'est par lui que ceux qui prétendent à une reconnaissance de leader doivent passer. Quelques jours de mitard valent consécration, surtout s'ils découlent d'une altercation avec un surveillant, d'un refus d'obtempérer ou de dénoncer un codétenu* » (417).

IV.D.7. Quartier d'isolement

Dans la présente étude, 2% des suicides sont survenus dans les deux semaines après une entrée au QI et 4% pendant le QI, dont la durée médiane était de 34 jours. Le risque de suicide était 7 fois plus élevé dans les deux semaines après une entrée au QI et 4 fois plus élevé durant le QI.

¹²⁴ Page 226

¹²⁵ Page 107

Je n'ai pas connaissance d'autre étude qui ait présenté des résultats pour le QI. Une étude dans le New Jersey aux Etats-Unis d'Amérique a rapporté que 12% des suicides en prison avaient eu lieu chez des personnes incarcérées à l'écart de la détention ordinaire pour les protéger d'autres personnes détenues (« *protective custody* ») (318). L'objectif de protection contre les autres personnes détenues est une des fonctions du QI en France. Cependant, le QI répond également à d'autres objectifs dont la séparation de complices présumés au cours de l'enquête judiciaire, la lutte contre la diffusion d'idéologies radicales liées au terrorisme, la lutte contre l'évasion, la lutte contre les mouvements collectifs en détention ou encore la prise en charge des personnes jugées dangereuses pour l'ordre interne des établissements (405,412,430).

Les mécanismes par lesquels le QI est susceptible d'augmenter le risque de suicide devraient recouper en partie ceux décrits pour le QD. L'isolement au QI est a priori moins important qu'au QD, dans la mesure où, contrairement au QD, en dehors de ce qu'implique la séparation d'avec la détention ordinaire, les personnes détenues conservent en théorie les mêmes droits que le reste de la population carcérale. Ce constat peut être nuancé par le fait que les QI sont en moyenne plus longs. Le contexte de placement au QI joue probablement un rôle important et variable selon les motifs de placement au QI. Les données disponibles ne permettaient pas de différencier ces différents motifs de placement. En tout état de cause, les conclusions qu'on pourrait tirer de leur comparaison seraient limitées sur le plan statistique au vu des faibles effectifs de suicides et il faudrait dans ce cas soit se reporter sur d'autres indicateurs de santé statistiquement plus fréquents, soit avoir recours à une approche plus qualitative.

IV.D.8. Condamnations

Dans la présente étude, 4,5% des suicides sont survenus dans les deux semaines suivant une condamnation à de la prison ferme pendant l'incarcération. La comparaison avec la littérature est difficile car les événements pénaux rapportés à proximité des suicides dans la littérature se réfèrent généralement à des situations et des périodes d'expositions variées et souvent plus larges (159,160,181,299,336,338).

A ma connaissance, cette étude est la première à étudier l'association entre suicide et condamnation récente. Les modèles multivariés retrouvent une tendance à une association négative entre le suicide et la présence d'une condamnation au cours des deux dernières

semaines. Ce résultat contredit l'hypothèse d'un effet précipitant de la condamnation suggérée par les pourcentages élevés de suicides survenus après une condamnation (169,336,337).

Plusieurs niveaux d'explication peuvent contribuer à expliquer cet écart. Un premier est qu'une fréquence élevée des condamnations à proximité des suicides pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des condamnations dans la population carcérale de manière générale : des condamnations se retrouveraient alors à proximité des suicides de manière fortuite. Un second niveau d'explication se situe au niveau des biais de confusion. Dans notre étude, le HR associé à une condamnation récente est passé de 1,4 dans le modèle M6a à 0,6 dans le modèle M6b (Tableau 54). Le facteur d'ajustement qui avait l'impact le plus important sur le HR était le stade d'incarcération (de 1,4 à 0,7, résultat non montré). Cela suggère que les suicides pourraient être observés plus souvent juste après une condamnation car les condamnations sont souvent prononcées au début de l'incarcération et c'est au début de l'incarcération que le risque de suicide est le plus élevé. Troisièmement, il est possible que le risque de suicide lié à l'annonce d'une condamnation soit atténué par le soutien moral que le personnel pénitentiaire pourrait apporter. Des quatre événements étudiés, la condamnation semble celui le plus propice au soutien de personnes détenues par du personnel. En effet, les relations entre personnes détenues et surveillant-es sont moins susceptibles d'être conflictuelles que dans un contexte de placement au QD ou, selon les motifs, au QI et, pour les condamnations qui sont prononcées à distance de l'entrée, les personnes détenues sont susceptibles d'avoir établi des rapports avec le personnel surveillant ou soignant, qui auraient été rompus dans le cas d'un transfert. Dans certains cas, le jugement peut également être une occasion pour la personne détenue d'exprimer ce qu'elle a sur le cœur, pour mieux passer à autre chose, d'après un témoignage recueilli par le sociologue G. Chantraine : « *Mais, le jugement, ça a aussi été un poids qu'on m'a enlevé. Déjà au commissariat, j'étais soulagée de parler, mais le gros poids qui m'a été enlevé, c'est au jugement. J'ai pu vider à fond ce que j'avais à dire. Au commissariat, c'est vrai j'ai pu parler, mais il y a certaines choses qui sortent pas comme ça. Là, je savais qu'il y avait tout le monde face à moi, que je pouvais parler librement ; ça fait que... j'ai vidé mon sac. Et là, j'ai senti [elle souffle profondément] ... Un apaisement. Voilà.* » (404)¹²⁶.

Les différences d'organisation et des pratiques de la justice pénale d'un pays à l'autre doivent également être prises en compte et notamment le délai qui s'écoule entre la décision relative à la responsabilité et celle relative à la peine. En France, sauf exception, ces deux décisions sont prononcées au cours de la même audience. La condamnation s'accompagne d'une peine, ce qui

¹²⁶ Page 151

permet de mettre fin à l'incertitude associée à la détention provisoire, de se projeter et de faire des projets de vie après la prison (303,404)¹²⁷. Dans d'autres pays, comme aux Etats-Unis d'Amérique, ces deux décisions sont séparées. Les personnes restent dans l'incertitude au cours de la période qui sépare le prononcé de la condamnation de celui de la peine, ce qui pourrait conduire à des résultats différents quant à l'association entre condamnation récente et suicide. Quoiqu'il en soit, ce résultat souligne indirectement les effets délétères de la détention provisoire qui est un facteur de risque de suicide fréquemment retrouvé dans la littérature (200,204,319,379) et confirmé par cette étude.

IV.D.9. Transfert

Dans la présente étude, 5,8% des suicides sont survenus dans les deux semaines après un transfert entre deux établissements pénitentiaires. Le criminologue L. Favril et al ont rapporté un transfert dans le mois précédant le suicide pour 9,2% des personnes détenues en Belgique (159) tandis que le psychiatre A. Daniel et al ont identifié un transfert dans les quatre mois avant le suicide pour 48,6% des suicides de personnes détenues dans les prisons d'un des Etats-Unis d'Amérique (336).

Cette étude est la première à étudier l'association entre le suicide et le transfert et a retrouvé un risque de suicide 3,5 fois plus élevé dans les deux semaines après un transfert, qui ne persiste pas à distance du transfert. Le transfert implique un changement soudain d'environnement, qui peut être brutal et est le plus souvent indépendant de la volonté de la personne détenue. Il peut être associé à une rupture des relations avec les codétenus, une rupture des soins selon les cas, une perte, souvent temporaire, de travail pénitentiaire et d'accès à d'autres activités ou encore à un éloignement de la famille qui peut conduire à une raréfaction de leurs visites (403)¹²⁸. A ces éléments communs à tous les transferts viennent sans doute s'ajouter des éléments plus spécifiques aux motifs de transfert, qui n'ont pas pu être étudiés dans cette étude et qui ont probablement des effets à plus long terme. Le motif le plus fréquent de transfert est probablement l'exécution d'une longue peine de prison. Les transferts vers les centres de détention peuvent être attendus, notamment car les conditions de détention y sont souvent plus appréciées que celles en maison d'arrêt où, entre autres, la surpopulation est généralement

¹²⁷ Chantraine page 144 ; Lhuilier page 159

¹²⁸ Page 116

importante. Parmi les autres motifs de transfert (109,403,404,417), on peut s'attendre à ce que le transfert pour rapprochement familial soit associé à un risque moindre de suicide et que le transfert disciplinaire soit associé à un risque de suicide plus élevé.

IV.D.10. Forces et limites de l'étude

IV.D.10.a. Forces de l'étude

Le suicide est un évènement statistiquement rare et pour cette raison difficile à étudier. Une force de cette étude est d'avoir rassemblé près de 450 suicides de personnes détenues parmi plus de 350 000 incarcérations, ce qui permet d'obtenir une puissance statistique suffisante pour mettre en évidence des associations significatives pour de nombreux facteurs. Cela reste toutefois insuffisant pour des groupes très minoritaires comme les femmes.

La présente étude est de plus exhaustive à l'échelle nationale, ce qui permet de se préserver des biais de sélection et garantit la représentativité des résultats pour la situation française. Une troisième force est qu'il s'agit de la première étude sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues à mettre en œuvre une stratégie d'imputation des données manquantes. L'imputation des données manquantes permet d'échapper au dilemme qui consiste à choisir, a minima lors de l'analyse multivariable, entre l'abandon des variables qui présentent des données manquantes et l'analyse d'un sous-échantillon avec des données complètes dont la représentativité n'est pas garantie.

Une quatrième force est de disposer de données historisées et d'avoir modélisé certaines variables sous une forme dynamique, notamment à l'aide de modèles de survie, ce qu'à ma connaissance seules G. Duthé et al avaient fait jusqu'ici (42). Cette modélisation dynamique, sous la forme de variables dépendantes du temps, a par exemple permis de considérer la détention provisoire et la détention post-sentencielle comme deux temps différents d'une même incarcération, et non comme des populations indépendantes. Elle a aussi permis d'étudier l'association entre le suicide et plusieurs évènements susceptibles de survenir pendant la détention, ce qui, à l'exception du temps passé au QD (42), n'avait encore jamais été fait.

IV.D.10.b. Limites liées aux informations non-disponibles ou non investiguées

Les principales limites de l'étude résident dans le fait qu'elle repose sur des données administratives recueillies en routine et non dans le cadre d'une recherche. Pour les cas de suicide, le recours à des données recueillies en routine semble inévitable, dans la mesure où les personnes décédées ne peuvent pas être interrogées par les enquêteurs·trices et où la rareté statistique du suicide empêche d'anticiper cet écueil.

Les besoins et les usages de l'administration pénitentiaire ainsi que l'architecture du système d'information GENESIS ont déterminé les informations disponibles pour cette recherche et ont de fait orienté et limité les analyses présentées dans cette étude.

On ne dispose d'aucune information sur la santé des personnes détenues, alors que les troubles psychiatriques figurent parmi les principaux facteurs de risque de suicide. Des informations sur la santé mentale (troubles psychiatriques inclus) auraient été intéressantes notamment pour affiner les discussions sur les mécanismes d'actions de certains facteurs comme l'encellulement individuel, la surpopulation ou le QD.

Une variable d'antécédent d'incarcération était disponible mais n'a pas été exploitée en raison de réserves sur sa fiabilité, en lien avec son caractère déclaratif. Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé d'association entre le suicide et une précédente condamnation (199).

Certains évènements pénaux et carcéraux ont pu être étudiés, mais pas d'autres et notamment pas les évènements familiaux comme le divorce, le décès d'un proche ou une dispute. On a vu au [Chapitre 2](#) qu'un évènement traumatique d'origine familiale avait été rapporté dans la semaine précédant le suicide pour 12% des cas ([Tableau 23, III.C.2.c.iii.](#)). De plus, d'après A. Chauvenet et al, « *bien des incidents en détention ont leur source dans l'inquiétude et le sentiment d'impuissance que connaissent les détenus face aux évènements familiaux* » (109)¹²⁹. De plus, seuls les évènements qui ont effectivement eu lieu ont pu être analysés et il n'a pas été possible d'étudier l'association entre les suicides et des évènements à venir. Or certains suicides peuvent avoir lieu par anticipation de certains évènements, comme l'indique l'étude de N. Bourgoïn portant sur les personnes détenues en France : « *à l'aide des témoignages des co-détenus et du personnel, et des manuscrits laissés par le suicidé et recueillis dans les compte-rendu, il a été possible de déterminer que parmi les détenus se suicidant pour échapper à leur*

¹²⁹ Page 94

condamnation, les deux-tiers (22 sur 33) ont commis leur acte par peur de voir révélés certains faits lors du jugement » (208)¹³⁰.

Il faut noter que le système d'information GENESIS est relativement récent et que sa documentation ainsi que les données accessibles à une exploitation statistique sont en expansion. Des données qui n'étaient pas accessibles au moment de mon arrivée dans le service le sont devenues par la suite. C'est le cas de l'encellulement individuel que j'ai intégré en cours de route dans mes travaux. Le questionnaire d'évaluation du risque suicidaire, rempli par un personnel pénitentiaire pour chaque personne qui entre en prison puis éventuellement mis à jour au cours de la détention, est désormais disponible également et pourrait faire l'objet d'analyses ultérieures. Ce questionnaire comprend 42 items binaires qui recherchent des facteurs de risque judiciaires, pénitentiaires, familiaux, sociaux, économiques, sanitaires, liés au comportement, des éléments d'évaluation de l'urgence suicidaire et du moyen envisagé, ainsi que la possibilité de préciser quelles mesures ont été décidées.

Les tentatives de suicide n'ont par ailleurs pas été étudiées. Je n'ai pas connaissance de l'existence de données individuelles et datées pour les tentatives de suicide mais a minima des données agrégées à l'échelle de l'établissement sont disponibles à la DAP et pourraient faire l'objet d'analyses ultérieures. Une attention particulière devra sans doute être portée à la qualité et à l'exhaustivité des données.

IV.D.10.c. Limites liées aux valeurs manquantes

Mis à part l'âge, le genre et la nationalité, les variables sociodémographiques étudiées présentent de nombreuses données manquantes. Cela est notamment lié au fait que la connaissance de ces caractéristiques, déclaratives et recueillies en routine, ne présente pas d'enjeu important pour l'administration pénitentiaire. Cette difficulté a été prise en compte par le recours à des méthodes d'imputation des données manquantes.

La situation est plus délicate pour les événements car les données manquantes sont invisibles : l'examen des données ne permet pas de faire la différence entre un événement qui n'a pas eu lieu et un événement qui a eu lieu mais n'a pas été enregistré dans le système d'information. J'ai fait l'hypothèse que les événements ne présentaient pas de données manquantes. La

¹³⁰ Page 182

comparaison des données GENESIS avec celles analysées au Chapitre 2 indique que ce serait pourtant le cas pour le QD.

Sur la période 2017-2020, 11% des suicides seraient survenus au QD d'après cette étude contre 14% d'après le Chapitre 2 (Tableau 55). Ces pourcentages concernent la même population, aux exclusions près dans cette étude (4,3% des suicides, Figure 18) et dont la prise en compte ne modifie pas le pourcentage de suicides au QD. Plusieurs mécanismes ont été envisagés pour expliquer cet écart. Il pourrait découler en premier lieu d'erreurs d'appariement des suicides avec les données GENESIS, soit un biais de classement du suicide. Cette hypothèse est peu convaincante dans la mesure où un soin particulier a été apporté à l'appariement et où les situations de correspondance partielle voir d'ambiguïté étaient marginales et ont été validées au cas par cas avec la DAP. De plus, un écart similaire peut être décrit sur des données plus anciennes : les travaux de G. Duthé et al ont rapporté que 8% des suicides avaient eu lieu au QD entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 juillet 2009 (42), contre 16% au cours des années 2006-2007 dans les travaux d'A. Hazard (125) (Tableau 55). Ces écarts s'expliquent probablement par la nature des sources de données : la présente étude et celle de G. Duthé et al, qui exploite le système d'information antérieur à GENESIS, reposent sur des données collectées en routine, tandis que l'étude coordonnée par SpF (Chapitre 2) et les travaux d'A. Hazard s'appuient sur des données d'enquête administrative.

Si on admet que les données d'enquête sont plus fiables et plus exhaustives que les données collectées en routine, on peut en déduire une seconde piste d'explication : les QD ne seraient pas renseignés de manière exhaustive dans GENESIS, ce qui correspondrait à un biais de classement des QD. Ce biais de classement peut être soit non différentiel, c'est-à-dire indépendant des suicides, soit différentiel, c'est-à-dire, dans notre cas, spécifique aux suicides. Le fait que, lorsque la date du placement au QD est renseignée, la date de sortie du QD est manquante dans 47% des cas de suicide contre 0,6% pour l'ensemble des placements orientés vers une sous-estimation des QD spécifique aux suicides, sans certitude. Le découpage de la période 2017-2020 en deux montre par ailleurs que cette sous-estimation est beaucoup plus importante pour 2017-2018 que pour 2019-2020, ce qui pourrait orienter vers l'hypothèse d'une réduction progressive de la sous-estimation initiale en lien avec la montée en charge de l'application GENESIS, qui a été installée peu avant le début de la période étudiée (320).

La même comparaison a été menée pour le QI et je n'ai pas observé d'écart. Les suicides au QI sont néanmoins peu nombreux.

IV.D.10.d. Limites liées à l'unité de temps

L'unité de temps ou le pas de temps de cette étude est le jour calendaire. Il s'agit de l'unité de temps la plus petite possible au vu de la précision temporelle des variables de date utilisées dans l'étude. Il s'agit d'une unité classique qui ne pose habituellement pas de problème. Cependant, elle peut être source d'imprécisions et, au vu des choix méthodologiques retenus, de sous-estimation de la fréquence des suicides associée à des phénomènes très localisés dans le temps. Par exemple, les suicides associés à la première semaine de détention correspondent aux suicides survenus au cours des sept premiers jours calendaires de détention, indépendamment de l'horaire, et une personne qui entre en prison un lundi soir et se suicide le lundi suivant au matin sera classée parmi les suicides de la deuxième semaine, bien qu'il soit survenu moins de 7 jours pleins après son entrée, car il est survenu au huitième jour calendaire. De la même manière, si une personne est placée au QD le lundi à 23h et que son corps est découvert sans vie 2 heures après, son suicide ne sera pas classé comme survenu le jour du placement au QD mais le lendemain.

IV.D.10.e. Limites liées au recensement des suicides

Cf. section du même nom au Chapitre 2 (II.D.7.d.).

IV.D.10.f. Limites liées à l'étude des incarcérations et non des individus

L'unité d'analyse de cette étude est l'incarcération et non la personne détenue. Il s'agit d'une situation inhabituelle pour une discipline dont l'unité d'analyse de référence est l'individu. Il s'agit d'une limite dans la mesure où elle ne permet pas de savoir sur combien de personnes porte cette étude. En effet, les données analysées sont anonymes et aucune information ne permet de savoir si deux incarcérations distinctes correspondent à la même personne ou non, en dehors des cas d'incompatibilité évidente. L'écart entre le nombre d'incarcérations étudiées et le nombre de personnes étudiées dépend de la fréquence des récidives sanctionnées par une incarcération.

En revanche, l'échelle individuelle ne semble pas nécessairement plus pertinente que l'échelle de l'incarcération pour présenter les caractéristiques étudiées. La plupart des facteurs étudiés dans cette étude peuvent aussi bien caractériser l'individu que l'incarcération, même si certaines caractéristiques sont plus spécifiques de l'individu, comme le genre ou l'âge, et d'autres plutôt spécifiques de l'incarcération, comme l'établissement d'affectation ou la catégorie pénale. Par

ailleurs, la mise en évidence du « choc carcéral » nécessite qu'on descende à un niveau infra-individuel : les stades d'incarcération se définissent à l'échelle de l'incarcération, et l'échelle de l'individu générerait des difficultés ou de la complexité pour appréhender la dynamique de l'incarcération en cas d'incarcérations multiples.

Par ailleurs, l'analyse des incarcérations plutôt que des individus n'a aucun impact sur la mesure des taux de suicide ni sur les résultats des analyses de survie. Ce qui compte pour ces méthodes statistiques n'est pas le nombre d'individus mais le temps à risque de suicide et observer l'écoulement du temps pour une incarcération ou pour un individu ne change rien aux résultats, qui s'interpréteront de la même manière. Que l'on considère deux incarcérations suivies pendant 6 mois chacune ou une personne suivie pendant un an, dans les deux cas cela comptera pour une PA et le taux de suicide sera le même. De même, le modèle de Cox ne prend aucune variable d'identification des observations en paramètre d'entrée et choisir l'individu comme unité d'analyse ne changerait pas les résultats. Le modèle de Cox ne serait pas capable de faire la différence entre d'une part deux personnes différentes et d'autre part deux incarcérations d'une même personne, de la même manière qu'il n'est déjà pas capable dans notre étude de faire la différence entre d'une part deux incarcérations différentes et d'autre part deux parties différentes d'une même incarcération (les incarcérations étant découpées en morceaux en lien avec les changements de valeurs des variables dépendantes du temps).

Enfin, d'une manière générale, comparer des incarcérations entre elles dans les modèles de régression expose au risque de comparer une personne avec elle-même en cas d'incarcérations multiples, ce qui conduirait à une rupture de l'hypothèse d'indépendance des observations. Cependant, dans la présente étude, cet écueil a été évité en adoptant l'échelle de temps calendaire, comme expliqué en parties méthodes.

IV.D.10.g. Limites liées aux méthodes statistiques (non) utilisées

Les effets « cluster » des personnes détenues à l'intérieur d'un même établissement n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Les analyses statistiques reposent notamment sur l'hypothèse que les incarcérations étudiées sont indépendantes les unes des autres. Or, les périodes d'incarcérations observées dans un même établissement sont susceptibles de partager des caractéristiques communes en lien avec l'exposition à un même environnement. Ces effets peuvent en fait se décliner à différents niveaux de la structure : à l'échelle des cellules lorsque cohabitent plusieurs personnes détenues, à l'échelle d'un étage ou d'une aile de bâtiment pris

en charge par une même équipe de personnel surveillant, à l'échelle des différents types de quartiers dans les centres pénitentiaires à l'échelle de l'établissement lui-même voire à l'échelle interrégionale. L'absence de prise en compte de la rupture de cette hypothèse peut conduire à une sous-estimation de la variance des facteurs étudiés et donc à retrouver des associations significatives à tort. Il serait souhaitable de prendre en compte ces effets cluster dans de futures études, en particulier à l'échelle de l'établissement pour la reproduction des résultats liés à la surpopulation. Des précautions seront peut-être à prendre en lien avec la rareté statistique des suicides à l'échelle de l'établissement (29% des établissements n'ont connu aucun suicide pendant la période couverte par l'étude) et la présence de transferts qui conduisent fréquemment à attribuer plusieurs établissements à une même incarcération.

La question du recours à un modèle à risques compétitifs s'est également posée. Les modèles de survie classiques suivent les personnes dans le temps jusqu'à survenue de l'évènement d'intérêt ou d'une censure. La censure (à droite) signifie l'arrêt du recueil d'informations sur le devenir d'une personne et pour laquelle on suppose que, si on l'avait suivie suffisamment longtemps, on aurait observé l'évènement d'intérêt. Autrement dit, la qualification des sorties de prison dans notre étude en « censure » implique théoriquement que si on avait continué de suivre ces personnes après leur libération, on aurait observé de nouveaux suicides. Il y a deux manières d'appréhender cette situation selon le périmètre que l'on donne à cette étude. Si on considère que ce qui est important, c'est le statut de personne détenue, alors cela conduit à définir l'environnement carcéral comme périmètre de l'étude. Dans ce cadre, la sortie de prison est un évènement qui, lorsqu'il survient, empêche la survenue ultérieure des suicides en prison (éventuellement jusqu'à réincarcération) : les suicides susceptibles de survenir par la suite ne correspondent plus à la définition de l'évènement étudié puisque les personnes ne sont plus détenues. La sortie de prison n'est donc pas une censure mais un évènement en « compétition » avec le suicide en prison. Un intérêt des modèles de survie à risque compétitifs est alors de pouvoir imaginer une situation où les personnes détenues ne sortiraient pas de prison et de modéliser ce que pourrait alors devenir le risque de suicide dans cette population. La deuxième manière d'appréhender cette situation est de considérer que ce qui est important, ce sont les trajectoires des personnes (ayant été) détenues. Les sorties de prison constituent alors une réelle censure et non un risque compétitif : les suicides survenus après la libération ne sont pas pris en compte, non pas parce qu'ils ne nous intéressent pas, mais parce que, pour des raisons de

disponibilité des données, nous sommes dans l'incapacité de poursuivre le suivi des personnes détenues après leur libération.

Formellement, cette étude est centrée sur l'environnement carcéral, ce qui conduit à considérer les sorties de prison avant tout comme un risque compétitif au suicide. Néanmoins, la solution proposée par les modèles à risques compétitifs ne me semble pas satisfaisante. Quel est l'intérêt d'imaginer un monde où les personnes incarcérées ne sortiraient pas de prison ? L'intérêt de ce type de modèle en cancérologie, par exemple, apparaît plus évident : chez les personnes atteintes de cancer, un risque élevé de décès à court ou moyen terme peut être en « compétition » avec le développement d'autres pathologies. On peut très bien imaginer que le traitement d'une partie des cancers s'améliore dans le futur avec les progrès de la médecine et que les patients qui survivent grâce à ces nouveaux traitements développent de nouvelles maladies. Il est probable qu'à moyen terme la mortalité des personnes atteintes de cancer diminue, au vu de la tendance actuelle et des progrès attendus de la médecine, et il y a un certain consensus politique sur le fait que cette diminution de mortalité est souhaitable. En revanche, l'anticipation d'une augmentation importante des durées d'incarcération ne correspond pas à une situation probable, bien que possible, dans un contexte de stagnation, ces 10 dernières années, de la durée moyenne d'incarcération en France (431) et de la médiane des durées moyennes d'incarcération des pays du Conseil de l'Europe (296). Il n'y a pas non plus de consensus politique en faveur de l'allongement général des peines. Par ailleurs, ces modèles raisonnent « toutes choses égales par ailleurs » et font notamment l'hypothèse que la propension au suicide des personnes détenues et les conditions de détention resteront les mêmes si la durée de l'emprisonnement s'allongeait. Or, on peut imaginer qu'un certain nombre de changements aient lieu, comme par exemple le mode de fonctionnement des maisons d'arrêts ou les perspectives de refaire sa vie après la sortie de prison, avec un impact probable sur le risque de suicide. Au total, ces éléments limitent les retombées pratiques du modèle à risques compétitifs et justifient l'absence d'utilisation de ce modèle dans cette étude. Il semble plus pertinent de considérer que la focalisation de cette étude sur l'environnement carcéral découle non pas d'un choix stratégique de recherche mais d'une contrainte liée à la disponibilité des données.

Une approche par les trajectoires de vies des personnes incarcérées serait intéressante. Centrée sur les personnes, elle permettrait une approche plus approfondie des relations entre précarité sociale, troubles mentaux, parcours délinquants et parcours pénaux et carcéraux, les trajectoires de vie avant la prison ayant vraisemblablement des répercussions sur le risque de suicide en prison et le parcours pénal et carcéral ayant vraisemblablement des répercussions sur le risque

de suicide après la prison. Plusieurs études, en France et à l'étranger, ont rapporté un risque de suicide élevé chez les personnes qui sortent de prison, qui se réduit au fur et à mesure de l'éloignement de l'incarcération (369–371). Aux Etats-Unis, l'économiste T. Miller et al ont estimé que 20% des suicides en population générale concernent des personnes ayant été incarcérées au cours des 12 mois précédents (432). Au total, on peut retenir sur ce point que le modèle à risques compétitifs est d'un intérêt limité pour cette étude et que c'est plutôt l'absence de données sur la période qui précède et celle qui suit l'incarcération qui constitue une limite de l'étude.

IV.D.10.h. Limites liées au schéma expérimental

Cette étude compare des personnes détenues entre elles. Elle aide à comprendre pourquoi certaines personnes détenues décèdent par suicide et pas d'autre. Elle permet d'étudier des caractéristiques propres aux individus, liées à des parcours pénaux spécifiques ou à des conditions individuelles d'incarcération. En revanche, elle est aveugle aux phénomènes communs à l'ensemble des personnes détenues, propres à la détention en général ou au statut de personne détenue, et susceptibles de contribuer au risque suicidaire des personnes détenues. On peut citer par exemple la stigmatisation associée au statut de personne détenue, ou encore le processus de « prisonnérification », qui désigne l'assimilation de la personne détenue par le milieu carcéral. D'après l'historienne H. Bellanger, « *détenus et surveillants insistent notamment sur les conséquences suivantes : ne plus ouvrir une porte, réussir à faire ses besoins devant des témoins, ne prendre aucune initiative, ne plus ressentir de sollicitude, valoriser excessivement la nourriture, s'attacher aux objets personnels...* » (96)¹³¹.

IV.D.11. Conclusion

Cette étude a recherché des facteurs de risque individuels de suicide des personnes détenues, à l'aide d'une étude de cohorte rétrospective construite à partir d'une base de données administratives de la DAP. L'ensemble des personnes détenues en France ont été suivies entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020, pendant le temps de leur incarcération.

¹³¹ Page 139

Un des principaux enseignements de cette étude est que le risque de suicide des personnes détenues n'est pas constant tout au long de leur incarcération. Il est plus élevé non seulement au début de l'incarcération, mais aussi de manière temporaire à la suite de certains événements comme un placement au QD, un placement au QI ou encore un changement d'établissement pénitentiaire. Par ailleurs, contrairement à ce qui a précédemment été dit, il semble qu'une condamnation à de la prison ferme au cours de l'incarcération ait un effet protecteur sur le suicide.

Les facteurs sociodémographiques sont peu discriminants vis-à-vis du risque de suicide. Une partie d'entre eux se comporte néanmoins de manière différente entre la population générale et la population carcérale. Alors que les marqueurs d'une position socioéconomique favorable et d'intégration sociale, notamment professionnelle et familiale sont des facteurs protecteurs du suicide en population générale, ce n'est plus le cas, voire on observe l'inverse en population carcérale. Cette étude confirme également le risque de suicide plus élevé en cas d'infraction grave, particulièrement marqué en début de détention, pendant la détention provisoire et en cas d'encellulement individuel.

La discussion des résultats relatifs à l'encellulement individuel et à la surpopulation carcérale montre par ailleurs que ce qui se joue dans la survenue des suicides dépasse le cadre strict de la santé mentale. Ce constat interroge sur les rapports qu'entretient le suicide avec la santé mentale, sur l'approche épidémiologique du suicide et sur les principes de sa prévention, notamment en milieu carcéral. Dans le Chapitre 4, je propose d'explorer plus en avant ces questions.

Chapitre 4

Enjeux associés à la prévention du suicide des personnes détenues

V.A. Introduction

La prévention du suicide a été inscrite à l'agenda des politiques de santé françaises au tournant du XXI^e siècle (cf. Introduction générale, I.E.1.b.). Si on considère avec l'OMS que la réduction des facteurs de risque est un moyen important de prévenir les maladies et les problèmes de santé (433), alors les facteurs de risque indépendants de suicide des personnes détenues identifiés au chapitre précédent et dans la littérature scientifique constituent des leviers d'action pour la prévention du suicide.

L'encellulement individuel est, en particulier, un facteur de risque bien établi. On a vu dans l'Introduction générale de la thèse qu'il s'agit du seul facteur systématiquement retenu comme facteur de risque indépendant de suicide des personnes détenues par les modèles multivariés dans la littérature lorsqu'il est étudié (200,201) (I.D.2.b.). Non seulement les travaux menés au Chapitre 3 confirment l'encellulement individuel comme facteur de risque indépendant, mais ils indiquent également que c'est le facteur étudié qui présente la force d'association avec le suicide la plus élevée (x4), à l'exception d'événements localisés dans le temps et de certains sous-groupes dans les situations d'interaction statistique (IV.C.5.). De cette manière, l'encellulement individuel se présente comme une cible intéressante pour les politiques de prévention du suicide des personnes détenues.

L'investissement de la lutte contre l'encellulement individuel par les politiques de santé pourrait néanmoins apparaître problématique à certains égards. Pas tant parce qu'il s'agirait alors d'encourager des pratiques dérogatoires à la loi, voire illégales. Si le principe de l'encellulement individuel est inscrit dans la loi depuis 1875 (434), celle-ci peut être changée. Une proposition en ce sens a d'ailleurs été formulée par un rapport d'enquête parlementaire en 2022, qui indique que l'encellulement individuel « *ne correspond pas nécessairement aux réalités carcérales, que ce soit en termes de conditions de détention, souhaitées ou souhaitables, ou d'organisation des établissements pénitentiaires* » (435). De plus, le fait que l'Etat n'ait jamais respecté cette loi (435) nous invite à considérer la loi comme une norme relative.

Du point de vue de la santé publique, le caractère problématique de cette mesure tient davantage aux mécanismes qui semblent expliquer l'association entre encellulement individuel et suicide. D'après les éléments exposés au Chapitre 3 (IV.D.4.), c'est essentiellement l'intimité qui expliquerait cette association : si on se suicide plus en cellule individuelle, c'est, a priori et en moyenne, non pas parce qu'on s'y sent moins bien, mais parce que celle-ci permet un semblant

de vie privée et rend par conséquent la mort volontaire plus accessible. Recommander la réduction de l'encellulement individuel, c'est donc promouvoir la promiscuité. La promotion de la promiscuité peut-elle être une politique de santé publique ?

Ce questionnement concerne aussi bien la réduction de l'encellulement individuel comme principe général que les pratiques de doublement cellulaire ciblées sur les personnes à risque de suicide. Cette interrogation et le mécanisme explicatif du risque de suicide sur laquelle elle s'appuie peuvent être modulés, nuancés par différents éléments de contexte. Elles dépendent, entre autres, de l'accord des personnes à risque de suicide pour introduire une ou plusieurs autres personnes dans leur pièce de vie, ou pour déménager chez les codétenu-es en question ; de l'accord, voire du caractère volontaire des codétenu-es pour cohabiter avec des personnes à risque de suicide ; des capacités de ces codétenu-es à apporter leur aide, notamment en lien avec leurs « qualités humaines » et leurs propres difficultés en partie inhérentes à leur condition de prisonnier-ère ; ou encore de l'adéquation des capacités de la pièce de vie avec le nombre d'occupant-es. Cette adéquation dépend du nombre de places théorique de la cellule, mais également de son agencement interne. Par exemple, la cohabitation est moins compliquée lorsqu'il existe un dispositif de séparation des toilettes du reste de la pièce de vie. La situation des codétenu-es dans le doublement cellulaire pour risque suicidaire est elle aussi problématique, dans la mesure où on leur transfère une partie de la responsabilité de la prévention du suicide, d'autant plus que leur libre participation à cette prévention peut être interrogée dans un lieu où ces personnes sont retenues contre leur gré.

Ce questionnement relatif à l'encellulement individuel peut être transposé en partie à la situation de la surpopulation carcérale, du fait de son effet modulateur sur l'encellulement individuel : en moyenne, plus il y a de surpopulation, moins il y a de personnes seules en cellule. Rappelons qu'en France, en juin 2024, en moyenne 126 personnes étaient incarcérées pour 100 places (39). Dans le cadre de la question posée, le cas de la surpopulation carcérale se distingue cependant de l'encellulement individuel principalement sur deux points (voir [Chapitre 3, IV.D.5.](#)) : 1) d'une part, la littérature scientifique impute explicitement à la surpopulation carcérale un effet négatif sur la santé mentale des personnes détenues, médiée par la dégradation générale des conditions de détention ; 2) d'autre part, les résultats de la littérature sont variables mais convergent plus ou moins vers l'idée qu'il n'y a globalement pas d'association statistique indépendante entre surpopulation carcérale et suicide. Les résultats présentés dans ce manuscrit sont conformes à cette tendance, si l'on met de côté l'interaction observée entre la surpopulation et le stade d'incarcération, qui est un résultat fragile qui doit être reproduit et consolidé. Les

politiques de prévention du suicide devraient-elles se désintéresser de la surpopulation carcérale, au motif que la détresse psychique provoquée par la dégradation des conditions de détention est compensée par la promiscuité induite par le surpeuplement des cellules, restreignant ainsi les opportunités de passage à l'acte suicidaire ?

Le raisonnement peut être poussé plus loin. Certains résultats suggèrent qu'à des niveaux élevés de surpopulation, celle-ci pourrait être « protectrice » pour le suicide, sans doute parce que la réduction du risque suicidaire liée à la promiscuité surpasse l'augmentation du risque liée à la dégradation des conditions de détention. Des études d'évolution temporelle ont montré qu'en France, qui est l'un des pays d'Europe avec la surpopulation carcérale la plus élevée (296), le taux de suicide variait en sens inverse du niveau de surpopulation (124,134). En Amérique latine, où la densité carcérale moyenne est proche de 190%, le taux de suicide est significativement plus bas dans les pays avec la surpopulation la plus élevée (133). Ces résultats ne sont pas assez solides pour donner lieu à des recommandations, mais ils sont suffisants pour s'interroger : pourrait-on imaginer recommander la surpopulation carcérale dans le cadre de la prévention du suicide ? Evidemment, on se heurterait au même problème de légalité que pour l'encellulement individuel. Surtout, il y aurait quelque chose de cynique, d'indigne, à organiser une dégradation des conditions de détention et des conditions de travail des personnels. Sans compter le caractère absurde de planifier, notamment sur le plan architectural, l'inadéquation entre le nombre de places et le nombre de personnes incarcérées. Mais ces considérations nous emmènent trop loin. La question initiale étant celle de la prévention du suicide, formuler de tels arguments ne suppose-t-il pas que l'on ait déjà acté la conformité de la promotion de la surpopulation carcérale avec les principes de la prévention du suicide ? Or, c'est précisément cette conformité que je souhaite interroger : peut-on mener une politique sanitaire de prévention du suicide au détriment de la santé mentale des personnes ciblées ?

Ce questionnement est aussi applicable, de manière plus concrète, à une partie du dispositif de prévention du suicide des personnes détenues actuellement mis en œuvre par l'administration pénitentiaire. On peut penser notamment au doublement cellulaire ciblé sur les personnes à risque suicidaire, évoqué plus haut, mais aussi à la surveillance « adaptée », qui est la mesure de prévention du suicide des personnes détenues la plus courante. On a vu en Introduction générale que les rapports d'évaluation et d'inspection de la prévention du suicide de 2021 reprochent à la surveillance « adaptée » de fréquemment dégrader la santé mentale des personnes à risque de suicide, dans la mesure où la consigner de s'assurer à intervalles rapprochées qu'elles sont toujours en vie conduit à les réveiller régulièrement la nuit (241,242)

(I.E.2.b.i.). Ces mesures peuvent être problématisées en termes d'efficacité ; c'est-à-dire, dans le cadre de leur mise en œuvre, en termes de capacité effective à remplir des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicides. Elles peuvent également être problématisées, dans leur principe, en terme de conformité avec les objectifs qui sous-tendent la prévention du suicide des personnes détenues.

L'objectif de ce chapitre est non seulement de s'interroger ce que prévenir le suicide veut dire, notamment à travers la question de son rapport à la santé mentale, mais aussi d'interroger les spécificités de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. La première partie propose de documenter les objectifs généraux qui sous-tendent la prévention du suicide, en s'appuyant notamment sur une distinction entre deux représentations courantes du suicide en santé : 1) le suicide comme cause de décès et 2) le suicide comme indicateur de santé mentale. La seconde partie interroge quant à elle les formes que peut prendre la prévention du suicide des personnes détenues, notamment à la lumière des fonctions sociales de la prison.

V.B. Les objectifs généraux de la prévention du suicide

La question des objectifs qui sous-tendent la prévention du suicide est complexe. Elle est abordée dans cette partie par la distinction entre deux représentations du suicide : le suicide comme cause de décès et le suicide comme indicateur de santé mentale. Les justifications à la prévention du suicide rapportées dans la littérature scientifique et dans la littérature grise sont ensuite présentées de manière spécifique pour chacune des deux représentations.

V.B.1. Le suicide entre cause de décès et indicateur de santé mentale

V.B.1.a. Le suicide comme cause de décès

Si on place sur une échelle temporelle le suicide au temps 0, alors la conception du suicide en tant que cause de décès témoigne d'une posture tournée vers le futur, dans la mesure où on s'inquiète des conséquences de ce suicide pour l'individu, pour ses proches ainsi que pour la société tout entière. Le suicide tient lieu de prologue, et la principale question qu'il suscite est celle de son impact sur le monde dans lequel on vit.

V.B.2.b. Le suicide comme indicateur de santé mentale

Sur la même échelle temporelle, la conception du suicide en tant qu'indicateur de santé mentale consiste à se tourner vers le passé, dans la mesure où on s'inquiète de l'état de santé mentale que présentait l'individu avant son décès et de la population dans laquelle il évoluait. A l'échelle individuelle, le suicide tient lieu d'épilogue. Il est un des indicateurs qui permettent de témoigner d'une santé mentale dégradée, et c'est cette question de la santé mentale que le suicide interroge.

Que recouvre cette notion de santé mentale ? D'après l'épidémiologiste M. Melchior, la santé mentale ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle (436). Il s'agit d'un mot « valise ». On pourrait dire, grossièrement, qu'il s'agit de la notion convoquée par la question courante « comment ça va ? », quand on la prend dans son sens littéral et pas uniquement comme une formule de politesse.

La santé mentale peut être conçue à la fois comme 1) une grandeur continue et 2) une situation de référence. Rappelons la formule du sociologue M. Halbwachs « *le nombre des suicides peut être considéré comme une sorte d'indication thermométrique qui nous renseigne sur l'état des mœurs, sur la température morale d'un groupe* » (119). Ainsi, à l'échelle d'une population, si les suicides étaient un thermomètre, la santé mentale serait la température et en ce sens une grandeur continue qui peut varier à la hausse ou à la baisse. On peut être en plus ou moins bonne santé mentale. En tant qu'indicateur, c'est-à-dire en tant que mesure indirecte, le suicide reflète imparfaitement la santé mentale et celle-ci peut être approchée d'autres manières, via les autres conduites suicidaires, mais aussi plus directement à l'aide de questionnaires qui recherchent la présence de symptômes anxieux et dépressifs, mais aussi et de plus en plus, d'émotions positives, et qui les compilent sous la forme de scores (436).

Pour reprendre l'image du thermomètre, la conception de la santé mentale comme une situation de référence correspondrait à la température la plus favorable possible : elle décrit l'état de santé mentale idéal. Cette référence se présente comme un objectif vers lequel les politiques de santé doivent tendre. C'est la conception qu'on retrouve dans la définition de la santé mentale selon l'OMS : « *un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.* » (437). Cette définition insiste d'une part sur le fait que la santé mentale ne consiste pas seulement dans l'absence de maladie mais aussi dans la présence de manifestations positives, ce qui lui vaut le qualificatif de santé mentale « positive », et d'autre part sur les implications fonctionnelles de cette santé mentale, qui doit être suffisamment bonne pour nous permettre de réaliser un certain nombre de choses.

Malgré ces précisions, le concept de santé mentale reste assez vaste et flou. Le suicide n'a probablement pas vocation à balayer toute la santé mentale mais à rendre compte de certains de ses aspects. L'expression « indicateur de santé mentale » renvoie au champ lexical de l'épidémiologie. Néanmoins, en dehors de cette discipline, lorsqu'on se réfère à la santé mentale, s'agissant du suicide, le terme le plus fréquemment rencontré est celui de « souffrance ». Le suicide, en tant qu'indicateur de santé mentale, parle de souffrance.

Cette réflexion sur le suicide en tant qu'indicateur de santé mentale inclut les personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique – sans non plus s'y restreindre – dans la mesure où on peut trouver dans la souffrance, a minima, une zone de recoupement entre la santé mentale et les troubles psychiatriques. Le psychiatre C. Canetti indique à ce propos que « *la maladie mentale, c'est avant tout une souffrance de l'individu* » (438).

V.B.2.c Implications pour la prévention du suicide

Aux deux représentations du suicide 1) comme cause de décès et 2) comme indicateur de santé mentale, on peut faire correspondre respectivement deux approches de la prévention du suicide qu'on peut distinguer par leur objectif : 1) la réduction du nombre de décès par suicide ; 2) l'amélioration de la santé mentale des personnes susceptibles de présenter des conduites suicidaires.

Prévenir les décès par suicide, c'est prévenir « *l'acte de se donner délibérément la mort* » (4). C'est éviter des morts potentiellement violentes et prématurées. C'est prolonger la vie. Il s'agit de prévenir les impacts négatifs des suicides pour les individus et pour la société tout entière. Cette approche, qui s'oppose à l'acte « *délibéré* » de l'individu, est régulièrement problématisée en termes de liberté. A titre d'exemple, l'ONS écrit que : « *tout un chacun peut être amené à penser que le suicide est une possibilité laissée à tous, résultat du choix réfléchi d'un individu libre* » (119)¹³². Par ailleurs, le chercheur en droit G. Nicolas estime que prévenir les décès par suicide est un acte d'imposition de la vie qui s'inscrit dans le cadre de l'exercice d'un biopouvoir, notion empruntée au philosophe M. Foucault (439). Selon G. Nicolas, « *ce pouvoir moderne prend en compte la vie, entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles et des régulations* » (439) et s'exerce contre la liberté de chacun.

La représentation de la prévention du suicide comme amélioration de la santé mentale considère quant à elle « *que le suicide n'est en réalité que la marque d'une grande souffrance qui nécessite une écoute préventive* » (119)¹³³, pour reprendre à nouveau les termes de l'ONS. La personne suicidaire est considérée avant tout comme une personne souffrante, et cette souffrance doit être prévenue, soulagée, accompagnée.

Ces deux approches de la prévention du suicide sont étroitement liées. Ce lien peut notamment être décrit en termes d'inversion de la fin et des moyens. La santé mentale est un déterminant majeur des décès par suicide, ce qui en fait un levier d'action incontournable de la prévention de ces décès. De ce point de vue, la santé mentale est donc un moyen au service d'une fin qui est la prévention des décès par suicide. La réciproque est vraie, même si c'est dans un sens plus restreint, dans la mesure où la prise en charge de la souffrance peut d'abord nécessiter des mesures destinées à maintenir la personne en vie, qu'il s'agisse des soins de réanimation délivrés dans les suites immédiates d'une tentative de suicide grave ou de mesures de lutte contre l'accessibilité et l'acceptabilité de la mort volontaire pendant une crise suicidaire. Cette

¹³² Page 51

¹³³ Page 51

situation d'interdépendance entre santé mentale et décès par suicide peut également être décrite en termes de bénéfices secondaires. D'un côté, les actions de prévention des décès par suicide qui agissent par le biais de la santé mentale permettent par la même occasion d'améliorer la santé mentale. De l'autre, les actions de prévention et de prise en charge de la souffrance permettent généralement par la même occasion de diminuer les décès par suicide.

Si ces deux manières d'envisager la prévention du suicide peuvent se fondre l'une dans l'autre dans un grand nombre de cas, elles ne pointent pas toujours dans la même direction. A cet égard, la question, formulée en introduction du chapitre, de savoir s'il est possible de prévenir le suicide au détriment de la santé mentale n'obtient pas la même réponse. Si la prévention du suicide est une politique de lutte contre la souffrance menée auprès des personnes avec des conduites suicidaires, alors prévenir le suicide au détriment de la santé mentale est impossible car il s'agit d'un contresens, la politique de prévention du suicide n'étant pas définie en dehors de la santé mentale.

Par contre, si la prévention du suicide est une politique de réduction des décès par suicide, de prolongement des vies, alors celle-ci peut tout à fait être menée au détriment de la santé mentale des personnes à risque de suicide. Cette position autorise « *à les empêcher de vivre pour les empêcher de mourir* » (440), selon les termes du psychiatre P. Lamothe. Bien sûr, dégrader la santé mentale reste problématique mais on peut l'appréhender comme un effet secondaire, indésirable, de la politique de prévention du suicide, de la même manière que les médicaments peuvent avoir des effets indésirables. La question de savoir si une mesure néfaste pour la santé mentale en vaudrait la peine pourrait alors être tranchée par le calcul d'une balance bénéfique/risque, qui opposerait le bénéfice des vies sauvées aux effets délétères pour la santé mentale.

Pour donner à ces considérations un caractère plus concret, on peut essayer de situer les positions exprimées par les principaux programmes nationaux de prévention du suicide en France (cf. Introduction générale, I.E.2.b.) par rapport à ces deux conceptions de la prévention du suicide. Commençons par la stratégie nationale d'actions face au suicide pour la période 2000 à 2005. Elle s'était donnée pour objectif « *de pouvoir apporter une réponse à la souffrance psychique des suicidants, de développer des actions d'accompagnements des jeunes et de leurs familles, d'améliorer la qualité des soins, enfin de mieux coordonner les efforts de nombreux acteurs sur ce thème* » (108). Cette première conception, formulée par le ministère de l'emploi et de la solidarité ainsi que par le secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés, semble orientée

vers l'amélioration de la santé mentale des personnes qui présentent ou qui pourraient présenter des conduites suicidaires.

Si on s'intéresse ensuite au programme national d'actions contre le suicide pour la période 2011-2014, celui-ci indique que les actions de prévention « *ne visent d'ailleurs pas seulement à empêcher le geste suicidaire, mais, plus en amont, à limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus, voire, à développer des compétences psychosociales spécifiques* » (79). A mon sens, les six ministères qui ont signé ce programme portent une conception hybride de la prévention du suicide, qui relève à la fois de la lutte contre la souffrance et de la prévention des décès.

Quant à la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018, elle ne spécifie pas l'objectif de la prévention du suicide, mais on peut le déduire à partir des enjeux présentés : « *pour chaque décès par suicide, ce sont 7 personnes qui sont significativement impactées et 26 personnes endeuillées. Le coût sociétal d'un suicide est de 350 000 euros et le coût sanitaire d'une tentative de suicide de 5000 à 15 000 euros* » (219). Les justifications à la prévention du suicide portent sur ses conséquences et de ce fait invitent le lecteur à appréhender la prévention du suicide comme la prévention de morts violentes et prématurées.

S'agissant de la prévention du suicide des personnes détenues, le ministère de la justice a connu une évolution similaire à celle observée pour les autorités sanitaires, quoique de manière un peu anticipée dans le temps. Le rapport Zientara de 1996 indiquait qu'« *une politique de prévention n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie. [...] Le sens ultime d'une politique de prévention doit dès lors constituer à faire de la prison "un lieu de vie"* » (75). On peut raisonnablement associer cette position, exprimée dans le répertoire lexical du droit, à une conception de la prévention du suicide comme lutte contre la souffrance. Le ministère de la justice a repris mot pour mot au moins la première phrase dans une circulaire sur la prévention du suicide des personnes détenues publiée en 1998 (60,441).

Le rapport Terra de 2003 se positionne un peu différemment. Il critique le rapport Zientara dans les termes suivants : « *les auteurs du rapport semblent veiller essentiellement à ce que la prison ne détériore pas la qualité de vie de la personne détenue et négligent les facteurs de risque du suicide. De ce fait leur position est un plaidoyer pour humaniser la prison et dénoncer les mesures de surveillance intensive des détenus suicidaires. En aucun cas, ils n'évoquent ici les*

éléments d'une politique de prévention du suicide » (76). Le rapport Terra souhaite se distinguer du rapport Zientara en faisant notamment une place plus importante aux « *mesures de protection et de surveillance* » (76), c'est-à-dire aux mesures de lutte contre l'accessibilité du suicide. Sa première recommandation est de « *viser une réduction de 20 % en 5 ans du nombre de personnes détenues décédées par suicide* » (76), ce qui oriente la politique de prévention du suicide vers une politique de prévention des décès par suicide. Cette recommandation est suivie l'année suivante d'une note du directeur de l'administration pénitentiaire qui reprend cet objectif de réduction de 20% des suicides en 5 ans (29).

Si je n'ai pas identifié de positionnement explicite du rapport Albrand de 2009 sur cette question (77), le Plan d'actions de la garde des sceaux qui lui fait suite et qui fait toujours référence aujourd'hui s'inscrit dans la continuité de la note de 2004, dans une politique de prévention des décès (78). En effet, il indique que la prévention du suicide consiste à « *réduire le nombre de suicides au sein des établissements pénitentiaires* », en « *la préservation de la vie des personnes qui nous sont confiées* » ou encore à « *sauver des vies* » (78). Ainsi, à la question de savoir s'il est possible de prévenir le suicide des personnes détenues au détriment de leur santé mentale, on pourrait répondre avec les autorités judiciaires qu'entre 1998 et 2004, ce n'était pas possible, mais que depuis 2004, ça l'est devenu.

Au total, il est possible de porter différents regards sur le suicide, qui ont des implications sur la détermination des objectifs de la prévention du suicide. A la question de savoir ce que prévenir le suicide veut dire, j'ai distingué deux réponses : 1) empêcher la mort ; 2) soulager la souffrance. Ces réponses appellent d'autres questions : pour quelles raisons devrait-on empêcher la mort et soulager la souffrance ?

V.B.2. Les fondements de la prévention du suicide

Les pages qui suivent rassemblent différentes justifications à la prévention du suicide relevées dans la littérature scientifique et dans la littérature grise, en population générale, à l'intérieur et en dehors du champ de la santé, historiques et contemporaines, officielles et officieuses. Elles se divisent en : 1) les justifications à l'empêchement de la mort volontaire ; 2) les justifications à la lutte contre la souffrance. La réflexion menée se concentre sur la situation française et ne prétend ni à l'exhaustivité, ni à l'universalisme.

V.B.2.a. Les justifications à l'empêchement de la mort volontaire

Rappelons la célèbre formule de l'écrivain et philosophe A. Camus : « *il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie* » (442). Empêcher la mort, c'est juger que la vie vaut la peine d'être vécue, et si A. Camus semble d'abord poser la question de manière réflexive, c'est-à-dire par rapport au suicide de soi-même, la prévention du suicide répond aussi et même d'abord à la question du suicide d'autrui. La question des justifications à l'empêchement de la mort volontaire peut ainsi être reformulée dans les termes d'A. Camus : au nom de quoi juge-t-on que la vie d'autrui vaut la peine d'être vécue ?

Le médecin légiste M. Debout indique que « *le suicide, inscrit dans l'histoire des hommes depuis le commencement de l'humanité, a toujours dérangé : il questionne le sens de la vie, de la relation aux autres et il interroge la médecine* » (107). Le philosophe S. Karsz rapporte quant à lui qu'en cas de suicide, « *ce sont alors les proches, les professionnels, les médias, des institutions, une certaine opinion publique... qui ont des problèmes, vivent de fortes inquiétudes, voient leurs convictions religieuses et morales ébranlées* » (443). Par ailleurs, d'après l'OMS, ses conséquences sont nombreuses : « *le fardeau du suicide ne pèse pas seulement sur le secteur de la santé ; ses répercussions sont multiples sur bon nombre de secteurs et sur la société en général* » (4). Il semble donc que les raisons ne manquent pas pour souhaiter que les autres restent en vie.

Traduire ce souhait en action de prévention suppose qu'on considère qu'il est légitime de décider de la vie des autres. Cette décision peut elle aussi être problématisée : au nom de quoi juge-t-on pouvoir décider de la vie d'autrui ?

Dans les pages qui suivent, je rendrai compte de quelques arguments utilisés pour légitimer la prise de décision sur la vie d'autrui puis de différentes justifications à l'empêchement de la mort volontaire. Ces dernières peuvent toutes, d'une manière ou d'une autre, être ramenées plus ou moins directement à des considérations morales. Je propose néanmoins, pour les besoins de l'analyse, de distinguer quatre types de justification : 1) les justifications morales et religieuses ; 2) les justifications liées à l'ordre public et au contrat social ; 3) les justifications économiques ; 4) les justifications légales et réglementaires.

V.B.2.a.i. Décider pour autrui

On reconnaît aujourd'hui aux individus un certain droit à mener leur vie comme ils l'entendent, en se référant à des notions comme la liberté ou l'autonomie. En matière de santé, on peut trouver une traduction de ce principe dans l'article L1111-4 du Code de la santé publique : *« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »* (444). Dans ces conditions, la prise de décision pour la vie d'autrui peut trouver des justifications dans : 1) l'altération des facultés mentales ; 2) l'ambivalence de la volonté de mourir ; 3) l'urgence vitale.

La justification de la prise de décision pour autrui par l'altération des facultés mentales repose sur l'idée que celle-ci disqualifie l'exercice de la volonté et de l'autonomie. Selon la chercheuse en droit M. Girer, *« le droit français s'attache à ne faire produire des effets juridiques qu'à une volonté librement exprimée, sans contrainte (une utopie ?) »* (445). Or, *« lorsque le geste suicidaire est guidé par une volonté altérée par un trouble mental, un handicap, une maladie, voire une désorientation passagère, il ne peut être considéré comme issu d'une volonté libre »* (445). De même, le chercheur en droit G. Nicolas estime que *« la volonté du souffrant est [...] aliénée »* (439). Le chercheur en droit B. Kresse rapporte quant à lui la position du Tribunal constitutionnel fédéral allemand, selon lequel *« le désir de mourir est souvent motivé par des idées fausses sur sa propre situation et sur les alternatives existantes »* (446). D'après ces auteurs, les personnes suicidaires sont donc des personnes diminuées dans leur autonomie, qui n'ont pas la capacité de prendre des décisions par elles-mêmes. La question de savoir si cette altération des facultés mentales concerne toutes les personnes avec des conduites suicidaires peut se poser. D'après la chercheuse en droit F. Dronneau, chez un certain nombre d'auteurs, *« une distinction entre deux types de suicide est alors communément admise : le suicide conscient ou volontaire et le suicide inconscient ou involontaire. Le premier correspond à un acte provenant d'une volonté délibérée, tandis que pour le second, il s'agit d'un suicide subi où l'individu n'est plus en possession de ses facultés de discernement »* (447). Par ailleurs, la chercheuse en sciences sociales S. MacDonald et al retiennent d'une revue de la littérature sur les expériences de prise en charge hospitalière des patients après un geste auto-agressif que ceux-ci peuvent s'inscrire dans une démarche rationnelle et adaptative (448).

L'ambivalence de la volonté de mourir est une deuxième justification à la prise de décision pour autrui. Elle peut être illustrée par la lettre de suicide d'une personne décédée après avoir sauté du pont du Golden Gate en Californie en 1963, retrouvée par le psychiatre J. Motto et bien connue des acteurs de la prévention du suicide : « *je vais marcher jusqu'au pont. Si une personne me sourit en chemin, je ne sauterai pas* »¹³⁴ (449). Il est difficile de se faire une idée de la fréquence de cette ambivalence chez les personnes décédées. Pour ce qui est des tentatives de suicide, une étude représentative de la population générale française menée par SpF indique qu'en 2021, parmi les personnes de 18 à 75 ans ayant déclaré une ou plusieurs tentatives de suicides, pour ce qui est de la dernière, 32% avaient déclaré être décidées à mourir, 15% qu'elles souhaitaient vraiment mourir mais savaient que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace et 53% ont déclaré qu'il s'agissait d'un appel à l'aide (450). Les réponses proposées dans le questionnaire de l'enquête sont calibrées pour distinguer les personnes selon la présence ou l'absence d'intention suicidaire et ne permettent pas de mesurer l'ambivalence propre à chaque personne. Cette étude permet néanmoins de souligner qu'une franche volonté de mourir peut être écartée pour une part importante de ce qui se présente comme des tentatives de suicide. Au total, l'argument de l'ambivalence redéfinit les termes du problème en indiquant que l'autonomie de la personne à risque de suicide n'est en réalité pas bafouée, puisque celle-ci souhaite également vivre. L'empêchement de la mort volontaire respecte l'autonomie de la personne en ce qu'il répond à sa volonté de vivre.

L'urgence vitale est une situation particulière caractérisée par un risque de décès élevé à court terme, qui pourrait être évité par la mise en place de soins de réanimation. D'après l'orthopédiste et philosophe M. Caillol, cette situation rend le consentement caduc (451), ce qu'il justifie par l'article 16-3 du Code civil : « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* » (452). M. Caillol précise ensuite que l'urgence vitale « *ne pose pas de dilemme éthique majeur puisque que la réponse est pratiquement toujours évidente : le soignant doit sauver les personnes sauvables. Ainsi dans le cas même où l'urgence vitale serait liée à un acte suicidaire, le médecin ne peut raisonnablement ni prendre le temps d'analyser la situation extra médicale ni, si par extraordinaire il avait ce temps, de décider arbitrairement de ne pas sauver ce malade* » (451). Les réflexions autour de l'autonomie et du consentement nécessitent des conditions qui ne sont généralement pas remplies dans le cas de l'urgence vitale et les soins de réanimation sont un préalable à toute prise de décision ultérieure.

¹³⁴ Traduction libre de : « *I'm going to walk to the bridge. If one person smiles at me on the way, I will not jump* »

Au total, différents arguments peuvent légitimer la prise de décision pour la vie d'autrui. Ils sont valables que cette prise de décision soit une fin en soi ou un moyen au service d'une autre fin. L'argument de l'ambivalence et celui de l'urgence vitale permettent d'aller au-delà d'un simple droit à la prise de décision. Ils indiquent quelle décision prendre : empêcher la mort, ou sauver des vies. Ils fournissent même un argument en faveur de cette décision : la demande de la personne, supposée ou confirmée. En effet, l'ambivalence implique une volonté de vivre, tandis que l'urgence vitale ne permet généralement pas l'évaluation de l'intention suicidaire et peut concerner des personnes qui souhaitent vivre. Sauver des personnes qui peuvent vouloir mourir est moins irréversible que laisser mourir des personnes qui peuvent vouloir vivre, donc, avant même de se poser la question de savoir ce qu'il convient de faire pour les personnes qui souhaitent mourir, en situation d'incertitude, il vaut mieux sauver tout le monde.

Pour terminer, on peut se demander si cette problématisation en termes de volonté de vivre et plus largement en question de vie ou de mort ne relèverait pas plus d'une construction par les acteurs de la prévention que du discours des personnes à risque de suicide. On peut faire l'hypothèse que si cette problématisation en termes de vie ou de mort rejaille avec autant de force dans le discours de certains acteurs de la prévention, c'est peut-être parce que la prévention du suicide trouve aussi des justifications au sein de principes étrangers à la volonté de la personne souffrante. Ce sont ces principes dont je vais maintenant essayer de rendre compte.

V.B.2.a.ii. Justification morales et religieuses

Les justifications morales et religieuses à l'empêchement de la mort volontaire reposent en grande partie sur le caractère sacré de la personne humaine. D'après l'analyse qu'en propose le sociologue E. Durkheim, la sacralisation de l'individu à l'origine de la réprobation morale du suicide en Occident se présente à la fois comme une propriété des sociétés individualistes et comme un héritage chrétien. En effet, la réprobation du suicide « *prend plus de force à mesure que les droits de l'individu se développent en face de ceux de l'Etat. Si donc elle est devenue si formelle et si sévère dans les sociétés chrétiennes, la cause de ce changement doit se trouver, non dans la notion que ces peuples ont de l'Etat, mais dans la conception nouvelle qu'ils se sont faites de la personne humaine. Elle est devenue à leurs yeux une chose sacrée et même la chose sacrée par excellence, sur laquelle nul ne peut porter les mains. Sans doute, sous le régime de la cité, l'individu n'avait déjà plus une existence aussi effacée que dans les peuplades*

primitives. On lui reconnaissait dès lors une valeur sociale ; mais on considérait que cette valeur appartenait toute à l'Etat. La cité pouvait donc disposer librement de lui sans qu'il eût sur lui-même les mêmes droits. Mais aujourd'hui, il a acquis une sorte de dignité qui le met au-dessus et de lui-même et de la société. Tant qu'il n'a pas démerité et perdu par sa conduite ses titres d'homme, il nous paraît participer en quelque manière à cette nature sui generis que toute religion prête à ses dieux et qui les rend intangibles à tout ce qui est mortel. Il s'est empreint de religiosité ; l'homme est devenu un dieu pour les hommes » (7)¹³⁵.

La religion chrétienne n'a pas toujours condamné le suicide. L'historien G. Minois rapporte en effet que le suicide n'est condamné ni dans l'Ancien Testament ni dans le Nouveau Testament, et que jusqu'au V^e siècle après J.C., les textes religieux étaient ambigus à ce sujet, notamment en lien avec la valorisation des martyrs sur le modèle de Jésus Christ (83)¹³⁶.

La doctrine chrétienne sur le suicide s'est stabilisée avec la publication de *La Cité de Dieu*, une œuvre très influente publiée par l'évêque Saint Augustin dans les années 410 après J.C (209,210). Le contexte était celui du saccage de Rome par les Wisigoths. D'après le philosophe M. Cornu, Saint-Augustin « *doit faire face à l'hérésie des donatistes, secte chrétienne et guerrière qui admet le suicide. Il doit surtout lutter contre les stoïciens qui rendent le christianisme et sa morale d'esclaves [...] responsable de la décadence de Rome* » (209). Saint Augustin a fermement condamné le suicide, qu'il considérait comme le plus grave des péchés. Sa principale justification s'appuyait sur une interprétation personnelle des Dix Commandements qui se trouvent dans l'Ancien Testament et qui rapportent un ensemble d'instructions morales et religieuses reçues directement de Dieu par Moïse au mont Sinaï. Il a estimé que le commandement divin « *tu ne tueras point* » s'appliquait également au suicide, dans la mesure où le suicide est un meurtre de soi-même. L'historien U. Brunn note que les « *vrais martyrs* », c'est-à-dire les morts volontaires de personnes chrétiennes, pour une cause juste, suite à une persécution injuste et sur ordre de Dieu, échappent à cette classification du suicide en homicide par Saint-Augustin (210). En revanche, « *toute mort volontaire accomplie en dehors de l'Eglise catholique devient [...] un homicide accompli dans la fureur diabolique* » (210). M. Cornu relève que Saint Augustin admet également, parmi les dérogations à ce commandement divin, la peine de mort et la guerre (209).

L'œuvre de Saint Augustin a traversé les siècles et reste aujourd'hui très influente dans la conception chrétienne du suicide. Le suicide est un homicide, l'homicide est un péché, et les

¹³⁵ Page 396

¹³⁶ Pages 28-38

pêcheurs iront en enfer. La principale mission de l’Eglise chrétienne est d’assurer le salut des fidèles : elle se doit donc de prévenir le suicide (210).

Saint Thomas d’Aquin a également traité du suicide dans sa *Somme théologique* au XIII^e siècle. D’après G. Minois, il justifie l’interdiction du suicide pour trois raisons fondamentales : «

- *il est un attentat contre la nature et contre la charité, puisqu’il contredit l’inclination naturelle à vivre et le devoir de nous aimer nous-mêmes ;*
- *il est un attentat contre la société, car nous faisons partie d’une communauté où nous avons un rôle à jouer ;*
- *il est un attentat contre Dieu, qui est propriétaire de notre vie » (83)¹³⁷.*

Sa condamnation morale du suicide ne repose pas uniquement sur des considérations religieuses. Il invoque également la nature et nos devoirs envers la société (ce dernier point sera discuté plus loin). Si les sanctions de l’Eglise contre le suicide ont été supprimées du Code canonique en 1983, ces arguments restent aujourd’hui enseignés dans le catéchisme de l’Eglise catholique (453). Cependant, pour la période la plus récente, l’interdiction du suicide semble prendre une importance variable selon les différents courants de pensée de l’Eglise, qui semble porter une attention de plus en plus grande à la détresse psychique des individus concernés.

On peut dire rapidement quelques mots sur la position des autres religions les plus représentées en France aujourd’hui. D’après le médecin anesthésiste-réanimateur O. Jonquet, le suicide est explicitement et fermement condamné dans le Coran (sourate 4 verset 29) (453). Néanmoins, il indique qu’en islam, il n’y a pas de magistère et que la parole est éclatée en différentes écoles, qui peuvent aujourd’hui porter des regards différents sur le suicide. Concernant la religion juive, d’après O. Jonquet, la Torah ne présente pas de position explicite sur le suicide. En revanche, le traité de Talmud de Babylone, un texte sacré qui daterait du VI^e siècle, refuse les soins rituels du corps et la sépulture aux personnes décédées par suicide, assimilées à des criminels, avec des exceptions (453).

Une autre contribution importante à la justification morale de l’empêchement de la mort volontaire des individus peut être trouvée dans l’œuvre du philosophe allemand E. Kant, publiée à la fin du XVIII^e siècle. D’après l’analyse qu’en propose le chercheur en droit A. Verhassel, E. Kant étudie le suicide « *dans un cadre strictement moral, au sens d’une doctrine qui enseigne*

¹³⁷ Page 45

« comment nous rendre digne du bonheur » » (454). D'après A. Verhassel, si E. Kant juge le suicide moralement condamnable, c'est d'abord parce que le suicide nie l'idée d'humanité. E. Kant consacre une valeur absolue aux êtres humains, qui doivent être considérés comme une fin, et non comme un moyen. Or, selon la perspective kantienne, se suicider, c'est considérer la personne humaine comme un moyen, et c'est par conséquent nier son humanité. Ainsi, le suicide ne respecte pas la dignité de la personne humaine et par l'exemple qu'il donne, le suicide équivaut à « abaisser l'humanité en sa propre personne » (455).

Si E. Kant juge le suicide moralement condamnable, d'après A. Verhassel, c'est ensuite parce qu'il contrevient au devoir absolu de conservation de soi. Il reprend en cela un des arguments de Saint Thomas d'Aquin : « il est un attentat contre la nature et contre la charité » (83). E. Kant distingue dans la personne humaine ce qui relève de la raison et de la liberté – le noumène, et ce qui relève de la sensibilité et des désirs – le phénomène. Le noumène est la condition d'être de la moralité, qui doit respecter un certain nombre de règles et les imposer au phénomène : « en tant qu'il est rationnel l'homme se donne lui-même la loi morale et s'y soumet librement, et en tant qu'il est sensible cette soumission va s'imposer à lui comme une contrainte faisant obstacle aux désirs » (454). Le suicide peut être vu comme un débordement du noumène (rationnel) par le phénomène (sensible). Il s'agirait d'un geste irrationnel et moralement condamnable car il s'affranchit de la loi morale du noumène imposant le respect de soi.

Si les éléments présentés, issus principalement des *Fondements de la métaphysique des mœurs* et de la *Doctrine de la Vertu*, condamnent catégoriquement le suicide, E. Kant se montre plus nuancé ailleurs. D'après A. Verhassel, dans *Anthropologie*, Kant indique que le suicide qui résulterait d'un acte maladif est un acte de lâcheté quand la méthode est peu létale et un acte de courage quand elle est hautement létale. Dans *Doctrine de la Vertu*, il interprète les suicides de Caton et de Sénèque comme un acte de liberté face à une condamnation injuste. A Verhassel en conclue que si E. Kant condamne le suicide de manière générale, il admet le suicide quand il s'agit de la seule échappatoire, et que « le suicide n'est finalement un mal aux yeux de Kant qu'en tant que nous allions à l'encontre de la liberté en laissant notre part sensible prendre le dessus » (454).

La morale kantienne fait aujourd'hui partie des références invoquées par l'ONS pour justifier la prévention du suicide : « pour Emmanuel Kant, grand penseur d'une morale déontologique fondée sur l'autonomie du sujet, l'impératif pratique se traduit par une interdiction du suicide, qui reviendrait à considérer sa propre personne comme un moyen, et non comme une fin, et donc par une injonction à prévenir le suicide » (119). On peut également voir une influence de

la pensée kantienne dans l'interprétation que le chercheur en droit G. Nicolas fait du principe de dignité, inscrit dans la loi française, à partir de l'analyse d'une décision du Conseil constitutionnel. G. Nicolas indique que « *la protection de la vie est aussi une protection de l'individu contre lui-même afin de préserver la dignité des hommes qui, tous, doivent être égaux en dignité quelle que soit la « qualité » de leur vie. [...] Le suicide est, de la sorte, une atteinte à la dignité des hommes* » (439).

Une autre prise de position contemporaine qu'on peut également rattacher aux justifications morales de l'empêchement de la mort volontaire est celle de l'Ordre des médecins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins indique, en commentaire du code de déontologie médicale, que la prévention du suicide relève du respect de la vie humaine : « *le sens de l'activité médicale est de ramener à la vie ceux qui sont en danger. Le cas du sujet suicidaire n'est pas une exception. Le médecin se doit de le ramener à la vie par ses soins, même malgré lui. Le médecin ne peut d'aucune manière se faire le complice d'un suicide* » (456). La vie humaine se présente comme une valeur, une fin en soi, au nom de laquelle il faut maintenir les personnes en vie en toutes circonstances, à l'exception du maintien artificiel de la vie (article 37 du code de déontologie médicale). Par ailleurs, le positionnement moral relatif à l'acte suicidaire lui-même est ambigu : l'expression « en danger » tend à dépeindre les personnes à risque de suicide comme des victimes, tandis que le terme « complice » désigne indirectement le suicide comme un acte répréhensible.

Au total, les justifications morales et religieuses à l'empêchement de la mort volontaire s'appuient essentiellement sur le caractère sacré de la vie humaine. De ce point de vue, outre le décès lui-même, la caractéristique du décès par suicide qui semble la plus problématique est son caractère volontaire, qui porte atteinte au caractère sacré de la vie.

V.B.2.a.iii. Justifications liées à l'ordre public et au contrat social

En m'appuyant sur certains auteurs comme l'historien G. Minois (83), je propose de défendre ici le raisonnement suivant : le suicide est un trouble à l'ordre public, car il affaiblit, ou témoigne de l'affaiblissement, de la cohésion sociale, à travers la remise en cause du contrat social. Si, d'après le philosophe S. Champeau, le concept de « contrat social » est d'abord un outil de discussion de la légitimité des autorités politiques (457), ce que je propose ici d'en

retenir, c'est que les individus ont des devoirs envers la société et que cette dernière a en retour des devoirs envers les individus.

D'un côté, parmi les devoirs de l'individu figure, de manière plus ou moins explicite, formelle et contraignante, la participation au fonctionnement de la société. Par exemple, aujourd'hui en France, le site internet *Vie publique* indique que chaque citoyen-ne doit notamment : « *être loyal envers la communauté nationale et européenne [...] participer à la vie politique [...] faire preuve de solidarité sociale [...]* » (458). De l'autre côté, la société a le devoir d'apporter un certain nombre de sécurités aux individus. Par exemple la Constitution de la V^e République française « *proclame solennellement son attachement* » au préambule de la Constitution de 1946, laquelle proclame à son tour que « *la nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* » (459). Par ailleurs, à l'échelle internationale, la Déclaration universelle des droits de l'homme précise à son article 25 que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille* » (460).

Dans ce contexte, le suicide peut prendre deux significations différentes. La première correspond à l'abandon, par l'individu, de ses devoirs envers la société, ce qui fragilise la cohésion sociale. On peut en donner quelques illustrations. L'historien G. Minois indique que les autorités de l'Ancien Régime étaient hostiles au suicide car « *celui-ci menace tout l'organisme, en éliminant certains de ses membres et en répandant le doute, l'inquiétude, la contestation dans un corps social troublé* » (83)¹³⁸. Il rapporte également les propos du philosophe T. Hobbes sur le suicide (XVII^e siècle), selon lequel « *l'Etat ne peut tolérer la désertion de ses membres de la communauté civile qui, si elle était admise, risquerait de conduire à la désorganisation et à la ruine de l'ensemble* » (83)¹³⁹. Le *Dictionnaire de droit criminel* d'A. Morin de 1842, cité par le chercheur en droit P. Vielfaure, indiquait que le suicide était « *un attentat à l'ordre public, une violation des lois de la société dans la personne de l'un de ses membres* » (461). E. Durkheim estimait lui aussi que le suicide menace la cohésion sociale : « *l'homme qui se tue ne fait, dit-on, de tort qu'à soi-même et la société n'a pas à intervenir, en vertu du vieil axiome Volenti non fit injuria. C'est une erreur. La société est lésée, parce que le sentiment sur lequel reposent*

¹³⁸ Page 139

¹³⁹ Page 189

aujourd'hui ses maximes morales les plus respectées, et qui sert presque d'unique lien entre ses membres, est offensé » (7)¹⁴⁰.

On rencontre encore aujourd'hui des propos qui peuvent être associés à cet argument. Le médecin légiste M. Debout indique par exemple que le suicide d'une personne jeune a « *quelque chose qui relève de la trahison de l'ordre établi et des convenances sociales, qui en fait un acte insupportable* » (107)¹⁴¹, tandis que d'après le chercheur en droit G. Nicolas, le suicide est une « *rupture du contrat social avec l'entourage, professionnel ou familial* » (439). Au total, l'une des multiples facettes du suicide est celle de la « désertion » sociale, ce qui donne à l'empêchement de la mort volontaire le caractère d'un rappel à l'ordre des individus sur leurs devoirs envers la société, pour maintenir la cohésion sociale et pour la tranquillité d'esprit du plus grand nombre.

La deuxième signification que peut prendre le suicide au regard du contrat social est, à l'inverse, l'abandon de la personne décédée par la société et par ses représentants. Cette notion d'abandon peut être utilisée pour dénoncer la possibilité du geste suicidaire : permettre à une personne de s'ôter la vie porte atteinte au caractère sacré de la personne humaine. Cependant, c'est un autre aspect que je souhaite ici évoquer : celui du suicide comme témoignage d'une détresse et, par ce biais, comme reproche adressé à la société et à ses représentants de n'avoir pas apporté « *un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être* » (460).

Les travaux de G. Minois sont éclairants à ce propos. Il indique qu'en complément de l'abandon de la société par l'individu, l'autre justification à l'hostilité que les autorités de l'Ancien Régime nourrissaient à l'égard du suicide était que « *le suicide est une accusation indirecte contre les responsables socio-politiques et religieux. Il est la preuve de leur échec à assurer la justice et une vie décente à tous les habitants. Les suicides éveillent la mauvaise conscience et les remords du corps social qui n'a pas été capable d'assurer le bonheur de ses membres et de consoler ses malheureux. Le suicide est une accusation dirigée contre la société et ses responsables, car celui qui se tue préfère le néant ou les risques de l'au-delà à un monde devenu pour lui un enfer. Le suicide est un reproche, une accusation, voire une insulte aux vivants et, surtout, à ceux qui ont en charge le bonheur de la collectivité* » (83)¹⁴². Il exhume plus loin une lettre du marquis d'Argenson, lieutenant général de police, rédigée à la suite du suicide d'une

¹⁴⁰ Page 401

¹⁴¹ Page 134

¹⁴² Page 139

personne détenue au début du XVIII^e siècle : « *il faut éviter un procès et tenir le fait secret, comme « toutes les fois qu'il est arrivé à la Bastille de pareils malheurs », écrit-il au procureur général, afin de ne pas alarmer le public : « Je crois toujours que le genre de sa mort est bon à taire et, toutes les fois qu'il est arrivé à la Bastille de pareils malheurs, j'ai proposé d'en ôter la connaissance au public trop prompt à exagérer les accidents de cette espèce et à les attribuer à une barbarie du gouvernement qu'il ne connaît pas, mais qu'il présume » » (83)¹⁴³.*

Plus récemment, cette interprétation du suicide a également été défendue par le chercheur en droit F. Zenati à propos de la loi de 1987 contre la provocation au suicide, cité par G. Minois : « *« le suicidé est un trouble-fête », observait de son côté F. Zenati, car il perturbe l'équilibre social et sape la confiance en elle-même de la société, qui se sent coupable, ou au moins mise en accusation » (83)¹⁴⁴. Dans cette perspective, le suicide se présente comme une mise en accusation de la société et de ses représentants, qui ont failli à leur mission d'assurer aux individus les conditions de vie nécessaires à leur survie. L'empêchement de la mort volontaire qui lui répond s'inscrit alors dans le cadre d'une stratégie de dissimulation des échecs de la société et de ses représentants.*

Cette dissimulation a pour fonction d'entretenir l'apparence d'un contrat social respecté. Sauver les apparences peut avoir deux intérêts. Le premier est de conserver une certaine cohésion sociale. Deuxièmement, cela permet également aux représentants de la société, par un effet de légitimation, de conforter leur autorité et leur pouvoir. La problématique du gouvernement des êtres humains en lien avec le suicide est soulevée par G. Minois en conclusion de son ouvrage : « *si gouverner c'est prévoir, c'est aussi savoir. On ne commande pas avec des doutes, mais avec des certitudes. Au nom de quoi pourrait-on autrement réglementer la vie sociale ? Comment, en particulier, dirigera-t-on des hommes qui ne sont même pas sûrs de devoir rester en vie ? Quelle prise aura-t-on sur des sujets ou des citoyens ayant toute liberté de s'en aller à leur guise ? Comment leur inspirer confiance si un certain nombre d'entre eux manifestent chaque jour leur défiance et leur désespoir en préférant la mort à la vie ? » (83)¹⁴⁵.*

D'autres prises de paroles contemporaines sur le suicide peuvent être problématisées en termes de trouble à l'ordre public et je propose d'aborder successivement trois cas : le point de vue des ex-dirigeants de France Télécom sur les suicides de leurs employés, la problématisation du

¹⁴³ Page 237

¹⁴⁴ Page 374

¹⁴⁵ Page 377

suicide par le HCSP dans un rapport de 2016 et la justification de la prévention du suicide par son impact négatif sur la santé mentale de l'entourage.

Rappelons l'affaire France Télécom en quelques phrases. France Télécom était un acteur des télécommunications qui a subi diverses restructurations dans les années 1990 et 2000, passant du statut de service public à celui d'entreprise publique, pour enfin devenir l'entreprise privée Orange (462). Suite à de nombreux suicides survenus au sein de l'entreprise dans la deuxième moitié des années 2000, sept anciens dirigeants ont été condamnés par la justice française pour harcèlement moral, en lien avec une « *politique d'entreprise visant à déstabiliser les salariés et agents et à créer un climat anxieux* » (463). Il s'agissait de dégager du profit, notamment en poussant au départ environ 20% du personnel de l'entreprise (22 000 personnes) en trois ans, « *par la fenêtre ou par la porte* » (116)¹⁴⁶ selon les termes du président-directeur général D. Lombard, alors qu'une partie importante du personnel était fonctionnaire et ne pouvait pas être licenciée pour motif économique (463). Comme l'expliquait un directeur d'unité à un médecin du travail : « *lorsque l'on secoue fort un arbre, les fruits trop mûrs ou pourris tombent. Et que c'est ce qui se passe à France Télécom. Et que c'est dans l'intérêt de l'entreprise* » (464).

Le procès en première instance s'est tenu en 2019 et les propos prononcés à la barre des accusés par D. Lombard ont été recueillis par plusieurs témoins. Il a notamment donné aux suicides la signification suivante : « *finalement, cette histoire de suicides, c'est terrible, ils ont gâché la fête* » (465,466)¹⁴⁷. D'autres propos recueillis par l'écrivaine S. Lucbert sont susceptibles de nous aider à comprendre ce qu'il entendait par « gâcher la fête » : « *nos collaborateurs ont été privés de leur succès* » (466)¹⁴⁸. En d'autres termes, D. Lombard ne retient des suicides que leurs conséquences négatives pour l'image de l'entreprise et de ses dirigeants, et à mon sens ces conséquences peuvent être qualifiées de trouble à l'ordre public, notamment si on associe la prospérité économique de la France à la réussite de ses grandes entreprises. Bien entendu, il s'agit a priori d'une stratégie de défense de l'accusé destinée à le dépeindre en victime, qui vient souligner en creux la responsabilité de l'entreprise et de l'Etat actionnaire dans la survenue des suicides. Elle s'oppose au discours de l'accusation, qui interprète les suicides comme un manquement des dirigeants de l'entreprise et de l'Etat actionnaire à leurs devoirs envers les travailleurs-ses.

¹⁴⁶ Page 260

¹⁴⁷ S. Lucbert page 7

¹⁴⁸ Page 16

Le deuxième cas est celui du rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 par le HCSP en 2016. Les experts en santé publique qui ont été missionnés par le ministère de la santé pour faire des recommandations sur la prévention du suicide ont problématisé le suicide de la manière suivante : « *le suicide est un phénomène complexe, toujours tragique, qui inquiète un large public. Le sujet est régulièrement relayé par la presse avec des approches qui s'appuient sur l'émotion et le caractère insupportable de la mort auto-provoquée* » (144).

On ne sait pas très bien quelle conception du suicide se cache derrière les mots « tragique » ou « insupportable ». Néanmoins, une victime est clairement désignée : « un large public », qui est inquiété. Le suicide est le coupable, et il a pour complice la presse, qui en amplifie les conséquences. A mon sens, ramener le problème du suicide à l'inquiétude d'un large public, c'est le définir comme un trouble à l'ordre public. Le HCSP ne précise pas qui, de la personne suicidée ou de la société, a dérogé au contrat social. Cela n'empêche pas d'en déduire que le HCSP fixe la réassurance du public comme objectif des politiques de santé publique et invite ainsi implicitement les professionnels de santé publique à appréhender la prévention du suicide comme une politique de maintien de l'ordre.

L'argument selon lequel une personne qui se suicide fait du tort à son entourage est peut-être aujourd'hui la justification de la prévention du suicide la plus en vue. Outre la fréquence élevée des suicides, il s'agit du premier enjeu de la prévention du suicide identifié par le ministère de la santé dans la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 : « *pour chaque décès par suicide, ce sont 7 personnes qui sont significativement impactées et 26 personnes endeuillées.* » (219). On retrouve cette idée également en bonne place dans les rapports de l'OMS de 2014 et 2021 sur la prévention du suicide. Dès le premier paragraphe de l'avant-propos des deux rapports, sa directrice générale en 2014, M. Chan, indiquait que : « *l'impact [des suicides] sur les familles, les proches et les communautés est profondément dévastateur, y compris longtemps après la perte de l'être cher* » (4) et son directeur général en 2021, T.A. Ghebreyesus, précisait : « *[le suicide] est extrêmement douloureux pour la famille rapprochée et les amis laissés derrière* » (467)¹⁴⁹.

Se préoccuper de la santé mentale des personnes impactées par le suicide et proposer une prise en charge sanitaire à celles qui le souhaitent relèvent de ce que j'ai appelé la lutte contre la

¹⁴⁹ Traduction personnelle de « It is extremely painful for close family members and friends left behind. »

souffrance. Néanmoins, bien qu'en lien avec la prévention du suicide, il s'agit d'une politique indépendante, de la même manière que la prise en charge sanitaire des personnes victimes d'infractions est indépendante des politiques de prévention des infractions. Autrement dit, la question de la prise en charge des personnes impactées par un suicide est importante mais elle se situe en dehors du cadre de mon propos, qui consiste à s'interroger sur ce que la justification par les personnes impactées dit de la prévention du suicide.

Si, comme le suggère l'intérêt qu'on porte aux personnes impactées par un suicide, il s'agit de lutter contre la souffrance, pourquoi la souffrance des personnes à risque de suicide ne suffit-elle pas à justifier la prévention du suicide ? On peut envisager trois hypothèses : 1) les personnes à risque de suicide seraient insuffisamment nombreuses. Elle est discutable dans la mesure où 4,2% des 18-85 ans en population générale ont eu des idées suicidaires au cours de l'année 2021 d'après SpF (450). 2) Les autorités sanitaires considéreraient le suicide uniquement comme une cause de décès et non comme un indicateur de santé mentale, pour reprendre la distinction proposée plus haut. Dans ce cas, la souffrance des personnes à risque de suicide ne pourrait pas prétendre au statut de justification de la prévention du suicide car elle ne fait pas partie des conséquences des décès par suicide et, de ce fait, ne répond pas à la question de savoir pourquoi ces décès devraient être évités. 3) La souffrance des personnes à risque de suicide ne suffirait pas à justifier la prévention du suicide parce qu'elle serait moins « grave » que celle des autres, parce que moins légitime. Les personnes qui se suicident font du tort à la société. Pour cette raison, elles mériteraient notre réprobation, seraient assimilés à une menace et se montreraient indignes de notre compassion.

Dans tous les cas, la justification de la prévention du suicide par l'atteinte aux personnes dont il est responsable a un effet d'effacement de la souffrance des personnes à risque de suicide derrière celle des personnes impactées par les suicides et nous incite à assimiler le suicide à un acte destructeur, pourvoyeur de victimes, une attaque contre la société qu'il s'agirait d'empêcher. En cela, il peut être rapproché de la perspective évoquée plus haut du suicide comme un abandon par les individus de leurs devoirs envers la société, et de la prévention du suicide comme un rappel à l'ordre des individus suicidaires, au service de la cohésion sociale.

V.B.2.a.iv. Justifications économiques

Le coût économique du suicide fait aujourd'hui partie des justifications institutionnelles à la prévention du suicide. D'après l'Union Européenne, « *la santé mentale de la population européenne est l'un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union*

européenne : le retour de l'Europe sur la voie de la prospérité durable, [...]. La mauvaise santé mentale touche un citoyen sur quatre et peut conduire au suicide, qui prélève un trop lourd tribut en vies humaines [...] elle grève sévèrement, par les pertes et les charges dont elle est la cause, les mécanismes économiques [...] » (468). En France, on a vu que d'après le ministère de la santé, l'un des enjeux liés à la prévention du suicide est que « le coût sociétal d'un suicide est de 350 000 euros » (219). L'argument du fardeau économique est également invoqué par SpF, qui rapporte des « coûts directs et indirects estimé[s] en 2009 à 10 milliards d'euros par an » (469). Le ministère de la santé et SpF se réfèrent tous les deux à une même étude menée par l'économiste M.A. Vinet et al, présentée à la 7^e Conférence francophone d'épidémiologie clinique en 2013 et dont le résumé a été publié l'année suivante (470). D'après l'économiste A. Buttard, il s'agit de la première étude sur le coût du suicide en France (471). Une étude plus récente publiée par l'économiste L. Blampain Segar et al. a réévalué le fardeau économique du suicide en France à 3,9 milliards d'euros pour l'année 2019 (472)¹⁵⁰. L'écart avec les résultats de l'étude précédente n'est pas commenté par les auteurs, qui précisent toutefois que la comparaison avec d'autres études est difficile en raison des différences dans les approches méthodologiques et les sources de données qui englobent divers éléments de coût (472).

La signification des montants rapportés peut être appréhendée via un travail de décomposition des coûts dans leurs diverses composantes. D'après les économistes A. Buttard et B. Lyszczarz, les coûts économiques du suicide se décomposent en coûts directs et coûts indirects (471,473). Les coûts directs correspondent aux prises en charge et rituels relatifs au décès. Ils comprennent notamment la prise en charge sanitaire immédiate, dont le transport et l'hospitalisation, l'enquête médico-légale et les frais funéraires pour la famille. D'après A. Buttard, ces coûts directs représentent, selon les études, entre 2% et 16% du coût global du suicide (471). La plus grande part revient donc aux coûts indirects qui comprennent le manque à gagner économique lié aux années non travaillées, parfois complété par des coûts dits intangibles qui monétarisent le chagrin des proches (471,473). Les études françaises s'inscrivent globalement dans ce paradigme (470,472). Elles excluent la monétarisation du chagrin des proches. L'étude de L. Blampain Segar et al calcule par ailleurs la valeur monétaire des années de vie perdues (cf. note de bas de page) (472).

¹⁵⁰ Ce montant exclut la valeur monétaire des années de vie perdues également calculée par L. Blampain Segar et al. Ce procédé, en tant qu'il accorde a priori une valeur intrinsèque à la vie, peut d'un côté être rapproché des justifications morales et religieuses à l'empêchement de la mort volontaire. Cependant, de l'autre côté, le fait de juger que la valeur de la vie est estimable et quantifiable lui fait perdre son caractère sacré, tandis que donner à la vie humaine une valeur égale à sa contribution moyenne au produit intérieur brut rapproche l'empêchement de la mort volontaire de préoccupations économiques.

Les coûts directs caractérisent des activités qui ont effectivement eu lieu. On peut appréhender le concept de « coût » comme le résultat d'une double opération appliquée à un transfert d'argent. La première opération consiste à déterminer quel point de vue, de l'émetteur ou du destinataire du transfert, va être retenu dans l'étude. Comme l'indique A. Buttard, c'est en fonction de ce point de vue que ce transfert d'argent va être qualifié de revenu ou de dépense (471). Ici, l'argent qui transite du financeur public à l'agent public pour la prise en charge de la personne décédée n'est pas qualifié de revenu pour l'agent mais de dépense pour le financeur. De la même manière, l'argent qui transite des familles vers les entreprises de biens et de services funéraires n'est pas considéré comme un profit pour ces entreprises mais comme une dépense pour les familles.

La deuxième opération consiste à porter un jugement moral négatif sur les dépenses étudiées, ce qui a pour résultat la transformation des dépenses en « coût » ou en « fardeau » économique. On peut considérer que ce jugement moral s'appuie sur deux hypothèses : 1) la dépense engagée n'aurait pas eu lieu en l'absence de suicide ; 2) l'argent dépensé aurait été mieux employé ailleurs. La première hypothèse implique qu'en l'absence de suicide, la personne ne serait pas décédée. Comme à long terme tout le monde meurt, pour considérer la prise en charge du décès par suicide comme une dépense évitable, la mesure des coûts directs doit nécessairement se placer dans une perspective de court terme. Par ailleurs, elle doit également faire table rase du passé et considérer la situation présente comme donnée. Sinon, elle serait obligée de considérer que les suicides survenus au cours des décennies précédentes ont retiré de la société des personnes qui auraient pu décéder d'autres causes aujourd'hui – en d'autres termes que les suicides survenus dans le passé sont source d'économie pour le présent.

La seconde hypothèse est plus difficile à discuter. La dépense publique a tendance à être considérée par de nombreux acteurs politiques et économiques comme mauvaise en soi, ou du moins comme excessive. Par ailleurs, pour les ménages, les dépenses liées aux rites funéraires pourraient être perçues comme une dépense déstabilisante car non anticipée. On peut également y voir un jugement de valeur sur les rites funéraires : implicitement, elle juge que les familles auraient mieux à faire de leur argent que de s'occuper de leurs morts.

Quant aux coûts indirects, ils caractérisent une activité fictive. Le manque à gagner pour la société correspond au travail qu'auraient accompli les personnes décédées si elles étaient restées en vie. Le point de vue adopté est celui de la croissance économique, considérée comme souhaitable, et il s'agit d'une perspective de long terme. D'après A. Buttard, la méthode de référence pour calculer ce manque à gagner est basée sur la théorie du capital humain, « *défini*

comme « l'ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques, de savoir-faire, etc. ». Chacun possède un capital de départ différent, qu'il peut préserver, voire accroître, en investissant dans des dépenses de santé, d'éducation ou de formation. De ce capital, découle la capacité productive de l'agent, et selon les approches micro-économiques classiques, son salaire. [...] Pour l'économiste qui se réfère à ces approches, la valeur de la vie humaine est donc liée à celle du revenu perçu » (471). L'économiste montre que cet outil de mesure considère les suicides des Luxembourgeois plus dommageables que ceux des Français, car ils ont des salaires plus élevés. On retrouve ce phénomène dans d'autres situations : les hommes par rapport aux femmes, certains métiers par rapport à d'autres, sans compter les retraités qui n'ont plus d'activité professionnelle rémunérée, etc. L'étude de Vinet et al semble en mesure de se dégager, au moins en partie, de cet inconfort éthique par une prise en compte du travail domestique (470).

Comme on vient de le voir, le calcul des coûts du suicide combine les points de vue de différents acteurs et mélange différentes perspectives temporelles. Les critères qui permettent d'arbitrer entre ces acteurs et ces perspectives ne sont pas explicités et cette combinaison hétérogène donne une impression de mélange des genres. Des méthodes plus homogènes donneraient des résultats différents. Par exemple, adopter de manière systématique une perspective de court terme reviendrait à abandonner les coûts indirects, tandis qu'adopter une perspective de long terme obligerait sans doute à prendre en compte les dépenses publiques évitées par les décès prématurés. Dans ce dernier cas, il faudrait commencer par considérer que les personnes seraient décédées plus tard, d'autres causes. Le suicide n'est sans doute pas la manière la plus dispendieuse de mourir. Par ailleurs, l'économiste B. Yang et al. ont calculé que le suicide permet d'économiser 5 milliards de dollars par an aux Etats-Unis d'Amérique lorsque l'on prend en compte, en plus des coûts directs et indirects déjà cités, les économies réalisées sur la prise en charge des troubles psychiatriques, sur les pensions de retraites et les aides à domicile ainsi que sur le suicide-assisté (474). Autre exemple : adopter globalement le point de vue de la croissance économique obligerait à considérer les coûts directs comme des bénéfices. En effet, d'une part, la vente de biens et de services par les entreprises funéraires participe à la croissance économique. D'autre part, l'Insee indique que la dépense publique est comptée dans le PIB, ou plus précisément que la valeur de la contribution non marchande des services publics au PIB est évaluée par les salaires versés aux personnels publics (475).

Pour ces raisons, je partage avec l'économiste B. Yang et al. l'impression que, pour les études sur le coût du suicide, il s'agit moins de s'interroger sur l'impact économique du suicide que d'agencer arbitrairement des chiffres pour mener une enquête exclusivement à charge, destinée à donner une apparence objective à l'idée que le suicide est néfaste pour la société (474). On peut rappeler avec A. Buttard la formule de l'économiste C. Le Pen selon laquelle « *toute mesure n'a pas de sens du seul fait qu'elle existe* » (476) et conclure avec elle que la mesure du coût économique du suicide peut « *difficilement servir de base solide pour définir les mesures de santé publique pertinentes pour le prévenir* » (471).

Indépendamment de leur rigueur scientifique et des problématiques éthiques, ces études sont porteuses de messages politiques et donnent à voir plusieurs significations du suicide. Par ordre de coût décroissant : 1) le suicide mine la croissance économique ; 2) le suicide augmente les dépenses publiques ; 3) le suicide grève le budget des familles. Ces significations induisent, en miroir, trois fonctions de la prévention du suicide. La première est de soutenir la croissance économique via l'augmentation du nombre de personnes dans la société. La seconde est la réduction des dépenses publiques et la troisième est l'augmentation des revenus arbitrables des familles. Dans les trois cas, les décès par suicide sont problématisés principalement en lien avec leur caractère souvent prématuré.

V.B.2.a.v. Justifications légales et réglementaires

Les justifications légales font écho aux autres types de justifications, dans le sens où la loi joue un rôle de formalisation des valeurs propres à une société. En cela, elles ont un caractère redondant. Néanmoins, elles semblent intéressantes pour jauger la force de ces valeurs et pour témoigner de leur inscription dans le fonctionnement de la société. Par ailleurs, d'après le chercheur en droit J.C. Froment, « *on ne peut pas négliger le caractère discursif du droit. Ce dernier produit des effets dans la réalité qui dépassent souvent la stricte signification de ses énoncés* » (61)¹⁵¹. On verra plus bas que l'obligation de prévention du suicide par les Etats, ainsi que certains éléments de cadrage de cette prévention, s'appuient sur des interprétations du droit existant. On peut distinguer deux types de prise de position sur le plan légal : l'interdiction historique faite aux individus de se suicider, et de manière plus récente l'obligation faite aux Etats de prévenir le suicide.

¹⁵¹ Page 27

D'après E. Durkheim, l'interdiction absolue du suicide qui a longtemps prévalu en Occident a été précédée par une phase de tolérance et d'encadrement des pratiques de suicide : « *on voit que la législation du suicide a passé par deux phases principales. Dans la première, il est interdit à l'individu de se détruire de sa propre autorité ; mais l'Etat peut l'autoriser à le faire. L'acte n'est immoral que quand il est tout entier le fait de particuliers et que les organes de la vie collective n'y ont pas collaboré. Dans des circonstances déterminées, la société se laisse désarmer, en quelque sorte, et consent à absoudre ce qu'elle réproouve en principe. Dans la seconde période, la condamnation est absolue et sans aucune exception. La faculté de disposer d'une existence humaine, sauf quand la mort est le châtement d'un crime, est retirée non plus seulement au sujet intéressé, mais même à la société. C'est un droit soustrait désormais à l'arbitraire collectif aussi bien que privé. Le suicide est regardé comme immoral, en lui-même, pour lui-même, quels que soient ceux qui y participent* » (7)¹⁵². La première phase décrite par Durkheim inclue notamment l'Antiquité gréco-romaine. Dans un certain nombre de cités grecques, la personne qui souhaitait se suicider devait demander la permission aux autorités de la cité, qui souvent considéraient le motif du suicide comme légitime et répondaient favorablement à la demande (7)¹⁵³.

Si l'interdiction chrétienne du suicide a pris une place prépondérante à partir des écrits de Saint Augustin, celle-ci n'a infusé dans le droit que tardivement. L'historien U. Brunn indique que « *le Corpus iuris civilis, commandé par l'empereur chrétien Justinien 1^{er} à la fin des années 520 montre, mieux qu'aucun autre texte, à quel point le droit impérial se passe des éclaircissements de la pensée théologique augustiniennne. Le Digeste interdit le suicide pour une cause principale : lorsqu'il est commis pour anticiper une condamnation juridique* » (210). En France, ce n'est qu'au XIII^e siècle que les autorités laïques ont pénalisé le suicide, sur la base de la conception chrétienne du suicide comme un homicide (84). L'homicide est une infraction, et les infractions doivent être réprimées. Autrement dit, le suicide devait être prévenu parce qu'il était une infraction.

Cette pénalisation, sévère, d'application variable, est restée en vigueur en France jusqu'à la Révolution française. Le Code pénal de 1791 a supprimé l'infraction du suicide et le Code pénal de 1810 n'est pas revenu dessus (461). Cette suppression s'explique par un changement des mœurs, mais aussi par un changement des règles de droit pénal. En effet, selon le chercheur en droit P. Vielfaure, d'une part, alors que l'Ancien Régime procédait au procès et à la mutilation

¹⁵² Page 395

¹⁵³ Pages 392-394

du cadavre, la France est revenue au principe du droit romain selon lequel le crime est éteint par la mort de la personne qui l'a commis (461). D'autre part, alors que la loi de l'Ancien Régime étendait les sanctions à la famille du suicidé, l'adoption du principe de personnalité des peines interdisait désormais la sanction d'autres personnes que l'auteur-e de l'infraction. Autrement dit, ces nouvelles règles pénales ont organisé l'impossibilité pratique de sanctionner le suicide. La pénalisation restait théoriquement possible pour la tentative de suicide, mais dorénavant celle-ci échappait également à la répression, dans un contexte de débats sur la détermination de l'intention dans les conduites suicidaires, sur la santé mentale de la personne concernée ou encore sur l'efficacité et la cohérence des sanctions envisagées (461).

En l'absence de pénalisation, le suicide est devenu, par défaut, ce que la chercheuse en droit M. Girer appelle un « droit liberté », qui consacre « *une capacité à jouir de quelque chose que l'on possède déjà* » (445), par opposition au « droit créance », qui permettrait « *d'exiger certaines prestations de la part de la société ou de l'Etat* » (445). Le chercheur en droit G. Nicolas précise qu'aujourd'hui « *le suicide fait appel à la liberté corporelle qui repose, pour le droit constitutionnel français, sur la liberté personnelle et pour le droit européen sur l'autonomie personnelle de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme* » (439).

Cependant, si le suicide est juridiquement toléré, il reste moralement réprouvé, et d'après le sociologue A. Campéon, à la suite de la dépénalisation du suicide, « *les autorités morales et politiques s'emploient avec vigueur à refouler le suicide parmi la masse des interdits implicites et contre nature* » (93). On peut voir dans la pénalisation de comportements périphériques au suicide une manifestation de ce refoulement. Au XIX^e siècle, l'homicide à la demande de la personne suicidée et parfois l'assistance au suicide étaient poursuivis au pénal en tant qu'homicide (211,461). Ces pratiques continuent aujourd'hui d'être sanctionnées par la loi, pour la dernière sous la qualification de non-assistance à personne en danger depuis 1992 (439,477,478) ou de manière encore plus indirecte (479). Par ailleurs, une loi réprime depuis 1987 la provocation au suicide et la publicité en faveur de moyens létaux (voir Introduction générale I.E.1.b.) (214). La pénalisation de ces comportements périphériques, en même temps qu'elle découle d'une volonté d'empêcher les suicides (la prévention justifie la répression), renforce à son tour l'idée que le suicide est un comportement qui doit être empêché (la répression justifie la prévention).

Le deuxième versant des justifications légales et réglementaires à la prévention du suicide porte sur l'obligation faite aux Etats de prévenir le suicide. A l'échelle internationale, si les recommandations de l'OMS de prévenir le suicide (4) ne sont pas contraignantes, de nombreux Etats ont souscrit à des engagements contraignants en matière de droits de l'être humain. Ainsi la France a ratifié (en 1980) avec plus de 170 autres pays le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* de l'ONU (480). Le Comité des droits de l'homme fait découler de l'article 6 du pacte, qui pose le principe d'un droit à la vie, une obligation pour les Etats de « *prendre des mesures adéquates [...] pour prévenir le suicide, notamment auprès des personnes qui se trouvent en situation de vulnérabilité particulière, y compris les personnes privées de liberté* » (481).

La France a également ratifié la *Convention européenne des droits de l'homme* (ConvEDH) en 1974 (482) et les personnes résidentes en France peuvent, depuis 1981, saisir la CEDH lorsqu'elles estiment que la ConvEDH n'est pas respectée. La ConvEDH énonce à son article 2 un droit à la vie, dont la jurisprudence de la CEDH fait également découler une obligation des Etats à prévenir le suicide. La France et d'autres pays ont été plusieurs fois condamnés par la CEDH suite à des suicides survenus sur leur territoire, pour n'avoir pas satisfait à une obligation de moyens pour prévenir ces suicides (481,483). Les moyens exigés par la CEDH, d'après la présentation qu'en fait le sociologue G. Cliquennois pour les personnes détenues, renvoient à une prévention individuelle, centrée sur la crise suicidaire et qui insiste sur la lutte contre l'accessibilité de la mort volontaire (484). La chercheuse en droit M. Baudel précise que par contre, la CEDH ne demande pas aux Etats d'agir sur les déterminants socio-économiques du suicide, en raison d'une difficulté à établir un lien de causalité entre les politiques sociales et économiques des Etats et les cas de suicide individuels (481).

Dans le droit national, je n'ai pas connaissance d'obligation légale explicite et générale de prévention du suicide par l'Etat. La loi impose cependant aux établissements médicosociaux d'assurer la sécurité des personnes accueillies (485) et aux établissements de santé une obligation de surveillance des malades (486), ce que la chercheuse en droit M. Girer et la jurisprudence interprètent comme une obligation de prévenir le suicide (obligation de moyens) (445,487). C'est également le cas pour les établissements pénitentiaires, évoqué en Introduction générale (I.C.1.a.ii.) et qui sera à nouveau traité plus loin (V.C.2.). D'une manière générale, le risque de condamnation judiciaire a tendance à placer l'Etat et les établissements qui accueillent des personnes dans une position défensive (57,60,95,111,208)¹⁵⁴. En ce sens, on peut considérer

¹⁵⁴ Bourgoin page 103, Papet et Lepinçon pages 108-109

que, du point de vue de ces dernier, la protection contre le risque judiciaire fait partie des justifications à l'empêchement de la mort volontaire.

Enfin, pour ce qui est des individus, de manière générale, le fait de ne pas empêcher un suicide lorsque c'est possible peut entraîner des poursuites pénales pour non-assistance à personne en danger (477).

V.B.2.b Les justifications à la lutte contre la souffrance

Dans le cadre de la prévention du suicide, des arguments pour justifier la lutte contre la souffrance ont notamment été proposés dans deux publications qui discutent des bases philosophiques du dispositif Vigilans, par le psychiatre C. Debien (488) et par le psychiatre M. Walter et al (489), et dans un ouvrage sur les suicides des personnes détenues, par la psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon (57). Ces travaux, qui s'inspirent des réflexions menées par les philosophes M. Heidegger, P. Ricœur, E. Levinas ou encore M. Cornu, mettent en avant des expressions comme « *le souci de l'autre* » (57,488,489)¹⁵⁵, « *l'éthique de l'inquiétude* » (57,488,489)¹⁵⁶ ou encore la « *sollicitude* » (488,489).

D'après M. Walter et al., le philosophe M. Heidegger distingue la « *sollicitude accaparante* » et la « *sollicitude prévenante* », qui sont toutes les deux constitutives de l'être humain. « *La première est une sollicitude dominatrice et aliénante, qui correspond peu ou prou au modèle dit paternaliste de la médecine occidentale [...] La seconde est libératrice, témoignant d'un changement de paradigme avec la notion de consentement.[...] La sollicitude accaparante ou substitutive vise à délivrer autrui de son propre fardeau, c'est-à-dire, de lui-même, par exemple dans le domaine médical en le prenant « en charge » ; la sollicitude prévenante ou devançante, quant à elle, a pour objectif de délivrer autrui jusqu'à lui-même, c'est-à-dire l'aider à faire avec son fardeau (à mieux « se porter »)* » (489). Les auteurs appliquent ces concepts au dispositif Vigilans et estiment ainsi que « *solliciter une personne souffrante par un message écrit ou un SMS peut relever d'une substitution accaparante (prendre sa place dans le souci de son avenir) comme d'une sollicitude prévenante (l'aider par une attention interpersonnelle)* » (489).

Les mêmes auteurs indiquent que « *pour Levinas, la responsabilité pour autrui est d'abord une réponse à un appel lié à la rencontre avec la vulnérabilité et à la faiblesse d'autrui. Non*

¹⁵⁵ Lepinçon page 177

¹⁵⁶ Lepinçon page 172

seulement, cet appel trouve un écho en nous mais c'est lui qui nous donne notre humanité en nous obligeant à y répondre. Le visage d'autrui en appelle donc à ma responsabilité et me révèle à mon humanité, au prix d'une véritable « hémorragie pour autrui » » (489). La lutte contre la souffrance pourrait relever pour cet auteur de la responsabilité de chacun, d'une obligation morale vis-à-vis de la vulnérabilité d'autrui.

Quant à l'« éthique de l'inquiétude », d'après le philosophe M. Cornu, elle s'appuie sur la « reconnaissance de l'altérité » (209). « *Il ne s'agit pas de savoir ce qu'est le Bien pour soumettre autrui à cette connaissance, mais de trouver dans le respect de l'altérité d'autrui le bien se faisant [...] Cela signifie renoncer à ses convictions (dans « con-viction », il y a vaincre avec) comme moyen de maîtrise, pour se laisser desceller par l'altérité toujours autre d'autrui »* (209).

Retenons de ces travaux que la lutte contre la souffrance d'autrui peut être considérée soit comme allant de soi, en tant que penchant naturel de l'être humain, soit comme un devoir moral.

Au total, l'analyse des objectifs de la prévention du suicide proposée dans cette partie s'appuie sur une distinction entre deux représentations courantes du suicide en santé, 1) comme cause de décès et 2) comme indicateur de santé mentale, auxquelles on peut respectivement associer des objectifs 1) d'empêchement de la mort volontaire ; 2) de lutte contre la souffrance. L'empêchement de la mort volontaire s'appuie sur diverses justifications : morales et religieuses, liées à l'ordre public et au contrat social, économiques, légales et réglementaires. Elles sont résumées dans le Tableau 56. L'empêchement de la mort volontaire nécessite de passer outre l'autonomie des individus, ce qui peut trouver des justifications dans l'altération des facultés mentales imputées aux personnes avec des conduites suicidaires, par l'ambivalence de leur désir de mort et par des situations d'urgence. Par ailleurs, la lutte contre la souffrance s'appuie sur des justifications éthiques et philosophiques qui l'envisagent comme un penchant naturel, constitutif de l'être humain, ou bien comme un devoir moral. On a vu que les acteurs de santé reprennent la plupart de ces arguments (4,119,144,219,456,467,469,488,489).

Tableau 56. Les justifications à l'empêchement de la mort volontaire

Domaines	Significations du suicide	Fonctions de l'empêchement de la mort volontaire
Moral et religieux	Sacrilège	Protection du caractère sacré de la vie humaine
Contrat social et ordre public	Abandon par les individus de leurs devoirs envers la société	Rappel à l'ordre des individus, maintien de la cohésion sociale
	Abandon par la société de ses devoirs socioéconomiques envers les individus	Dissimulation des défaillances de la société et de l'Etat
Economique	Perte de contributeur·trices à la croissance économique	Croissance économique via la croissance démographique
	Dépense publique	Réduction des dépenses publiques
	Atteinte au budget des familles	Défense du pouvoir d'achat des familles
Légal et réglementaire	Atteinte au droit à la vie des individus	Garantie par l'Etat du respect du droit à la vie des individus
	Risque de poursuite judiciaire	Protection contre le risque judiciaire

La question posée en introduction de chapitre de savoir si la prévention du suicide peut s'exercer au détriment de la santé mentale, et donc de la place des mesures de prévention susceptibles de la dégrader, dépend de l'importance accordée à la santé mentale des personnes à risque de suicide au sein des objectifs de la prévention du suicide. Une manière de reformuler cette question au vu des objectifs affichés de la prévention du suicide par les acteurs de santé est : doit-on préserver la vie, rechercher la croissance économique ou maintenir l'ordre public à tout prix, et notamment au prix de la santé mentale des personnes à risque de suicide ? Cette question a à la fois une dimension politique, notamment dans la mesure où il s'agit de déterminer à qui la prévention du suicide doit prioritairement rendre service, et une dimension éthique, notamment au niveau de l'articulation entre la défense de la vie, de la santé et de l'autonomie des personnes prises en charge. Sur ce dernier point, l'ONS a présenté dans son troisième rapport quelques éléments de réflexion éthique qui s'appuient sur les quatre principes de l'éthique biomédicale proposés par le philosophe T. Beauchamp et le chercheur en éthique J. Childress : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice (119,490).

Si, de manière générale, les formes prises par la prévention du suicide dépendent des objectifs qu'on lui assigne, en milieu pénitentiaire, on peut se demander dans quelle mesure celle-ci est également influencée par les politiques pénales et le fonctionnement des établissements

pénitentiaires, dans un contexte où l'administration pénitentiaire est aujourd'hui le principal acteur de la prévention du suicide en milieu pénitentiaire (cf. Introduction générale I.E.2.b.).

V.C. Les politiques de prévention du suicide des personnes détenues à l'épreuve des fonctions sociales de la prison

Les formes prises par les politiques de prévention du suicide des personnes détenues dépendent des objectifs généraux de la prévention du suicide mais aussi des logiques de fonctionnement propres à la prison. On a vu en Introduction générale (I.E.2.) que des politiques pénitentiaires de prévention du suicide ont été développées bien avant l'inscription de la prévention du suicide à l'agenda des politiques de santé. Si ce constat peut trouver une explication dans la fréquence plus élevée des suicides en milieu pénitentiaire, il interroge également sur les rapports qu'entretiennent les fonctions sociales de la prison avec la prévention du suicide, et sur leur influence sur les pratiques de prévention du suicide des personnes détenues. Cette partie présente les fonctions sociales de la prison et discute de leurs rapports à la mort volontaire et à la santé mentale, avant de s'interroger sur les formes et les perspectives des politiques de prévention du suicide des personnes détenues.

V.C.1. Fonctions sociales de la prison, mort volontaire et santé mentale

V.C.1.a Les fonctions sociales de la prison

V.C.1.a.i. Description des fonctions sociales de la prison

Avec le sociologue P. Combessie, on peut décrire les fonctions historiques et officielles de la prison à partir des quatre modes de justification des sanctions listés par le criminologue A. Pirès : l'expiation, la dissuasion, la neutralisation et la réadaptation (491)¹⁵⁷.

La fonction d'expiation est synonyme de punition, de sanction, de rétribution, de châtement. P. Combessie précise qu'« *il s'agit de faire souffrir la personne condamnée à la hauteur de la gravité de l'acte commis. On traite le mal par le mal. La douleur subie par le condamné lors du châtement est censée compenser, effacer le trouble qu'il a causé, voire la douleur que ses actes ont provoqué* » (491)¹⁵⁸. La fonction de punition est associée au principe de

¹⁵⁷ Pages 16-21

¹⁵⁸ Page 16

proportionnalité des peines qui guide notre système pénal : plus une infraction est grave, plus la peine doit être importante.

La dissuasion consiste à prévenir, à décourager les futures infractions à la fois auprès des personnes emprisonnées et auprès de l'ensemble de la population générale, par la menace d'une (nouvelle) incarcération. Son efficacité repose sur l'effet repoussoir de la prison, et plusieurs auteurs citent à ce sujet l'historienne M. Perrot : « *le niveau de vie carcéral doit toujours être inférieur à celui de l'ouvrier le plus pauvre de la société, au risque de devenir attractif pour les paresseux et les éternels assistés que sont les « mauvais pauvres »* » (96,304,404)¹⁵⁹.

La neutralisation consiste quant à elle à empêcher physiquement de commettre des infractions à l'extérieur, par la mise à l'écart et le déploiement de mesures de sécurité destinées à prévenir les évasions. Un symbole fort de la lutte contre les évasions en France est le mirador. Il s'agit d'un poste d'affectation des surveillants pénitentiaires dans lequel il leur est notamment demandé, après deux sommations, de tirer avec une arme à feu sur les personnes détenues qui tentent de s'évader. Le géographe O. Milhaud précise qu' « *on peut l'abattre sans procès, sans garantie juridique, sans le respect du principe de la proportionnalité de la défense à celle de l'attaque requis en situation de légitime défense ; et cela indépendamment de la nature du délit commis antérieurement, c'est-à-dire sans le respect de la proportionnalité de la sanction au délit [...]. Dans l'instant où il s'évade le détenu change de monde, il n'est plus dans une société de droit* » (403)¹⁶⁰. Le maintien de l'ordre en prison participe également de cette fonction de neutralisation, en s'appuyant notamment sur l'enfermement en cellule, sur un régime disciplinaire strict et en dernier recours sur la force physique.

Pour ce qui est de la réadaptation, elle est associée par P. Combessie à des logiques similaires : rééducation, amendement, réinsertion (491)¹⁶¹, qu'on peut regrouper sous la notion de transformation des individus. D'après le philosophe F. Gros, « *cette thématique de la transformation supporte du reste deux interprétations : soit il s'agit de viser une simple conformité extérieure aux normes, et l'on s'attache à dresser dans l'individu des barrières qui empêchent un nouveau passage à l'acte ; soit encore il s'agit de produire une révolution intérieure, une mutation complète de l'individu qui le fasse devenir honnête et choisir la vertu plutôt que fuir le vice* » (411)¹⁶².

¹⁵⁹ Bellanger page 151, Chantraine 2004 pages 6-7

¹⁶⁰ Page 41

¹⁶¹ Page 18

¹⁶² Pages 93-94

La « *conformité extérieure aux normes* », renvoie notamment à la réinsertion, notion très présente aujourd'hui dans les discours politiques relatifs à la prison. La réinsertion recouvre à la fois des normes de comportements des personnes détenues, dont on attend qu'elles se prennent en charge, et une mission de l'institution carcérale, qui doit contribuer à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par un accompagnement et la mise à disposition de différents services (492). D'après l'article 721 du Code de procédure pénale, les efforts de réinsertion des personnes détenues s'apprécient d'après le suivi de formations, l'exercice d'un travail, la participation à des activités culturelles et sportives encadrées, le suivi d'une thérapie destinée à limiter les risques de récidive, la collaboration avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation ainsi que l'indemnisation volontaire des victimes (493).

Quant à la recherche de « *révolution intérieure* », versant moral de la transformation des individus, elle s'inspire historiquement de la religion chrétienne, pour laquelle la purification des âmes passe par l'expiation des péchés. Elle se rapproche en cela de la fonction de punition. D'après plusieurs auteur-es, cette conception de la peine est encore très prégnante aujourd'hui (57,411,494,495)¹⁶³. On peut y voir un signe dans l'attachement des autorités françaises à la référence à la pénitence pour désigner les prisons (établissements pénitentiaires) et son administration (administration pénitentiaire), ou encore, d'après l'anthropologue D. Fassin, dans la « *croissance solidement ancrée dans le discours et dans l'esprit des magistrats selon laquelle l'incarcération provoquerait un « choc salutaire » conduisant la personne détenue à prendre conscience de la gravité de son infraction* » (111).

D'autres fonctions sociales de la prison ont été rapportées, comme la sûreté de l'Etat (61)¹⁶⁴, la défense des droits des victimes (96,305,411,496)¹⁶⁵, le renforcement de la cohésion sociale par la réaffirmation des valeurs transgressées (247,417)¹⁶⁶ ou encore la prison-asile, comme outil de gestion des inégalités sociales et des populations souffrant de troubles psychiatriques (31,303,311,409,417,497-499)¹⁶⁷.

La sûreté de l'Etat est présentée par le chercheur en droit J.C. Froment comme une fonction officieuse de la prison dans la mesure où elle joue un rôle de manifestation extérieure de la puissance de l'Etat. D'après lui, « *le service public pénitentiaire ne révèle sa véritable nature*

¹⁶³ Papet page 132, Gros pages 22-23, Pech page 152

¹⁶⁴ Pages 274-275

¹⁶⁵ Bellanger page 19, Salas page 12, 64-65, Gros chapitre IV

¹⁶⁶ Lambert page 241, Casadamont page 28

¹⁶⁷ Lhuillier pages 114-115, Lancelevée page 112, Fassin page 104, Foucault pages 106, 318, Lambert page 124

que dans les moments où la sûreté de l'Etat semble mise en cause. Ce phénomène permet de montrer que le véritable fondement du service public pénitentiaire réside dans sa relation aux mécanismes d'autorité de l'Etat. Il faut donc prendre conscience du fait que la prison n'intervient pas dans l'exécution des sanctions comme simple aboutissement institutionnel passif du processus judiciaire, mais qu'elle constitue l'un des instruments par lequel l'Etat témoigne de sa fonction sociale de domination. Dans une période où l'on évoque de plus en plus souvent le « fléchissement et l'écaillage » de l'autorité de l'Etat, il semble essentiel de mettre l'accent sur les symboles institutionnels et fonctionnels de cette domination qu'est la prison au même titre, mais sans s'y réduire, que la police et la justice » (61)¹⁶⁸. Si l'autorité de l'Etat peut être pensée pour elle-même, par appétence pour le pouvoir, elle peut aussi être présentée comme une condition nécessaire à la vie en société. D'après l'analyse que le philosophe F. Gros fait des travaux du philosophe T. Hobbes, à l'état de nature, les relations humaines seraient soumises à la loi du plus fort et l'existence serait impossible (411)¹⁶⁹. Pour échapper à l'état de nature, les êtres humains se sont associés en société et l'Etat est ce qui fait tenir « cet ordre artificiel, et pourtant essentiel à l'homme » (411)¹⁷⁰. Selon T. Hobbes, le maintien de l'Etat est donc essentiel à celui de la société et par conséquent toute atteinte à l'autorité de l'Etat porte indirectement atteinte à la société.

La défense des droits des victimes est une fonction relativement récente de la prison. Notre système pénal s'est historiquement construit sur l'idée qu'une infraction porte atteinte, d'abord et avant tout, à la société et la figure de la victime n'a émergé qu'à la fin du XX^e siècle (96,305)¹⁷¹. Le psychiatre C. Canetti précise que « la reconnaissance de la souffrance des victimes s'est progressivement imposée, elle a fini par modifier la fonction même de la justice. La peine prononcée n'a plus seulement la vocation de rétablir l'autorité du droit mais également de réparer les victimes d'infraction, en consacrant leur souffrance [...] Ainsi, la justice, craignant de se voir reprocher de négliger les victimes, s'est-elle dotée d'une mission thérapeutique et entretient l'idée qu'il n'y a pas de restauration psychique sans condamnation. Elle condamne non plus tant pour dire le droit que pour permettre aux victimes de se réparer » (496).

¹⁶⁸ Page 275

¹⁶⁹ Pages 73 à 78

¹⁷⁰ Page 74

¹⁷¹ Bellanger page 19, Salas page 12, 64-65

Plusieurs des fonctions présentées peuvent être retrouvées dans l'article 1 de la loi pénitentiaire de 2009 sur le sens de la peine de privation de liberté : « *le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions* » (40). La neutralisation et la dissuasion ne sont pas explicitement citées mais elles peuvent être rattachées à la notion de protection de la société.

V.C.1.a.ii. Articulation des fonctions sociales de la prison

Les principales fonctions sociales de la prison sont parfois regroupées en deux pôles : un pôle rétributiviste, tourné vers le passé, qui consiste à punir par principe, ou pour compenser les torts commis, et un pôle utilitariste, tourné vers l'avenir, qui vise à protéger la société d'infractions futures, par la dissuasion, la neutralisation et la transformation des individus (247,305,409,500)¹⁷².

Une autre ligne de partage proposée par la sociologue C. Faugeron et l'éducateur pénitentiaire J.M. Le Boulaire distingue une représentation positive de la nature humaine, sur laquelle s'appuie la fonction de transformation des individus et notamment l'amendement moral, qui croit en la perfectibilité des êtres humains, et une représentation pessimiste de la nature humaine, sur laquelle reposent notamment les fonctions de dissuasion et de neutralisation (498).

Cette deuxième ligne de partage peut être mise en lien avec une contradiction qui traverse les fonctions sociales de la prison, soulevée par certains travaux, entre la réinsertion, qui implique un accompagnement et une participation à la vie en société, et la punition et la neutralisation, qui impliquent la répression et la mise à l'écart (31,404,405,413,416)¹⁷³. Les études empiriques conduisent P. Combessie à conclure, avec le criminologue J. Laplante qu'« *en prison, plus un détenu s'intègre au milieu étrange qu'ils forment, lui et ses codétenus, moins il est disponible pour une réinsertion sociale dans la société commune* » (491)¹⁷⁴.

En pratique, les travaux en sciences sociales et les observateur·rices de la prison convergent pour dire que la neutralisation, voire également la punition, sont les fonctions dominantes de

¹⁷² Fassin 2015 pages 44-45, Casadamont pages 11-12, Salas page 107, Fassin 2017 Chapitre 2

¹⁷³ Rostaing page 37 ; Marchetti page 14 ; Foucault page 313 ; Chantraine page 255 ; Chauvenet page 70

¹⁷⁴ Page101

l'institution carcérale, tandis que la réinsertion est réduite à peau de chagrin (61,96,109,193,247,248,305,311,403,404,413,417,498,501–506)¹⁷⁵. D'après l'historien P. Artières et al, « *tout ce que les sociétés humaines ont été capables de concevoir, tout ce que les décideurs politiques ont bien voulu soutenir, ne devint jamais en pratique un lieu de socialisation et d'apprentissage. Partout, sous tous les régimes et toutes les latitudes, on s'est contenté de créer des lieux de gardiennage, des espaces de cantonnement, où soit un détenu doit attendre l'achèvement d'une instruction ou d'un procès, soit il est simplement mis à l'écart de la vie sociale en raison d'une dangerosité supposée ou d'une inadaptation chronique* » (504). La prédominance de la fonction de neutralisation sur celle de réinsertion peut également être illustrée par la présence des miradors dans la plupart des prisons françaises, ce qui implique que, de l'assassin au simple fumeur de cannabis, notre société les préfère morts que prématurément dehors.

La sociologue A. Chauvenet et al soulignent le fait que la mission de réinsertion reste théorique pour les surveillants : « *la fonction de réinsertion n'est jamais mentionnée dans les définitions des différents postes de travail, ni dans le règlement intérieur, lorsqu'il existe, ni dans les fascicules destinés aux nouvelles recrues lors de leur première affectation. Les emplois du temps ne prévoient pas de temps particulier à un travail de réinsertion* » (413)¹⁷⁶. Le sociologue G. Casadamont et al montrent qu'elle est même découragée lorsqu'elle rentre en conflit avec la sécurité : « *on nous dit : « Faites de la réinsertion. » Tu parles ! L'autre jour il y avait un surveillant dans la cellule d'un détenu. Il lui lisait une lettre parce que c'était un illettré et le détenu lui avait offert le café. Ca, moi, j'estime que ça pourrait être de la réinsertion. Ben, manque de pot, un gradé est arrivé et le surveillant s'est retrouvé dans le bureau du patron. On n'a vu que le café qu'il buvait* » (247)¹⁷⁷.

Plusieurs travaux estiment par ailleurs que la réinsertion est antinomique avec la prison, à l'instar de M. Foucault, cité par le géographe O. Milhaud : « *je plains plus que je ne blâme l'administration pénitentiaire actuelle : on lui demande de « réinsérer » un détenu en le « désinsérant » par la prison* » (403)¹⁷⁸. La prison conduit en effet souvent à la perte d'un travail à l'extérieur, d'un logement, à l'éloignement de la famille, à la perte des amis, à la

¹⁷⁵ Chantraine page 255 ; Chauvenet 1995 pages 27, 35-36, 41, 70 ; Milhaud pages 41 et 185-186 ; Bellanger pages 211-212 ; Wacquant page 121 ; Frayer pages 85, 191 ; Chauvenet 2008 page 19 ; Goffman pages 121, 241 ; Salas pages 100, 183 ; Froment pages 378-379 ; Casadamont page 216 ; Lambert pages 14, 137 ; George page 222 ; Danet page 13

¹⁷⁶ Page 41

¹⁷⁷ Page 216

¹⁷⁸ Page 11

déresponsabilisation des personnes détenues par les privations d'autonomie qu'on leur impose (60,196,248,405,416,417,491)¹⁷⁹. Dans ces conditions, certain-es auteur-es défendent l'idée que la véritable fonction des discours sur la réinsertion est d'apporter une caution morale aux pratiques d'enfermement (60,61,303)¹⁸⁰.

Au total, la prison remplit de nombreuses fonctions, qui semblent dominées par la neutralisation, tandis que la réinsertion se présente comme le parent pauvre de la prison.

V.C.1.b. Rapports des fonctions sociales de la prison à la mort volontaire

Les fonctions de punition et de dissuasion n'ont pas de rapport évident et univoque à la mort volontaire. Quant à la fonction de neutralisation, on peut considérer qu'elle est par principe favorable à la mort volontaire, puisque cette dernière permet une neutralisation définitive. Néanmoins, la mort volontaire d'une personne détenue, en tant qu'incident, peut également porter atteinte à l'ordre interne des établissements pénitentiaires et par extension rendre plus difficile la neutralisation des autres personnes détenues. Peut-être cet argument peut-il contribuer à expliquer, par exemple, la sanction en 2022 d'une personne détenue de 14 jours de QD suite à une tentative de suicide par saut dans le vide, sur la base de l'alinéa 14 de l'article R57-7-1 du Code de procédure pénale qui interdisait notamment de franchir des barrières et d'accéder aux zones interdites par le règlement intérieur des établissements pénitentiaires (507,508). La sanction de QD, qui a été exécutée après un passage en CProU, a été validée par la direction interrégionale des services pénitentiaires, qui a rejeté le recours administratif déposé par la personne détenue. La décision de l'administration pénitentiaire a ensuite été annulée en 2024 par le Tribunal administratif (507).

De manière plus évidente, les objectifs de transformation des individus sont mis en échec par la mort volontaire, comme l'indique la politiste L. Deheurles-Montmayeur pour la réinsertion (60). Dans l'approche chrétienne de l'amendement moral, on peut même considérer que cet échec est double car non seulement l'amendement moral n'est plus possible, mais aussi la mort volontaire vient « *ajouter "le péché" du suicide à [l]a faute initiale* » (75).

¹⁷⁹ Frayer page 321, Marchetti page 205, Lambert page 139, Combessie page 20, Rostaing page 61

¹⁸⁰ Lhuillier p257, Froment p296

La sûreté de l'Etat est une autre fonction de la prison qui se présente comme défavorable à la mort volontaire, dans la mesure où les personnes détenues qui décèdent par suicide, en échappant à leur peine, défient l'autorité de l'Etat et fragilisent ainsi sa légitimité. Ce raisonnement peut être appuyé par deux arguments évoqués en Introduction générale (I.C.1.) : l'assimilation du suicide à une évasion et la prévention du suicide des condamnés à mort.

Rappelons que le rapport Zientara sur la prévention du suicide des personnes détenues indique qu'historiquement, la prévention du suicide de la personne détenue était « *sous-tendue par la nécessité qu'[elle] ne se dérobe pas à sa peine* » (75), et qu'à la date du rapport, en 1996, cette logique persistait « *à des degrés divers dans les attitudes et les réflexions actuelles* » (75). Cette notion d'évasion est retrouvée dans les travaux de l'historienne L. Guignard sur la prévention du suicide des personnes détenues au XIX^e siècle (27,56) : « *si certaines analyses sensibles attribuent ces suicides au désespoir des détenus, pour l'administration pénitentiaire, ils s'assimilent exclusivement à des formes d'insoumission ou d'ultime évasion et justifient donc le renforcement du joug disciplinaire* » (27). Au début du XX^e siècle, le règlement intérieur de la prison de la Colmar précisait : « *il est défendu au prisonnier de se soustraire à sa peine par une tentative de fuite ou de suicide* » (122,509)¹⁸¹. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, d'après l'historienne H. Bellanger, « *cette volonté quotidienne de faire obéir, de maîtriser l'effectif était mise en échec par le suicide d'un détenu. D'ailleurs, le suicide est perçu comme une évasion par l'administration pénitentiaire. « C'est la preuve qu'elle ne contrôle pas toute la vie et la mort de ses pensionnaires, la preuve que les détenus peuvent lui échapper. »* » (96)¹⁸². En 2021, au Collège de France, l'anthropologue D. Fassin rapporte le commentaire d'un directeur de prison, suite à une réorientation des politiques pénales vers la prévention des évasions à la fin de son enquête ethnographique : « *après tout, un suicide, c'est une évasion* » (510).

Notons que pour bien comprendre cette assimilation du suicide à une évasion, la sûreté de l'Etat doit être dissociée de la sécurité publique. La fonction de sécurité publique de la prison consiste à protéger la société d'individus jugés dangereux, par leur mise à l'écart. Dans son sens le plus courant, l'évasion désigne un retour illicite et prématuré de personnes incarcérées dans la société, et l'imaginaire convoqué est celui d'un risque pour la sécurité des membres de la société. De ce point de vue, le suicide se présente alors comme le contraire de l'évasion, au sens où il signe la neutralisation définitive de l'auteur-e (présumé-e) d'infraction et garantit ainsi la

¹⁸¹ J. Favard page 164

¹⁸² Pages 210-211

sécurité publique. Quant à la sûreté de l'Etat, elle se définit, au moins en partie, de manière autonome par rapport à la sécurité publique : il s'agit pour l'Etat d'œuvrer à sa propre conservation. De ce point de vue, le suicide d'une personne détenue est synonyme d'évasion parce que l'un comme l'autre ébranlent les fondements de son autorité.

Le cas, historique en France, des condamnés à mort permet également d'illustrer la menace que le suicide des personnes détenues fait peser sur la sûreté de l'Etat. On peut considérer, à l'instar de l'ensemble des personnes détenues que, du point de vue de la sûreté de l'Etat, leur suicide est une évasion. Ce type d'« évasion » pourrait néanmoins être davantage redouté en raison de sa plus grande visibilité : elle concerne des personnes plus médiatisées, notamment en raison de la gravité de leur infraction, et dont la mise à mort est pour l'Etat un instrument de la démonstration de sa puissance. Les exemples qui suivent montrent ainsi que c'était prioritairement ceux qu'il avait décidé de faire mourir que l'Etat s'efforçait de maintenir en vie.

D'après l'historien G. Minois : *« il y a cependant une raison plus profonde à la colère des autorités : c'est que le condamné à mort qui se suicide les prive de manifester leur autorité. Comment expliquer autrement ces lettres du ministre de l'Intérieur se plaignant, pendant la Terreur, de l'état déplorable de la Conciergerie, où vingt-sept condamnés à mort ont tenté de se « détruire » [...] ? La République tient à ses symboles : la guillotine en est un, essentiel ; c'est l'instrument du châtement des ennemis du peuple. Il faut donc absolument que ces derniers meurent par ce moyen, et l'on n'hésite pas à lui apporter des blessés, des mourants, et même des morts »* (83)¹⁸³. D'après les travaux de l'historienne L. Guignard sur la prison au XIX^e siècle, les condamnés à mort semblent même être les premières cibles de la prévention du suicide en prison : *« la cellule des condamnés à mort [...] paraît constituer la matrice paradoxale de ce système d'extrême surveillance destiné à maintenir à la fois isolé et en vie »*. D'autres témoignages portent sur une période plus récente. La directrice de prison C. Rotach indique qu'à la prison parisienne de La Santé, dans les années 1930, *« les hommes dormaient entravés, fers aux pieds et menottes aux poings, afin d'éviter toute tentative de suicide et de « frustrer ainsi la justice des hommes » »* (195)¹⁸⁴. Le chercheur en droit B. Py rapporte par ailleurs l'exécution, au lendemain de la seconde Guerre Mondiale, de l'homme politique P. Laval, l'une des principales figures de la collaboration avec les nazis et du régime de Vichy : *« lorsque Pierre Laval, condamné à mort par la Haute cour de justice le 9 octobre 1945, tente de se suicider le 14 octobre en avalant une capsule de cyanure, les médecins lui*

¹⁸³ Page 351

¹⁸⁴ Page 60

font deux piqûres de camphre, puis procèdent à un lavage d'estomac. Son état s'étant sensiblement amélioré, il fut amené devant le peloton d'exécution qui le fusilla le 15 octobre 1945, dans la cour de la prison de Fresnes » (511). Ces exemples montrent, comme l'indique l'historien J.L. Sanchez, que le personnel doit « tout mettre en œuvre pour les empêcher de se soustraire à la justice », c'est-à-dire de se suicider ou de s'évader, afin de pouvoir les livrer en vie au bourreau » (512). Plus encore, d'après l'historien N. Picard, « l'appareil de l'État ne doit pas être manipulé pour assouvir le désir d'un criminel de commettre un « suicide par guillotine », d'autant plus que ses pensées suicidaires ne sont pas forcément liées à l'idée du remords et de la culpabilité. [...] Sa peine [...] doit rester contrôlée en tout point par l'État » (513)¹⁸⁵.

L'interprétation selon laquelle les suicides des personnes ciblées par les politiques répressives remettraient en cause les autorités n'est pas d'une constante de l'histoire. Le chercheur en droit F. Violla nous apprend que, dans l'Antiquité romaine, « on confiait à un accusé trouvé coupable d'un crime suffisamment grave pour entraîner la peine capitale le soin de s'exécuter lui-même ou de se faire exécuter sur lui-même le mode d'exécution qu'il avait choisi » (139).

Enfin, précisons qu'il est difficile d'apprécier le poids de la sûreté de l'Etat dans la prévention du suicide des personnes détenues aujourd'hui en France, au vu du caractère officieux de cette fonction de la prison. La prévention du suicide des condamnés à mort, qui en est peut-être l'une des manifestations les plus spécifiques, n'a plus lieu d'être en France. De plus, pour la période la plus récente, il est possible de donner une autre signification au rapprochement du suicide et de l'évasion : celle qui consiste à considérer qu'une personne détenue qui se suicide se dérobe à ses devoirs envers les victimes de l'infraction qui lui est reprochée.

Les rapports entretenus par la défense des droits des victimes d'infraction avec la mort volontaire des personnes détenues peuvent être discutés du point de vue des justifications à l'empêchement de la mort liées à l'ordre public et au contrat social, que j'ai développées plus haut pour la population générale (V.B.2.a.iii.). Les droits des victimes d'infraction impliquent notamment des devoirs de la part des auteur-es (présumé-es) des infractions correspondantes, dont le plus important est peut-être celui de rester en vie jusqu'au procès pénal, qui peut jouer le rôle d'une tribune pour les victimes et consacrer la reconnaissance publique de leur préjudice. Ces devoirs, et le trouble à l'ordre public susceptible de résulter de leur non-respect, sont a

¹⁸⁵ Pages 566 et 567

priori d'autant plus importants que l'infraction est grave et consiste en une atteinte aux personnes.

La psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon indiquent à ce sujet que « *lorsqu'un suicide intervient avant un jugement, le discours social insiste sur la nouvelle attaque portée aux victimes et semble ignorer la dimension subjective de cet acte. Cette représentation de l'acte référé essentiellement à sa dimension sociale autorise donc à mettre en cause l'Administration Pénitentiaire, non pas en tant qu'elle aurait dû protéger le détenu comme le lui impose l'Article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, mais en tant qu'elle a failli en ne protégeant pas le droit des victimes* » (57)¹⁸⁶. Par ailleurs, la directrice de prison C. Rotach livre le témoignage suivant, à propos du suicide en prison en 2010 de l'auteur d'un double homicide : « *sa mort [...] a définitivement annulé son procès [...] et tout espoir de vérité. [...] Depuis le matin, le tonnerre médiatique, chargé de suspicion, gronde au dehors : nous avons failli à notre mission, nous l'avons déjà laissé échapper une première fois... [...] Ai-je eu le temps, durant cette journée insensée, de penser aux parties civiles [...] définitivement privée[s] de procès, de lumière ? Evidemment. Je ne les ai pas contactées, car, dans ces cas-là, ce n'est pas nous qui le faisons mais le parquet, pourtant leur pensée ne m'a pas quittée, pas un seul instant. Elles venaient de perdre la chance de comprendre, de se confronter, une fois pour toutes, à la terrible question du « pourquoi » [...] Ce jour-là, [l'auteur] n'a pas voulu donner plus d'explications, il a cherché à se dérober à son obligation de procès, il a éteint tout espoir de vérité* » (195)¹⁸⁷.

Un des points communs à ces deux récits est la référence plus ou moins explicite à un fort relai médiatique (« *discours social* » et « *tonnerre médiatique* ») dont on peut citer quelques exemples. Le chercheur en droit B. Py cite un article du journal *Le Monde* de 2003 qui commente le suicide d'une personne détenue de la manière suivante : « *Nous avons renoncé à la vérité et nous devons maintenant renoncer à la justice. Les familles des victimes vont repartir de Reims avec l'idée que la justice n'existe pas pour elles* » (511). Citons encore, parmi d'autres (514–517), le titre édifiant d'un article du journal *Le Point* de 2019 : « *l'assassin se suicide en prison, la justice abandonne les victimes* » (514).

¹⁸⁶ Page 134

¹⁸⁷ Pages 86-90

A ma connaissance, le rapport des fonctions sociales de la prison à la mort volontaire des personnes détenues a peu fait l'objet de prises de position formelles de la part des autorités. On peut néanmoins citer l'article L223-7 du Code pénitentiaire, issu d'une loi de 2016 renforçant la lutte contre le terrorisme : « *les personnes prévenues faisant l'objet d'un mandat de dépôt criminel et d'une mesure d'isolement, dont l'évasion ou le suicide pourraient avoir un impact important sur l'ordre public eu égard aux circonstances particulières à l'origine de leur détention et à l'impact de celles-ci sur l'opinion publique, peuvent faire l'objet des mesures de vidéosurveillance prévues par les dispositions des articles L. 223-8 à L. 223-15* » (518,519). Si le contexte d'adoption de ce texte peut laisser penser qu'il s'applique aux auteur-es d'actes terroristes, son contenu montre que son domaine d'application s'étend plus largement à l'ensemble des crimes. Le rapprochement entre suicide et évasion ainsi que l'invocation de l'ordre public peut faire évoquer à la fois la défense des droits des victimes et la sûreté de l'Etat comme justifications implicites de la prévention du suicide, notamment si on considère avec J.C. Froment que « *la sûreté de l'Etat [...] a souvent semblé servir de prétexte à l'invocation de la sécurité publique* » (61)¹⁸⁸. En revanche, la circonscription de cette prévention du suicide à la détention provisoire, ainsi que la référence à l'opinion publique, orientent davantage vers l'objectif de défense des droits des victimes.

Au total, plusieurs fonctions sociales de la prison impliquent que les personnes détenues doivent rester en vie, que ce soit pour maintenir l'ordre interne des établissements pénitentiaires et participer ainsi à la fonction de neutralisation, pour mener à bien la réinsertion voire l'amendement moral des personnes détenues, pour défendre l'autorité de l'Etat ou bien les droits des victimes d'infraction.

V.C.1.c. Rapports des fonctions sociales de la prison à la santé mentale

Dans un livre-témoignage, le surveillant pénitentiaire P. Merly fait le récit de la scène suivante, alors qu'il est affecté aux parloirs :

« La maman vient de libérer le regard de son fils, il ne porte plus ce bonnet occultant. Il sourit à son père en lui tendant une part de ce gâteau détruit durant son transport. Le sourire qui vient de se dessiner sur ce petit minois ne peut laisser quiconque indifférent. Je ne le reste pas ! Je m'efforce de détourner mon regard de ce trio dont la joie dénote, dont la joie dérange.

¹⁸⁸ Page 275

Comment peut-on être heureux ici ? Mes yeux ont quitté momentanément cette tablée, mais mes oreilles parviennent encore à percevoir la petite voix joviale et aiguë souhaiter un joyeux anniversaire à ce père incarcéré. Je me félicite soudain de ne pas être intervenu pour empêcher cet enfant et sa maman de faire pénétrer un objet étranger dans ce bâtiment sécurisé. Le visage du détenu se détend et ses yeux croisent furtivement les miens. Il ne peut y lire un refus, j'acquiesce d'un lent battement de paupière associé à [un] léger hochement de tête. Je me dirige vers le fond de la pièce, je les laisse en famille. [...].

La porte des entrées s'ouvre brutalement, cet accès réservé au personnel ne peut que laisser voir apparaître un uniforme de surveillant. [...] Soudain, tel un chien de chasse ayant reniflé un gibier, il arrête sa progression et fixe la tablée où la famille se délecte de ce gâteau émietté. [...] L'enfant n'a pas bougé, il mâche sa pâtisserie lorsque le surveillant arrive à sa hauteur. Il ne sait pas, il est si ignorant et naïf qu'il adresse même un sourire à cet homme qui va devenir un ennemi d'un instant à l'autre. La rapidité du geste est surprenante. Mon collègue arrache brutalement le gâteau des mains du gosse et jette la part entamée sur le papier brillant. Sa grosse voix brise le calme du parloir, il hurle, il aboie même [...] Le gosse pleure, la mère hurle alors que le père vient de quitter sa chaise. La colère se lit dans ses yeux. [...] Rapidement, la solidarité des détenus et de leurs familles se fédère, très vite le ton monte et nous nous trouvons bien isolés et bientôt inéluctablement en difficulté [...] Les hurlements ont alerté des renforts, ils font leur entrée dans cette pièce qui semble soudain minuscule tant le bleu des uniformes l'amplifie. Il n'y a maintenant plus de dialogue, c'est l'émeute. [...] Après quelques longues minutes de palabres et de contacts virils, nous parvenons, mes collègues et moi-même, à rétablir un semblant de calme » (246)¹⁸⁹.

Dans cet extrait, P. Merly s'étonne de l'ambiance joyeuse de la réunion familiale qu'il observe au parloir : « comment peut-on être heureux ici ? » Celle-ci « dénote », elle « dérange ». Le bien-être, le bonheur, le plaisir, la joie seraient-ils incompatibles avec les missions de l'institution ? Selon le psychiatre P. Lamothe, le plaisir est subversif en prison : « le détenu qui « se fait plaisir » est suspect : n'échappe-t-il pas à la peine, voir ne prend-il pas une revanche inacceptable, destructrice de la peine elle-même ? » (440).

De la même manière que pour la mort volontaire, la question des rapports des fonctions sociales de la prison à la santé mentale peut être déclinée pour les différents objectifs de l'institution.

¹⁸⁹ Pages 59-63

D'après l'anthropologue D. Fassin, la plupart des définitions du châtement s'inspirent de celle proposée par le juriste et philosophe H.L.A. Hart, qui a retenu cinq critères, dont le premier est qu' « *il doit impliquer une souffrance ou d'autres conséquences normalement considérées comme désagréables* » (500)¹⁹⁰. La fonction punitive de la prison a donc pour essence, ou du moins pour objectif, de dégrader la santé mentale des personnes détenues.

Par ailleurs, si la fonction de dissuasion a pour objectif premier d'éviter la survenue de nouvelles infractions, le principal mécanisme d'action sur lequel repose son efficacité est la dégradation de la santé mentale des personnes détenues. Comme l'indique le sociologue G. Chantraine, la prison « *reste toujours un lieu de souffrance, notamment pour ne jamais devenir attractive* » (304).

Quant à la neutralisation, elle est, dans ses objectifs, indifférente à la santé mentale des personnes détenues. On peut néanmoins estimer que la dégradation de la santé mentale en est un dommage collatéral, notamment si on considère les effets désocialisant de la mise à l'écart ainsi que les contraintes sécuritaires de la prison sur les conditions de vie intramuros. La scène du parloir rapportée ci-dessus en fournit une illustration. Le maintien des liens familiaux est souvent important pour la santé mentale, comme le suggère la surreprésentation des parents parmi les personnes détenues décédées par suicide pendant la pandémie à SARS-CoV2, caractérisée notamment par des restrictions relatives aux visites des proches (cf. Chapitre 2 III.D.4.). La plupart des personnes détenues ont des enfants (Chapitre 3, IV.C.2.a.), et un exemple de mise en perspective des chiffres rapportés peut être trouvé dans le témoignage du surveillant pénitentiaire E. Perez : « *combien de fois ai-je vu des jeunes pères de famille assis sur leur lit, dans la même position pendant des heures, penchés sur la photo d'un bébé ou d'un jeune enfant...* » (245)¹⁹¹. Le maintien des liens familiaux fait partie des missions de l'administration pénitentiaire (520), notamment en lien avec sa mission de réinsertion. Cependant, le maintien des liens familiaux est secondaire par rapport à la neutralisation des personnes détenues et est de fait entravé par les contraintes de sécurité qui régissent le fonctionnement des établissements pénitentiaires. En particulier, concernant la scène du parloir, pour des raisons de sécurité, les gâteaux d'anniversaire sont interdits en prison, de la même manière que tous les aliments – à l'exception d'un colis pour les fêtes de fin d'année : « *est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait [...] de remettre ou de faire parvenir à un détenu, [...] des [...] objets ou substances quelconques en dehors des cas*

¹⁹⁰ Page 43

¹⁹¹ Page 111

autorisés par les règlements. [...] La peine est portée à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende si le coupable est chargé de la surveillance de détenus [...] » (521)¹⁹².

Un autre aspect des possibles dommages collatéraux de la fonction de neutralisation de la prison sur la santé mentale a été soulevé dans les règles minimales des Nations Unies pour le traitement des personnes détenues : *« l'emprisonnement et les autres mesures qui ont pour effet de couper des personnes du monde extérieur sont afflictifs par le fait même qu'ils les dépouillent du droit de disposer d'elles-mêmes en les privant de leur liberté » (522).*

Enfin, concernant la fonction de transformation des individus, il faut distinguer a minima la réinsertion et l'amendement moral. Un meilleur état de santé mental facilite généralement la réinsertion et réciproquement. On peut donc considérer la réinsertion comme un moteur d'amélioration de la santé mentale. En revanche, l'amendement moral, en puisant ses racines dans la religion chrétienne, fait de la souffrance le chemin de la vertu. La psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon précisent que la religion chrétienne *« renvoie à une souffrance à la fois rédemptrice, purificatrice et moyen incontournable sur la voie du salut ce qui la justifie et la définit comme valeur. Cette souffrance est la source qui pousse à se perfectionner mais ainsi érigée en vertu, elle pousse aussi à la patience, au courage, à se dépasser soi-même. A ce titre, elle n'est pas à fuir mais à vivre voir à rechercher comme réponse et facteur de libération. Cette conception liant souffrance et rédemption en passant par l'expiation dans sa dimension sacrificielle pour l'amour de l'autre est extrêmement prégnante. Ainsi, collectivement, nous trouvons juste et normal que le criminel souffre. C'est à ce prix que la punition est effectuée et surtout la faute rachetée, ceci constitue la prison comme univers morbide de la faute » (57)¹⁹³.* On peut citer également les propos de l'assesseur T. Pech : *« les doctrines du traitement [...] se sont construites sur un modèle chrétien (celui de la rédemption) et perpétuées sous des formes plus ou moins laïques. Ici, les privations carcérales, l'isolement prolongé, le travail forcé, la discipline et les brimades qui l'accompagnent sont le carburant de la peine. La souffrance n'est pas un effet indésirable, un dommage collatéral ou une regrettable fatalité de l'enfermement, mais le moyen le plus efficace pour conduire le criminel de la réflexion au repentir, et du repentir au salut » (495)¹⁹⁴.* Le rapport des fonctions de transformation des individus à la santé mentale est donc plus ambivalent que les autres objectifs discutés.

¹⁹² L'article correspondant du Code pénal se trouve dans le paragraphe des infractions relatives aux évasions

¹⁹³ Page 132

¹⁹⁴ Page

Encadré 2 : Les effets concrets de l’incarcération sur la santé mentale

En pratique, l’incarcération semble avoir des effets très variables sur la santé mentale selon les individus. Dans l’étude sur la santé mentale des sortants de prison menée par le psychiatre T. Fovet et al en 2022, les hommes condamnés en fin de peine sortant de 26 maisons d’arrêt dans toute la France étaient invités à rapporter l’effet de l’incarcération sur leur propre santé mentale à l’aide d’une note entre 0 (« très négatif ») et 10 (« très positif ») (7). Une note entre 0 et 4 a été rapportée par 34% des enquêtés, contre une note entre 6 et 10 pour 41%. Les notes minimale et maximale ont chacune été retenues par 10% des enquêtés. Chez les femmes condamnées en fin de peine sortant de quatre établissements pénitentiaires des Hauts-de-France, 29% ont donné une note entre 0 et 4 et 50% entre 6 et 10. Les notes minimale et maximale ont été retenues respectivement par 8% et 13% des enquêtées (7).

La déclaration d’effets positifs de l’emprisonnement sur la santé mentale dans cette étude fait écho à certains témoignages (24,49,58,72,77,78), qu’on peut organiser d’après deux des cinq idéaux-types des rapports à l’incarcération proposés par le sociologue G. Chantraine : l’incarcération « break » et l’incarcération protectrice (49). L’incarcération « break » renvoie à l’incarcération comme aide au sevrage de pratiques de toxicomanie, ou comme mettant un coup d’arrêt à des pratiques délictueuses. D’après les psychologues D. Lhuillier et A. Lemiszewska, « *pour ceux, et ils sont nombreux, qui souffrent violemment de n’avoir jamais trouvé dans leur vie de point d’arrimage, la prison peut être le seul cadre contenant auquel on revient toujours entre deux temps d’errance* » (58). Quant à l’incarcération protectrice, elle renvoie à l’incarcération comme offrant de meilleures conditions de vie qu’à l’extérieur, en raison d’une situation d’oppression ou de grande précarité à l’extérieur. Concernant les situations d’oppressions, G. Chantraine cite l’exemple des maris violents, tandis que le sociologue G. Lambert évoque le cas d’un étranger en situation irrégulière : « *l’année de détention préventive effectuée à la maison d’arrêt a transformé pour lui la prison en refuge contre la violence de sa situation sociale* » (24). Pour les personnes en grande précarité, D. Lhuillier et A. Lemiszewska parlent de prison-hôpital-asile : « *la parenthèse de l’incarcération apparaît comme [...] un temps de prise en charge quand rien dehors ne les soutient plus. [...] Quand ceux qui travaillent derrière les murs reçoivent à intervalles réguliers des toxicomanes ou des SDF dont l’état à chaque « retrouvaille » est un peu plus dégradé, se développe alors l’image d’une prison-hôpital-asile* » (58). La prison devient notamment pour les plus précaires un lieu d’accès aux soins, comme le rapporte un responsable surveillant à G. Chantraine : « *il y a des gens qui viennent ici en prison, ça leur permet de se faire une nouvelle santé, parce que là l’extérieur, ils vont pas voir le médecin, ils vont avoir aucun soin. Il y a des détenus qui le disent, ils viennent en détention, ils font un petit délit à l’extérieur pour avoir le maximum de soins ici. Ils viennent pour faire une prothèse dentaire, ils se font soigner à droite à gauche, des petits bobos, ils se font une peine de trois mois, et hop, ils ressortent* » (49). Un autre témoignage, de personne détenue, est donné par la visiteuse de prison D. Dhombres : « *« c’est que, dehors, impossible de me trouver une place pour me garder », m’explique-t-il, très lentement, le souffle court, tant il peine à respirer. Ce qui ne l’empêche pas de poursuivre, longuement : « On m’a dit d’appeler le 115 pour trouver où dormir. Vous imaginez ? Le 115 ? Comme un SDF ! Passé 80 ans ! Avec ma bouteille d’oxygène ? Vous vous rendez compte ? Alors j’ai dit tant pis pour la suspension de peine [pour raison médicale], qu’on me recondamne à terminer ma peine en prison, six ans qu’il me reste. Au moins je suis logé, soigné et nourri* » (77).

La part des personnes détenues qui rapportent des effets positifs de l’emprisonnement sur leur santé mentale est cependant étonnamment élevée au vu de tout ce qui a été dit précédemment. Au-delà des conditions de détention, elle interroge l’étendue des inégalités et les conditions de vie des plus précaires en population générale. Il serait souhaitable de mener des explorations complémentaires afin de guider au mieux l’interprétation de ces résultats.

En résumé, à l'exception de la réinsertion, dont on a vu qu'elle était le parent pauvre de la prison, les fonctions sociales de la prison tendent à converger vers l'idée que celle-ci est ou doit être un lieu de souffrance, parce qu'elle est un lieu de punition, parce qu'elle doit décourager la survenue d'infractions, parce que les contraintes de sécurité étouffent les personnes qui vivent à l'intérieur et parce que la tradition chrétienne appréhende la souffrance comme le chemin de la vertu.

Au total, les fonctions sociales de la prison sont multiples et parfois contradictoires. Dans l'ensemble, elles impliquent d'une part d'empêcher la mort volontaire des personnes détenues et d'autre part de dégrader leur santé mentale. Ces implications sont conflictuelles entre elles, dans la mesure où la santé mentale est un déterminant majeur du décès par suicide. Cette situation donne à la fréquence élevée des suicides des personnes détenues des significations paradoxales. D'une part, en tant que cause de décès, par son caractère volontaire ou potentiellement violent, la fréquence élevée des suicides porte atteinte aux fonctions sociales de la prison. D'autre part, en tant qu'indicateur de santé mentale, elle témoigne de la mauvaise santé mentale de la population carcérale et se présente ainsi comme un indice de conformité aux attentes que la société nourrit à l'égard de ses prisons, notamment vis-à-vis des objectifs de punition et de dissuasion.

Ainsi, la prévention du suicide menée par les politiques de santé auprès des personnes détenues n'intervient pas en terrain neutre, mais dans un environnement chargé de représentations sur le suicide. Dès lors, les possibilités et les formes de prévention du suicide des personnes détenues dépendent à la fois des zones de convergence et de divergence entre les objectifs des politiques pénales et ceux des politiques sanitaires et des rapports de force politiques.

V.C.2. Formes et perspectives de la prévention du suicide des personnes détenues

Les politiques générales de prévention du suicide convergent avec les politiques pénales dans l'objectif d'empêchement de la mort volontaire des personnes détenues. En revanche, les fonctions sociales de la prison compliquent la mise en œuvre de politiques de santé mentale

auprès des personnes détenues, qu'il s'agisse de la prise en charge sanitaire ou de l'amélioration des conditions de détention.

V.C.2.a. Un objectif partagé : empêcher la mort

En tant qu'il permet à la fois de préserver la vie, de poursuivre des objectifs économiques, de maintenir l'ordre public, de se conformer au droit en vigueur, de maintenir l'ordre interne des établissements pénitentiaire, de soutenir l'autorité de l'Etat ou encore de défendre les droits des personnes victimes d'infraction, l'empêchement de la mort volontaire des personnes détenues se situe au croisement des préoccupations des politiques générales de prévention du suicide et des politiques pénales.

L'impératif du maintien en vie des personnes détenues est notamment renforcé, de manière concrète, par la défense des droits humains. On a vu plus haut que la France a signé plusieurs traités internationaux, qui imposent aux Etats signataires de prévenir le suicide au nom du droit à la vie (V.B.2.a.v.). Cette obligation concerne particulièrement les personnes détenues. D'après le Comité des droits de l'homme de l'ONU, « *les États parties ont [...] une obligation accrue de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la vie des personnes privées de liberté par l'État, étant donné que lorsqu'ils arrêtent, détiennent ou emprisonnent une personne, les États parties ont la responsabilité de prendre soin de sa vie et de veiller à son intégrité physique, et qu'ils ne sauraient invoquer le manque de ressources financières ou d'autres problèmes logistiques pour atténuer cette responsabilité* » (523). A l'échelle européenne, plusieurs instances du Conseil de l'Europe – le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants et le Comité des Ministres – ont formulé des recommandations pour la prévention du suicide spécifiques aux personnes détenues (238). Quant à la jurisprudence de la CEDH, la chercheuse en droit M. Baudel indique que les condamnations des Etats européens pour non-respect du droit à la vie en cas de suicide tendent « *tout particulièrement à s'appliquer dans les situations de privations de liberté* » (481). On peut en donner un exemple avec le chercheur en droit J.P. Marguénaud : la France a été condamnée en 2008 suite au suicide d'une personne détenue, pour l'avoir placée au QD en raison d'une violente altercation avec une surveillante, alors même qu'un antécédent de tentative de suicide était connu (483). Autre exemple, donné par G. Nicolas : la France a été condamnée en 2016 pour n'avoir pas apporté la preuve d'un rendez-vous avec le service médical, pour une personne détenue décédée par suicide et avec des troubles mentaux connus (439). Le sociologue G. Cliquennois indique également que depuis une affaire de 2005

impliquant la Russie, la CEDH « *oblige les États à mener une enquête officielle, indépendante (les personnes chargées de l'enquête doivent être indépendantes de celles éventuellement impliquées dans le décès tant d'un point de vue hiérarchique ou institutionnel que pratique), impartiale, prompte, sérieuse et effective sur la mort des détenus afin d'en déterminer la nature (suicide, homicide ou accident), les causes probables et les circonstances exactes, ainsi que d'en établir les responsabilités éventuelles des autorités et de les punir en cas de suicide* » (484). L'Etat français est également régulièrement condamné par ses juridictions nationales pour faute suite à des suicides de personnes détenues (29,60,66).

D'autres indices de cette convergence peuvent être relevés dans les rapports Terra, en 2003, et Albrand, en 2009, sur les suicides des personnes détenues, tous les deux coordonnés par un médecin et remis au ministre de la justice (76,77). La justification de la prévention du suicide par le tort causé à l'entourage, qui a constitué par la suite l'un des principaux arguments des autorités sanitaires (4,219,467), est retrouvé dans les deux rapports. Le rapport Terra rend compte du « *souhait collectif d'apporter les meilleures réponses pour diminuer la fréquence de ce qui est, chaque fois, une catastrophe qui endeuille les familles et les établissements* » (76). Le rapport Albrand, quant à lui, indique que « *le suicide en prison constitue une problématique particulièrement délicate et complexe. D'une part parce que le suicide d'une personne détenue est toujours vécu douloureusement par l'environnement de celui qui y a recouru [...] D'autre part parce que ce phénomène est souvent abordé de manière passionnée* » (77). Le rapport Albrand tend par ailleurs à rattacher la mission de garde de l'administration pénitentiaire à la préservation de la vie (« garder » en vie) : « *en charge de la garde de cette personne, l'administration se doit alors de préserver son intégrité physique à tout prix, y compris contre elle-même* » (77).

V.C.2.b. La position précaire des politiques de santé mentale en prison

Si l'empêchement de la mort est un objectif partagé, les politiques d'amélioration de la santé mentale ont des difficultés à s'implanter auprès des personnes détenues, que ce soit comme moyen d'empêcher la mort volontaire ou que la santé mentale soit considérée comme une fin en soi.

Les méthodes de prévention du suicide diffèrent entre les acteurs de santé et les acteurs du système pénal. Si certaines pratiques sont communes, les mesures mises en œuvre par l'administration pénitentiaire sont davantage axées autour de la lutte contre l'accessibilité de la

mort volontaire, c'est-à-dire autour de mesures qui font obstacle à la mise en œuvre de l'acte suicidaire, tandis que les mesures de santé s'appuient davantage sur le développement de l'accès aux soins, notamment psychiatriques, et sur des dispositifs destinés à apporter un soutien moral (cf. Introduction générale, I.E.2.b.).

Si les mesures mises en œuvre par l'administration pénitentiaire accordent une place modeste à la santé mentale, certaines mesures de prévention, à l'instar de la surveillance « adaptée », semblent même s'accompagner d'une dégradation de la santé mentale des personnes détenues. Rappelons que la surveillance « adaptée » est actuellement la principale mesure de prévention du suicide mise en œuvre par l'administration pénitentiaire (241,242). Dans sa forme élémentaire, il s'agit d'une mesure qui, dans un même geste consistant à regarder à travers l'œilleton de la porte de la cellule, vise à prévenir les suicides, les dégradations matérielles et les évasions. Au-delà d'un travail de prise d'information, cette pratique peut être interprétée comme une mesure de lutte contre l'accessibilité du suicide, au sens où elle réalise une fragmentation de l'intimité qui dissuade le geste suicidaire et permet généralement d'intervenir rapidement lorsqu'une personne détenue est surprise au cours d'un passage à l'acte.

Outre l'atteinte à l'intimité des personnes détenues, qui par ailleurs ne sont pas nécessairement informées du motif de la surveillance (242), les rapports d'inspection et d'évaluation de 2021 indiquent que les effets délétères de la surveillance « adaptée » sur la santé mentale résident dans le réveil fréquent des personnes détenues la nuit, responsable d'insomnies et des troubles anxieux (241,242). Cette perturbation du sommeil est également rapportée dans les travaux de l'anthropologue D. Fassin : *« il fallait passer toutes les deux heures pour demander à la personne ainsi repérée de se montrer à travers l'œilleton et s'assurer qu'elle était bien en vie. La nuit, ce harcèlement bienveillant entraînait le réveil régulier de prisonniers souvent insomniaques, pratique dont l'absurdité n'échappait pas aux surveillants »* (111).

Notons que cette surveillance est imposée par la jurisprudence française, au nom des conséquences négatives des suicides sur l'entourage (68,238), et par la jurisprudence européenne, au nom du droit à la vie de la personne détenue (484). Dans le deuxième cas, il peut apparaître paradoxal de porter atteinte à la santé mentale des personnes détenues au nom des droits humains, ce qui a été qualifié d'« *effet pervers des droits de l'homme* » par le sociologue G. Cliquennois (484). Il n'est toutefois pas certain que les juges aient connaissance des modalités d'application des mesures qu'ils prescrivent. En France, le Syndicat de la magistrature est actuellement en procès avec le ministère de la justice pour refus de

communication des rapports de l'IGJ (524,525), qui incluent des rapports d'inspection de la prévention du suicide des personnes détenues cités dans ce manuscrit.

Quant aux mesures sanitaires, elles s'appuient d'une part sur l'accès aux soins des personnes détenues, qui s'est développé avec leur affiliation à l'assurance maladie en 1994 (103), le déploiement de structures de soins dédiées au cours des dernières décennies et l'arrivée en plus grand nombre de professionnel·les du soin en prison. Elles prévoient d'autre part la transposition de certaines mesures du programme de prévention du suicide en population générale aux personnes détenues, notamment en vertu du principe légal d'équivalence d'accès aux soins et de la qualité des soins entre population carcérale et population générale (104).

On a vu cependant en Introduction générale (I.E.2.b.ii.) que l'implémentation des mesures sanitaires en prison n'est pas sans poser des difficultés. Les soins en milieu pénitentiaire sont entravés par un certain nombre de contraintes liées au fonctionnement des établissements pénitentiaires (258,259,526). La psychiatre C. Léculée et al. estiment que la spécificité des soins psychiatriques en prison réside moins dans la population soignée que dans l'environnement de soins : *« l'idée d'une spécificité de la psychiatrie en milieu pénitentiaire émerge dans la littérature, basée sur des arguments épidémiologiques ainsi que sur l'existence de formes cliniques particulières, souvent reliées au contexte. La singularité de la pratique en détention semble surtout résider dans l'objectif recherché d'apporter aux détenus des soins équivalents à la population générale, dans un environnement aux contraintes multiples, axé vers la répression, et marqué par une temporalité non maîtrisée par les soignants »* (259). Par ailleurs, alors que le dispositif Vigilans et le 3114 sont déployés en population générale dans toute la France et que la Feuille de route santé des PPSMJ 2019-2022 ainsi que l'instruction de la direction générale de la santé de 2022 prévoyaient de les étendre aux personnes détenues (81,225), à ce jour le premier n'a été introduit que dans une poignée d'établissements pénitentiaires, tandis que le second y reste complètement absent.

Une autre problématique à laquelle sont confrontés les acteurs de santé en milieu pénitentiaire réside dans la tendance de l'institution carcérale à détourner les soins en prison au service de ses propres missions, et notamment au service des fonctions 1) de transformation des individus et 2) de neutralisation (31,303,497,526,527)¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Lhuillier pages 131-132, 257 ; Foucault page 18 ; Lancelevée pages 14-15, 79-80, 133, 145-146, 161, 182, 185-186, 194

Dans le premier cas, il s'agit de faire des soins un instrument de perfectionnement moral des individus ou de réinsertion. On retrouve cette idée dans l'article 721 du Code de procédure pénale précédemment cité (493), d'après lequel une thérapie pour diminuer le risque de récidive témoigne d'un effort sérieux de réinsertion et par conséquent fait partie des éléments sur lesquels le juge d'application des peines statue sur l'opportunité des aménagements de peine. Le psychiatre M. David et al estiment que ce « *chantage* » aux soins dévoie la notion de consentement (527). Sur le plan symbolique, cette instrumentalisation des soins permet de donner une meilleure image de la prison et par ce biais de renforcer sa légitimité sociale, comme l'indique M. Foucault, cité par la sociologue C. Lancelevée : « *la psychiatrie donne à la justice le moyen de légitimer son action : « à partir du moment où effectivement [le juge] va faire porter son jugement, [...] il pourra se donner le luxe, l'élégance ou l'excuse d'imposer à un individu une série de mesures correctives, de mesures de réadaptation, de mesures de réinsertion. Le vilain métier de punir se trouve retourné dans le beau métier de guérir » » (497)¹⁹⁶. Cet effet de légitimation de la prison par les soins est par ailleurs susceptible de jouer un rôle moteur dans le recours à l'incarcération, comme le suggèrent le psychiatre P. Thomas et al, indiquant que « *puisque'il y a des psychiatres en prison, les juges auraient moins de réticence à y adresser les patients* » (526).*

Quant à la fonction de neutralisation, elle conduit à demander aux soignants de participer à l'individualisation des peines selon la « dangerosité » et au maintien de l'ordre en détention. D'après M. David et al, « *depuis le début des années 2000, une orientation sécuritaire dévolue à la psychiatrie en milieu carcéral prend le pas sur la dimension thérapeutique. L'indépendance professionnelle et le secret professionnel médical sont battus en brèche. Les soignants devraient devenir des prestataires de services pour l'administration pénitentiaire ou la justice. Au lieu de prodiguer des soins, leur collaboration est requise pour aider à la gestion du parcours d'exécution des peines en évaluant la « dangerosité » et les risques de récidive* » (527). Les sollicitations en rapport avec le maintien de l'ordre en détention se manifestent notamment par le signalement préférentiel, à l'équipe de psychiatrie et par l'administration, des situations source de désordre, en partie au détriment des urgences psychiatriques. Sur ce point, les psychologues D. Lhuillier et A. Lemiszewska estiment que « *l'idéal pénitentiaire serait une consommation contrôlée [de psychotropes] sur fond de médicalisation des tensions, des conflits et des violences* » (303).

¹⁹⁶ Pages 14-15

Ces problématiques nourrissent des questionnements éthiques chez les soignant-es (303,496,528–530)¹⁹⁷. « *N’était-ce pas dîner avec le diable que de défendre l’idée que le soin est possible partout, même dans les endroits les plus coercitifs et les plus déshumanisés ?* » se demande le psychiatre C. Canetti (496). La médecin généraliste et philosophe A. Lécu s’interroge également : « *certains jours, l’inquiétude morale surgit (elle n’a d’ailleurs peut-être pas à être résolue, mais à demeurer un aiguillon) : est-il possible de continuer à travailler là ? Ne sommes-nous pas instrumentalisés ? Notre présence ne sert-elle pas l’institution carcérale plus que les détenus ?* » (529).

Une forme de réponse à ces questionnements passe par la réaffirmation de la déontologie médicale. Si la prison n’est pas un lieu de soin, elle peut-être l’occasion du soin, affirment A. Lécu, la médecin généraliste B. Carton ou encore la psychiatre P. Giravalli (110,529–531). La sociologue C. Lancelevée précise que « *les psychiatres [exerçant en prison] ont une position proche de celle des médecins exerçant en zone de guerre : leur intervention est conçue comme nécessaire mais ils ne p[e]uvent que souhaiter l’arrêt des hostilités* » (497)¹⁹⁸. Les enjeux résident notamment dans la défense de leur indépendance professionnelle, la continuité des soins, le respect du secret médical et le consentement aux soins (497,527,529)¹⁹⁹.

De manière originale, A. Lécu propose « *quatre attitudes pour penser notre action médicale dans un milieu comme la prison* » (530), dans le but de se protéger des pressions extérieures, mais aussi du risque de dérive autoritaire propre à la médecine, qui serait plus important en prison (496,529,530) : 1) dé-fixer ; 2) ruser ; 3) garder le secret ; 4) s’inquiéter. Elle emprunte le concept de « fixation » au philosophe G.W.F. Hegel, qui l’utilisait pour décrire un dysfonctionnement persistant d’un organe au cours d’une maladie, pour désigner différentes sources d’aliénation des personnes détenues : l’enfermement, le profilage, des protocoles sanitaires rigides et génériques. D’après A. Lécu, dé-fixer c’est, par le soin, « *remettre du jeu* », « *remettre debout* » (530). Elle insiste en particulier sur la réhabilitation de ce qu’elle appelle la « *parole vive* » : être poli, croire ce que l’autre dit, organiser des espaces de parole, notamment pour apprendre la langue française. Ensuite, par « ruser », elle désigne une attitude de résistance aux dispositifs de contrôle administratif, au service des personnes soignées. Elle donne les exemples suivants : « *si la question est : « L’état de Z est-il compatible avec l’isolement dans un quartier d’isolement ? », la réponse peut n’être ni oui, ni non, mais «*

¹⁹⁷ Lhuillier pages 126-127, Buffard page 212

¹⁹⁸ Page 100

¹⁹⁹ Lancelevée page 148

l'isolement prolongé est préjudiciable pour l'état de santé physique et mental de toute personne ». Si la question de la « surveillance particulière » [surveillance « adaptée »] ou du « kit antisuicide » [DPU] est posée, la réponse devra ressembler à : « C'est un dispositif pénitentiaire et vous en êtes seuls juges, moi je n'ai pas hospitalisé Mr Z » » (530). Quant au secret médical, elle précise que ce « n'est pas d'abord la confiscation d'informations que nous posséderions, mais la reconnaissance que devant un homme, une femme, nous ne savons pas qui il est » (530). Cette conception du secret médical lui permet non seulement de défendre l'absence de communication des informations médicales à des tiers mais aussi, et elle insiste sur ce point, de refuser d'apprendre par l'administration pénitentiaire des informations que les personnes détenues n'auraient pas souhaiter transmettre aux unités sanitaires. Enfin, la quatrième attitude proposée consiste à s'inquiéter, non seulement de la situation individuelle des personnes prises en charges, mais aussi, plus largement, de la condition de personne détenue, et des pratiques sociales de contrôle dont elle témoigne.

Les difficultés de déploiement des politiques de santé mentale en détention ne sont pas étrangères aux fonctions sociales de la prison, notamment au sens où le fait que les celles-ci impliquent de dégrader la santé mentale des personnes détenues entre de manière évidente en conflit avec l'objectif d'amélioration de leur santé mentale. La solution résiderait-elle dans une forme de compromis consistant à déterminer le « bon » niveau de souffrance infligé aux personnes détenues ? D'une manière générale, l'ONU comme le Conseil de l'Europe estiment que les conditions de détention ne doivent pas « *aggraver les souffrances inhérentes à l'emprisonnement* » (522,532) et pour le chercheur en droit J.M. Larralde, « *cette souffrance ne doit pas dépasser un certain seuil, qui signifierait le non-respect de la dignité de la personne détenue* » (106). Ces prises de position font du respect des droits humains, et donc du niveau des exigences morales de nos sociétés, le curseur pour déterminer le « bon » niveau de souffrance des personnes détenues.

La question de la recherche d'un compromis entre santé mentale et logiques de fonctionnement de la prison peut être déclinée pour différentes fonctions de la prison. La fonction de dissuasion est d'autant plus effective que le niveau de vie des personnes détenues est inférieur à celui d'une part importante de la population générale, et atteint son optimum lorsque ce niveau de vie est inférieur à celui des plus précaires en population générale. En toute logique, pour améliorer le niveau de vie des personnes détenues tout en conservant pleinement la fonction dissuasive de la prison, il faudrait donc améliorer le niveau de vie des plus précaires en population générale.

Les résultats du Chapitre 3 montrent par ailleurs que les personnes avec le niveau socioéconomique le plus élevé sont celles avec la sursuicidité carcérale la plus élevée, probablement parce que ce sont les personnes dont le niveau de vie s'effondre le plus avec l'incarcération (IV.D.2.). De ce point de vue, les marges d'amélioration de la santé mentale des personnes détenues sont en partie suspendues à la question des inégalités sociales en population générale.

Pour ce qui est de la neutralisation, on a vu qu'elle est considérée comme la logique prédominante de la prison, et que celle-ci a pour dommage collatéral de dégrader la santé mentale des personnes détenues. Dans cette perspective, les marges d'amélioration de la santé mentale des personnes détenues sont en partie suspendues aux questions du risque acceptable d'évasion, de récidive lors de permissions ou d'aménagements de peine, et de perturbation de l'ordre interne des établissements.

La question du ciblage du QD par les politiques de prévention de suicide des personnes détenues peut être discutée à la lumière de ces enjeux. Rappelons que le placement au QD est la sanction la plus fréquente en cas de faute disciplinaire en prison (39). D'après le sociologue G. Lambert, elle a été inventée en 1841 pour lutter contre des pratiques de répression arbitraires en prison et notamment contre l'infliction de sévices physiques par le personnel sur les personnes détenues (417). Historiquement, il s'agit donc d'une mesure qu'on peut qualifier de progressiste. Au lendemain de la seconde Guerre Mondiale, la durée maximale d'isolement au QD pour une faute isolée était de 90 jours. Elle est passée à 45 jours en 1968 (61)²⁰⁰ puis à 30 jours en 2009 (533).

Le risque élevé de suicide au QD semble connu des autorités depuis un certain temps, puisqu'en 1866 déjà le ministère de l'intérieur demandait à l'administration pénitentiaire de recourir au cachot le moins possible pour diminuer les risques de suicide (27). Pour la période récente, diverses publications ont souligné le risque élevé de suicide au QD (42,125,204) et bien que la lutte contre le sentiment d'isolement au QD soit un des cinq axes du plan de prévention des suicides des personnes détenues porté par le ministère de la justice depuis 2009 (78), les résultats de cette thèse montrent que le risque de suicide au QD se maintient à des niveaux similaires depuis les années 1980 (Chapitre 3, IV.D.6.).

²⁰⁰ Pages 322-323

On a vu au Chapitre 2 qu'un suicide sur 7 survient au QD (III.C.2.a.iv.). Au Chapitre 3, les résultats ont montré un risque de suicide 20 fois plus élevé au QD qu'en détention ordinaire et pour le jour d'entrée au QD, un risque multiplié par 40 avant et 120 après l'entrée en vigueur d'un décret renforçant le régime disciplinaire, ces tailles d'effet étant divisées par deux lorsque le QD était comparé avec les personnes seules en cellule (IV.C.5.d.). Les principales hypothèses explicatives renvoient à des sentiments d'impuissance et d'injustice en lien avec la caractérisation de la faute par l'administration pénitentiaire et la proportionnalité de la sanction, les conditions de vie au QD et l'anticipation de sanctions supplémentaires comme des refus d'aménagement de peine (IV.D.6.). Le fait que l'immense majorité des placements au QD ne donnent pas lieu à un suicide indique qu'à lui seul, le QD est loin d'être suffisant pour provoquer un suicide. Néanmoins, les forces élevées d'association avec le suicide soulignent l'importance de ce facteur de stress et le désignent comme une cible privilégiée des politiques de prévention du suicide des personnes détenues.

Du point de vue de la prévention du suicide, il serait donc souhaitable d'avoir un recours plus parcimonieux au QD, voire de le supprimer comme c'est le cas en Suède (416)²⁰¹ ou dans les prisons fédérales au Canada depuis 2019 (252). Cette recommandation reprend la position exprimée par plusieurs organisations ayant pour mission la défense des droits humains et qui se sont inquiétées du recours à l'isolement disciplinaire en prison au cours des dernières décennies. Ainsi, depuis 1990, d'après les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus de l'ONU « *des efforts tendant à l'abolition du régime cellulaire ou à la restriction du recours à cette peine doivent être entrepris et encouragés* » (534)²⁰². En 2006, la règle pénitentiaire 60.5 du Conseil de l'Europe indiquait que « *la mise à l'isolement ne peut être imposée à titre de sanction que dans des cas exceptionnels et pour une période définie et aussi courte que possible* » (532). Depuis 2011, le Comité européen pour la prévention de la torture « *considère que la durée maximale possible de la période d'isolement à des fins disciplinaires ne devrait pas excéder 14 jours, et devrait de préférence être plus courte* » (535). En 2024, au terme d'un rapport d'enquête sur la discipline en prison, l'OIP a formulé les recommandations suivantes : 1) supprimer le QD ; 2) réduire le champ des comportements susceptibles de sanctions disciplinaires ; 3) limiter le poids de la discipline dans le parcours d'exécution de la peine ; 4) donner les moyens d'assurer leur défense aux personnes détenues mises en cause sur le plan

²⁰¹ Page 266

²⁰² Le « régime cellulaire » est la traduction par l'ONU de « solitary confinement »

disciplinaire ; 5) garantir un recours effectif contre la sanction disciplinaire devant le juge administratif (252).

D'un point de vue déontologique, cette recommandation se suffit à elle-même : le QD devrait être supprimé en vertu du principe d'éthique médicale de non-malfaisance (490,536). Cependant, le point de vue utilitariste conduit à s'interroger sur les conséquences possibles de cette suppression. Le QD n'est pas seulement une structure mais représente aussi une culture, encadrée par une politique pénale avec laquelle une telle politique de santé entrerait en conflit. L'efficacité de la fermeture isolée des QD sur la fréquence des suicides serait probablement limitée par un déplacement vers d'autres sanctions moins formelles. Lorsque j'ai porté un discours critique sur le QD au cours d'un échange avec un agent de la DAP, celui-ci m'a indiqué d'emblée que la suppression du QD serait une mauvaise idée car on risquait de lui substituer les unités pour détenus violents où, d'après les retours de ses collègues sur le terrain, les conditions de vie seraient pires qu'au QD. Plus simplement, les sanctions alternatives pourraient prendre la forme d'agressions physiques, comme c'est parfois le cas avec les personnes dont l'état de santé est jugé incompatible avec le QD. La sociologue A. Chauvenet et al. rapportent que cette incompatibilité « *peut amener des surveillants à penser qu'ils « peuvent les frapper en toute impunité »* » (109)²⁰³, tout comme les autres personnes détenues : « *Il y a une semaine, un gars emmerdait tout le monde à l'étage. Il ne peut pas aller au mitard [pour raisons de santé]. OK il peut pas y aller, attends, on va faire la loi ! L'un des détenus l'attrape pour le cogner pendant qu'un autre retient le surveillant à l'autre bout de l'étage. Le détenu, le vieux lui a dit : « Si tu comprends pas les paroles, là tu comprendras peut-être ! »* » (109)²⁰⁴. Le directeur adjoint de l'administration pénitentiaire belge M. George, qui a fait l'essentiel de sa carrière en tant que directeur d'établissement en Wallonie, rend compte de son côté des difficultés à maintenir dans les limites du droit les réponses du personnel aux fautes disciplinaires : « *il n'est pas rare que le personnel se venge d'un détenu s'il estime que le rapport disciplinaire qu'il a établi n'a pas eu les suites qu'il escomptait. Il peut, par exemple, faire en sorte que la correspondance ne lui parvienne pas, oublier d'ouvrir la porte de sa cellule pour la promenade ou ne pas faire suivre une demande de cantine, et j'en passe. Dans ces cas-là, en fonction des circonstances, il m'est arrivé de punir pro forma un détenu pour lui éviter une vengeance de la part du personnel* » (501)²⁰⁵. En France, l'anthropologue D. Fassin rapporte les propos d'un autre directeur d'établissement, qui souligne également l'importance d'enjeux

²⁰³ Page 270

²⁰⁴ Page 241

²⁰⁵ Page 42

étrangers à la faute jugée en commission de discipline : « *parlant de ses collègues et de lui-même, un autre directeur eut cette formule sans ambiguïté : “Celui d’entre nous qui dit qu’il juge uniquement en fonction des faits ne dit pas la vérité.” Affirmant qu’il fallait “tenir compte des actualités de l’établissement”, notamment lorsqu’il y avait des tensions entre détenus et surveillants, il continua : “Prononcer une sanction disciplinaire, c’est considérer l’ensemble de ces éléments. On sait que l’enjeu de la commission de discipline, c’est un message aux agents.”* » (409)²⁰⁶.

Il semble donc que d’un point de vue utilitariste, la question de la suppression du QD ne peut pas faire l’économie d’une réflexion sur ses fonctions ainsi que sur les possibilités d’assurer ces fonctions avec des méthodes moins dangereuses pour la santé des personnes détenues. Si le sociologue G. Lambert relève que les discours du personnel attribuent des fonctions punitives et correctives au QD, il conclue que cette structure est avant tout « *la garantie d’un fonctionnement assurant la sécurité des établissements et, partant, celle des surveillants autant que des surveillés* » (417)²⁰⁷. Il rejoint en cela le diagnostic d’un directeur d’établissement qu’il a interrogé : « *l’isolement disciplinaire sert surtout à se débarrasser des plus remuants. Pendant qu’ils sont au mitard, on sait qu’on va avoir la paix en détention. Mais ça ne règle en rien le problème de fond : le comportement du gars par rapport à la collectivité, les rapports qu’il entretient avec ses codétenus ou le personnel. En fait, le mitard rempli dans la prison exactement le même rôle que la prison dans la société : celui d’une mise à l’écart plus ou moins longue qui ne change rien au bout du compte* » (417)²⁰⁸. Ainsi, dans la question de la place du QD en détention se rejoue un conflit entre l’amélioration de la santé mentale des personnes détenues et les politiques pénales, ici notamment le maintien de l’ordre en détention, qui participe à la fonction de neutralisation de la prison.

Une des issues possibles à ce conflit est de se demander comment assurer la sécurité et l’ordre à l’intérieur des prisons de manière moins dommageable pour la santé mentale des personnes détenues. La question des alternatives au QD pour maintenir l’ordre en détention peut trouver des réponses au sein des mêmes organisations qui préconisent la diminution ou l’arrêt de son utilisation, réponses qui consistent notamment à assurer des conditions de détention respectueuses des droits humains, à inciter au bon comportement davantage par des gratifications que par la menace de la sanction, à anticiper les conflits par des prises

²⁰⁶ Page 419

²⁰⁷ Page 244

²⁰⁸ Page 249

d'information en contact étroit avec les personnes détenues et à favoriser la médiation sur la répression pour les résoudre. L'Office des nations unies contre la drogue et le crime préconise par exemple le développement de la sécurité dynamique, qui regroupe le « *fait que le personnel est alerte, a des contacts avec les détenus, les connaît, établit des relations positives avec eux et sait ce qui se passe dans la prison, que les détenus sont traités équitablement et estiment que leurs conditions sont satisfaisantes et que le personnel veille à ce que les détenus restent occupés en effectuant des activités constructives qui favorisent leur future réinsertion dans la société* ». « *La sécurité dynamique permet aux détenus d'aborder les membres du personnel pénitentiaire sereinement avant que les problèmes ne s'aggravent* » (537). Par ailleurs la règle pénitentiaire 56.2 du Conseil de l'Europe précise que « *dans toute la mesure du possible, les autorités pénitentiaires doivent recourir à des mécanismes de restauration et de médiation pour résoudre leurs différends avec les détenus et les disputes entre ces derniers* » (532). D'après M. George, ce type de stratégie semble porter ses fruits : « *je peux assurer que la sécurité de cette prison était fort bonne puisqu'elle était finalement assurée par une excellente relation entre les personnels et les détenus, avec une coopération presque totale de ces derniers. C'était bien plus efficace que des caméras et des systèmes de détection sophistiqués* » (501)²⁰⁹.

Par ailleurs, le sociologue G. Lambert rappelle que la manière dont on traite les personnes détenues a valeur d'exemple pour leur propre comportement : « *loin de proposer une nouvelle « orthopédie sociale », la discipline pénitentiaire vient ici confirmer les détenus dans un mode d'interactions violentes qui apparaît précisément comme la cause de leur condamnation pénale et, dans bien des cas, celles des sanctions disciplinaires prononcées au cours de leur incarcération* » (417)²¹⁰. La raréfaction des sanctions disciplinaires au profit de mesures plus incitatives et valorisantes pour les personnes détenues pourrait donc diminuer les fautes disciplinaires, en lien avec la proposition aux personnes détenues d'un modèle de relations plus vertueux. La sociologue A. Chauvenet et al indiquent qu'en France, « *les compétences, les capacités d'altruisme, le besoin de donner ou de s'engager pour autrui ou pour la collectivité sont peu mobilisés par les régimes carcéraux. Les ressources individuelles ne constituent pas des leviers retenus institutionnellement pour donner un contenu, un sens à la manière de faire sa peine* » (109)²¹¹. Investir de tels aspects pourrait non seulement diminuer les besoins de

²⁰⁹ Page 24

²¹⁰ Pages 145-146

²¹¹ Page 23

recours aux sanctions disciplinaires mais aussi avoir un impact positif direct sur la santé mentale et le risque de suicide des personnes détenues.

Un autre rôle joué par le QD qui se dégage de certains témoignages cités ci-dessus est la régulation des relations entre personnel de surveillance et direction des établissements pénitentiaires. Au terme d'un mémoire de droit sur les sanctions disciplinaires, V. Muller conclut que la sanction disciplinaire « *permet au surveillant d'être reconnu dans son travail et à l'encadrement de démontrer son soutien au personnel de surveillance* » (538). Un autre enjeu du recul de la discipline en prison est donc de trouver des manières de valoriser le travail des surveillant-es en dehors des procédures disciplinaires.

La prédominance de la sécurité dans les revendications des syndicats de surveillant-es pénitentiaires, qui a joué un rôle important dans le décret de durcissement du régime disciplinaire des personnes détenues de 2019 (cf [Annexe 7](#)), peut laisser craindre des résistances importantes de la part du personnel surveillant. Cependant, d'après la sociologue A. Chauvenet et al, cette revendication ne serait pas représentative de la majorité des surveillant-es : « *les mythes sont tenaces, comme celui qui véhicule la croyance en l'existence d'une culture surveillante antidétenus, antiréinsertion, disciplinaire et sécuritaire. Et d'ailleurs le discours public sécuritaire des surveillants, tenu par leurs représentants syndicaux dominants, donne souvent des raisons de l'entretenir. Ce mythe n'est pas spécifique à la France* » (413)²¹². Les auteures expliquent que les personnels eux-mêmes croient à ce mythe, en vertu d'un phénomène d'ignorance multiple : dans la mesure où la minorité avec des revendications sécuritaires s'exprime beaucoup plus bruyamment que les autres, les membres de la majorité silencieuse ne se reconnaissent pas entre eux et elles, et par conséquent ne savent pas qu'ils et elles sont majoritaires. De la même manière que le chercheur en droit J.C. Froment (61)²¹³, A. Chauvenet et al expliquent que les revendications sécuritaires sont plus bruyantes car plus légitimes au vu des attentes que la loi et la population générale nourrissent à l'égard du personnel de surveillance, alors que « *tout discours issu d'un rapport fondé sur l'échange et l'engagement individuel devient suspect, voire déviant. D'ailleurs les surveillants font volontiers allusion que le fait que leur discours privé ne serait pas compris à l'extérieur, ne serait-ce que parce qu'il est aux antipodes du discours public fantasmé sur la prison* » (413)²¹⁴. Le sociologue G. Casadamont et la chercheuse en droit P. Poncela ont recueilli des témoignages en ce sens : « *il*

²¹² Page 187

²¹³ Page 271

²¹⁴ Page 199

peut y avoir de bonnes journées pour un surveillant. C'est par exemple, d'avoir pu alléger la souffrance du détenu, liée à l'incarcération. Mais qui oserait le dire, face au public, parmi les surveillants ? » (247)²¹⁵.

Dans ces conditions, en alternative au QD, le travail du personnel de surveillance pourrait être valorisé davantage en lien avec des actions de réinsertion. Par ailleurs, une autre manière de soutenir le personnel de surveillance, moins dommageable pour la santé des personnes détenues que les sanctions disciplinaires, pourrait être de leur assurer de meilleures conditions de travail, par exemple en réduisant la surpopulation carcérale.

Au total, pour se développer en prison, les politiques de santé mentale peuvent s'appuyer sur le fait que la santé est une valeur importante dans notre société, et trouver des alliés parmi les organisations de défense des droits humains. Cependant, l'amélioration de la santé mentale ne fait pas partie des raisons d'être de l'institution carcérale et entre même en conflit avec la plupart des fonctions sociales de la prison. De cette manière, elle occupe une position précaire en milieu pénitentiaire. Les politiques de santé mentales auprès des populations incarcérées peuvent néanmoins trouver des prolongements en considérant non plus l'environnement carcéral, mais les personnes détenues et leurs parcours de vie, ouvrant ainsi des perspectives de prévention avant et après l'incarcération.

V.C.2.c. D'une approche institutionnelle vers une approche populationnelle ?

Les personnes détenues sont définies en référence à l'institution qui les prend en charge. Elles ont été identifiées par les acteurs de santé comme une population vulnérable en raison de la fréquence élevée de certains problèmes de santé dont le suicide (539), mais aussi en raison de leur captivité, qui rend plus facilement observable des populations souvent précaires et avec des problématiques d'accès aux soins. A partir de là, on peut distinguer deux approches du suicide et de sa prévention : une approche institutionnelle et une approche populationnelle. L'approche institutionnelle consiste à circonscrire l'intérêt qu'on porte aux personnes au temps de leur incarcération, tandis que l'approche populationnelle consiste à considérer ces personnes dans leurs parcours de vie, dont l'incarcération ne constitue le plus souvent qu'une étape.

²¹⁵ Page 206

Si on prend l'exemple des Etats-Unis d'Amérique, pour les suicides et d'un point de vue institutionnel, ils présentent une situation favorable dans la mesure où ils ont un des taux de suicide en prison les plus bas parmi les pays occidentaux, égal à 2,4 pour 10 000 PA (130). En revanche, d'un point de vue populationnel, la situation est plus préoccupante : plusieurs études retrouvent un risque de suicide après la sortie de prison plusieurs fois supérieur à celui observé en prison (432). Ce résultat, associé à un recours à l'incarcération particulièrement important, conduit l'économiste T.R. Miller et al à estimer qu'aux Etats-Unis d'Amérique, plus d'un quart des suicides en population générale surviendraient chez des personnes ayant été incarcérées au cours des deux années précédentes (432). Les études menées dans d'autres pays occidentaux retrouvent également un taux de suicide augmenté après la libération, par rapport aux taux observés pendant la détention (432). En France, il n'existe pas de données spécifiques aux suicides après une incarcération, à l'exception d'une étude menée par l'ingénieur J. Prudhomme et al sur une prison de la région parisienne, qui avaient rapporté que dans l'année suivant la libération, le risque de suicide des hommes de 15 à 54 ans était entre 3 fois moins et 11 fois plus élevé qu'en population générale. (540). Les démographes A. Désesquelles et A. Kensey ont par ailleurs montré qu'à l'échelle nationale, la mortalité globale est multipliée par 3 à 4 dans les 5 ans suivant la libération de prison par rapport à la population générale (541).

On peut également se demander comment les politiques pénales et les politiques sanitaires de prévention du suicide sont susceptibles de se positionner par rapport à cette distinction entre approche institutionnelle et approche populationnelle. Du côté pénal, la prévention du suicide se déploie dans le cadre de la prise en charge des personnes par les professionnels du système pénal. En ce sens, elle est appréhendée à travers une approche institutionnelle, c'est-à-dire dans le cadre de l'institution carcérale, voire du système pénal. On pourrait néanmoins s'interroger sur le cadre temporel de la mission de réinsertion de la prison : les politiques pénales pourraient-elles s'intéresser aux suicides qui surviennent à distance de l'incarcération, dans la mesure où elles signent l'échec de la mission de réinsertion de la prison ? Du côté sanitaire, l'approche devrait théoriquement être davantage populationnelle, au vu du caractère universel du droit à la protection de la santé (542) et de la présence de problématiques de santé mentale antérieures et postérieures à l'incarcération. De ce point de vue, on pourrait s'interroger sur la pertinence de la terminologie « personnes détenues » et rechercher des alternatives qui intègrent explicitement les parcours de vie de ces personnes. Cependant, la définition d'une population à partir de parcours de vie diverses et sur la base de l'expérience commune de l'incarcération a quelque chose d'artificiel et pose des difficultés pratiques de suivi de cette population. La

population des personnes qui passent par la prison n'est pas définie avant la première incarcération, et il est difficile de suivre après l'incarcération des personnes souvent précaires et éloignées des soins.

La distinction entre approche institutionnelle et approche populationnelle peut également être appréhendée comme un outil de caractérisation des mesures de prévention du suicide mises en place pendant l'incarcération, notamment du point de vue de leur durée. Par exemple, des mesures comme la surveillance « adaptée » ou le doublement cellulaire présentent a priori une meilleure adéquation avec l'approche institutionnelle que l'approche populationnelle, dans la mesure où leurs effets sont susceptibles d'être moins prolongés dans le temps que d'autres mesures comme le maintien des liens familiaux ou le dispositif Vigilans. Par ailleurs, l'approche populationnelle invite à rechercher des leviers d'action à l'extérieur du système pénal, à la fois avant et après l'incarcération. De cette manière, elle ouvre de nouvelles perspectives de prévention du suicide de cette population.

Avant l'incarcération, les modèles d'explication de la sursuicidité carcérale 1) d'importation, qui renvoie à la vulnérabilité antérieure à l'incarcération, et 2) de privation, qui renvoie aux effets délétères de l'incarcération (cf Introduction générale I.D.2.a.), orientent respectivement vers deux leviers d'actions pour la prévention du suicide avant l'incarcération : les parcours de vie antérieurs à l'incarcération et le recours à l'incarcération.

Un exemple d'élément de parcours de vie qui pourrait être investi par les politiques de prévention du suicide des personnes détenues est les maltraitances infantiles. Les maltraitances infantiles sont un facteur de risque de conduites suicidaires (543–545), y compris chez les personnes détenues (546,547) parmi lesquelles elles sont particulièrement fréquentes. D'après les travaux du psychiatre T. Fovet et al sur la santé mentale des hommes condamnés sortant de maison d'arrêt en France, 74% rapportaient avoir été exposés à des négligences ou des abus durant leur enfance et 52% avaient fait l'objet d'une assistance éducative (196). Ces proportions étaient respectivement de 86% et 37% chez les femmes condamnées en fin de peine dans les Hauts-de-France.

Concernant la limitation du recours à l'incarcération, elle peut être pensée en rapport avec des populations spécifiques ou de manière générale. Des recommandations ont par exemple été formulées par la F2RSM Psy, par le CGLPL ou encore par l'OIP pour éviter l'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves ou dont l'état de santé mentale est jugé

incompatible avec la détention, au moment du jugement mais aussi via des suspensions de peine pour raison médicale (196,309,548).

Une autre population spécifique est celle formée par les personnes en détention provisoire. Le Chapitre 3 a retrouvé, en accord avec la littérature scientifique, que le risque de suicide en détention est deux fois plus élevé en cas de détention provisoire, après ajustement sur les facteurs de confusion (IV.C.5.a.). Ce risque plus élevé peut notamment trouver des explications dans une incertitude sur la durée d’incarcération et par conséquent sur l’avenir, ainsi qu’un isolement parfois plus important pour les besoins de l’enquête (303,409,528)²¹⁶. En France, le nombre moyen de personnes en détention provisoire est passé d’environ 17 000 pour la période 1980-1983 à environ 21 000 pour la période 2020-2023 (39), ce qui correspond à une fraction stable de la population générale, environ égale à 30 pour 100 000 habitants. Une réduction du recours à la détention provisoire, qui est une mesure dérogatoire à la présomption d’innocence (38), serait susceptible de mieux préserver la santé mentale des personnes mises en causes par la justice.

Du point de vue de la prévention du suicide, la limitation du recours à l’incarcération peut être défendue de manière plus générale via le fait que l’incarcération constitue en soi un facteur de stress. La déclaration d’effets bénéfiques sur la santé mentale par une partie des personnes détenues (cf. Encadré 2, V.C.1.c.) n’invalide pas cet argument, si l’on considère qu’elle témoigne avant tout de situations de vie difficiles antérieures à l’incarcération, pour lesquelles il existe des méthodes de prévention, d’accompagnement ou de résolution plus bénéfiques pour la santé mentale que l’incarcération.

Dans ce cadre, les peines alternatives à l’incarcération pourraient être encouragées. Cependant, la fréquence des suicides des PPSMJ non détenues n’est pas connue en France, à l’exception du cas des suicides des personnes placées en détention à domicile sous surveillance électronique, dont on a vu qu’ils étaient moins fréquents que ceux des personnes détenues, a priori majoritairement en raison de critères d’obtention d’aménagements de peine qui sélectionnent des personnes avec un risque suicidaire plus faible (cf. Chapitre 2, III.C.3.b.). En Angleterre et au Pays de Galles, les personnes suivies par la justice pénale en milieu ouvert (« *probation* ») ont un taux de suicide plus élevé que les personnes détenues (367).

Par ailleurs, sur un plan plus théorique, les peines alternatives à la prison ne permettent pas de résoudre les conflits précédemment soulevés entre les politiques de santé mentale et les

²¹⁶ Lhuillier page 159 ; Buffard page 209 ; Fassin pages 73, 191

fonctions sociales de la prison. On reste dans le cadre du système pénal, qu'on peut définir littéralement par un système de distribution de peines, c'est-à-dire, même s'il ne s'y réduit pas, par un système de distribution de souffrances. De cette manière, mener des politiques de santé mentale auprès des PPSMJ, c'est vouloir superposer une politique de recherche du bien-être – d'après la définition de la santé mentale selon l'OMS (437) – à une politique de distribution de souffrances.

Ces éléments invitent à s'interroger, avec le philosophe A. Cugno, sur la nécessité de cette souffrance. Il remarque que dans les règles pénitentiaires européennes, « *pas un mot n'est dit de cette chose immense : nous trouvons normal de faire souffrir des gens parce qu'ils ont commis des actes pénalement réprouvés* » (549). Dans la continuité de cette réflexion, plusieurs auteur-es soulignent la place importante accordée à la répression pour « *exorciser les grands problèmes de société* » (305)²¹⁷, selon les termes du magistrat D. Salas, et réfléchissent à d'autres manières de prévenir et réagir aux violations des règles de vie en société (305,500,550–552). D'après D. Salas, « *une manière de rompre avec cette vision serait de répondre à un mal par un bien et de lui opposer une justice capable de répondre à un triple défi : le sort du condamné, le tort subi par l'offensé et la restauration de l'universalité des droits* » (305)²¹⁸. Construire les bases d'un tel système de justice dépasse largement le cadre de cette thèse. On peut cependant, pour ouvrir la réflexion, citer les cinq styles de régulation des comportements proposé par le chercheur en droit L. Hulsman: « *le style pénal cherche à interdire un comportement au moyen d'une peine ; le style éducatif vise à transformer le comportement d'une ou plusieurs personnes grâce à l'information et à la rééducation ; le style thérapeutique tente de combler un besoin de normalité en aidant et en traitant une personne considérée comme un « patient » ou un « client » ; le style compensatoire demande le paiement, en argent ou en nature, d'une dette par un « débiteur » à un « créancier » ; le style conciliatoire tend vers la résolution du conflit pour atteindre une harmonie* » (552)²¹⁹.

Après l'incarcération, les témoignages de personnes (anciennement) détenues peuvent nous aider à fournir des clés de lectures du risque élevé de suicide. D'après Mounir, personne détenue dont le témoignage a été recueilli par le collectif *L'envolée*, « *la peine n'a aucun sens, elle te transforme soit en fauve violent, soit en bête totalement anéantie et, à ta sortie, difficile*

²¹⁷ Page 14

²¹⁸ Page 229

²¹⁹ Pages 51-52

d'échapper à la récidive ou à la clochardisation, voire au suicide » (553). M. indique quant à lui qu'« *un ami s'est foutu en l'air à sa sortie, le 9 juillet dernier, tellement la prison l'a traumatisé* » (554). Par ailleurs, Hervé B. précise que « *la prison, ça te marque à vie, tu ne l'oublies jamais. Déjà, quand tu sors, les gens te rappellent tout le temps que tu as fait de la taule, au cas où tu l'aurais oublié. Et puis, le bruit des clés, le bruit de l'œilleton qui s'ouvre, l'odeur, les mecs qui hurlent la nuit, ça te reste dans la tête, même quand t'es dehors* » (60). Le médecin généraliste V. Vasseur rapporte également que « *les détenus disent qu'il faut autant de temps que celui passé à la prison pour arriver à émerger et à retrouver le monde libre* » (71)²²⁰. Sont évoquées dans ces témoignages des difficultés de réinsertion après la sortie de prison, dans certains cas associés explicitement à un (risque de) suicide et imputés notamment aux effets délétères de l'incarcération et à la stigmatisation.

Outre l'impact psychologique, l'incarcération a également des « *effets désocialisants* », selon les termes du Code pénitentiaire (555), qu'on peut par exemple retrouver pour la France dans les travaux de la F2RSM Psy, qui montrent notamment que les personnes détenues, déjà souvent dans une situation précaire avant l'incarcération, sont moins nombreuses à avoir un logement et des revenus à la sortie qu'à l'entrée de l'incarcération (196).

Dans ces conditions, un accompagnement médical et social plus important à la sortie de l'incarcération pourrait permettre de réduire la fréquence des suicides des personnes qui sortent de prison, comme l'ont recommandé la F2RSM Psy et le CGLPL (196,548). Un exemple d'initiative locale de ce type est les équipes mobiles transitionnelles, qui se concentrent sur l'accompagnement médico-social à la sortie de prison de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (556). L'accompagnement, initié pendant l'incarcération et poursuivi jusqu'à six mois après la libération, vise à assurer la continuité des soins psychiatriques par des consultations et en assurant un relai vers les dispositifs de droit communs, mais aussi à apporter une aide dans les démarches sociales, par exemple dans les démarches administratives pour accéder aux droits (assurance maladie, logement, etc.), à assurer un soutien psychologique ou encore à favoriser l'autonomisation. Ces équipes pluridisciplinaires comprennent des psychiatres, des infirmiers, des assistants de service social, des éducateurs spécialisés, des secrétaires et des cadres de santé (556).

Un autre levier d'action pour réduire la fréquence des suicides de cette population, après mais aussi pendant voire avant l'incarcération, réside dans la lutte contre la stigmatisation. La

²²⁰ Page 162

stigmatisation propre aux personnes détenues s'appuie notamment sur une assimilation de ces personnes aux actes qu'elles ont commis. Le philosophe M. Foucault indique ainsi que « depuis 150 ou 200 ans que l'Europe a mis en place ses nouveaux systèmes de pénalité, les juges, peu à peu, mais par un processus qui remonte fort loin, se sont donc mis à juger autre chose que les crimes : l'« âme » des criminels » (31)²²¹. Il ajoute que « le délinquant se distingue de l'infracteur par le fait que c'est moins son acte que sa vie qui est pertinente pour le caractériser » (31)²²². Par ailleurs, le chercheur en droit J. Danet insiste sur le fait que dans un contexte de « re-naturalisation de la dangerosité », les actes délictueux ou criminels sont aujourd'hui interprétés comme relevant de la nature des personnes qui les ont commises, en s'appuyant notamment sur la notion de troubles de la personnalité, et que par conséquent ces personnes ont tendance à être appréhendées comme durablement dangereuses (506)²²³.

Concernant les impacts sur la santé mentale, le sociologue G. Sykes retient de son enquête ethnographique en prison qu'« aussi importante que soit la disparition [d]es droits civils, la perte d'une qualité plus vague qui définit l'individu comme quelqu'un de fiable et de moralement tolérable est celle qui s'avère la plus douloureuse. Autrement dit, le mur qui isole l'homme vicié qu'est le criminel, constitue une menace permanente pour la conception que le prisonnier a de lui-même » (189)²²⁴. De manière similaire, le sociologue G. Chantraine estime que « la tentation du suicide est directement corrélée à la rupture biographique radicale qui marque le passage du statut de « type bien » à celui de « belle ordure » (404)²²⁵.

La stigmatisation commence a priori dès lors qu'une infraction est suspectée ou connue et n'est pas propre à la période post-carcérale. Elle joue probablement un rôle dans les suicides pendant la détention, comme le suggèrent le témoignage suivant d'une personne détenue mise en cause pour une infraction grave : « la justice vous forme un personnage, avec les psychiatres, les experts, les médias, les articles, les expertises, les déclarations, c'est terrible tout ça à relire. Ceux qui ne vous aiment pas vous enfoncent. Et les médias se servent de ces gens-là, ils font leur image, votre personnalité d'après ces témoignages. C'est pour ça que beaucoup se suicident en prison » (109)²²⁶.

²²¹ Page 26

²²² Page 292

²²³ Pages 13, 172-173

²²⁴ Page 176

²²⁵ Page 152

²²⁶ Page 51

Après la prison, la stigmatisation produit des attitudes de rejet qui font obstacle à la réinsertion, par exemple lors de la recherche d'un travail, compliquée notamment par l'interdiction d'exercer de nombreuses fonctions lorsque des condamnations sont inscrites au casier judiciaire (416,528)²²⁷, ou lors de la recherche d'un logement (557). La stigmatisation de cette population par une partie des soignants qui n'ont pas l'habitude de les prendre en charge, en complément du manque de moyens de la psychiatrie, complique par ailleurs la continuité des soins après la sortie (100,258,497,528,556)²²⁸. La confrontation avec l'entourage et le voisinage peut être également difficile, comme illustré par le cas suivant, rapporté par la psychiatre N. Papet et la psychologue S. Lepinçon : « *Monsieur B avait dans son quartier et son entourage, la réputation d'un homme travailleur, sociable, d'un père soucieux de ses enfants. [...] Or, ce qu'il est devenu aux yeux de tous lui est insupportable. [...] Sa conviction est qu'il doit mourir parce qu'il est mort socialement. Cette mort sociale articulée à la honte alimente une détresse indépassable. Quand le miroir social lui renvoie une image pour lui insoutenable, Monsieur B s'effondre. Ce n'est pas tant son corps qu'il met en jeu que le « je suis un père incestueux » qui le réduit à sa faute* » (57)²²⁹.

Dans leurs travaux, les médecins généralistes B. Carton et A. Lécu s'efforcent de déconstruire cette représentation des auteur-es d'infraction, doublée de la stigmatisation qui touche les personnes souffrant de troubles psychiatriques : « *nos patients ne sont pas d'abord dangereux, mais vulnérables, pas d'abord « fous », mais angoissés, malades, délaissés souvent* » (530,531,558). On peut également citer, outre-Atlantique, les propos tenus par le président des Etats-Unis d'Amérique B. Obama après avoir échangé avec six personnes emprisonnées pour infraction à la législation sur les stupéfiants : « *quand ils décrivent leur jeunesse, ils décrivent de jeunes personnes qui ont fait des erreurs qui ne sont pas tellement différentes des erreurs que j'ai faites, et des erreurs que beaucoup d'entre vous ont faites. [...] La différence est qu'ils n'avaient pas les structures de soutien, les secondes chances, les ressources qui leur auraient permis de surmonter ces erreurs* » (559)²³⁰.

De manière intéressante, le criminologue T.P. LeBel et le sociologue R.K. Merton parlent tous les deux de prophétie auto-réalisatrice pour désigner l'influence des attitudes face à la

²²⁷ Buffard page 209, Marchetti page 284

²²⁸ David page 122 ; Buffard pages 153-154 ; Lancelevée pages 49, 112

²²⁹ Page 150

²³⁰ Traduction personnelle de « *“When they describe their youth, these are young people who made mistakes that aren't that different from the mistakes I made, and the mistakes that a lot of you guys made” [...] “The difference is that they did not have the kind of support structures, the second chances, the resources that would allow them to survive those mistakes.”* »

stigmatisation sur le risque de récidive, avec un angle d'approche pénal, mais qui peut être transposé aux problématiques de santé en vertu des intrications entre réinsertion et santé mentale. D'un côté, T.P. LeBel estime que plus les personnes concernées internalisent le stigmatisme attaché à l'auteur-e d'infraction, moins elles auront l'espoir de s'en sortir, moins elles se battront, et plus la réinsertion risque d'être mise en échec, tandis que l'investissement d'autres rôles sociaux comme celui de parent aide à la réinsertion (560,561). En regard, d'après R.K. Merton, cité par la sociologue C. Rostaing, la focalisation de la société sur le risque de récidive conduit à des attitudes de suspicion à l'égard des personnes ayant été détenues, qui fait obstacle à leur réinsertion et augmente par conséquent le risque de récidive. Il estime que cet effet pourrait être inversé en accordant, « *en tant que telle, une valeur aux gens en fonction de ce qu'ils pourraient devenir et non seulement en fonction de ce qu'ils ont été ou de ce qu'ils ont fait* » (405)²³¹.

Au total, le périmètre des données disponibles m'ont conduit à aborder, tout au long de ce manuscrit, la problématique des suicides des personnes détenues sous un angle principalement institutionnel. Cependant, le caractère universel du droit à la protection de la santé (542) et la présence de problématiques de santé mentale antérieures et postérieures à l'incarcération devraient amener à considérer davantage une approche populationnelle de la prévention du suicide des personnes qui sont incarcérées. L'approche populationnelle invite à s'interroger sur les bénéfices à long terme des actions de prévention mises en œuvre pendant la détention, mais ouvre également de nouvelles perspectives de prévention hors les murs de la prévention, comme la lutte contre les maltraitances infantiles, la limitation du recours à l'incarcération, l'accompagnement à la sortie ou encore la lutte contre la stigmatisation.

²³¹ Page 272

V.D. Conclusion

A partir de la question des implications des résultats des chapitres précédents pour la prévention du suicide des personnes détenues, j'ai proposé dans ce chapitre d'interroger les principes de cette prévention à travers la documentation des objectifs généraux de la prévention du suicide ainsi qu'à travers l'influence des fonctions sociales de la prison sur les formes que cette prévention peut prendre en prison. Une manière de formuler ces interrogations est de poser la question de l'opportunité de mesures susceptibles de dégrader la santé mentale des personnes ciblées, comme le doublement cellulaire ou la surveillance « adaptée » : peut-on prévenir le suicide au détriment de la santé mentale ?

D'une manière générale, la réponse à cette question dépend des objectifs attribués à la prévention du suicide, et notamment de si elle vise d'abord à améliorer la santé mentale des personnes à risque de suicide, auquel cas la réponse est négative, ou si elle vise d'abord à empêcher des décès par suicide, auquel cas la réponse est positive. Les prises de positions les plus récentes des autorités sanitaires sont clairement orientées vers la deuxième, en justifiant la prévention du suicide par des considérations économiques ou qui peuvent être rattachées à l'ordre public. On peut néanmoins se demander si en santé publique, d'un point de vue éthique, la prévention du suicide ne pourrait pas être davantage pensée comme une politique de santé mentale, c'est-à-dire en rapport avec les bénéfices qu'elle est susceptible d'apporter pour la santé mentale des personnes qu'elle cible. Quant aux fonctions sociales de la prison, elles convergent globalement vers l'idée que la prison doit être un lieu de souffrance – à l'exception de la réinsertion, fonction en pratique secondaire – et que les personnes incarcérées doivent être maintenues en vie. Elles sont donc tout à fait compatibles avec une prévention du suicide menée au détriment de la santé mentale.

Dans ces conditions, si les objectifs de la prévention du suicide convergent avec les fonctions sociales de la prison pour empêcher la mort volontaire, les politiques de santé mentale occupent une position précaire en milieu pénitentiaire, que la santé mentale soit recherchée comme fin ou qu'elle soit mobilisée comme moyen pour empêcher la mort. Les politiques de santé mentales auprès des personnes incarcérées peuvent néanmoins trouver des prolongements dans une approche populationnelle, c'est-à-dire en considérant leurs parcours de vie avant et après l'incarcération.

Conclusion générale

Les suicides des personnes détenues sont progressivement devenus un problème public à partir des années 1970 en France dans un contexte de mobilisations d'associations de défense des droits des personnes détenues et de condamnations judiciaires de l'Etat suite à des suicides, qui ont bénéficié d'un certain relai médiatique (29,60). S'ils constituent une source de préoccupation ancienne pour l'administration pénitentiaire, leur prévention a été inscrite à l'agenda des politiques de santé au tournant du XXI^e siècle, dans le contexte des premiers plans nationaux de prévention du suicide, de la reconnaissance de l'affirmation d'un principe d'équivalence d'accès aux soins et de qualité des soins entre population générale et population détenue, et de l'identification de cette dernière en tant que population vulnérable.

En 2021, plus 11 millions de personnes étaient incarcérées dans le monde (131), et en 2024 plus de 77 000 en France (39). Le suicide est une des principales causes de décès des personnes détenues en Europe (135). En France, on en compte autour de 120 chaque année, soit environ la moitié des décès (121). Le Chapitre 1, qui s'est penché sur la question des indicateurs pour mesurer la fréquence des suicides en milieu carcéral, a confirmé la pertinence du taux d'incidence comme indicateur de référence. Cet indicateur situe la France comme ayant l'une des fréquences de suicides chez les personnes détenues parmi les plus élevées au monde (130). Le taux de suicide des personnes détenues est par ailleurs plusieurs fois supérieur à celui observé en population générale dans la plupart des pays (130) et particulièrement en France où, à âge égal, il est 10 fois plus élevé pour les hommes et 40 fois plus élevé pour les femmes que pour leurs homologues en population générale (Chapitre 2). Un autre indicateur mis en avant au Chapitre 1 est la létalité de la prison par suicide, qui montre que la probabilité qu'une incarcération se termine par un suicide a été multiplié par 5 entre le milieu du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle en France, à la fois parce le taux de suicide y est plus élevé et parce que les incarcérations durent plus longtemps.

Le Chapitre 2 a permis de rendre compte des résultats d'une étude de surveillance épidémiologique des suicides des personnes détenues coordonnée par SpF, en collaboration avec la DAP et les USMP. Cette étude a rassemblé des données issues de l'administration pénitentiaire et des dossiers médicaux pour toutes les personnes détenues décédées par suicide en France sur la période 2017-2021. Il s'agit de la première étude en France sur les suicides des personnes détenues à intégrer des données de santé. Elle a permis d'attirer l'attention sur un certain nombre de caractéristiques susceptibles de jouer le rôle de facteur de risque individuel de suicide : l'âge, la détention provisoire, les infractions graves, les troubles psychiatriques, les événements qui précèdent le suicide comme l'entrée en prison ou le QD. L'association de ces

caractéristiques avec le suicide et leur éventuelle contribution respective et indépendante est néanmoins difficile à évaluer en l'absence de groupe contrôle.

Le Chapitre 3 a recherché des facteurs de risque individuels de suicide des personnes détenues, au sein d'une étude de cohorte rétrospective. Cette cohorte a été construite à partir d'une base de données administratives de la DAP et a fait l'objet d'analyses de survie multivariées. L'ensemble des personnes détenues en France ont été suivies entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2020, pendant le temps de leur incarcération. Un des principaux enseignements de cette étude est que le risque de suicide des personnes détenues est plus élevé non seulement au début de l'incarcération, mais aussi de manière temporaire à la suite de certains événements comme un placement au QD, un placement au QI ou encore un changement d'établissement pénitentiaire. Les facteurs sociodémographiques sont apparus peu discriminants vis-à-vis du risque de suicide. Une partie d'entre eux se comportent néanmoins de manière différente entre la population générale et la population carcérale. Alors que les marqueurs d'une position socioéconomique favorable et d'intégration sociale, notamment professionnelle et familiale sont considérés comme des facteurs protecteurs du suicide en population générale, ce n'est plus le cas, voire on observe l'inverse en population carcérale. Les résultats confirment également le risque de suicide plus élevé en cas d'encellulement individuel, pendant la détention provisoire et en cas d'infraction grave, particulièrement en début de détention. Il n'a en revanche pas été mis en évidence d'association significative entre suicide et surpopulation carcérale. Cette étude apporte une contribution significative à la littérature scientifique internationale sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues, car peu d'études ont pris en compte des facteurs de confusion (199). Elle a en revanche l'inconvénient de ne pas contenir de données relatives à la santé mentale et aux troubles psychiatriques.

Les travaux épidémiologiques décrits dans ce manuscrit comportent plusieurs angles morts. Tout d'abord, ils sont restreints aux décès par suicide et excluent les tentatives de suicide ainsi que les idées suicidaires. Ces dernières ont fait l'objet de quelques études en France (547,562–564). Dans les cas des tentatives de suicide et des idées suicidaires, des entretiens avec les personnes incluses permettent d'étudier d'autres facteurs de risque.

Un deuxième angle mort tient au fait que la recherche des facteurs de risque de suicide des personnes détenues s'appuie sur la comparaison de personnes détenues entre elles. S'ils permettent ainsi d'identifier des facteurs utiles pour une prévention individualisée du suicide ainsi que certains éléments propres à l'environnement carcéral, ils laissent de côté la question des causes de la sursuicidité carcérale. Cette remarque vaut pour l'ensemble de la littérature

scientifique internationale sur les facteurs de risque de suicide des personnes détenues. L'excès de risque de suicide chez les personnes détenues par rapport à la population générale est souvent théorisée sous la forme d'une articulation entre un modèle d'importation, qui renvoie à la vulnérabilité des individus antérieure à l'incarcération, et un modèle de privation, qui soulève la responsabilité de la prison (177,185). Or, à ma connaissance, aucune étude épidémiologique n'a été menée de manière approfondie pour quantifier directement la responsabilité respective de ces deux facteurs. En particulier, il est plus facile de catégoriser les individus selon qu'ils sont ou non incarcérés que selon qu'ils étaient vulnérables avant l'incarcération ou non, et on pourrait imaginer une étude dans laquelle on s'efforcerait d'ajuster l'association entre incarcération et suicide sur un certain nombre d'autres facteurs. Une telle étude serait néanmoins difficile à mettre en œuvre au vu de la rareté statistique simultanée du critère de jugement (le suicide) et de l'exposition (l'incarcération). Une base de données comme le système national des données de santé (SNDS) permettrait de répondre à cette problématique de rareté statistique via l'étude de grands effectifs, mais elle ne permet pas d'identifier avec précision les périodes d'incarcération, et ne pourrait prendre en compte que de manière limitée de potentiels facteurs de confusion. Un autre schéma expérimental possible serait de définir une population d'étude composée de personnes condamnées, pour un délit fréquent, à des peines variables incluant de la prison ferme de manière ni marginale ni systématique. Dans le cadre d'une étude cas-témoin, ce schéma expérimental aurait l'avantage d'augmenter la part des personnes exposées à l'incarcération et donc de réduire les effectifs nécessaires à une puissance statistique suffisante. Cependant, il pourrait être difficile d'ajuster l'association entre suicide et incarcération sur les motifs qui conduisent les juges à opter pour la prison ferme plutôt qu'une autre peine, notamment en cas de déséquilibre très important entre les deux groupes et en fonction de la disponibilité des données.

Dans une approche populationnelle, un troisième angle mort peut être défini en rapport avec la santé des populations ciblées par les pratiques d'incarcération avant et après celle-ci. L'état de santé avant une première incarcération peut être appréhendé via les déclarations des personnes détenues. Notons toutefois que les décès par suicide avant une première incarcération ne peuvent pas être étudiés puisque dans ce cas l'évènement qui permet de les identifier comme relevant de la population d'intérêt – l'incarcération – n'a jamais eu lieu. Certaines situations spécifiques (potentiellement) en amont d'une incarcération pourraient cependant faire l'objet d'une plus grande attention, comme la garde à vue ou la période qui sépare la condamnation à une peine de prison ferme de son exécution, en l'absence de mandat de dépôt. Après

l’incarcération, si un taux de suicide plus élevé que pendant l’incarcération a été décrit dans certains pays (432), on ne dispose d’aucune donnée spécifique aux suicides pour la France, à l’exception d’une étude menée par l’ingénieur J. Prudhomme et al en 1997 sur une prison qui présente comme limites une représentativité nationale insuffisante et une faible puissance statistique (540). Comme évoqué plus haut, si le SNDS permet aujourd’hui d’identifier des soins délivrés aux personnes écrouées ainsi que les suicides, il ne permet pas d’identifier avec précision les périodes d’incarcération. De plus, le principal marqueur de soins aux personnes écrouées dans le SNDS, qui est un code d’affiliation à l’assurance maladie, souffre depuis 2016 d’une anomalie, identifiée en 2020 et non résolue en 2024, qui conduit à l’identification d’un nombre de personnes écrouées distinctes consommant des soins chaque année largement supérieur au nombre de placements sous écrou recensés par le ministère de la justice²³². Lorsque cette anomalie sera résolue, le SNDS permettra de mesurer la mortalité par suicide à différentes échéances de personnes qui, à un moment donné, ont consommé des soins alors qu’elles étaient écrouées. Délimiter précisément les périodes d’incarcération nécessiterait a priori un appariement de données pénales avec le SNDS, ce qui soulèverait alors des enjeux techniques et éthiques, notamment relatifs à la protection de la vie privée.

Une quatrième perspective d’élargissement de ces travaux pourrait consister à s’intéresser de manière plus large à l’ensemble des PPSMJ. Si en Angleterre et au Pays de Galles, le taux de suicide des personnes suivies par la justice pénale en milieu ouvert (« probation ») est au moins aussi élevé que celui des personnes détenues, il n’existe en France aucune donnée relative aux PPSMJ non écrouées.

Les implications des connaissances épidémiologiques sur les suicides des personnes détenues pour la prévention dépendent des objectifs attribués à la prévention du suicide, ainsi que des fonctions sociales de la prison. La prévention du suicide peut être appréhendée soit d’abord comme une lutte contre la souffrance menée auprès des personnes à risque de suicide, soit d’abord comme une lutte contre la mort volontaire. Les éléments présentés au Chapitre 4 indiquent que la lutte contre la souffrance s’appuie sur des justifications éthiques et philosophiques qui l’envisagent comme un penchant naturel, constitutif de l’être humain, ou

²³² Cette anomalie a été identifiée dans le cadre d’un travail (non publié) d’évaluation de la faisabilité du suivi du recours aux soins des personnes détenues dans le SNDS, que j’ai mené à la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques du ministère de la santé en tant qu’interne de santé publique en 2020. Des échanges pilotés par la direction générale de la santé ont été initiés à l’automne 2023 dans le but de corriger cette anomalie, auxquels j’ai participé pour Santé publique France

bien comme un devoir moral. L'empêchement de la mort volontaire s'appuie quant à lui sur des justifications 1) morales ou religieuses, qui reprochent au suicide de porter atteinte au caractère sacré de la vie, 2) liées au contrat social, qui appréhendent le suicide en tant que trouble à l'ordre public, 3) économiques, qui voient dans le suicide une perte de contributeur-trices à la croissance économique, des dépenses publiques évitables et une atteinte au pouvoir d'achat des familles, 4) légales et réglementaires, qui voient dans le suicide une violation des droits humains ou le risque juridique associé à cette violation. En éthique médicale, les enjeux liés à la prévention du suicide peuvent notamment être discutés à partir de la confrontation des principes de préservation de la vie, de préservation de la santé, et de respect de l'autonomie.

Les pratiques de prévention du suicide en milieu pénitentiaire, antérieures aux politiques sanitaires de prévention du suicide et aujourd'hui assumées en grande partie par l'administration pénitentiaire, sont par ailleurs influencées par les fonctions sociales de la prison. Les fonctions sociales de la prison se présentent comme convergentes avec l'objectif d'empêchement de la mort volontaire. D'une part, garder les personnes détenues en vie contribue à maintenir l'ordre interne des établissements pénitentiaires. D'autre part, empêcher la mort volontaire est nécessaire pour mener à bien la réinsertion voire l'amendement moral des personnes détenues, pour défendre l'autorité de l'Etat ou encore pour défendre les droits des victimes d'infraction. En revanche, à l'exception de la mission de réinsertion qui est favorable à la santé mentale mais qui occupe en pratique une place secondaire en prison d'après de nombreux·ses auteur·es (cf V.C.1.a.ii.), les fonctions sociales de la prison tendent à converger vers l'idée que celle-ci est ou doit être un lieu de souffrance, parce qu'elle est un lieu de punition, parce qu'elle doit décourager la survenue d'infractions et parce que cette souffrance peut être perçue comme nécessaire à l'amendement moral. La dégradation de la santé mentale des personnes détenues peut également se présenter comme un dommage collatéral de la fonction de neutralisation lorsqu'on considère les effets désocialisant de la mise à l'écart ainsi que les contraintes sécuritaires de la prison sur les conditions de vie intramuros.

Les fonctions sociales de la prison, la difficile implantation en prison de dispositifs sanitaires de prévention du suicide comme le 3114 ou Vigilans, ou encore les nombreuses entraves aux soins rapportées par les professionnel·les de santé exerçant en prison sont autant d'arguments pour affirmer que les politiques de santé mentale occupent une position précaire en milieu pénitentiaire. Les dernières décennies sont néanmoins encourageantes en matière de soins aux personnes détenues si on considère le rattachement des soins aux personnes détenues au service public hospitalier, l'affiliation de ces personnes à l'assurance maladie, le déploiement de

structures de soins et l'arrivée en plus grand nombre, bien que toujours insuffisant, de professionnel·les de santé en prison. Aujourd'hui, les politiques de santé mentale auprès des personnes détenues peuvent s'appuyer sur le droit universel à la protection de la santé inscrit dans le Code de la santé publique (542), ainsi que de manière plus spécifique sur l'équivalence de la qualité et de la continuité des soins délivrés aux personnes détenues par rapports à ceux délivrés en population générale, inscrite dans le Code pénitentiaire (253). Par ailleurs, les politiques de santé mentale auprès des personnes détenues peuvent trouver des prolongements en considérant non plus l'institution qui les prend en charge, mais les personnes incarcérées dans leurs parcours de vie, ouvrant ainsi des perspectives de prévention avant et après l'incarcération.

Références

1. Romanens JL. Mort où est ta victoire ? In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle [Internet]. Montpellier; 2022. Disponible sur: <https://video.umontpellier.fr/video/16643-seminaire-detude-le-suicide-de-lantiquite-au-xxieme-siecle-mort-ou-est-ta-victoire-etude-dun-tableau/>
2. Bernheim JC. Les suicides en prison. Méridien; 1987. 356 p.
3. Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. Rapport du Directeur général. Organisation Mondiale de la Santé; 2019 avr. Report No.: A72/29.
4. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2014 p. 89. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
5. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies -10 Version [Internet]. 2008 [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/XIX>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies - 11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. 2023 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
7. Durkheim E. Le suicide. Payot & Rivages; 2009. 496 p.
8. Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. Ministère de la Justice. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 p. 470. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
9. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès. Institut national de la santé et de la recherche médicale [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/le-cepidc/le-cepidc>
10. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information [Internet]. Observatoire national du suicide; 2020 juin p. 272. Report No.: 4. Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications/rapports/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les>
11. Décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034455561>
12. Article L2223-42 du Code général des collectivités territoriales [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886319
13. Article R2213-15 du Code général des collectivités territoriales [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035971790
14. Décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de

- financement de la sécurité sociale pour 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048519642>
15. Laanani M, Imbaud C, Tuppin P, Poulalhon C, Jollant F, Coste J, et al. Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions A Nationwide Study. *J Affect Disord.* 1 sept 2020;274:174-82.
 16. Toupet L. La mort sous le manteau. Analyse sociologique de deux associations militant pour une mort choisie en France. Université de Lorraine; 2023.
 17. Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035388290>
 18. Martrille L. Suicide et médecine légale. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle.* LEH Edition; 2022. p. 563-71.
 19. Laborie JM, Ludes B. L'obstacle médico-légal en pratique. *Ann Fr Med Urgence.* 1 mars 2015;5(2):77-84.
 20. Henry E. Suicide des soignants, et des autres. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle.* LEH Edition; 2022. p. 133-42.
 21. Article L132-7 du Code des assurances [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006792964
 22. Clanché F. Projet de rénovation du processus de production des statistiques sur les causes de décès. Assemblée plénière de l'Observatoire National du Suicide : Retour sur le 5ème rapport et projets d'amélioration des statistiques sur les décès par suicide; 2022; Paris, France.
 23. Décret n° 2022-284 du 28 février 2022 relatif à l'établissement du certificat de décès [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045269321>
 24. Article D214-26 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045493551
 25. Article D214-28 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045493547
 26. Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire. Note du 15 juin 2017 relative aux modalités de compte rendu du suicide d'une personne écrouée.
 27. Guignard L. Enfermement et suicide sous la IIIe République : le paradigme de la discipline. In: *Enfermements Volume II : Règles et dérèglements en milieu clos (IVe-XIXe siècle)* [Internet]. Paris: Éditions de la Sorbonne; 2020. p. 375-91. (Homme et société). Disponible sur: <http://books.openedition.org/psorbonne/56708>
 28. Gouazé C, Bouchard JP. Dispositifs de prévention et de postvention du suicide en prison mis en place par l'Administration Pénitentiaire française. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. 2 mars 2020; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720300676>

29. Cliquennois G, Chantraine G. Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques. *Societes contemporaines*. 10 sept 2009;(75):59-79.
30. Guillonneau M. Suicides en détention et infractions pénales. Ministère de la justice Direction de l'administration pénitentiaire. nov 2002;
31. Foucault M. Surveiller et punir. Naissance de la prison. Gallimard; 2021. 372 p.
32. Article 111-2 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417176/
33. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
34. Jean JP. Le système pénal. La Découverte. 2008. 128 p.
35. Direction de l'administration pénitentiaire, données internes.
36. Le Nézet O, Spilka S, Lahaie E, Andler R. Les usages de cannabis en population adulte en 2021. *Tendances Observatoire français des drogues et des tendances addictives*. déc 2022;(153):4.
37. Article 144 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021332920
38. Article 137 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021331521/2009-11-26/
39. Ministère de la justice [Internet]. [cité 21 août 2023]. Etudes et statistiques. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques>
40. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021312171>
41. Population au 1er janvier | Insee [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246#tableau-figure1>
42. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population*. 2014;69:519-49.
43. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [Internet]. 2020 [cité 11 sept 2023]. Évolution de la population – Bilan démographique 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
44. Rapport 2021 sur les centres et locaux de rétention administrative [Internet]. Forum réfugiés-Cosi, France Terre d'Asile, Groupe SOS Solidarités – Assfam , La Cimade, et Solidarité Mayotte; 2022 sept p. 132. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/publication/rapport-2021-sur-les-centres-et-locaux-de-retention-administrative/>

45. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Son champ de compétence : les lieux de privation de liberté. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/missions-et-actions/sa-mission/>
46. Rapport de la deuxième visite de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris [Internet]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté; 2019 nov p. 37. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2019/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-linfirmierie-psychiatrique-de-la-prefecture-de-police-paris/>
47. Articles 122-1 à 122-9 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149818/#LEGISCTA000006149818
48. Article R3222-1 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972128
49. Fovet T, Lancelevée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mars 2022;206(3):301-9.
50. Fovet T, Chan-Chee C, Baillet M, Horn M, Wathelet M, D'Hondt F, et al. Psychiatric hospitalisations for people who are incarcerated, 2009–2019: An 11-year retrospective longitudinal study in France. eClinicalMedicine [Internet]. 1 avr 2022;46. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00104-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00104-3/fulltext)
51. Fovet T, Baillet M, Horn M, Chan-Chee C, Cottencin O, Thomas P, et al. Psychiatric Hospitalizations of People Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in France: A Ten-Year Retrospective Study (2011–2020). Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2022 [cité 27 févr 2024];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.812790>
52. Vie publique. vie-publique.fr. [cité 11 janv 2023]. Politique pénitentiaire : chronologie. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269812-politique-penitentiaire-chronologie>
53. Article L211-3 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045480466
54. Article préliminaire du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044568200?init=true&page=1&query=code+de+proc%C3%A9dure+p%C3%A9nale&searchField=ALL&tab_selection=all
55. Fassin D. Faire de la santé publique. 2e édition. Ecole Nationale des Hautes Etudes en Santé Publique; 2008. 72 p.
56. Guignard L. Le suicide, une pathologie carcérale ? Criminocorpus Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines [Internet]. 11 mai 2018;(10). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3813#ftn1>
57. Lepinçon S, Papet N. Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens. L'Harmattan; 2005. 192 p. (Psycho - logiques).

58. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. *Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines* [Internet]. 14 févr 2009; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/246>
59. Badinter R. *La Prison républicaine (1871-1914)*. 1992. 432 p. (Histoire).
60. Deheurles-Montmayeur L. *Le suicide en milieu carcéral* [Mémoire de master]. Institut d'Etudes Politiques de Grenoble; 2004.
61. Froment JC. *La République des surveillants de prison (1958-1998)*. Librairie générale de droit et de jurisprudence; 1998. 460 p. (droit et société).
62. Groupe d'Information sur les prisons. *Intolérable 4. Suicides de prison (1972)*. Gallimard; 1973. 63 p.
63. oip.org [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Observatoire International des Prisons Section française (OIP-SF). Disponible sur: <https://oip.org/>
64. Ban Public - Le portail d'information sur les prisons [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <https://banpublic.org/>
65. Rassemblement en hommage aux personnes décédées en prison en 2022 [Internet]. Observatoire international des prisons, section française. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/agenda/rassemblement-en-hommage-aux-personnes-decedees-en-prison-en-2022/>
66. Mijuskovic V. Le suicide en milieu pénitentiaire. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIème siècle*. LEH Edition; 2022. p. 433-46.
67. Robert A. Condamnation de l'État pour le suicide d'une jeune détenue au profil psychiatrique lourd et en présence de maints signes d'appel. *Santé mentale et Droit*. 1 janv 2023;23(1):37-40.
68. Conseil d'État, 18 décembre 2023, décision n° 457847 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2023-12-18/457847>
69. Article 121-2 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417204
70. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales [Internet]. Disponible sur: <https://www.echr.coe.int/european-convention-on-human-rights>
71. Vasseur V. *Médecin- chef à la prison de la Santé*. Le Cherche Midi; 2000.
72. Herzog-Evans M. Droit français et prévention du suicide en prison. *Criminologie*. 2001;34(2):9-29.
73. Aubusson de Cavarlay B. Note sur la sursuicidité carcérale en Europe : du choix des indicateurs. *Champ Pénal* [Internet]. 1 déc 2009; Disponible sur: http://www.antonioacasella.eu/salute/Aubusson_2009.pdf

74. Gras L, Boutin N. Evolution du profil sociodémographique des élèves surveillants. Un effet d'aubaine pour leur administration ? In: Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement. L'Harmattan; 2012. p. 81-95. (Criminologie).
75. Zientara-Logeay S. Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire [Internet]. Paris: Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire; 1996 mai p. 106. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/974071736.pdf
76. Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. [Internet]. Paris: Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; 2003 p. 235. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rappor_Terra.pdf
77. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral [Internet]. Rapport au garde des Sceaux; 2009 p. 310. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30636-la-prevention-du-suicide-en-milieu-carceral-commission-presidee-par-le>
78. La Garde des Sceaux. Prévention du suicide des personnes détenues - Plan d'actions 2009 - Suite du rapport de la commission Albrand [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/plan_ministeriel_2009.pdf
79. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). Ministère de la justice et des libertés. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale.; 2011 sept p. 96.
80. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de Justice. Ministère de la santé et des sports. Ministère de la justice et des libertés.; p. 86.
81. Feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 [Internet]. Ministère de la Justice. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 p. 62. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fdr_sante__ppsmj_19_22.pdf
82. Conrad P. Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology. 1992;18:209-32.
83. Minois G. Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire. Fayard; 1995. 426 p.
84. Leroy N. Le suicide en droit médiéval : la condamnation de l'homicide contre soi-même. In: Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle. LEH Edition; 2022. p. 611-6.
85. Renneville M. Le suicide est-il une folie ? Les lectures médicales du suicide en France au XIXe siècle. In: La pathologie du suicide Pour une nouvelle histoire des enjeux médicaux et socio-politiques aux XIXe-XXe siècle [Internet]. Histoire de la justice, des crimes et des peines; 2018. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3797>

86. Renneville M, Yampolsky E. Histoires de la pathologie du suicide. Histoire de la justice, des crimes et des peines [Internet]. 11 mai 2018;(10). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3775>
87. Yampolsky E. Le suicide selon François-Emmanuel Fodéré. In 2018.
88. Yampolsky E. La folie du suicide : une histoire médicale de la mort volontaire en France au 19e siècle [Internet]. Chaire de philosophie à l'hôpital. Les séminaires de Sainte-Anne; 2021 oct 4. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=qy8ghqCzyOI>
89. Canevascini M. La médicalisation des problématiques suicidaires : l'exemple d'un service d'urgence psychiatrique. Histoire de la justice, des crimes et des peines [Internet]. 11 mai 2018;(10). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3837>
90. Shneidman ES, Farberow NL. The los angeles suicide prevention center: a demonstration of public health feasibilities. *Am J Public Health Nations Health*. janv 1965;55(1):21-6.
91. IASP [Internet]. [cité 15 déc 2023]. International Association for Suicide Prevention. Disponible sur: <https://www.iasp.info/>
92. Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide - Accueil [Internet]. [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.geps.asso.fr/>
93. Campéon A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*. 2003;(45):35-8.
94. Suchon M. L'interdiction de sépulture aux suicidés depuis l'Antiquité jusqu'à 1983, date de la promulgation du Code de droit canonique. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 675-83.
95. Poirier A. Le suicide en prison : statistiques, commentaires, questions. *L'Information Psychiatrique*. 2003;79(4):335-46.
96. Bellanger H. *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*. Hachette Littératures. 2007. 344 p.
97. Larralde JM. Le Conseil de l'Europe promoteur des réformes pénitentiaires. In: *Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*. L'Harmattan; 2012. p. 241-4. (Criminologie).
98. Enderlin S. Droit constitutionnel et droit pénitentiaire. Les prémices de la protection constitutionnelle des personnes détenues. In: *Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*. L'Harmattan; 2012. p. 49-62. (Criminologie).
99. Conseil de l'Europe, comité des ministres. Résolution (73) 5. Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus. janv 19, 1973.
100. David M. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*. Presses Universitaires de France. 2022. 130 p. (Nodules).

101. Lancelevée C. Quand la prison prend soin [Internet]. [Paris]: Ecole des hautes études en sciences sociales; 2016 [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01395632>
102. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006065611>
103. LOI n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000728979>
104. Article 46 de la LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (1) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021312291
105. Kanoui V. Comment sont organisés les soins en prison ? In: Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ? Hygée éditions; 2024.
106. Larralde JM. Placement sous écrou et dignité de la personne. In: Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement. L'Harmattan; 2012. p. 23-34. (Criminologie).
107. Debout M. La France du suicide. Stock; 2002. 308 p.
108. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 [Internet]. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Direction générale de la santé. Bureau de la santé mentale SD6 C; 2001 p. 17. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat.pdf
109. Chauvenet A, Rostaing C, Orlic F. La violence carcérale en question. Presses Universitaires de France; 2008.
110. Giravalli P. La prison : un monde fou ou un monde de fous ? In: Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ? Hygée éditions; 2024. p. 89-102.
111. Fassin D. Morts physiques et morts sociales dans le monde carcéral. In: Vies invisibles, morts indicibles [Internet]. Paris: Collège de France; 2022 [cité 13 mars 2024]. p. 109-26. (Conférences). Disponible sur: <https://books.openedition.org/cdf/13731>
112. Pan Ké Shon JL. Suicides en situation d'enfermement au début du XXIe siècle. Approche compréhensive à partir de la dernière lettre des suicidés en prison. Sociologie. 27 sept 2013;4(2):139-62.
113. Le fardeau global des maladies : concept, méthodes et illustrations [Internet]. 2e Rencontres de Santé publique France; 2017 [cité 16 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/fardeau-maladies/>
114. The Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Global Burden of Disease (GBD). Disponible sur: <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd>

115. Dambry S. La postvention auprès des endeuillés par suicide : revue de la littérature, perspectives [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. Université Lille-II; 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-10213>
116. Baudelot C, Establet R. Suicide. L'envers de notre monde. Editions du Seuil; 2018. 288 p. (Points).
117. Marcel C. Un impossible deuil. Dedans Dehors [Internet]. sept 2018;(101). Disponible sur: <https://oip.org/analyse/un-impossible-deuil/>
118. Bosquet S. Après la mort : quand le tabou accroît la souffrance. Dedans Dehors [Internet]. sept 2018;(101). Disponible sur: <https://oip.org/analyse/apres-la-mort-quand-le-tabou-accroit-la-souffrance/>
119. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Internet]. Observatoire national du suicide; 2018 p. 221. Report No.: 3. Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-enjeux-ethiques-de-la-prevention-singularites>
120. Désesquelles A, Kensey A, Meslé F. Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes. Population. 2018;73(4):757-86.
121. Chan Chee C, Moutengou E. Suicide 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. [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016 p. 61. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Suicides-et-autres-deces-en-milieu-carceral-en-France-entre-2000-et-2010#>
122. Favard J. Le labyrinthe pénitentiaire. Centurion; 1981. 268 p.
123. Chesnais JC. Le suicide dans les prisons. Population. 1976;31(1):73-85.
124. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et Société. déc 2009;462:1-4.
125. Hazard A. Baisse des suicides en prison depuis 2002. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. mai 2008;(22).
126. Causes de décès - Inserm-CépiDc [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://opendata-cepidc.inserm.fr/>
127. Fink D. En Suisse. In: Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. École nationale de la magistrature, Paris: Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire; 2010. p. 95-104.
128. Tournier P, Chemithe P. Contribution statistique à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral. 1975-1978. Population. 1980;35(6):1217-8.
129. Vanhaesebrouck A. Les suicides des personnes détenues en 2017 et 2018 en France : une étude descriptive [Thèse d'exercice en médecine]. Université Paris Descartes; 2020.

130. Mundt AP, Cifuentes-Gramajo PA, Baranyi G, Fazel S. Worldwide incidence of suicides in prison: a systematic review with meta-regression analyses. *Lancet Psychiatry*. 29 mai 2024;S2215-0366(24)00134-2.
131. Fair H, Walmsley R. World Prison Population List (13th edition) [Internet]. World Prison Brief; 2021 déc p. 18. Disponible sur: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf
132. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):946-52.
133. Fritz FD, Fazel S, Benavides Salcedo A, Henry P, Rivera Arroyo G, Torales J, et al. 1324 prison suicides in 10 countries in South America: incidence, relative risks, and ecological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2021;56(2):315-23.
134. Rabe K. Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry*. mai 2012;35:222-30.
135. Aebi MF, Cocco E, Molnar L. SPACE I - 2022 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Council of Europe and University of Lausanne; 2023 p. 131.
136. Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2021 p. 35. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
137. Carson EA, Cowhig MP. Mortality in Local Jails, 2000-2016 – Statistical Table [Internet]. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics; 2020 févr p. 30. Report No.: NCJ 251921. Disponible sur: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/mlj0016st.pdf>
138. Carson EA. Mortality in State and Federal Prisons, 2001–2019 – Statistical Tables [Internet]. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics; 2021 déc p. 41. Report No.: NCJ 300953. Disponible sur: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/msfp0119st.pdf>
139. Vialla F. Brèves considérations sur le suicide dans l'antiquité gréco-romaine. In: *Le suicide De l'Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 36-52.
140. Lemieux C. Le suicide comme fait social. Retour sur la pensée d'Emile Durkheim [Internet]. Chaire de Philosophie à l'Hôpital. Les séminaires de Saint-Anne; 2021 oct 14. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=-yeq1rHuYRI>
141. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie [Internet]. Collège national des universitaires en psychiatrie. Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Collège universitaire national des enseignants en addictologie.; 2021 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <http://cnup.unistra.fr/enseignement/ecn/>
142. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport [Internet]. Observatoire national du suicide; 2014. Report No.: 1. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

143. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives [Internet]. Observatoire national du suicide; 2016 p. 481. Report No.: 2. Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales>
144. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars p. 74.
145. Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public Health*. 1 nov 2023;8(11):e868-77.
146. World Health Organisation [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Suicide rate estimates, crude, 10-year age groups - Estimates by country. Disponible sur: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE10YEARAGEGROUPS?lang=en>
147. Pisu F. Sociologie des conduites suicidaires. Perspectives contemporaines. Presses Universitaires de Rennes; 2023. 156 p. (Le sens social).
148. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci*. déc 2014;15(12):802-16.
149. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry*. oct 2017;22(10):1395-412.
150. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 18 mars 2020;368:m575.
151. Orri M, Gunnell D, Richard-Devantoy S, Bolanis D, Boruff J, Turecki G, et al. In-utero and perinatal influences on suicide risk: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 1 juin 2019;6(6):477-92.
152. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 19 mars 2016;387(10024):1227-39.
153. Notredame CÉ, Storme N, Demarty AL. Ce qui pousse les adolescent.e.s à passer à l'acte : étude des trajectoires d'adversité proximale. Résultats préliminaires de l'étude TAPAS. Journée scientifique de la Graduate School Santé Publique de l'Université Paris Saclay; 2023 avr.
154. Lengvenyte A, Courtet P. Suicide, vulnérabilité et stress social. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 123-32.
155. Jollant F. Les modèles psychologiques des conduites suicidaires [Internet]. Sur les actes suicidaires et 2-3 autres choses; 2022. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=g4kos5CjeB8>
156. Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:188-93.

157. Castelpietra G, Egidi L, Caneva M, Gambino S, Feresin T, Mariotto A, et al. Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the “Triveneto” area, 2010–2016. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1 nov 2018;61:6-12.
158. Esposito M. Suicidal Risk in Italian Prisons. A Population-Based Cohort Study. *Sociology Mind*. 19 déc 2017;8(1):46-69.
159. Favril L, Wittouck C, Audenaert K, Vander Laenen F. A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis*. janv 2019;40(1):42-53.
160. Hayes LM. National study of jail suicide: 20 years later. *Journal of correctional health care : the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*. juill 2012;18:233-45.
161. Dye MH. Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*. 1 juill 2010;38(4):796-806.
162. O’Driscoll C, Samuels A, Zacka M. Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 janv 2007;41:519-24.
163. Patterson RF, Hughes K. Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatr Serv*. juin 2008;59(6):676-82.
164. Radeloff D, Lempp T, Kettner M, Rauf A, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM. Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178959.
165. Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM. National total survey of German adolescent suicide in prison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. févr 2015;24(2):219-25.
166. Radeloff D, Stoeber F, Lempp T, Kettner M, Bennefeld-Kersten K. Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214936.
167. Radeloff D, ten Hövel M, Brennecke G, Stoeber FS, Lempp T, Kettner M, et al. Suicide after reception into prison: A case-control study examining differences in early and late events. *PLoS One*. 3 août 2021;16(8):e0255284.
168. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35:63-75.
169. Bourgoin N. La mortalité par suicide en prison. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993;41(2):146-54.
170. Dahle KP, Lohner JC, Konrad N. Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *International Journal of Forensic Mental Health*. 1 avr 2005;4:53-62.
171. Kerkhof AJ, Bernasco W. Suicidal behavior in jails and prisons in The Netherlands: incidence, characteristics, and prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 1990;20(2):123-37.

172. Lupei RA. Jail Suicides: Demographic and Behavioral Factors Postdictive of the Completed Act. [United States of America]: Southern Illinois University-Carbondale; 1981.
173. Winter MM. County Jail Suicides in a Midwestern State: Moving Beyond the Use of Profiles. *The Prison Journal*. 1 juin 2003;83:130-48.
174. Dooley E. Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *Br J Psychiatry*. janv 1990;156:40-5.
175. Hatty SE, Walker JR. A national study of deaths in Australian prisons. Canberra: Australian Institute of Criminology; 1986 p. 67.
176. Tatarelli R, Mancinelli I, Taggi F, Polidori G. Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: A Descriptive Epidemiological Study. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 déc 1999;43(4):438-47.
177. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*. 2007;28(3):113-21.
178. Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2002;37(2):68-73.
179. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 3 janv 2004;184:263-7.
180. Huey MP, McNulty TL. Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding. *The Prison Journal*. 1 déc 2005;85(4):490-514.
181. Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hosp Community Psychiatry*. mars 1993;44(3):256-61.
182. Harrison KS, Rogers R. Axis I screens and suicide risk in jails: a comparative analysis. *Assessment*. juin 2007;14(2):171-80.
183. Hayes LM. National Study of Jail Suicide: 20 Years Later. National Institute of Corrections; 2010 p. 85.
184. Liebling A. Vulnerability and Prison Suicide. *The British Journal of Criminology*. 1995;35(2):173-87.
185. Preventing suicide in jails and prisons. World Health Organization, International Association for Suicide Prevention; 2007 p. 34.
186. Camilleri P, McArthur M, Webb H. Suicidal behaviour in prisons : a literature review. Canberra: Dept. of Justice and Community Safety; 1999.
187. Liebling A. Suicides in Prison. Vol. 14. Routledge; 1992. 288 p.
188. Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(4):370-6.

189. Sykes G. La société des captifs. Une étude d'une prison de sécurité maximale. Larcier; 2019. 336 p.
190. Beyens K. « Softer but shitter ». Les souffrances de l'emprisonnement 2.0. In: La société des captifs Une étude d'une prison de sécurité maximale. Larcier; 2019. p. 195-220.
191. Gouache M, Dindo S. Sexualité en prison : La grande hypocrisie [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. 2016. Disponible sur: <https://oip.org/publication/sexualite-en-prison-la-grande-hypocrisie/>
192. Simon A. La vulnérabilité de la personne détenue. In: Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement. L'Harmattan; 2012. p. 35-48. (Criminologie).
193. Goffman E. Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Les éditions de minuit; 2021. 452 p. (Le sens commun).
194. Crewe B. Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment. *Punishment & Society*. 1 déc 2011;13(5):509-29.
195. Rotach C. Directrice de prison. Terrorisme, surpopulation, suicides... tout ce qu'on ne peut pas dire. Plon; 2019. 224 p.
196. Fovet T, Lancelevée C, Whatelet M, El Qaoubii O, Thomas P. La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France; 2022 déc p. 78.
197. Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003. *Etudes et Résultats*. 2005;427:1-12.
198. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mars 2011;46(3):191-5.
199. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 1 mars 2021;6(3):e164-74.
200. Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J. A national case-control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales [corrected]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juill 2013;48(7):1177-85.
201. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: Case-control study. *Br J Psychiatry*. 12 janv 2004;185:494-8.
202. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *Int J Law Psychiatry*. oct 2006;29(5):355-60.
203. van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *Int J Law Psychiatry*. févr 2017;50:76-82.

204. Bourgoin N. Le suicide en milieu carcéral. *Population*. 1993;48(3):609-25.
205. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*. 1 janv 2002;4(4):3-17.
206. Preti A, Cascio MT. Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Med Sci Law*. avr 2006;46(2):127-34.
207. Bailo P, Gibelli F, Celletti A, Caraffa A, Sirignano A, Ricci G. The contributing factors to suicide in Italian prisons: An 11-year analysis (2010-2020). *Crim Behav Ment Health*. 11 déc 2023;
208. Bourgoin N. *Le suicide en prison*. L'Harmattan. 1994. 271 p.
209. Cornu M. Le suicide est-il un problème? pv [Internet]. 2003;3. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2003-v3-pv05784/1074699ar/>
210. Brunn U. Suicide, martyre et hérésie : la mort volontaire dans les textes ecclésiastiques de l'Antiquité chrétienne et du Moyen Age. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 53-85.
211. Bouchard M, Vielfaure P. La répression du suicide en France dans la jurisprudence du XIXe siècle. In: *Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 651-63.
212. Historique de l'association Recherche et Rencontres | SOLIPSY [Internet]. 2013 [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.recherche-et-rencontres-nantes.org/historique-de-lassociation/>
213. Nous connaître | S.O.S. Amitié [Internet]. France. [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.sos-amitie.com/nous-connaître/>
214. Article 223-13 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021342968
215. Article 223-14 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417796
216. unps [Internet]. [cité 15 déc 2023]. Notre histoire | Union Nationale pour la prévention du suicide. Disponible sur: https://www.unps.fr/notre-histoire-_r_6.html
217. Coeuret-Pellicier M. Emergence d'une priorité nationale de santé publique. L'exemple du suicide. *Actualité et dossier en santé publique*. 1998;(23):1-5.
218. Psychiatrie et santé mentale [Internet]. Ministère des Solidarités, de la santé et de la Famille; 2005 p. 98. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
219. Feuille de Route santé mentale et psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 juin p. 31. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
220. Prévenir le suicide: connaissances et interventions. *Santé publique France*; 2019 p. 52. (La Santé en action). Report No.: 450.

221. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif de recontact Vigilans [Internet]. [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
222. Santé mentale et psychiatrie. Mise en oeuvre de la feuille de route. Etat d'avancement au 1er mars 2024. Ministère du travail, de la santé et des solidarités.; 2024 p. 128.
223. Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide - Formations [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=7>
224. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 20 déc 2023]. La formation à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-formation-a-l-evaluation-et-a-l-intervention-de-crise-suicidaire>
225. Ministère de la santé et de la prévention. Direction générale de la santé. INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.
226. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1974;39(3):340-54.
227. Goethe JW. Les Souffrances du jeune Werther. Le Livre de Poche; 1999. 224 p.
228. Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2023. World Health Organization; 2023 p. 50.
229. Papageno Programme [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Papageno Programme. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/a-propos/>
230. Points de repère à l'intention du journaliste pour un traitement médiatique responsable du suicide [Internet]. Programme Papageno; Disponible sur: https://www.papageno-suicide.com/files/Recommandation_OMS_Papageno_V2.pdf
231. Elios [Internet]. [cité 20 déc 2023]. ElioS | Prévention du suicide chez les jeunes. Disponible sur: <https://www.elios-enlien.fr/>
232. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 20 déc 2023]. La contagion suicidaire. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-contagion-suicidaire>
233. Numéro national de prévention du suicide - 3114 [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://3114.fr/>
234. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2000. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
235. Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 p. 45. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

236. Article L3222-5-1 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948
237. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. La prévention du suicide en milieu carcéral. 2023 p. 106. (Pratiques professionnelles).
238. Bouquin A. Prévention du suicide carcéral : le cadre juridique. Santé mentale et Droit. 1 août 2022;22(4):523-33.
239. Anelli L. La Santé sur la touche [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/la-sante-sur-la-touche/>
240. Fac C. Qui sont les soignants en milieu pénitentiaire ? In: Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ? Hygée éditions; 2024. p. 19-30. (Débats santé social).
241. Rapport sur la prévention du risque suicidaire en milieu carcéral. Inspection générale de la Justice. Inspection générale des affaires sociales.; 2021 mai p. 99. Report No.: IGJ N° 049-21 IGAS N° 2020-064R1.
242. Massot C, Benjankhar L, Eude J, Nicolas Y, Mendy E, Querton V. Evaluation de la politique de prévention du suicide en milieu carcéral. Ministère de la Justice - DAP. Planète publique. Conseil en politiques publiques; 2021 oct p. 110.
243. Horel MA. Au coeur de la prison des femmes. Tallandier; 2022. 224 p.
244. Stage de découverte du milieu carcéral d'une semaine au centre pénitentiaire de Fresnes, en uniforme de surveillant. 2022.
245. Perez E. Maton et fier de l'être. Kero; 2019. 252 p.
246. Merly P, La Mola M. Le Trou à rats. Fauves Editions; 2021. 232 p.
247. Casadamont G, Poncela P. Il n'y a pas de peine juste. Editions Odile Jacob; 2004. 288 p.
248. Frayer A. Dans la peau d'un maton. J'ai lu; 2011. 384 p.
249. Anelli L. Les codétenus de soutien, la fausse bonne idée [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. 2018. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/les-codetenus-de-soutien-la-fausse-bonne-idee/>
250. Arca C. Architectes et nouvelles prisons : que pouvons-nous apporter à la privation de liberté ? [Internet] [Mémoire de master]. ENSA Nantes - Ecole nationale supérieure d'architecture de Nantes; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03230162>
251. Article R234-31 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045493100
252. Au coeur de la prison : la machine disciplinaire. Observatoire international des prisons, section française; 2024 p. 147.

253. Article L322-1 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045480148
254. Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de la Justice. justice.gouv.fr. 2018 [cité 3 mai 2024]. Chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2018. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf
255. Articles R115-12 à D115-13 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045487708/#LEGISCTA000045494082
256. Article R115-2 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045494106
257. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv.* 1 août 2020;71(8):824-8.
258. Kanoui V. Les personnes détenues sont-elles vraiment soignées comme celles en milieu libre ? In: *Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ?* Hygée éditions; 2024. p. 67-77.
259. Léculée C, Raymond S, Azoulay M. Soins psychiatriques en détention : quelles spécificités ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 juin 2023;181(6):535-9.
260. Fovet T, Wathélet M, Jardon V, Debien C, Culleron A, Thomas P, et al. Proof-of-concept implementation of a brief contact intervention to prevent suicidal behavior in prison. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2023;148(4):382-4.
261. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern Epidemiology* 3rd edition. Lippincott Williams&Wilkins. 2008. 758 p.
262. Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B, et al. *Epidemiologie: Principes et methodes quantitatives.* Lavoisier; 2009. 498 p.
263. Bernard PM, Lapointe C. *Mesures statistiques en épidémiologie* [Internet]. Presses de l'Université du Québec. 1987 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: https://ebook.la-croix.com/ebooks/mesures-statistiques-en-epidemiologie-9782760520554_9782760520554_10.html
264. Elandt-Johnson RC. Definition of rates: some remarks on their use and misuse. *American Journal of Epidemiology.* 1 oct 1975;102(4):267-71.
265. Aubusson de Cavarlay B. Le suicide en prison : choisir le bon indicateur. In: *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation.* École nationale de la magistrature, Paris: Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire; 2010.

266. Gallagher CA, Dobrin A. Risk of Suicide in Juvenile Justice Facilities: The Problem of Rate Calculations in High-Turnover Populations. *Criminal Justice and Behavior*. 1 oct 2007;34(10):1362-76.
267. Lester D, Lester B. Calculating Jail Suicide Rates: A Rebuttal to Michael O'Toole. *American Jails*. 1 janv 2008;2008:45-6.
268. O'Mahony P. Prison Suicide Rates: What Do They Mean? In: *Deaths in Custody: International Perspectives*. Alison Liebling and Tony Ward. Whiting & Birch Ltd; 1994. p. 248.
269. O'Toole M. Response to David Lester and Bijou Yang. *American Jails*. 2008;48-51.
270. Backett SA. Suicide in Scottish prisons. *Br J Psychiatry*. 1987;151:218-21.
271. Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2009;11(2):37-41.
272. Bogue J, Power K. Suicide in Scottish Prisons, 1976-93. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 1 déc 1995;6(3):527-40.
273. Chesnais JC. Suicides en milieu carcéral et en milieu libre : évolution et situation comparées (1852-1974). *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*. 1976;(2):465-72.
274. Daigle M. La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral : évaluation de la situation et approche préventive. *Psychiatrie et violence [Internet]*. 2001; Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2001-pv05799/1074834ar/>
275. Dalton V. Suicide in Prison 1980 to 1998: National Overview. *Trends & issues in crime and criminal justice [Internet]*. Australian Institute of Criminology. 1999; Disponible sur: <https://www.suicideinfo.ca/resource/siecno-20011424/>
276. Flaherty MG. An Assessment of the National Incidence of Juvenile Suicide in Adult Jails, Lockups, and Juvenile Detention Centers. août 1980; Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED199625>
277. Gallagher CA, Dobrin A. Deaths in juvenile justice residential facilities. *Journal of Adolescent Health*. 1 janv 2006;38(6):662-8.
278. Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*. 2014;
279. Kim S, Ting A, Puisis M, Rodriguez S, Benson R, Mennella C, et al. Deaths in the Cook County jail: 10-year report, 1995-2004. *J Urban Health*. janv 2007;84:70-84.
280. Lalonde P, Giguère G. La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec (du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2006). Ministère de la Sécurité publique du Québec; 2009 p. 50.

281. Liebling A. Suicide amongst women prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*. 1994;33:1-9.
282. Marir R, Kummer A, Faouzi M, Kunzle C, Delessert D, Khazaal Y, et al. Etude sur le profil des patients en crise suicidaire dans le cadre de la détention avant jugement. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. 16 août 2023;174(04):120-5.
283. Memory JM. Juvenile suicides in secure detention facilities: Correction of published rates. *Death Studies*. 1 sept 1989;13(5):455-63.
284. Metzner JL. Class action litigation in correctional psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 3 janv 2002;30:19-29.
285. Mumola CJ. Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics; 2005 août p. 12. Report No.: NCJ 210036.
286. Novick LF, Remmlinger E. A study of 128 deaths in New York City correctional facilities (1971-1976): implications for prisoner health care. *Med Care*. sept 1978;16(9):749-56.
287. Salive ME, Smith GS, Brewer TF. Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987. *JAMA*. 21 juill 1989;262(3):365-9.
288. Skegg K, Cox B. Suicide in custody: occurrence in Maori and nonMaori New Zealanders. *N Z Med J*. 27 janv 1993;106(948):1-3.
289. Topp DO. Suicide in Prison. *The British Journal of Psychiatry*. 1979;134(1):24-7.
290. Towl GJ, Crighton DA. Suicide in prisons in England and Wales from 1988 to 1995. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1998;8(3):184-92.
291. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2005;28(3):207-21.
292. Winfree Jr LT. Rethinking American Jail Death Rates: A Comparison of National Mortality and Jail Mortality, 1978, 1983. *Review of Policy Research*. 1988;7(3):641-59.
293. Sattar G. Rates and Causes of Death Among Prisoners and Offenders Under Community Supervision. Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2001 p. 88. Report No.: Research Study 231.
294. Lazarus A. Synthèse conclusive. In: *Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation*. École nationale de la magistrature, Paris: Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire; 2010.
295. Prisons et sanctions et mesures appliquées dans la communauté [Internet]. [cité 21 août 2023]. SPACE - Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe - Prisons et sanctions et mesures appliquées dans la communauté - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/prison/space>
296. Aebi M, Tiago M. SPACE I - 2020 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Strasbourg: Council of Europe; 2021 p. 134.

297. Aebi MF, Tiago MM. SPACE I - 2019 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Strasbourg: Council of Europe; 2020 p. 130.
298. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2023 [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau de la donnée, de la recherche et de l'évaluation; 2024 p. 92. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/series-statistiques-personnes-placees-main-justice-1>
299. Vanhaesebrouck A, Tostivint A, Lefèvre T, Melchior M, Khireddine-Medouni I, Chee CC. Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry*. 4 janv 2022;22(1):11.
300. Rothman K, Greenland S. Measures of disease frequency. In: *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
301. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [Internet]. 2023 [cité 23 août 2023]. Population totale au 1er janvier - France métropolitaine. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067670>
302. Fassin D. L'asile et la prison. *Esprit*. 2015;(mars/avril).
303. Lhuilier D, Lemiszewska A. *Le choc carcéral: survivre en prison*. Paris, France: Bayard; 2001. 310 p.
304. Chantraine G. Les temps des prisons. Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel. In: *Gouverner, enfermer La prison, un modèle indépassable?* Presses de Sciences Po; 2004. p. 57-82. (Académique).
305. Salas D. *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*. Librairie Arthème Fayard; 2010. 288 p. (Pluriel).
306. Bérard J. La possibilité de l'émeute. In: *La société des captifs une étude d'une prison de sécurité maximale*. Gresham M. Sykes. Larcier; 2019. p. 295-310.
307. Noirielle G. *Une histoire populaire de la France. De la guerre de Cent Ans à nos jours*. Agone; 2019. 832 p.
308. Livrozet S. *La rage des murs*. Mercure de France; 1974.
309. *La santé incarcérée. Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*. [Internet]. Observatoire international des prisons, section française; 2022 p. 80. Disponible sur: <https://oip.org/publication/la-sante-incarceree/>
310. Mucchielli L. L'évolution des homicides depuis les années 1970 : analyse statistique et tendance générale. *Questions pénales*. 2008;XXI(4):1-4.
311. Wacquant L. *Les prisons de la misère. Raisons d'agir*; 2015. 224 p.
312. *Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité*. Ministère de l'Intérieur; 2019 p. 123.

313. Iezzoni LI. Response to In Defense of Farr and Nightingale. *Annals of Internal Medicine*. 1996;125(12):1014.
314. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. mai 2012;200(5):364-73.
315. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6(33):1-6.
316. Mitchell SM, La Rosa NL, Cary J, Sparks S. Considering the impact of COVID-19 on suicide risk among individuals in prison and during reentry. *J Crim Psychol*. 3 août 2021;11(3):240-53.
317. Gétaz L, Wolff H, Golay D, Heller P, Baggio S. Suicide attempts and Covid-19 in prison: Empirical findings from 2016 to 2020 in a Swiss prison. *Psychiatry Research*. 1 sept 2021;303:114107.
318. Reeves R, Tamburello A. Single cells, segregated housing, and suicide in the New Jersey Department of Corrections. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(4):484-8.
319. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*. 12 oct 2013;233(1-3):273-7.
320. Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029008358>
321. Articles R232-1 à R232-6 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488574/#LEGISCTA000045493198
322. LOI n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19 (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046114630>
323. Delbos V, Emmanuelli J, Danel A, Schechter F, Durand-mouysset S. Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues [Internet]. Inspection générale de la Justice. Inspection générale des affaires sociales.; 2018 p. 83. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Evaluation-des-unites-hospitalieres-specialement-amenagees-UHSA-pour-les.html>
324. Kleinbaum DG, Kupper LL, Nizam A, Muller KE. *Applied Regression Analysis and Multivariable Methods* [Internet]. 4th éd. Duxbury Press; 2007 [cité 13 mars 2020]. 928 p. Disponible sur: <https://www.textbooks.com/Applied-Regression-Analysis-and-Multivariable-Methods-4th-Edition/9780495384960/NA.php>
325. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research. Volume II--The design and analysis of cohort studies*. IARC Sci Publ. 1987;(82):1-406.

326. El Atifi S, Le Mer H. Visiter un proche : la place centrale des femmes dans le maintien des liens familiaux en détention. Ministère de la justice. juill 2021;(55).
327. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Les nouveaux bacheliers et leur entrée dans les filières de l'enseignement supérieur - état de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°16. Disponible sur: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eessr/FR/T739/les_nouveaux_bacheliers_et_leur_entree_dans_les_filiere_de_l_enseignement_superieur/
328. Eck M, Da Costa J, Wathélet M, Beunas C, D'Ovidio K, Moncany AH, et al. Prévalence des troubles psychiatriques en population carcérale française : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale* [Internet]. 19 févr 2024; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700624000186>
329. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry*. 27 avr 2020;63(1):e43.
330. Chappuis M, Le Bihan Y, Tomasino A. Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde. *Après-demain*. 2017;N ° 42, NF(2):3-5.
331. Protais C, Morel d'Arleux J, Jauffret-Roustide M. Usages de drogues en prison - Pratiques, conséquences et réponses - Théma - OFDT [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2019 p. 40. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3758-doc_num--explnum_id-30177-.pdf
332. Caisne LL. L'économie des valeurs distinction et classement en milieu carcéral. *L'Annee sociologique*. 2004;Vol. 54(2):511-37.
333. Fernandez F. *Emprises - Drogues, errance, prison : figures d'une expérience*. [Internet]. Larcier; 2010. 384 p. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Sciences/Livre/emprises-9782804438043/>
334. Mauillon D. Addictions et prison : délinquance ou maladie ? In: *Les soins en prison Quelle réalité derrière les murs ?* Hygée éditions; 2024. p. 79-88.
335. Kovaszny B, Miraglia R, Beer R, Way B. Reducing suicides in New York State correctional facilities. *Psychiatr Q*. 2004;75(1):61-70.
336. Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*. janv 2006;12(1):24-35.
337. Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *Canadian Medical Association Journal*. 11 déc 2002;167:1109-13.
338. Frickey R. Suicide in the U.S. Federal Prison System [Internet]. Defense Technical Information Center (DTIC); 1999 p. 60. Disponible sur: <https://apps.dtic.mil/sti/citations/ADA421443>

339. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Prison suicides in South Australia: 1996-2010. *J Forensic Sci.* sept 2014;59(5):1260-2.
340. Humber N, Piper M, Appleby L, Shaw J. Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychological Medicine.* nov 2011;41(11):2275-85.
341. Hayes LM. National study of jail suicides: seven years later. *Psychiatr Q.* 1989;60(1):7-29.
342. Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K. Prison Suicides in Austria, 1975–1997. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2000;30(4):360-9.
343. DuRand CJ, Burtka GJ, Federman EJ, Haycox JA, Smith JW. A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry. *Am J Psychiatry.* juill 1995;152(7):1077-80.
344. Dillon D. A Portrait of Suicides in Texas Jails: Who is at Risk and How Do We Stop It? *LBJ Journal of Public affairs.* Fall 2013;21:51-67.
345. Joukamaa M. Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International.* 10 juin 1997;89:167-74.
346. Boren EA, Folk JB, Loya JM, Tangney JP, Barboza SE, Wilson JS. The Suicidal Inmate: A Comparison of Inmates Who Attempt Versus Complete Suicide. *Suicide & life-threatening behavior.* oct 2018;48(5):570-9.
347. Gervais E, Moncany AH, Horn M, Thomas P, Amad A, Fovet T. Letter to the editor: A nine-year national descriptive study of inpatient suicides in French psychiatric units for incarcerated people. *J Psychiatr Res.* mai 2021;137:258-9.
348. Les suicides et tentatives de suicide des patients. *Haute Autorité de Santé;* 2022 p. 50.
349. Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand.* mars 2015;131(3):174-84.
350. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN. Suicide Decedents in Correctional Settings: Mental Health Treatment for Suicidal Ideation, Plans, and/or Attempts. *Journal of Correctional Health Care.* janv 2019;25(1):70-83.
351. Gauthier S, Reisch T, Bartsch C. Swiss Prison Suicides Between 2000 and 2010. *Crisis.* juin 2015;36(2):110-6.
352. Voulgaris A, Hartwig S, Konrad N, Opitz-Welke A. Influence of drugs on prison suicide - A retrospective case study. *International Journal of Law and Psychiatry.* 1 sept 2019;66:101460.
353. Laishes J. Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis.* 1997;18(4):157-62.
354. White TW, Schimmel DJ, Frickey R. A Comprehensive Analysis of Suicide in Federal Prisons: A Fifteen-Year Review. *Journal of Correctional Health Care.* oct 2002;9(3):321-43.

355. Fruehwald S, Frottier P, Ritter K, Eher R, Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody: Experiences in Austria, 1967-1996. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25:119-28.
356. Spinellis CD, Themeli O. Suicide in Greek prisons: 1977 to 1996. *Crisis*. 1997;18(4):152-6.
357. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. *Observatoire national du suicide*; 2022 p. 329. Report No.: 5.
358. Comment sont produites les données ? | CépiDc [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/comment-sont-produites-les-donnees>
359. De Bruyn F. Statistiques pénitentiaires et Covid-19. In: *L'administration pénitentiaire au défi de la crise de Covid-19. Journées d'études internationales de la DAP des 9 et 10 décembre 2021*; 2021. p. 35-9.
360. Picard J, Cornec G, Gravrand E, Ansart S, Stindel E, Baron R, et al. Prevention and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in prison: Feedback from an experience in a French remand center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. :1-2.
361. Fovet T, Lancelevée C, Eck M, Scoufflaire T, Bécache E, Dandelot D, et al. Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ? *Encephale*. juin 2020;46(3):S60-5.
362. SudOuest.fr [Internet]. 2021. En prison, des parloirs anti-Covid qui isolent encore plus les détenus. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/justice/en-prison-des-parloirs-anti-covid-qui-isolent-encore-plus-les-detenus-1583666.php>
363. Alternatives Economiques [Internet]. 2021. Enquête sur l'enfer carcéral au temps du Covid. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/enquete-lenfer-carceral-temps-covid/00101433>
364. Quinquis M. *Actu-Juridique*. 2021. La prison au temps du coronavirus : « un confinement dans le confinement ». Disponible sur: <https://www.actu-juridique.fr/droit-penitentiaire/la-prison-au-temps-du-coronavirus-un-confinement-dans-le-confinement/>
365. Peltier V, Bonis E. Quels droits au temps de la Covid-19 ? In: *L'administration pénitentiaire au défi de la crise de Covid-19. Journées d'études internationales de la DAP des 9 et 10 décembre 2021*; 2021. p. 65-7.
366. Benoist G. Les familles de personnes détenues face à la crise de Covid-19. In: *L'administration pénitentiaire au défi de la crise de Covid-19*. 2021. p. 68-70.
367. Phillips J, Padfield N, Gelsthorpe L. Suicide and community justice. *Health & Justice*. 21 août 2018;6(1):14.
368. Sattar G. The death of offenders in England and Wales. *Crisis*. 2003;24(1):17-23.

369. Haglund A, Tidemalm D, Jokinen J, Langstrom N, Lichtenstein P, Fazel S, et al. Suicide after release from prison: a population-based cohort study from Sweden. *The Journal of clinical psychiatry*. oct 2014;75:1047-53.
370. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*. 7 août 2006;368:119-23.
371. Bukten A, Stavseth MR. Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *Eur J Epidemiol*. oct 2021;36(10):1075-83.
372. Article 66 de la LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.
373. LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038261631>
374. Article D119 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041682766
375. Matel-Anderson DM, Bekhet AK, Garnier-Villarreal M. Mediating Effects of Positive Thinking and Social Support on Suicide Resilience. *West J Nurs Res*. 2019;41(1):25-41.
376. L'Envolée. La peine de mort n'a jamais été abolie. Les éditions du bout de la ville; 2021. 132 p.
377. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglà E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *BEH*. 1 janv 2011;47:497-500.
378. Note aux membres de l'Observatoire national du suicide. Interprétation des évolutions récentes de la mortalité par suicide et rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide entre 2017 et 2018. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère de la santé; 2023.
379. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Trends and Risk Factors for Prisoner Suicide in France. *Population*. 2014;69(4):463-93.
380. Tatarelli R, Mancinelli I, Taggi F, Polidori G. Prison suicides in Italy in 1996-1997. *Eur Psychiatry*. avr 1999;14:109-10.
381. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide in prison : a comparison between France and its European neighbours. *Population and Societies*. 2009;(462).
382. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. juin 2014;1(1):73-85.
383. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*. nov 2022;25(4):148-55.
384. van Buuren S. Flexible imputation of missing data. Second edition. Chapman&Hall/CRC. 2018.

385. Moons KGM, Donders RART, Stijnen T, Harrell FE. Using the outcome for imputation of missing predictor values was preferred. *J Clin Epidemiol*. oct 2006;59(10):1092-101.
386. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn CGM. mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *J STAT SOFTW*. 2011;45(3).
387. von Hippel PT. How Many Imputations Do You Need? A Two-stage Calculation Using a Quadratic Rule. *Sociological Methods & Research*. 1 août 2020;49(3):699-718.
388. Errickson J. Github. [cité 9 déc 2022]. josherrickson/howManyImputations source: R/how_many_imputations.R. Disponible sur: https://rdr.io/github/josherrickson/howManyImputations/src/R/how_many_imputations.R
389. Rubin DB. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 1987. (Wiley Series in Probability and Statistics).
390. Eekhout I, van de Wiel MA, Heymans MW. Methods for significance testing of categorical covariates in logistic regression models after multiple imputation: power and applicability analysis. *BMC Medical Research Methodology*. 2017;17(1):129.
391. Décret n° 2019-98 du 13 février 2019 modifiant les dispositions réglementaires du code de procédure pénale relatives au régime disciplinaire des personnes détenues [Internet]. NOR : JUSK1823639D. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038129688/#JORFARTI000038129693>
392. Grambsch PM, Therneau TM. Proportional Hazards Tests and Diagnostics Based on Weighted Residuals. *Biometrika*. 1994;81(3):515-26.
393. Eilers PHC, Marx BD. Flexible smoothing with B-splines and penalties. *Statistical Science*. mai 1996;11(2):89-121.
394. Heymans MW. miceafter: Data Analysis and Pooling after Multiple Imputation [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://mwheyman.github.io/miceafter/>
395. Therneau T. A Package for Survival Analysis in R. R package version 3.5-5 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://CRAN.R-project.org/package=survival>
396. Morthorst BR, Mehlum L, Pålsson SP, Mühlmann C, Hammerlin Y, Madsen T, et al. Suicide Rates in Nordic Prisons 2000-2016. *Arch Suicide Res*. 2021;25(3):704-14.
397. Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36:386-9.
398. Opitz-Welke A, Bennefeldt-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicide in female detainees in Germany 2000-2013. *J Forensic Leg Med*. nov 2016;44:68-71.
399. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. nov 2008;69(11):1721-31.

400. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N. Suicide and self-harm. *Lancet*. 14 mai 2022;399(10338):1903-16.
401. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1725-36.
402. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 1 févr 2011;72(4):608-16.
403. Milhaud O. Séparer et punir : une géographie des prisons françaises. CNRS Editions; 2017. 320 p.
404. Chantraine G. Par-delà les murs. Presses Universitaires de France; 2004. 288 p. (Partage du savoir).
405. Rostaing C. Une institution dégradante, la prison. Gallimard; 2021. 320 p.
406. Bès F. Karima, « consommée » par la prison. *Dedans Dehors* [Internet]. 2021;(110). Disponible sur: <https://oip.org/analyse/karima-consumee-par-la-prison/>
407. Anelli L. Femmes détenues : les oubliées [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. 2020. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/femmes-detenu-es-les-oubliees/>
408. Ricordeau G. Les relations familiales à l'épreuve de l'incarcération [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Sorbonne - Paris IV; 2005. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00116347>
409. Fassin D. L'Ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale. Seuil; 2015. 612 p. (Sciences humaines).
410. Becker C. « C'était beaucoup plus strict qu'au quartier hommes » [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. 2020. Disponible sur: <https://oip.org/temoignage/ceta-it-beaucoup-plus-strict-quau-quartier-hommes/>
411. Gros F. Les quatre foyers du sens de la peine. In: *Et ce sera justice Punir en démocratie*. Editions Odile Jacob; 2001. p. 11-138.
412. OIP. Le guide du prisonnier. La Découverte. 2020. 912 p.
413. Chauvenet A, Orlic F, Benguigui G. Le Monde des surveillants de prison. Puf. Paris; 1995. 227 p. (Sociologies).
414. Molleman T, van Ginneken EFJC. A Multilevel Analysis of the Relationship Between Cell Sharing, Staff-Prisoner Relationships, and Prisoners' Perceptions of Prison Quality. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. sept 2015;59(10):1029-46.
415. Scheer D. La puissance d'un pouvoir « défaillant » : pérennité de l'institution pénitentiaire. In: *La société des captifs une étude d'une prison de sécurité maximale*. Larquier; 2019. p. 153-70.

416. Marchetti AM, Combessie P. La prison dans la cité. Paris, France: Desclée de Brouwer; 1996. 319 p.
417. Lambert G. Le mitard : une approche sociologique de la discipline pénitentiaire. L'Harmattan; 2015. 276 p. (Logiques sociales).
418. Gaes GG. The Effects of Overcrowding in Prison. *Crime and Justice*. 1985;6:95-146.
419. Dhombres D. Hommes de l'ombre - de la visite à la rencontre en milieu carcéral. *Nouvelle Cité*; 2019. 277 p. (Vie des hommes).
420. Hayes LM. Prison Suicide: An Overview and a Guide to Prevention. *The Prison Journal*. 1 déc 1995;75(4):431-56.
421. Interventions au quartier disciplinaire des équipes de psychiatrie [Internet]. Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP); 2014. Disponible sur: <https://www.aspmp.fr/contributions-aspmp/>
422. Isolering (fängelse). In: Wikipedia [Internet]. 2023 [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: [https://sv.wikipedia.org/w/index.php?title=Isolering_\(f%C3%A4ngelse\)&oldid=54102114](https://sv.wikipedia.org/w/index.php?title=Isolering_(f%C3%A4ngelse)&oldid=54102114)
423. Anelli L. « S'intéresser à leur vie » [Internet]. Observatoire International des Prisons - section française. 2018 [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/sinteresser-a-leur-vie/>
424. Herzog-Evans M. Décret du 13 février 2019 sur la discipline pénitentiaire : un raidissement institutionnel et une occasion manquée | Dalloz Actualité. *AJ Pénal*. 2019;139.
425. Brinkley-Rubinstein L, Johnson T. Solitary Confinement and Health. *N C Med J*. 2019;80(6):359-60.
426. Reiter K, Ventura J, Lovell D, Augustine D, Barragan M, Blair T, et al. Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018. *Am J Public Health*. janv 2020;110(S1):S56-62.
427. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand*. juill 2000;102(1):19-25.
428. Hagan BO, Wang EA, Aminawung JA, Albizu-Garcia CE, Zaller N, Nyamu S, et al. History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *J Urban Health*. avr 2018;95(2):141-8.
429. Luigi M, Dellazizzo L, Giguère CÉ, Goulet MH, Dumais A. Shedding Light on « the Hole »: A Systematic Review and Meta-Analysis on Adverse Psychological Effects and Mortality Following Solitary Confinement in Correctional Settings. *Front Psychiatry*. 2020;11:840.

430. El Magrouti F. La question du placement en détention. In: Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement. L'Harmattan. 2012. p. 109-22. (Criminologie).
431. De Bruyn F, Kensey A. Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013). Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques [Internet]. 2014;(40). Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_etudes_40_opt.pdf
432. Miller TR, Weinstock LM, Ahmedani BK, Carlson NN, Sperber K, Cook BL, et al. Share of Adult Suicides After Recent Jail Release. JAMA Netw Open. 10 mai 2024;7(5):e249965.
433. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. [cité 12 juin 2024]. Maladies non transmissibles. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
434. Articles L213-1 à L213-6 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045478349/#LEGISCTA000045480430
435. Benassaya P, Caroline Abadie. Rapport fait au nom de la commission d'enquête visant à identifier les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française [Internet]. Assemblée Nationale; 2022 p. 417. Report No.: 4906-15e législature. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cepopenit/115b4906_rapport-enquete
436. Melchior M. Santé mentale. Un défi pour le XXIe siècle. Michalon; 2023.
437. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Santé mentale : renforcer notre action. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
438. Canetti C. Derrière chacune de ces portes, il y a quelqu'un [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.acatfrance.fr/public/c327-40ans-15-cyrille_canetti.pdf
439. Nicolas G. Le suicide : une volonté réalisée de mourir. Les cahiers de droit de la santé. 2016;(23):277-307.
440. Lamothe P. La prison est-elle une chose trop sérieuse pour qu'on la confie à l'Administration pénitentiaire ? In: Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement. L'Harmattan; 2012. p. 267-77. (Criminologie).
441. Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.
442. Camus A. Le mythe de Sisyphe. Gallimard; 2005. 193 p. (folio essais).
443. Karsz S. 4. Penser le suicide ? In: Affaires sociales, questions intimes. Paris: Dunod; 2017. p. 87-121. (Santé Social).
444. Article L1111-4 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056

445. Girer M. Le suicide d'un usager en établissement de santé (hors psychiatrie) et en établissement médicosocial. Quelles responsabilités indemnitaires ? In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 723-41.
446. Kresse B. Le suicide dans le système juridique allemand. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 759-68.
447. Dronneau F. Interdit, droit ou liberté du suicide. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 210-23.
448. MacDonald S, Sampson C, Turley R, Biddle L, Ring N, Begley R, et al. Patients' Experiences of Emergency Hospital Care Following Self-Harm: Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. Qual Health Res. 1 févr 2020;30(3):471-85.
449. Friend T. Jumpers. The New Yorker [Internet]. 5 oct 2003; Disponible sur: <https://www.newyorker.com/magazine/2003/10/13/jumpers>
450. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. BEH. 2024;(3):42-56.
451. Caillol M. La question de l'autonomie du suicidant. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 185-98.
452. Article 16-3 du Code civil [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419297
453. Jonquet O. Suicide, un pluriel bien singulier : le regard des religions. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 84-97.
454. Verhassel A. L'immoralité du suicide chez Kant. Transgression morale et explorations casuistiques. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 98-107.
455. Hanquart I. Le suicide des femmes enceintes et des jeunes mères : un enjeu de santé publique très sérieux. In: Le suicide de l'Antiquité au XXI^e siècle. LEH Edition; 2022. p. 145-54.
456. Code de déontologie médicale et ses commentaires [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2022 p. 316. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/commentaires-code-deontologie.pdf>
457. Champeau S. « Contrat social ». Cités. 2002;10(2):159-67.
458. Les obligations des citoyens envers l'État et la communauté nationale| vie-publique.fr [Internet]. 2021 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/23895-les-obligations-des-citoyens-envers-letat-et-la-communaute-nationale>
459. Texte intégral de la Constitution française du 4 octobre 1958 [Internet]. oct 4, 1958. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur>

460. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 1948. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
461. Vielfaure P. Doctrine pénale et qualification du suicide XIXe-XXe siècles. In: Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle. LEH Edition; 2022. p. 664-74.
462. Ackermann P. L'affaire France Télécom. In: La raison des plus forts Chroniques du procès France Télécom. Les éditions de l'atelier; 2020. p. 11-6.
463. Jausse V. Suicides à France Télécom : l'article à lire pour comprendre toute l'affaire. Franceinfo [Internet]. 9 juill 2016; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/economie/telecom/suicides-a-france-telecom/suicides-a-france-telecom-l-article-a-lire-pour-comprendre-toute-l-affaire_1535757.html
464. Fraysse-Guiglini M. Docteur, vous les écoutez trop. In: La raison des plus forts Chroniques du procès France Télécom. Les éditions de l'atelier; 2020. p. 79-87.
465. Ledun M. Des larmes oranges. In: La raison des plus forts Chroniques du procès de France Télécom. Les éditions de l'atelier; 2020. p. 243-8.
466. Lucbert S. Personne ne sort les fusils. Seuil; 2020. 160 p.
467. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2021 p. 142. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>
468. Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne [Internet]. Commission européenne; 2005 p. 30. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf
469. du Roscoät E, Broussouloux S, Walter M, Vaiva G. Prévenir le suicide : connaissances et interventions. La Santé en action Santé publique France. 2019;(450):4-5.
470. Vinet MA, Le Jeanic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. févr 2014;62:S62-3.
471. Buttard A. Le calcul du coût économique du suicide : un appui pour la décision publique ? In: Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle. LEH Edition; 2022. p. 713-22.
472. Segar LB, Laidi C, Godin O, Courtet P, Vaiva G, Leboyer M, et al. The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. BMC Psychiatry. 19 mars 2024;24(1):215.
473. Łyszczarz B. Production losses attributable to suicide deaths in European Union. BMC Public Health. 19 mai 2021;21:950.
474. Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. Death Stud. avr 2007;31(4):351-61.

475. Carnot N, Debauche E. Dans quelle mesure les administrations publiques contribuent-elles à la production nationale ? [Internet]. Le blog de l’Insee. 2021 [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/dans-quelle-mesure-les-administrations-publiques-contribuent-elles-a-la-production-nationale/>
476. Le Pen C. Pour une approche morale en économie de la santé. *Les Tribunes de la santé*. 2014;44(3):99-105.
477. Article 223-6 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588
478. Jean Mercier, 87 ans, condamné pour avoir aidé sa femme à mourir. *Le Point* [Internet]. 27 oct 2015; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/jean-mercier-87-ans-condamne-pour-avoir-aide-sa-femme-a-mourir-27-10-2015-1977153_23.php
479. Un vétérinaire jugé coupable d’avoir aidé un ami à se suicider. *Le Monde.fr* [Internet]. 30 nov 2023; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/11/30/un-veterinaire-coupable-d-avoir-aide-un-ami-a-se-suicider_6203208_3224.html
480. Organisation des Nations Unies [Internet]. 1966 [cité 28 févr 2024]. Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
481. Baudel M. L’appréhension du suicide en droit international. In: *Le suicide de l’Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 299-307.
482. European Court of Human Rights. Convention européenne des droits de l’homme - Textes officiels de la CEDH [Internet]. 1950. Disponible sur: <https://www.echr.coe.int/european-convention-on-human-rights>
483. Marguénaud JP. Le suicide dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l’Homme. In: *Le suicide de l’Antiquité au XXIe siècle*. LEH Edition; 2022. p. 308-17.
484. Cliquennois G. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme : son contenu et ses effets en matière de prévention du suicide. *crimino*. 2018;51(2):86-108.
485. Article L311-3 du Code de l’action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294
486. Article L6111-1 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929304
487. Repères juridiques – Infosuicide.org [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/reperes/repere-juridique/>
488. Debien C. Le souci de l’Autre pour la prévention du suicide. *La Santé en action Santé publique France*. 2019;(450):16-8.
489. Walter M, Jousset D, Traisnel C, Berrouiguet S, Lemey C. Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *L’Encéphale*. 1 janv 2019;45:S3-6.

490. Beauchamp T, Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale. Les Belles Lettres; 2008. 641 p. (Médecine & Sciences Humaines).
491. Combessie P. Sociologie de la prison. La Découverte; 2018. 128 p. (Repères).
492. Articles L411-1 à L424-5 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045478787/#LEGISCTA000045479964
493. Articles 721 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006167533>
494. Boucaud P, Février F, Chauchaix Y, Kaczmarek B. Sens de la peine et dignité : La souffrance est-elle un obstacle ou une condition pour que la peine fasse sens ? In: La souffrance en prison. L'Harmattan; 2020. p. 81-5.
495. Pech T. Neutraliser la peine. In: Et ce sera justice Punir en démocratie. Odile Jacob; 2001. p. 139-244.
496. Canetti C. La psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Études*. 2022;Mai(5):51-62.
497. Lancelevée C. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. *Regards*. 2017;1(51):245-55.
498. Faugeron C, Le Boulaire JM. Prisons, peines de prison et ordre public. *Revue française de sociologie*. 1992;33(1):3-32.
499. Mermaz L, Floch J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises [Internet]. Assemblée Nationale; 2000. Report No.: 2521. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>
500. Fassin D. Punir. Une passion contemporaine. Seuil; 2017. 208 p.
501. George M. La prison, forteresse aux murs d'argile. Un directeur régional belge témoigne. L'Harmattan; 2020. 233 p.
502. Rostaing C. De la souffrance de l'enfermement aux souffrances plurielles générées par la prison. In: La souffrance en prison. L'Harmattan; 2020. p. 33-48.
503. Fernandez F. L'ordre et la peine. L'ambivalence morale du régime des agents pénitentiaires. In: La société des captifs Une étude d'une prison de sécurité maximale. Larcier; 2019. p. 107-26.
504. Artières P, Lascoumes P, Salle G. Gouverner et enfermer. La prison, un modèle indépassable ? In: Gouverner, enfermer La prison, un modèle indépassable ? Presses de Sciences Po; 2004. p. 23-54.
505. Lascoumes P. Préface. Le parcours carcéral entre déni et expériences sociales. In: Par-delà les murs. Presses Universitaires de France; 2004. p. VII-IX.
506. Danet J. La justice pénale entre rituel et management. Presses Universitaires de Rennes; 2010. 284 p. (L'Univers des Normes).

507. Dalloz [Internet]. Décision n° 2210242 du Tribunal administratif de Paris - 6e section - 1re Chambre. Disponible sur: https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=TA_PARIS_2024-02-02_2210242#_
508. Article R57-7-1 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038133393/2019-03-15
509. Fernandez F. Suicides et conduites auto-agressives en prison. Pour une sociologie du mal-être carcéral. Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé [Internet]. 15 janv 2009;(76). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/amades/666>
510. Fassin D. Mort physique et mort sociale [Internet]. Vies invisibles, morts indicibles; 2021; Collège de France. Disponible sur: <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/colloque/vies-invisibles-morts-indicibles/mort-physique-et-mort-sociale>
511. Py B. Suicide et procès pénal. In: Le suicide de l'Antiquité au XXIe siècle. LEH Edition; 2022. p. 684-98.
512. Sanchez JL. La peine de mort, une histoire pénitentiaire. Le régime carcéral des condamnés à mort dans les prisons françaises. 1939-1981. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. 2021;(57).
513. Picard N. L'application de la peine de mort en France (1906-1981) [Internet] [These de doctorat]. Paris 1; 2016. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2016PA01H056>
514. L'assassin se suicide en prison, la justice abandonne les victimes. Le Point [Internet]. 3 juin 2019; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/l-assassin-se-suicide-en-prison-la-justice-abandonne-les-victimes-03-06-2019-2316638_23.php
515. Fontanier P. Assises du Finistère. L'accusé se suicide, son procès annulé. Ouest-France.fr [Internet]. 2 mars 2020; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/bretagne/quimper-29000/assises-du-finistere-l-accuse-se-suicide-son-proces-annule-6760687>
516. Jean-Pierre Treiber s'est suicidé, le procès Giraud-Lherbier annulé. La Croix [Internet]. 21 févr 2010; Disponible sur: https://www.la-croix.com/Actualite/France/Jean-Pierre-Treiber-s-est-suicide-le-proces-Giraud-Lherbier-annule-_NG_-2010-02-21-601956
517. Affaire Larroque : justice n'est pas faite. Les Jours [Internet]. 27 août 2023; Disponible sur: <https://lesjours.fr/obsessions/olivier-larroque-pedocriminalite/ep6-suicide/>
518. Article L223-7 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045480348
519. LOI n° 2016-987 du 21 juillet 2016 prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence et portant mesures de renforcement de la lutte antiterroriste (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032921910>

520. Parentalité et maintien des liens familiaux des personnes détenues. Les actions mises en oeuvre au sein de l'administration pénitentiaire [Internet]. Direction de l'Administration Pénitentiaire; 2019 p. 24. Disponible sur: https://www.cdad-77.fr/wp-content/uploads/2023/01/2019-02-20_Parentalite-et-maintien-des-liens-familiaux_actions-AP.pdf
521. Article 434-35 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034115050/
522. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) [Internet]. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2015 p. 40. Disponible sur: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf
523. Observation générale no 36 sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, concernant le droit à la vie [Internet]. Comité des droits de l'homme (ONU); 2017 p. 15. Disponible sur: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_FR.pdf
524. Deléan M. Quand Éric Dupond-Moretti fait de la rétention d'informations. Mediapart [Internet]. 4 mai 2024; Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/040524/quand-eric-dupond-moretti-fait-de-la-retention-d-informations>
525. Le ministère de la Justice au tribunal pour «refus systématique» de communiquer les rapports de l'Inspection générale de la justice. Le Figaro [Internet]. 9 avr 2024; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/politique/le-ministere-de-la-justice-au-tribunal-pour-refus-systemique-de-communiquer-les-rapports-de-l-inspection-generale-de-la-justice-20240409>
526. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2015;173(4):348-51.
527. David M, Paulet C, Laurencin G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? *L'information psychiatrique*. 2012;88(8):605-15.
528. Buffard S. *Le froid pénitentiaire. L'impossible réforme des prisons*. Seuil; 1973. 221 p.
529. Lécu A. Quels sont les enjeux éthiques des soins en prison ? In: *Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs*. Hygée éditions; 2024. p. 115-25.
530. Lécu A. La prison, un lieu de soin ? *PSN*. Editions 2013;11:7-23.
531. Carton B. Pourquoi soigner les « méchants » ? In: *Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ?* Hygée éditions; 2024. p. 45-54.
532. Règles pénitentiaires européennes. Conseil de l'Europe; 2006 p. 144.

533. Giaume M. Dans quels types d'établissements vivent les personnes détenues ? In: Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs. Hygée éditions; 2024. p. 31-44.
534. Organisation des Nations Unies [Internet]. 1990. Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners>
535. CPT [Internet]. 2011. Comité anti-torture du Conseil de l'Europe : Il faut réduire au minimum l'isolement en prison. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-solitary-confinement-in-prisons-should-be-minimised>
536. Avis 137 Éthique et santé publique [Internet]. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2021 p. 40. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/publications/avis-137-ethique-et-sante-publique?taxo=0>
537. Manuel sur la sécurité dynamique et le renseignement pénitentiaire. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2015 p. 102.
538. Muller V. La pertinence des sanctions disciplinaires [Internet] [Mémoire de master]. Université de Pau et des Pays de l'Adour. Ecole nationale d'administration pénitentiaire. Université de Bordeaux.; 2020. Disponible sur: https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/memoire_master2_muller.pdf
539. Milieu pénitentiaire et santé : deux nouvelles études publiées par Santé publique France [Internet]. [cité 21 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/milieu-penitentiaire-et-sante-deux-nouvelles-etudes-publiees-par-sante-publique-france>
540. Prudhomme J, Verger P, Rotily M. Fresnes, mortalité des sortants de prison, étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes - second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS). Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2003 p. 58 p.
541. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol.* oct 2017;32(10):939-41.
542. Article L1110-1 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793
543. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
544. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* avr 2018;99:129-41.
545. Grummitt L, Baldwin JR, Lafoa'i J, Keyes KM, Barrett EL. Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. *JAMA Psychiatry.* 8 mai 2024;e240804.
546. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Childhood maltreatment and suicide attempts in prisoners: a systematic meta-analytic review. *Psychol Med.* janv 2020;50(1):1-10.

547. Godet-Mardirossian H, Jehel L, Falissard B. Suicidality in male prisoners: influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *Journal of forensic sciences*. juill 2011;56:942-9.
548. Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2019. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenees-atteintes-de-troubles-mentaux/>
549. Cugno A. La dialectique des règles pénitentiaires européennes. In: *Dialectique carcérale Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*. L'Harmattan; 2012. p. 255-66.
550. Garapon A. La justice reconstructive. In: *Et ce sera justice Punir en démocratie*. Odile Jacob; 2001. p. 245-324.
551. Cario R. Les rencontres détenus-victimes. *L'humanité retrouvée*. L'Harmattan; 2012. 166 p. (Controverses).
552. charbit joël, morisse shaïn, ricordeau gwenola. *brique par brique, mur par mur. une histoire de l'abolitionnisme pénal*. Lux; 2024. 312 p.
553. Lettre de Mounir, quartier d'isolement de la maison d'arrêt du Mans. In: *La peine de mort n'a jamais été abolie Dits écrits de prison choisis par l'Envolée*. Les éditions du bout de la ville; 2021. p. 121.
554. Lettre de M., maison d'arrêt d'Angoulême. In: *La peine de mort n'a jamais été abolie Dits et écrits de prison choisis par l'Envolée*. Les éditions du bout de la ville; 2021. p. 31.
555. Article D113-60 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045494168
556. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Painsavoine M, Gibour C, et al. Soins psychiatriques et sortie de prison : des équipes mobiles transitionnelles pour atténuer le « choc post-carcéral » ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2023;181(4):370-5.
557. Keene DE, Smoyer AB, Blankenship KM. Stigma, housing and identity after prison. *Sociol Rev*. juill 2018;66(4):799-815.
558. Carton B, Lécu A. Les soins en prison : quelle réalité derrière les murs ? *Hygée éditions*; 2024. 136 p.
559. Wheaton S. I could have wound up in prison, Obama tells inmates. *POLITICO* [Internet]. 16 juill 2015; Disponible sur: <https://www.politico.com/story/2015/07/barack-obama-prison-visit-inmates-oklahoma-120241>
560. LeBel TP. Invisible Stripes? Formerly Incarcerated Persons' Perceptions of Stigma. *Deviant Behavior*. 1 févr 2012;33(2):89-107.
561. Liaras B, Dindo S. Le poids du stigmate. *Dedans Dehors* [Internet]. 2014;(86). Disponible sur: <https://oip.org/analyse/le-poids-du-stigmate/>

562. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*. 2017;17:156.
563. Encrenaz G, Miras A, Contrand B, Galera C, Pujos S, Michel G, et al. Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. févr 2014;22(0):20-5.
564. Gibeaux A. Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt. *Ann Med Psychol*. nov 2010;168(9):660-5.
565. Ministère de l'Intérieur. Interstats [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Analyse conjoncturelle des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Conjoncture>
566. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Bilan 2021 des infractions et du permis à points [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etat-de-l-insecurite-routiere/bilans-annuels-infractions-et-permis-a-points/bilan-2021-des-infractions-et-du-permis-a-points>
567. Insécurité et victimation : les enseignements de l'enquête Cadre de vie et sécurité - édition 2021. Ministère de l'Intérieur; 2022 p. 56.
568. Junger-Tas J, Marshall I, Enzmann D, Killias M, Steketee M, Gruszczyńska B. Delinquent Behaviour in 30 Countries. In: *The many faces of youth crime*. Springer. 2012. p. 69-93.
569. Houllé R, Vaney G. La mise à exécution des peines d'emprisonnement ferme aménageables avant toute incarcération. *Infostat Justice* [Internet]. sept 2018;(166). Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/mise-execution-peines-demprisonnement-ferme-amenageables-toute-incarceration>
570. Vaney G. La détention provisoire des personnes jugées en 2014. *Infostat Justice* [Internet]. 2016;(146). Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/la-detention-provisoire-des-personnes-jugees-en-2014-29554.html>
571. Favre F, Le Rhun B. Le taux de mise à exécution en 2016 des peines d'emprisonnement. *Infostat Justice* [Internet]. 2018;(163). Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/le-taux-de-mise-a-execution-en-2016-des-peines-demprisonnement-31674.html>
572. Articles L521-7 à L521-12 du Code de la justice pénale des mineurs [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000039086952/LEGISCTA000039088411/2021-09-30/#LEGISCTA000039088411
573. Articles L213-7 à L213-9 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045478365/#LEGISCTA000045480414
574. Articles R235-6 à R235-12 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488718/#LEGISCTA000045493054

575. Articles D115-3 à D115-11 du Code pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045487688/
576. Branchu C, Guedj J, D'Almeida S, Zientara-Logeay S, De Blasi M, Lopez F. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ); 2015 [cité 9 déc 2020] p. 176. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>
577. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000583783>
578. Le Conseil de l'Europe en bref [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Qui sommes-nous ? - Le Conseil de l'Europe en bref. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/about-us>
579. Centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Centre_p%C3%A9nitentiaire_de_Vendin-le-Vieil&oldid=214504858
580. F3Nord, AFP. Prison de Vendin-le-Vieil : un détenu, condamné pour terrorisme, poignarde trois surveillants. France 3 Hauts-de-France [Internet]. 11 janv 2018; Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/prison-vendin-vieil-detenu-agresse-trois-surveillants-arme-artisanale-1399389.html>
581. F3Nord. Qui est C. Ganczarski, terroriste qui a agressé trois surveillants de la prison de Vendin-le-Vieil ? France 3 Hauts-de-France [Internet]. 12 janv 2018; Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/pas-calais/qui-est-c-ganczarski-terroriste-qui-agresse-trois-surveillants-prison-vendin-vieil-1399975.html>
582. Agence Reuters. Des gardiens en colère bloquent les prisons françaises. Mediapart [Internet]. Médiapart. 15 janv 2018; Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/150118/des-gardiens-en-colere-bloquent-les-prisons-francaises>
583. Conflit pénitentiaire. Point de vue de la CGT pénitentiaire. Fonction publique (mensuel de l'UFCE-CGT) [Internet]. 30 janv 2018; Disponible sur: <https://express.adobe.com/page/9U0eT89UsOmcg/>
584. Ministère de la Justice. justice.gouv.fr. [cité 11 janv 2023]. Élections professionnelles 2014. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/elections-professionnelles-2014-27707.html>
585. UFAP-UNSa Justice. LES NÉGOCIATIONS REPRENENT AVEC 131 PRISONS BLOQUÉES ET PLUS DE 6100 PERSONNELS MOBILISÉS DEPUIS 6H00 CE MATIN !... LA COLÈRE GAGNE DU TERRAIN ! [Internet]. 2018 [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://archives.ufap.fr/les-negociations-reprennent-avec-131-prisons-bloquees-et-plus-de-6100-personnels-mobilises-depuis-6h00-ce-matin-la-colere-gagne-du-terrain/>

586. UFSE CGT et CGT pénitentiaire. Communiqué Conflit dans la pénitentiaire, il est urgent de trouver des solutions de progrès [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.cgtpenitentiaire.com/communiqu%C3%A9-conflit-dans-la-penitentiaire-il-est-urgent-de-trouver-des-solutions-de-progres/>
587. Ministère de la Justice. justice.gouv.fr. 2018. Des mesures pour l'administration pénitentiaire. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/presse/art_pix/2018.01.25%20-%20Communiqu%C3%A9%20de%20presse%20-%20Des%20mesures%20pour%20l%27administration%20p%C3%A9nitentiaire.pdf
588. Section 1 : Prise en charge en unités pour personnes détenues violentes (Articles R224-1 à R224-12) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488450?dateVersion=24%2F11%2F2022&nomCode=at3QJA%3D%3D&page=1&query=unit%C3%A9+pour+d%C3%A9tenus+violents&searchField=ALL&tab_selection=code&typeRecherche=date&anchor=LEGISCTA000045488450#LEGISCTA000045488450
589. UFAP-UNSa Justice. Relevé de conclusions du 29/01 : Où en sommes-nous après 5 mois... [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://archives.ufap.fr/releve-de-conclusions-du-29-01-ou-en-sommes-nous-apres-5-mois/>

Annexe 1

Eléments de caractérisation du système pénal et carcéral français

Cette annexe n'a pas vocation à apporter une vision globale du système pénal et carcéral français mais présente certaines caractéristiques et analyses qui viennent compléter la présentation qui en a été faite dans le manuscrit, sur les thématiques suivantes :

- 1) La fréquence des infractions commises
- 2) Les principaux types de délits et crimes faisant l'objet d'une condamnation par la justice pénale et d'un emprisonnement
- 3) Le parcours pénal des personnes détenues
- 4) Le quartier arrivant, le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire
- 5) Le système de soins en milieu pénitentiaire
- 6) La comparaison des statistiques carcérales de la France avec celles d'autres pays européens

1) Fréquence des infractions commises

La mesure de la fréquence des infractions est un exercice difficile. Elle peut s'appuyer sur différentes sources de données : statistiques d'activité de la police et de la justice, enquêtes de victimation ou infractions rapportées par les auteurs. Ces sources de données peuvent utiliser différentes unités d'observation : nombre d'infractions, nombre d'auteurs, nombre de victimes. Les écarts susceptibles d'être observés entre ces différentes sources de données dépendent d'un certain nombre de paramètres dont la fréquence des récidives, la distribution des infractions selon qu'elles ont des victimes directes (exemple : atteintes aux personnes) ou non (exemple : consommation de stupéfiants), la part des infractions portées à la connaissance des autorités, la part des affaires élucidées ou encore les priorités politiques.

En dehors des statistiques de condamnation par les tribunaux judiciaires, les données disponibles pour la France sont spécifiques à certaines infractions. Le Ministère de l'intérieur publie de manière mensuelle des statistiques relatives à 12 groupes de délits et crimes constatés

par la police et la gendarmerie (565). Au cours de l'année 2022, plus de 2,8 millions de délits et crimes appartenant à ces catégories ont été recensés. Pour l'année précédente, l'observatoire national interministériel de la sécurité routière a fait état de 27 millions d'infractions au code de la route (566).

Le Ministère de la Justice publie des statistiques annuelles de condamnations pour délit et pour crime (39). En 2019, 555 726 condamnations ont été prononcées par les tribunaux judiciaires pour des délits et 2 237 pour des crimes. Le nombre de condamnations pour délit exclue les amendes forfaitaires délictuelles, procédure créée en 2016 avec un objectif de simplification de la procédure pénale. Il s'agit d'une extension des principes appliqués pour les contraventions à un nombre très limité mais croissant de délits courants : une amende, dont le montant est fixé par la loi, est proposée par les forces de l'ordre lorsqu'ils constatent l'un de ces délits. En 2021, plus de 230 000 délits ont fait l'objet d'une amende forfaitaire délictuelle, dont une faible proportion a fait l'objet d'une contestation ou d'une transmission au parquet (35).

Les enquêtes de victimation interrogent la population pour recenser les victimes d'infraction, y compris celles qui n'ont pas porté plainte. L'enquête Cadre de vie et sécurité est une enquête de victimation de référence, annuelle, conduite de 2007 à 2021 par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Elle rapporte la part de la population générale victime de toute une série d'infractions. Par exemple, en 2020, 1,3 million de ménages métropolitains ont déclaré avoir été victimes d'une escroquerie bancaire (soit 4,5 % des ménages possesseurs d'un compte bancaire) (567).

Les enquêtes sur les infractions auto-déclarées sont rares et peuvent comprendre des infractions non identifiées par les forces de l'ordre et des infractions sans victime. Une étude internationale menée en 2005-2007 sur les infractions auto-déclarées par les lycéens a estimé qu'en France 29% d'entre eux avaient commis une des douze infractions recherchées au cours des douze mois précédent l'enquête (568). Par ailleurs, bien qu'il s'agisse d'une enquête sur les addictions et non sur les infractions, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives estime que 10,6% des 18-64 ans en population générale ont consommé du cannabis en 2021 (délit passible d'un an de prison et de 3 750 euros d'amende) (36). Au total, la commission d'infractions est très courante en France et concerne une part importante de la population.

2) Principaux types de délits et crimes faisant l'objet d'une condamnation et d'un emprisonnement

Toutes les infractions ne font pas l'objet de poursuites pénales et le fait qu'une infraction soit condamnée ou non dépend d'un grand nombre de paramètres, dont le fait qu'elle soit connue des autorités, les moyens disponibles, les priorités politiques, la caractérisation de l'infraction, l'élucidation des affaires ou la gravité de l'infraction. Les principaux types de délits et de crimes ayant fait l'objet d'une condamnation pénale au tribunal judiciaire ainsi que les personnes emprisonnées selon l'infraction qui leur est reprochée sont présentées dans le [Tableau 1](#). Les infractions liées à la circulation et aux transports, essentiellement constituées d'infractions au code de la route, comptent pour 39,5% des condamnations judiciaires pour délits et crimes (39). Du point de vue des statistiques d'activité de la justice, comme de celles de la police présentées plus haut, l'auteur d'infraction prend donc avant tout la figure du conducteur automobile. Les vols, les infractions à la législation sur les stupéfiants et les violences volontaires viennent ensuite avec environ 12% des condamnations chacun.

Tableau 1. Distribution des principaux types d'infraction pour différents périmètres

	Condamnations définitives au tribunal judiciaire en 2019				Personnes détenues ^a			
	Ensemble (n = 562 668)		Prison ferme ^b (n = 134 299)		Entrantes en 2019 ^c (n = 78 742)		Présentes au 1 ^{er} janvier 2020 (n = 71 258)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Circulation et transports	221 979	(39,5)	25 773	(19,2)	7 583	(9,8)	3 215	(4,5)
Vol	69 449	(12,3)	27 806	(20,7)	17 301	(22,3)	14 287	(20,1)
Stupéfiants	66 876	(11,9)	17 382	(12,9)	15 153	(19,6)	13 575	(19,1)
Violences volontaires	62 348	(11,1)	21 818	(16,2)	14 854	(19,2)	10 506	(14,8)
Viol	1 064	(0,2)	890	(0,7)	2 197	(2,8)	7 217	(10,2)
Homicide ^d	607	(0,1)	594	(0,4)	2 162	(2,8)	8 661	(12,2)
Autres	140 345	(24,9)	40 036	(29,8)	18 183	(23,5)	13 522	(19)

^a Les personnes en détention provisoire sont incluses. L'infraction retenue correspond alors à la principale infraction suspectée. ^b Inclut la réclusion. ^c Seules les incarcérations dont la date d'entrée en prison coïncide avec la date de mise sous écrou initiale sont incluses. ^d La catégorie des homicides inclut les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner et exclue les autres homicides involontaires.

Sources : Publication du ministère de la justice pour les condamnations (39) et système d'information GENESIS pour les personnes détenues (35)

Le déplacement dans le Tableau 1 de gauche à droite fait apparaître une série de filtres successifs qui sélectionnent les infractions les plus graves. Relativement à l'ensemble des condamnations, la prison ferme est prononcée plus souvent en cas d'homicide, de viol, de vol et de violences volontaires et moins souvent pour les infractions relatives à la circulation. Les homicides et les viols ne cumulent toutefois que 1,1% des condamnations à de la prison ferme, contre un total de 69% pour les infractions à la circulation, à la législation sur les stupéfiants, le vol et les violences volontaires.

L'écart entre le nombre total de condamnations à de la prison ferme et le nombre total d'entrées en prison s'explique par plusieurs phénomènes. Tout d'abord, il y a eu 101 824 mises sous écrou en 2019 (39), soit un peu plus de 23 000 peines de prison ferme dont l'exécution s'est déroulée, au moins au début, en dehors de la prison. Ensuite, bien que je ne dispose pas de données précises pour documenter l'écart résiduel de plus de 32 000 incarcérations, il s'explique a priori principalement par deux phénomènes : les conversions de peine de prison ferme et la possibilité d'avoir plusieurs condamnations pour une même incarcération. Premièrement, les peines de prison ferme de moins de 6 mois ont généralement la possibilité d'être converties en d'autres peines. Pour l'année 2016, environ 11 000 conversions de peine ont été recensées (569). Ces pratiques résultent notamment du fait qu'en France, les efforts de limitation du recours à l'incarcération se concentrent sur les modalités d'exécution des peines de prison ferme, plutôt que sur l'encadrement des peines encourues par le gouvernement et le parlement ou sur les peines prononcées au tribunal. Deuxièmement, la mise à exécution d'une nouvelle peine de prison ferme pour une personne déjà emprisonnée conduira à prolonger l'incarcération en cours. Dans ce cas, les statistiques recenseront plusieurs condamnations à de la prison ferme pour une même incarcération.

Les autres phénomènes susceptibles d'influer sur cet écart sont les délais d'exécution des peines, les peines de prison ferme non exécutées, le recours à la détention provisoire et les facteurs propres aux systèmes d'information. Il y a souvent un décalage temporel entre le prononcé de la peine et son exécution : une partie des condamnations de 2019 sera exécutée après 2019 et une partie des entrées en prison en 2019 correspondent à des condamnations antérieures à 2019. En principe, ces quantités s'équilibrent à peu près dans la mesure où le nombre de condamnations à de la prison ferme est relativement stable au cours des années précédentes (39). La détention provisoire, plutôt que d'expliquer une partie de l'écart observé, masque au contraire une partie de cet écart, l'écart réel étant plus important que l'écart observé dans le tableau. En effet, la détention provisoire ne conduit pas systématiquement à une

condamnation et lorsque c'est le cas, celle-ci n'est pas toujours prononcée avant la fin de la détention provisoire et ne comprend pas toujours de la prison ferme. En 2019, 36% des personnes libérées de prisons n'étaient pas des condamnés en fin de peine (298).

Les condamnations à de la prison ferme pour les infractions relatives à la circulation et aux transports sont celles qui semblent bénéficier le plus souvent des aménagements de peine hors détention, des conversions de peine ou de l'absence éventuelle d'exécution de certaines peines de prison ferme : ces infractions comptent pour 9,8% des entrées en prison contre 19,2% des condamnations à de la prison ferme. A l'autre bout du spectre, les homicides et les viols comptent chacun pour 2,8% des entrées en prison, contre respectivement 0,4% et 0,7% des condamnations à de la prison ferme. Les effectifs permettent de se rendre compte qu'il ne s'agit pas seulement d'une augmentation relative, du fait de la diminution des autres infractions, mais aussi d'une augmentation absolue : les emprisonnements pour homicide sont 3,6 fois plus nombreux que les condamnations pour homicide et les emprisonnements pour viol sont 2,5 fois plus nombreux que les condamnations pour viol. Ces excès d'emprisonnement par rapport aux condamnations renvoient avant tout à un recours plus large à la détention provisoire pour les suspicions d'infractions les plus graves. Le recours à la détention provisoire ne conduit pas nécessairement à une condamnation à de la prison ferme pour les infractions poursuivies, pour les raisons évoquées précédemment, mais aussi parce que ces infractions peuvent être requalifiées, par exemple en agression sexuelle pour une infraction initialement définie comme un viol.

Les écarts entre les deux dernières colonnes du tableau s'expliquent essentiellement par des durées moyennes d'incarcération variables selon la famille d'infraction. Les auteurs d'infractions à la circulation et aux transports ont les durées d'incarcération les plus courtes : ils ne comptent que pour 4,5% des personnes en prison, contre 9,8% des entrées. Les violences volontaires donnent lieu à des peines de prison ferme plus courtes que le vol ou les infractions à la législation sur les stupéfiants. L'homicide et le viol sont les infractions pour lesquelles la détention provisoire est la plus longue et les plus sévèrement punies. Leurs auteurs, présumés ou confirmés, constituent au total 22,4% des personnes détenues contre 5,6% des entrées en prison.

3) Le parcours pénal des personnes détenues

Il est possible d'être incarcéré avant ou après une condamnation pénale. Lorsqu'une incarcération est ordonnée par un juge avant le jugement définitif, on parle de « détention provisoire » ou de « prévenu » pour caractériser la situation pénale de la personne détenue. Les effectifs de prévenus publiés par la DAP incluent les personnes condamnées jusqu'à l'expiration des délais de contestation de leur condamnation. Depuis 2020, la DAP distingue également les personnes « condamnées-prévenues », c'est-à-dire condamnées pour au moins une affaire et prévenues pour au moins une autre affaire, qu'elle exclut des statistiques de détention provisoire. Au cours de l'année 2021, 80% des personnes incarcérées étaient en détention provisoire au moment de leur admission et au 1^{er} janvier 2022, 26,9% des personnes détenues étaient en détention provisoire pour l'ensemble des affaires pénales et 3,8% étaient « condamnées-prévenues » (298). La durée moyenne de détention provisoire a été estimée à 4 mois en 2013 (431). Cette durée est très variable selon la procédure. Elle est en moyenne de 15 jours en cas de comparution immédiate et de 2 ans et 4 mois pour les personnes majeures condamnées pour un crime (570).

Les tribunaux correctionnels, qui jugent les personnes poursuivies pour des délits, prononcent environ 130 000 peines de prison ferme par an (571), tandis que les cours d'assises, qui jugent les personnes poursuivies pour des crimes, prononcent 2000 à 2500 peines de prison ferme ou de réclusion criminelle par an (570). Parmi les personnes condamnées à de la prison ferme pour un délit, les principales procédures en 2016 étaient la convocation par un officier de police judiciaire (44% des personnes), la comparution immédiate (31%) et l'instruction (10%) (571). La convocation par un officier de police judiciaire est une convocation pour se rendre au tribunal correctionnel afin d'y être jugé. La comparution immédiate permet le jugement rapide d'une personne, idéalement tout de suite après sa garde à vue. Enfin, lors de l'instruction, un juge d'instruction est chargé de mener une enquête. Au terme de cette enquête, la personne est poursuivie si les éléments sont jugés suffisants par le juge et que le parquet, qui représente l'Etat, le souhaite. Le chercheur en droit J. Danet indique que ces différentes procédures sont mises en concurrence entre elles et avec les alternatives aux poursuites. Il rapporte que d'après les travaux parlementaires, les critères pour choisir une procédure plutôt qu'une autre sont « *la célérité de la procédure, l'économie de l'audience, la qualité nécessaire de la décision et enfin les effets espérés de l'assentiment de l'auteur à la sanction proposée sur l'exécution de la sanction* » (506)²³³. Pour les crimes, l'instruction est obligatoire.

²³³ Page 115

En France, lors d'une condamnation pénale, la décision relative à la responsabilité et celle relative à la peine sont prononcées au même moment, à l'exception des mineurs depuis 2021 (572). S'ensuit un délai, généralement de quelques jours, qui permet à la personne condamnée ou au parquet de contester le jugement. Dans ce cas, un nouveau jugement peut être rendu. Lorsque l'affaire est définitivement jugée et que les délais de contestation ont pris fin, en cas de condamnation, la peine prononcée peut être mise à exécution. On dit que le jugement devient exécutoire. Pour les délits en 2016, lorsque la peine prononcée était de la prison ferme et une fois le jugement devenu exécutoire, 57% des peines avaient été mises à exécution au bout de 6 mois, 73% au bout d'un an et 89% au bout de trois ans (571).

L'exécution d'une peine de prison ferme est supervisée par un juge d'application des peines. Jusqu'en 2022, les personnes détenues condamnées bénéficiaient de réductions de peines par défaut allant de 17% à 25% de la durée de la peine et d'application progressive. Le juge pouvait décider de retirer des réductions de peine ou d'en accorder des supplémentaires, en fonction du comportement de la personne détenue et de ses gages de réinsertion, après avis de l'administration pénitentiaire. Les réductions de peine par défaut ont été supprimées en 2023. Les principales autres mesures dont dispose le juge d'application des peines sont les permissions de sortie et les aménagements de peine. La durée totale d'une incarcération est de 11 mois en moyenne (298). Cette durée peut varier de quelques jours à plusieurs décennies.

4) Quelques lieux spécifiques en prison : quartier arrivant, quartier d'isolement et quartier disciplinaire

Le quartier arrivant, le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire sont des structures présentes au sein de quasiment tous les établissements pénitentiaires. Elles sont constituées d'une ou de plusieurs cellules regroupées dans un même lieu. Les fonctions spécifiques qui leur sont attribuées en font des rouages du fonctionnement des établissements pénitentiaires.

Le quartier arrivant peut être appréhendé comme un sas d'entrée en prison. La personne détenue y rencontre le personnel surveillant, un membre de la direction de l'établissement, le service pénitentiaire d'insertion et de probation et est reçue en consultation par un médecin. Il permet un recueil d'informations sur la personne détenue, afin de déterminer sa cellule d'affectation dans l'établissement et les éventuelles procédures spécifiques à mettre en œuvre, notamment

s'il est estimé que la personne détenue présente un risque d'ordre sécuritaire ou suicidaire. Il s'agit également d'une zone tampon destinée à atténuer la rupture que constitue l'entrée en prison. La personne détenue doit y recevoir des informations sur le fonctionnement de l'établissement, avoir un accompagnement individualisé et un accès privilégié à certaines activités dont la télévision gratuite. D'après l'Observatoire international des prisons (OIP), ces dernières dispositions sont inégalement appliquées entre les établissements (412)²³⁴.

Le placement au quartier d'isolement permet la mise à l'écart de certaines personnes détenues du reste de la population carcérale, sur décision judiciaire, pour le bon déroulement de l'enquête pénale, ou sur décision administrative, pour des raisons de sécurité (573). Le placement peut être demandé par la personne détenue. La durée du placement peut varier de quelques jours à plusieurs années. A l'exception des privations directement liées à l'isolement, les personnes détenues doivent y bénéficier du même régime de détention que le reste de l'établissement. Parmi les motifs sécuritaires classiques de placement au quartier d'isolement se trouvent celui d'éviter que les personnes détenues pour terrorisme propagent leur idées auprès d'autres personnes détenues, celui de protéger certaines personnes détenues des humiliations et des agressions par les autres personnes détenues, notamment les auteurs d'infractions à caractère sexuel, ceux ayant exercé une profession liée à la sécurité publique ou les personnes médiatiques, le motif de diminuer le risque d'évasion ou encore celui de casser la dynamique d'un mouvement collectif de personnes détenues (405,412,430)²³⁵.

Le placement au quartier disciplinaire, « mitard » en argot des prisons, est la sanction la plus fréquente en cas de faute disciplinaire commise par la personne détenue (298). De manière analogue aux infractions, les fautes disciplinaires, au nombre de 40, ainsi que les sanctions qui leur sont associées, sont listées dans des textes juridiques (321). Pour une partie des fautes disciplinaires, la loi renvoie au règlement intérieur propre à chaque prison. Elle renvoie également à l'appréciation des établissements pour la qualification de certaines fautes, par exemple pour déterminer les comportements de nature à perturber l'ordre des établissements. Par conséquent, le régime disciplinaire varie en partie d'un établissement à l'autre. Les fautes disciplinaires sont hiérarchisées en trois niveaux de gravité. Toutes sont passibles de placement au quartier disciplinaire, pour des durées variables. La durée maximale encourue pour une faute isolée est de 30 jours. Le placement consiste en un isolement dans une cellule individuelle dédiée à cet usage. Les conditions de détention sont plus strictes qu'en détention ordinaire.

²³⁴ Page 79

²³⁵ OIP page 115 ; C. Rostaing pages 71 et 168

Notamment, hormis une heure de promenade par jour et quelques exceptions pour les mineurs, la personne détenue est privée de toutes les activités et les parloirs avec l'entourage ainsi que les produits qu'il peut cantiner sont restreints (574). Le placement peut être effectué de manière préventive, c'est-à-dire avant le passage en commission de discipline qui évalue la faute et détermine la sanction. Sur la période 2018-2020, les placements fermes au quartier disciplinaire représentaient 48% des sanctions et 84% des isolements disciplinaires (298), l'autre lieu d'isolement disciplinaire possible étant la cellule ordinaire lorsque la personne détenue y vit seule.

5) Le système de soins en milieu pénitentiaire

La prise en charge sanitaire des personnes détenues relève exclusivement du service public hospitalier et donc du Ministère de la santé depuis 1994 (103). Les personnes détenues sont affiliées au régime général de la sécurité sociale. Les soins aux personnes détenues s'inscrivent dans un dispositif qui prend en compte l'ensemble des problèmes de santé, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques (8). Ce dispositif est structuré en trois niveaux, avec une organisation différente selon qu'il s'agit des soins somatiques ou des soins psychiatriques (Tableau 2).

Tableau 2. Les trois niveaux de prise en charge sanitaire des personnes détenues

	Soins psychiatriques	Soins somatiques
Niveau 1 - Soins ambulatoires	USMP / hors USMP	
Niveau 2 - Hospitalisation partielle	SMPR	Chambres sécurisées
Niveau 3 - Hospitalisation complète	UHSA / Unité conventionnelle	Chambres sécurisées / UHSI / EPSNF

EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes

SMPR : service médico-psychologique régional

UHSA : unité d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagée pour les personnes détenues

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale, spécifique aux personnes détenues

Unité conventionnelle (hospitalisation complète en psychiatrie) : hospitalisation sous contrainte d'une personne détenue dans une unité non spécifique aux personnes détenues, à la demande d'un représentant de l'Etat, en vertu de l'article R. 6111-40-5 du code de la santé publique

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Niveau 1 – Soins ambulatoires

La majeure partie des soins ambulatoires somatiques et psychiatriques sont réalisés dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (575) : les consultations, des activités et prestations dont les soins dentaires, ainsi que les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les médicaments sont délivrés par l'établissement hospitalier.

Les USMP se situent dans l'enceinte des établissements pénitentiaires et sont rattachées à un établissement de santé dont elles dépendent. Leur nombre évolue avec les ouvertures et fermetures des établissements pénitentiaires. En 2018, la direction de l'administration pénitentiaire recensait 175 USMP pour 185 établissements pénitentiaires (254).

Les consultations médicales suivantes doivent être obligatoirement proposées aux personnes détenues :

- L'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;
- Les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire ;
- Les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement ;

Les textes juridiques prévoient également l'examen médical des personnes condamnées sortantes, de manière non obligatoire. Des précisions sur les missions des différents professionnels de santé exerçant en USMP sont données dans les travaux de la médecin généraliste C. Fac (240).

Les USMP sont généralement ouvertes en journée et en semaine. La nuit et le weekend, les soins urgents en établissement pénitentiaire peuvent être assurés par des structures ayant passé une convention avec l'hôpital de rattachement : service d'aide médicale urgente, SOS médecins, médecin libéral. Par ailleurs, certains soins spécialisés ne sont pas disponibles dans les USMP. Il s'agit généralement d'examens biologiques, d'imagerie médicale ou de consultations spécialisées. Ils sont réalisés dans l'établissement de santé de rattachement s'il dispose des équipements nécessaires. Dans le cas contraire, ces soins sont confiés à une autre structure publique ou privée. En cas de permission ou d'aménagements de peine, les personnes détenues peuvent avoir accès aux soins de villes dans les conditions de droit commun, sans implication des USMP.

Niveau 2 – Hospitalisation à temps partiel

L'hospitalisation de jour en psychiatrie des personnes détenues a lieu exclusivement dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) (255), accolées à certaines USMP, donc dans l'enceinte des établissements pénitentiaires. Ils sont au nombre de 26 et ont été créés en 1986, pour certains dans la continuité de structures déjà existantes (100)²³⁶. L'hospitalisation en SMPR n'est possible qu'avec le consentement de la personne.

L'hospitalisation de jour en soins somatiques a lieu exclusivement dans des chambres sécurisées au sein de l'établissement de santé de rattachement. En 2013, les établissements de santé déclaraient 277 chambres sécurisées (576), qui peuvent recevoir des personnes détenues pour une activité d'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet.

Niveau 3 – Hospitalisation à temps complet

Toutes les hospitalisations à temps complet des personnes détenues sont réalisées au sein des établissements de santé. En psychiatrie, l'hospitalisation à temps complet a historiquement eu lieu dans des unités de soins non spécifiques aux personnes détenues. Il s'agit d'hospitalisations sans consentement, à la demande d'un représentant de l'État. Plus récemment, des unités d'hospitalisation complète en psychiatrie spécialement aménagées pour les personnes détenues (UHSA) ont vu le jour (256). Elles permettent, en plus des hospitalisations à la demande d'un représentant de l'État, des hospitalisations libres, c'est-à-dire avec le consentement de la personne détenue. Une première vague d'ouvertures de 9 UHSA s'est échelonnée de 2010 à 2018, cumulant un nombre théorique de places égal à 440 (257). Une seconde vague d'ouvertures de 3 UHSA est prévue, sur la base des capacités d'accueil prévues pour les UHSA dans le programme de construction accompagnant la loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice.

Côté somatique, en cas d'urgence ou pour les séjours de moins de 48 heures, les hospitalisations à temps complet ont lieu en chambre sécurisée dans l'établissement de santé de rattachement. En cas de séjour programmé de plus de 48 heures, les personnes détenues sont hospitalisées dans des services qui leur sont dédiés, en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ou au sein de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Les UHSI, instituées par un arrêté du 24 août 2000 (577), sont au nombre de 8 et ont ouvert entre 2004 et 2013, cumulant un nombre théorique de places égal à 182. L'EPSNF est un établissement de santé

²³⁶ Pages 15-20

sous la direction du Ministère de la Justice qui accueille uniquement des personnes détenues. Son activité est assimilable à celle des UHSI.

6) La comparaison des statistiques carcérales de la France avec celles des autres pays européens

Certaines statistiques pénales et carcérales de la France peuvent être comparées avec les autres pays européens sur la base des données du Conseil de l'Europe. Le Conseil de l'Europe est une organisation internationale créée en 1949 qui rassemble aujourd'hui 46 pays européens et qui se donne pour principaux objectifs de défendre la liberté d'expression, l'égalité, la protection des minorités et les droits humains (578). Depuis 1983, il publie annuellement des données sur l'emprisonnement et les institutions pénitentiaires dans le cadre du programme SPACE (Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe). Les principaux indicateurs de l'enquête de 2020 (296) sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3. La France au sein des statistiques pénales du Conseil de l'Europe

	France	Conseil de l'Europe		
		Pays ^a	médiane	(Q1-Q3) ^b
Au 31 janvier 2020				
Personnes détenues pour 100 000 habitants	105,3	47	103,2	(75,6-174,9)
Age médian des personnes détenues (années)	32,4	37	36	(34-38)
% de femmes parmi les personnes détenues	3,6	44	5	(4,4-7,3)
% d'étrangers parmi les personnes détenues	23,2	40	17	(3,4-32,7)
% de personnes en détention provisoire	29,8	44	24,1	(16,5-34,7)
Nombre moyen de personnes détenues pour 100 places	115,7	46	90,6	(79,5-103,5)
Au cours de l'année 2019				
Entrées en prison pour 100 000 habitants	117,4	42	149,9	(102,3-199,2)
Autres indicateurs				
Durée moyenne d'emprisonnement (mois)	10,9	41	8	(4,5-14,9)
Evolution relative (en %) du nombre de personnes détenues pour 100 000 habitants entre 2010 et 2020	+11,4	46	-11,6	(-20,9 - +0,9)

^a Nombre de pays avec des données disponibles sur 47. La Russie a quitté le Conseil de l'Europe en mars 2022; ^b Premier et troisième quartiles

Bien qu'en 2019 le nombre d'entrée en prisons en France (117,4 pour 100 000 habitants) était inférieur à la médiane des pays européens (149,9), la part de la population générale incarcérée au 31 janvier 2020 (105,3 pour 100 000 habitants) était proche de la médiane des pays européens (103,2) du fait d'une durée moyenne d'incarcération un peu plus élevée en France (10,9 mois contre 8 mois pour la médiane des pays européens). Pour ces trois indicateurs, les valeurs françaises sont entre le 1^{er} et le 3^e quartile. Sur un plan dynamique, entre 2010 et 2020, la part de la population générale incarcérée a augmenté de 11,4% en France contre une baisse médiane de 11,6% pour les autres pays européens. Seuls trois pays ont eu une augmentation supérieure à la France : le Portugal (+13,1%), l'Andorre (+50,6% en passant de 33 à 50 personnes détenues) et la Turquie (+115,3%).

Au 31 janvier 2020, la densité carcérale était de 115,7 personnes détenues pour 100 places en France, largement au-dessus de la médiane des pays européens, égale à 90,6 (Q1-Q3 79,5-103,5). La France faisait partie des 13 pays avec une densité supérieure à 100, c'est-à-dire avec un parc pénitentiaire globalement en surpopulation. Quatre pays avaient un niveau global de surpopulation plus élevé que la France : Chypre (115,9), la Belgique (117,2), l'Italie (120,3) et la Turquie (127,4). En France, la surpopulation carcérale se concentre quasi-exclusivement dans les maisons d'arrêt, qui présentaient une densité moyenne égale à 141% à la même date.

La surreprésentation des adultes jeunes et une population quasi-exclusivement masculine sont deux caractéristiques classiques des populations carcérales. Au 31 janvier 2020, la France faisait partie, avec la Moldavie, le Danemark et la Suisse, des quatre pays avec la population carcérale la plus jeune, l'âge médian étant de 32,4 ans en France contre une valeur médiane de 36 ans (Q1-Q3 34-38) pour les pays européens. L'incarcération est possible en France à partir de 13 ans et à cette date 88% des personnes détenues avaient entre 13 et 50 ans. Elle faisait aussi partie des pays avec la plus faible proportion de femmes parmi les personnes détenues, égale à 3,6% contre une médiane de 5% (Q1-Q3 4,4-7,3) pour les pays européens. Concernant le pourcentage de personnes de nationalité étrangère, avec 23,2% la France se situait dans le groupe de pays les plus proche de la médiane. Ce pourcentage dépend, entre autres, de la distribution géographique des courants migratoires internationaux et des politiques qui ciblent les personnes étrangères en situation irrégulière. La part de la population carcérale en détention provisoire (pour au moins une affaire pénale) était égale à 29,8% en France, ce qui la situe légèrement au-dessus de la médiane, égale à 24,1 (Q1-Q3 16,5-34,7). Ce pourcentage dépend du niveau de recours à la détention provisoire (nombre et durée), mais aussi de la sévérité des peines lors de la condamnation dans la mesure où, à recours égal à la détention provisoire, plus

les peines de prison sont longues, plus la détention provisoire compte pour une faible part du total des personnes détenues.

Annexe 2

Résumés des travaux qui abordent la question des indicateurs de fréquence des suicides des personnes détenues

Cette annexe comprend les différents travaux, dont j'ai connaissance et pour lesquels j'ai pu accéder au texte intégral, qui, concernant la mesure de la fréquence des suicides des personnes détenues 1) critiquent le taux d'incidence ; ou bien 2) défendent ou critiquent d'autres indicateurs que le taux d'incidence ; ou bien 3) utilisent d'autres indicateurs que le taux d'incidence. Ils sont issus d'une revue de la littérature exploratoire. Pour chaque publication sont rapportés, sous réserve de disponibilité des données, la date, la discipline de l'auteur, le lieu de publication, l'objectif de la publication et ce qui a été dit ou fait sur le sujet étudié. Comme ces travaux se citent régulièrement les uns les autres, en particulier parmi les auteurs d'un même pays, les travaux ont été regroupés selon le pays (de la population étudiée ou à défaut du lieu d'exercice du premier auteur) et classés par ordre chronologique.

Australie

S.E. Hatty et J.R. Walker, 1986

En 1986, l'Institut de Criminologie d'Australie publie, à la demande de la conférence des ministres des services correctionnels et sous la plume des Dr S.E. Hatty et J.R. Walker, un rapport intitulé *A National Study of Deaths in Australian Prisons*. Ils s'y donnent pour objectifs de synthétiser la littérature internationale sur la théorie, les résultats et les recommandations, de collecter, compiler et analyser les statistiques nationales sur les décès en prison et de rassembler des informations sur les politiques et les procédures à adopter pour le personnel pénitentiaire en cas de risque de suicide.

Les auteurs y calculent notamment la fréquence des suicides dans les prisons australiennes. Ils s'interrogent sur le dénominateur le plus adapté entre la population présente à un moment « t » et les entrées moyennes. Sur la base des difficultés auxquelles ils sont confrontés par la définition des entrées, en particulier pour les prévenus qui peuvent avoir plusieurs entrées pour

un même épisode, ils optent pour le premier indicateur. On est tenté d'en déduire qu'en Australie, à cette date, il est difficile de déterminer si les personnes qui entrent dans une prison viennent de l'état de liberté ou d'une autre prison. L'indicateur retenu consiste à diviser le nombre de suicides par la taille de la population en milieu de période et par le nombre d'années et est calculé sur une période de 5 ans.

P. Camilleri et al., 1999

En 1999, P. Camilleri et ses collègues de la School of social work de l'université catholique d'Australie publient une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise sur les comportements suicidaires en Australie, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis, Canada et Royaume-Uni, sous la forme d'un rapport.

Ils rapportent notamment la fréquence des suicides mesurée dans la littérature scientifique et par les autorités pour différents pays anglo-saxons. Pour l'Australie et le Royaume-Uni, ils présentent à la fois des « taux de suicide » basés sur la population moyenne journalière (« daily average numbers in prison ») et basés sur les entrées (« number of annual receptions into custody »). Ils mettent ces indicateurs sur le même plan et se contentent d'observer qu'ils donnent des valeurs différentes. Les deux sont jugés également comparables au taux de suicide en population générale.

Dans une autre partie, ils s'intéressent aux facteurs associés au suicide. Pour les prévenus, ils estiment, citant le travail de Lloyd (Lloyd, 1990), que le taux de suicide basé sur la population moyenne journalière donne des résultats biaisés en faveur d'une surestimation du risque pour la détention provisoire, en raison d'un renouvellement plus rapide que pour les autres personnes détenues.

V. Dalton, 1999

En 1999, V. Dalton publie dans la revue interne de l'Institut de criminologie d'Australie *Trends & issues* un numéro intitulé *Suicide in Prison 1980 to 1998 : National Overview*.

Elle y présente notamment la fréquence des suicides dans les prisons australiennes en divisant chaque année le nombre de suicides par la population moyenne journalière. Elle rapporte avoir retenu cet indicateur pour son travail alors que, selon elle, d'autres auteurs qu'elle cite ont débattu sur les indicateurs les plus appropriés (McArthur et al., 1999). Le travail cité est le

numéro précédent de la même revue, dans lequel les auteurs se contentent de dire que les différentes juridictions d’Australie utilisent différentes méthodes pour calculer la fréquence des suicides en prison, ce qui complique l’agrégation des résultats à l’échelle nationale. Le choix de V. Dalton de retenir le taux d’incidence n’est pas argumenté. Plus loin, elle appelle à la prudence lors de la comparaison du taux de suicide avec la population générale en raison de la méthode retenue pour calculer le taux de suicide des personnes détenues. Elle ne donne pas plus de précisions sur les raisons ou le contenu de cette prudence.

Belgique

L. Favril, F.V. Laenen et al, 2019

En 2019, des chercheurs Belges en criminologie et en psychiatrie publient *A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium*²³⁷ dans la revue médicale *Crisis*. Ils y décrivent les caractéristiques des personnes détenues décédées en par suicide en Belgique et les circonstances des suicides.

Ils calculent des taux de suicide en divisant chaque année le nombre de suicides par la population moyenne journalière. Dans les limites de leur travail, les auteurs indiquent que cette population moyenne journalière ne rend pas compte de toutes les personnes emprisonnées au cours de l’année. Cette remarque suggère que les auteurs attendent d’un taux de suicide qu’il mesure la part des personnes détenues décédées par suicide. Ils citent P. O’Mahony (1994) pour mettre en balance cet indicateur avec celui basé sur les entrées en prison. Se référant par la suite aux travaux de C.A. Gallagher et A. Dobrin (2007) et à ceux de Fazel et al (2017), les auteurs estiment que l’indicateur basé sur la population moyenne journalière surestime le véritable taux de suicide. Enfin, L. Favril et al nuancent leurs critiques en indiquant que comme cet indicateur est celui le plus utilisé dans la littérature, il est donc celui le plus adapté pour comparer leurs propres résultats avec la littérature et avec d’autres pays. Ils sous-entendent ainsi que d’une part, deux indicateurs ne sont comparables que s’ils ont été obtenus par la même méthode de calcul et que d’autre part, du fait de cette exigence de comparabilité, les usages déjà en place jouent un rôle important dans la détermination des indicateurs pertinents.

²³⁷ Une étude nationale de 17 ans sur les suicides en prison en Belgique (traduction personnelle)

Canada

J.C. Bernheim, 1987

J.C. Bernheim publie en 1987 au Canada son mémoire de criminologie intitulé *Les suicides en prison*, dans lequel il passe en revue les principales théories du suicide, les problématiques de définition et de qualité des données statistiques, la fréquence des suicides et les principales caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide dans une série de pays occidentaux et quelques considérations relatives aux conditions de détention et au positionnement de divers acteurs carcéraux face aux suicides.

Dans le chapitre consacré à la mesure de la fréquence de suicides, l'auteur rapporte que « *le calcul des taux annuels de suicide en milieu carcéral suscite de nombreuses discussions au sujet du chiffre représentant la population carcérale ; faut-il prendre le nombre d'admissions ou la population moyenne* » ? Dans la revue de littérature de l'auteur, tous les travaux ont adopté la population moyenne quotidienne à l'exception d'un livre canadien de K. Scott-Denon (1983). J.C. Bernheim estime ensuite qu'aucune des deux méthodes n'est satisfaisante, « *le nombre des admissions gonflant l'ampleur de la population considérée, et la moyenne quotidienne la sous-estimant.* » Il s'applique donc à présenter les deux indicateurs à chaque fois que c'est possible.

Les deux indicateurs sont jugés également comparables au taux d'incidence de suicide en population générale et donnent des résultats différents lorsqu'ils sont rapportés à ce dernier. Cette différence de résultat entre les deux indicateurs est elle-même variable d'un pays à l'autre et notamment entre la France et le Canada. L'auteur fait l'hypothèse que cette variabilité peut être expliquée par une plus forte proportion de prévenus en France ou par une durée moyenne d'incarcération plus courte au Canada, sans en préciser le mécanisme.

M. Daigle, 2001

En 2001, le psychiatre universitaire canadien M. Daigle publie dans la *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* un article intitulé : *La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral: évaluation de la situation et approche préventive.*

Dans cet article, il présente les taux de suicides en prison (pour 100 000 détenus) dans différents pays, pour différents types d'établissements et différentes régions canadiennes. Il rapporte ensuite la critique que les autorités québécoises et anglaises font à cet indicateur : « compte tenu du roulement élevé de clientèle », ils incarcèrent un nombre élevé de personnes à risque, ce qui

augmente le risque de suicide mesuré avec le taux d'incidence. Pour cette raison, ils préfèrent l'indicateur qui consiste à rapporter le nombre de suicides au nombre total d'admissions plutôt qu'à la population moyenne. L'auteur estime que ces arguments contre le taux de suicide ont été réfutés par P. O'Mahony qu'il cite.

Ministère de la sécurité publique du Québec, 2009

En 2009, le Ministère de la sécurité publique du Québec publie, sous la plume du conseiller P. Lalande et du psychométricien G. Giguère, un rapport destiné à améliorer la prévention du suicide en détention et intitulé : *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec (du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2006)*.

Le rapport présente des taux de suicide, qui sont calculés « à partir de la PMQI », la population moyenne quotidienne incarcérée. Pour les taux calculés sur plusieurs années, on peut déduire des valeurs obtenues que la méthode de calcul tient compte de la durée de la période d'observation, bien que cela n'ait pas été précisé dans le document. L'adoption de cette formule pour mesurer la fréquence des suicides est récente, puisqu'auparavant elle était calculée en rapportant les suicides aux admissions en prison. L'ancienne formule était justifiée par le fait « qu'il y a un mouvement rapide de la population carcérale dans les prisons qui accueillent des personnes condamnées et prévenues, ce qui a pour effet d'augmenter la probabilité d'accueillir un nombre plus élevé de personnes présentant un risque suicidaire. » Le changement récent d'indicateur s'appuie notamment sur les travaux de P. O'Mahony que le rapport cite et est justifié par le fait que le nouvel indicateur est plus stable et plus fiable.

Etats-Unis

L.F. Novick, E.R. Remmlinger, 1978

En 1978, un commissaire adjoint et une coordinatrice de données de la ville de New York publient dans la revue *Medical Care* un article intitulé *A study of 128 Deaths in New York City Correctional Facilities (1971-1976)*. Ils s'y donnent pour objectif de déterminer les causes et les facteurs associés à ces décès.

Les résultats qu'ils présentent comprennent des taux de mortalité et de suicide, annuels et sur 5 ans, exprimés pour 100 000 prisonniers-années. Ils expliquent que les prisonniers-années

correspondent au nombre total de jours d'incarcération pour les prisonniers durant l'année étudiée, divisé par 365. Les auteurs estiment par ailleurs que les essais de comparaison avec la population générale doivent être nuancés car les prisonniers-années représentent un grand nombre d'individus avec un turnover rapide.

M.G. Flaherty, 1980

Dans un contexte d'incarcérations massives de mineurs dans des établissements pénitentiaires pour adultes aux Etats-Unis, le sociologue universitaire M.G. Flaherty remet en 1980 un rapport sur les suicides des mineurs en détention au département de justice de l'Etat fédéral. Bien que la séparation entre mineurs et majeurs empêche les premiers de subir les sévices des seconds, les conditions de détention des mineurs sont suspectées d'être dégradées par la situation d'isolement important qu'implique souvent la séparation avec les adultes. Le rapport a pour objectif de mesurer les effets délétères (« *harmful effects* ») de l'incarcération des mineurs dans les prisons pour adultes. Le suicide est alors considéré comme un indicateur pertinent pour rendre compte de cette situation et sa fréquence chez les mineurs incarcérés dans les prisons pour adulte est comparée avec celle observée dans les prisons réservées aux mineurs et avec les mineurs en population générale.

Bien que M.G. Flaherty utilise l'expression « *incidence* » pour la fréquence des suicides, il rapporte le nombre de suicides au nombre de mineurs incarcérés dans l'année (« *held for any length of time [...] during 1978* »). On ne sait pas très bien s'il s'agit du nombre d'entrées ou de la file active, et ce d'autant plus que deux questionnaires différents ont été envoyés selon le type de prison, et que dans l'un d'entre eux le mot « *held* », qui renvoie plutôt à la file active, est remplacé par le mot « *placed* », qui renvoie plutôt au nombre d'entrées. Cependant, il n'y a pas de grande différence entre la file active et le nombre d'entrées dans son étude puisque, les durées moyennes d'incarcérations étant respectivement de 2, 7 et 17 jours dans les trois types de prisons qu'il distingue, les personnes présentes en début de période pèsent peu en regard des entrées. Il compare les fréquences de suicide en prison avec celle en population générale, obtenue en divisant le nombre de suicides par le nombre d'enfants en population générale aux Etats-Unis en 1977 (« *during 1977* »).

Dans la discussion des résultats, tous les indicateurs, auxquels l'auteur donne le nom de « *suicide rate* », sont interprétés comme la probabilité de décéder par suicide sur la période de suivi. M.G. Flaherty souligne une fréquence de suicide plus élevée dans certains types de prison

qu'en population générale alors même qu'en prison les mineurs ont moins de temps pour se suicider : les mineurs ne peuvent se suicider en prison que pendant la courte durée de leur incarcération alors qu'en population générale ils ont toute l'année pour le faire.

L.T. Winfree, 1988

Le criminologue états-unien L.T. Winfree publie en 1988 un article intitulé *Rethinking American Jail Death Rates: a Comparison of National Mortality and Jail Mortality, 1978, 1983* dans la revue *Policy Studies Review*. L'objectif est de mesurer la surmortalité carcérale aux Etats-Unis et de comparer cette surmortalité avant et après le prononcé de décisions de justice en faveur des droits des personnes détenues et notamment le droit à des soins médicaux appropriés.

L'auteur estime en introduction que la comparaison du taux de suicide dans les prisons locales (basé sur le nombre de personnes présentes un jour donné) avec celui en population générale est problématique, parce que ces populations ne sont pas composées des mêmes individus et qu'elles ne se renouvellent pas à la même vitesse. La question de la composition des populations comparées, à laquelle l'auteur consacre une partie de son travail, ne sera pas rapportée ici car elle est hors sujet pour ma question de recherche.

En parties méthodes, l'auteur propose un nouvel indicateur basé sur les personnes-années à risque (« *person-years at risk rates* ») destiné à répondre au besoin de considérer l'ensemble des personnes à risque. Son calcul nécessite de connaître temps d'exposition au risque de chaque personne détenue, que l'auteur estime en divisant la population moyenne journalière par le nombre moyen de sorties journalières. Il obtient ainsi une durée moyenne d'incarcération, exprimée en jours. Il multiplie ensuite cette durée par la somme de la population moyenne journalière et des entrées annuelles, avant de diviser le résultat par 365.

Dans la partie résultats, ce nouvel indicateur est calculé pour les personnes détenues pour l'année 1977 et pour l'année 1982. Les résultats sont présentés séparément pour les suicides, les homicides et les décès de cause naturelle. Par chaque cause de mortalité, les valeurs obtenues avec le nouvel indicateur sont comparées avec les valeurs obtenues avec le taux de suicide classique. Le nouvel indicateur est considéré comme celui donnant la bonne valeur et les différences observées avec le taux de suicide classique sont interprétées comme un biais de ce dernier. Dans les tableaux, les valeurs présentées pour le nouvel indicateur correspondent au rapport entre le nombre de suicides et le nombre de « personnes-années à risque » (« *person-*

years at-risk »). Ces valeurs, exprimées pour 100 000, sont jugées comparables (au sens où il est valide de faire une comparaison) au taux de mortalité en population générale.

La discussion des résultats ne revient pas sur les choix méthodologiques relatifs aux indicateurs de fréquence des suicides. Seuls les résultats obtenus avec le nouvel indicateur sont commentés.

J.M. Memory, 1989

Le travail de M.G. Flaherty (1980) est repris quelques années plus tard par le criminologue étatsunien J.M. Memory dans un article de la revue *Death Studies*. J.M. Memory reproche à M.G. Flaherty d'avoir comparé des taux de suicide pour 100 000 entrées en prison (« *suicide rates per 100,000 admissions* ») avec le taux de suicide en population générale. Ces taux ne seraient pas comparables, dans la mesure où « *each member of the general population might have committed suicide on any one of the 365 days during the year, while admittees to detention facilities might have committed suicide, for purposes of calculation of the rates, only during the indicated admissions* »²³⁸. En d'autres termes, les différences de durées de suivi, qui constituaient pour M.G. Flaherty un élément d'interprétation des différences de fréquence de suicide observées, sont utilisées par J.M. Memory pour remettre en cause le choix des indicateurs en prison, qui ne seraient pas comparables avec celui disponible pour la population générale.

J.M. Memory propose de remplacer l'indicateur de M.G. Flaherty par le rapport entre le nombre de suicides et la population moyenne sur l'année calendaire, soit un taux d'incidence, estimé comparable avec l'indicateur de la population générale. Ce changement méthodologique a des implications politiques puisque les établissements réservés aux mineurs, qui avaient chez M.G. Flaherty un taux de suicide inférieur à celui des mineurs en population générale, ont chez J.M. Memory un taux cinq fois plus élevé.

M.E. Salive, 1989

En 1989, le médecin de prévention M.E. Salive et ses collègues publient dans le *Journal of the American Medical Association* l'article *Suicide Mortality in the Maryland State Prison System, 1979 Through 1987*, où il se donnent pour objectif d'étudier les suicides chez les détenus avec

²³⁸ « Chaque membre de la population générale a pu se suicider n'importe quel jour des 365 jours de l'année, alors que les personnes admises dans les établissements pénitentiaires ont pu se suicider, dans le contexte de calcul des taux, seulement pendant la durée de l'incarcération correspondante » (traduction personnelle)

une longue peine dans les prisons d'Etat du Maryland de 1979 à 1987 afin d'évaluer les facteurs de risque de suicide et de comparer leur fréquence à l'ensemble de la population carcérale du Maryland.

Ils présentent des taux de suicide obtenus en divisant le nombre de suicide par le nombre de personnes-années, exprimés pour 100 000 prisonniers-années. Les personnes-années ont été obtenues par la somme des durées de suivi individuelles. En discussion, ils citent Novick et al (Novick, 1978) pour défendre l'idée que le renouvellement rapide de la population carcérale dans les prisons locales conduit à des difficultés dans le calcul des taux de suicides. Je l'interprète comme une interrogation sur la légitimité du taux d'incidence de suicide pour les populations carcérales avec une vitesse de renouvellement rapide.

M.J. Metzner, 2002

En 2002, le psychiatre M.J. Metzner publie un article sur les actions de justice collectives en psychiatrie pénitentiaire aux Etats-Unis dans la revue *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*.

L'auteur aborde notamment le sujet de la prévention du suicide en prison, susceptible d'être visée par des actions de justice et en vient à questionner les indicateurs de fréquence des suicides en prison. Il estime que l'indicateur basé sur la population moyenne est trompeur car cette méthode « *does not factor in the admission rates for jails and prisons* »²³⁹, les prisons locales (« *jails* ») ayant une vitesse de renouvellement beaucoup plus importante que les autres prisons. En prenant appui sur un article de M. O'Toole dans le *American Jails magazine*, M.J. Metzner affirme que le taux basé sur la population moyenne journalière serait peu pertinent pour les prisons locales, notamment car la plupart des suicides surviendraient dans les 24 premières heures d'incarcération. Il continue en expliquant que, comme les prisons locales sont à renouvellement rapide, à population moyenne égale, les entrées en prison sont beaucoup plus fréquentes pour les prisons locales que pour les autres prisons. Par conséquent, utiliser un indicateur de suicide basé sur la population moyenne journalière pour comparer les prisons locales avec les autres prisons « *obviously would not be a fair comparison* »²⁴⁰.

²³⁹ « ne tient pas compte des taux d'admission pour les prisons locales et les autres prisons. » (traduction personnelle)

²⁴⁰ « ne serait évidemment pas équitable » (traduction personnelle)

C.J. Mumola, 2005

En 2005, le bureau des statistiques du département fédéral de Justice des Etats-Unis publie, sous la plume de l'analyste politique C.J. Mumola, un rapport spécial intitulé *Suicide and Homicide in State prisons and Local Jails*.

L'indicateur de référence utilisé pour calculer la fréquence des suicides et des homicides une année donnée consiste à diviser le nombre de cas par la population moyenne journalière. Lorsque les données sont présentées sur plusieurs années, les auteurs présentent un taux de mortalité annuel moyen (« *Average annual mortality rate [...] per 100,000 prisoners held at midyear* »). Cet indicateur est néanmoins comparé dans certains tableaux à un second qui consiste à diviser, pour une année donnée le nombre de cas par la somme des personnes présentes au 1^{er} janvier et des admissions dans l'année et baptisé taux de suicide basé sur la population à risque (« *suicide rate based on at risk population* »). Ce dernier est considéré comme une mesure plus sensible (« *sensitive* ») de la mortalité dans les prisons locales car il prend en compte le nombre total de personnes à risque de suicide, ce qu'est de loin de faire le taux basé sur la population moyenne journalière au vu de la faible durée moyenne d'incarcération. Ce problème est considéré comme spécifique aux prisons locales et la question n'est pas posée pour les prisons d'Etat qui ont des durées d'incarcération plus longues. Plus loin, pour la comparaison avec la population générale, le taux de suicide basé sur la population à risque est considéré comme l'indicateur le plus adapté pour les prisons locales, mais, du fait de l'indisponibilité des données pour une partie des établissements, c'est le taux de suicide basé sur la population moyenne journalière qui est utilisé.

B.B. Way, 2005

En 2005, le psychologue B.B. Way et ses collègues du bureau santé mentale de l'Etat de New York aux Etats-Unis publient dans la revue *International Journal of Law and Psychiatry* un article intitulé *Factors related to suicide in New York state prisons*. Ils s'y donnent pour objectif d'explorer les facteurs de stress et les facteurs de risque associés avec le suicide chez des personnes détenues condamnées.

En introduction, les auteurs indiquent que les « taux » de suicide sont souvent calculés de manière incorrecte dans la littérature et qu'il est difficile d'établir un groupe de comparaison approprié. Les études citées utilisent la population moyenne journalière au dénominateur, au lieu de l'ensemble des personnes incarcérées pendant la période de temps (« *time period* »), qui

semble un dénominateur plus approprié pour les auteurs et qu'ils appellent plus loin « *'at risk' denominator* ». En s'appuyant sur le travail de M.J. Metzner (2002) qu'ils citent comme expert, ils avancent que la population moyenne journalière produit des « taux » et des comparaisons incorrectes. Ce serait en particulier le cas lorsqu'on compare des établissements qui hébergent des prévenus, qui ont des incarcérations courtes, avec des établissements qui hébergent des condamnés aux incarcérations plus longues. Les écarts de valeur entre les deux dénominateurs sont beaucoup plus grands pour les prévenus que pour les condamnés. On ne sait pas si « l'ensemble des personnes incarcérées » correspond à l'ensemble des entrées en prison ou à la somme des personnes présentes en début de période et des entrées. Comme ils citent Metzner, on peut faire l'hypothèse qu'ils parlent du même indicateur que lui, à savoir les entrées uniquement. Après l'introduction, la question de la fréquence des suicides n'est plus abordée.

C.A. Gallagher et A. Dobrin, 2006

En 2006, C.A. Gallagher et A. Dobrin, chercheurs dans des départements universitaires de criminologie aux Etats-Unis, publient dans la revue *Journal of Adolescent Health* un article dont l'objectif est de dresser un portrait national des décès dans les prisons pour mineurs.

Les auteurs calculent des taux de mortalité toutes causes et par cause de décès, dont les suicides, qu'ils comparent aux taux observés chez les mineurs en population générale. Deux méthodes de calcul des taux sont utilisées. La première consiste à diviser le nombre de décès par le nombre de mineurs détenus un jour donné (« *number of occupied beds on a given day* »), auxquels ils donnent le nom de taux de mortalité pour 100 000 lits occupés par an (« *rate of death per 100,000 occupied beds per year* »). Ils comparent ce taux avec un taux en population générale obtenu en divisant le nombre de suicides observé par le nombre de personnes de 15 à 19 ans en population générale (« *number of young people aged 15-19 in general population* »). A partir du constat que les durées à risque (« *amount of time at risk* ») sont plus courtes en prison qu'en population générale, la seconde méthode de calcul consiste à diviser les taux obtenus avec la première méthode par la durée moyenne d'incarcération (« *average length of stay* »), soit 147 jours pour les mineurs détenus et 365 jours en population générale. On obtiendrait ainsi un taux par jour qui, en le multipliant par 365, devient un taux par an, appelé taux de mortalité pour 100 000 mineurs détenus par an (« *rate of death per 100,000 young people confined per year* »). Les auteurs ne font pas de différence entre la durée moyenne d'incarcération et la durée moyenne de suivi individuelle des mineurs détenus au cours d'une année calendaire donnée. Ils utilisent indifféremment les expressions « *average length of stay* » et « *number of days of risk* ».

exposure ». Par ailleurs, on peut noter que le taux en population générale est considéré comparable aux deux méthodes de calcul.

Dans la discussion des résultats, la deuxième méthode est mise en avant et est justifiée de la manière suivante : « *This adjustment is critical because people in juvenile justice facilities do not conform to the typical 365 days of exposure used in calculating general population risks. In absolute terms, it is impossible to discern what the true meaning of the difference in the rates between the two populations represents.* »²⁴¹. En d'autres termes, la différence de durée moyenne à risque entre les deux populations rendrait les taux obtenus par la première méthode non comparables, ou du moins les auteurs ne savent pas comment interpréter la différence observée.

C.A. Gallagher et A. Dobrin, 2007

Cette question des taux est approfondie par les mêmes auteurs l'année suivante, avec l'article *Risk of suicide in juvenile justice facilities: The Problem of Rate Calculations in High-Turnover Populations* dans la revue *Criminal Justice and Behavior*.

Dans cet article, C.A. Gallagher et A. Dobrin font un parallèle intéressant entre la mesure de la mortalité en prison et la mesure de la mortalité hospitalière, la prison et l'hôpital ayant en commun d'héberger des populations dont le renouvellement (turn over) est relativement rapide. Les auteurs rapportent un débat sur les méthodes de mesure de la mortalité hospitalière, née au Royaume-Uni au milieu du XIXe siècle et ravivée à la fin du XXe siècle. Ce débat oppose les partisans d'un taux de mortalité qui rapporte les décès au nombre moyen de patients hospitalisés aux partisans d'un taux qui rapporte les décès au nombre d'admissions, dans le but de construire des indicateurs de mortalité annuels destinés à mesurer la performance de l'activité de soins des hôpitaux, notamment par des comparaisons dans le temps et entre hôpitaux. Selon C.A. Gallagher et A. Dobrin, « *the central problem between the two calculations is how to account for the critical element of observation time: that is, the number of days patients remain in hospitals or the amount of time there is an opportunity to observe a death* »²⁴².

²⁴¹ « Cet ajustement est important car les personnes dans les établissements pour mineurs ne se conforment pas à la durée d'exposition typique de 365 jours utilisée pour le calcul du risque en population générale. Dans l'absolu, il n'est pas possible de discerner ce que représente le véritable sens de la différence des taux entre les deux populations. » (traduction personnelle)

²⁴² « Le problème central soulevé par ces deux méthodes de calcul est comment appréhender l'élément critique que représente le temps d'observation : il peut être compris comme le nombre de jour que les patients passent à l'hôpital ou comme la période au cours de laquelle on est susceptible d'observer un décès. » (traduction personnelle)

Les auteurs présentent ensuite quatre études qui se sont intéressées au risque de suicide des mineurs en détention aux Etats-Unis (dont celles de M.G. Flaherty 1980, de J.M. Memory 1989 et leur propre étude de l'année précédente) et mettent en rapport le choix des indicateurs, les résultats obtenus et les enjeux politiques d'attribution de ressources pour la prévention du suicide en prison.

Les auteurs s'appliquent par ailleurs à comparer les propriétés des trois méthodes de calcul recensées. Ils leur donnent les noms de taux basé sur les lits ou sur la population moyenne journalière pour la méthode utilisée par J.M. Memory (1), taux basé sur les admissions pour la méthode utilisée par M.G. Flaherty (2), et taux ajusté basé sur les personnes pour leur propre indicateur (3) (respectivement « *a beds-based or average daily population rate, an admissions-based rate, and an adjusted person-based rate* »). Ils font cinq observations à propos de ces indicateurs. La première est que les indicateurs peuvent être regroupés en deux paires {(1) et (2)} et {(1) et (3)} à l'intérieur desquelles les indicateurs sont « *mathematically linked through the proportional volume of observation time.* »²⁴³ La seconde est que l'indicateur (1) distribuerait le risque de manière uniforme sur les 365 jours de l'année observée. La troisième observation est que l'indicateur (1) peut être compris à la fois comme le nombre de suicides rapporté au nombre moyen de lits occupés et comme le nombre de suicides rapporté au nombre de patients-jours. La quatrième observation est que l'indicateur (1) s'ajuste automatiquement à la durée de séjour (« *inherently adjusts for length of stay* ») mais que ce n'est pas le cas de l'indicateur (3). Si ce dernier s'ajuste dans un premier temps à la durée de séjour, une seconde étape « *standardizes the period of risk exposure so that the volume of time in which to observe the event in the numerator is equivalent to the period of person-risk exposure of the denominator* »²⁴⁴. On comprend à cette remarque que, pour les auteurs, l'indicateur (3) est une correction de l'indicateur (1) pour lequel le numérateur et le dénominateur porteraient sur deux périodes de tailles non équivalentes et qui devraient l'être. Enfin, la cinquième observation est que l'indicateur (2) donnerait toujours des fréquences de suicide plus faibles que les indicateurs (1) et (3).

En discussion, les auteurs indiquent que les taux basés sur les admissions ne sont pas adaptés pour comparer des populations avec des périodes d'observation différentes car ils ne tiennent pas compte de la durée d'exposition. Ils opposent ensuite le taux basé sur les lits qui selon eux

²⁴³ « mathématiquement liés à travers le volume proportionnel du temps d'observation » (traduction personnelle)

²⁴⁴ « standardise la période à risque de manière à ce que le volume de temps dans lequel on observe l'évènement au numérateur soit équivalente à la période d'exposition des personnes-risk au dénominateur. » (traduction personnelle)

répond à la question : « What is the risk of observing a suicide in a facility in a 1-year period? »²⁴⁵ et le taux ajusté basé sur les personnes, qui répond à la question : « What is the risk that a young person will commit suicide in a facility in a 1-year period? »²⁴⁶. Les auteurs pensent que la question la plus pertinente est la deuxième.

C.A. Gallagher et A. Dobrin trouvent une justification supplémentaire de leur taux ajusté basé sur les personnes dans les travaux de Rothman & Greenland (1998) et dans ceux de Bougnères (2003). Selon ces derniers, pour obtenir le nombre de personnes-années nécessaire au calcul d'un taux d'incidence, il faut multiplier la population moyenne par la durée de la période (« length of the period »). C.A. Gallagher et A. Dobrin considèrent que l'expression « length of the period » est ambiguë et qu'elle peut désigner soit la période d'observation (« observation period »), soit la durée moyenne de séjour (« average length of stay »). Ils ne considèrent pas que cette ambiguïté est source d'incertitude sur l'indicateur légitime mais conduit à la légitimation simultanée de deux indicateurs distincts : le taux basé sur les lits selon la première interprétation et leur taux ajusté basé sur les personnes selon la seconde interprétation. Ce dernier est rebaptisé « taux incident des personnes à risque » (« *person-risk incident rate* »).

S. Kim et al, 2007

En 2007, une équipe de chercheurs en épidémiologie et de fournisseurs de soins aux personnes détenues dans l'Etat de Chicago aux Etats-Unis publie l'article *Deaths in the Cook County Jail : 10-Year Report, 1995-2004* dans la revue *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. Ils s'y donnent pour objectifs de mieux comprendre les profils des personnes détenues décédées dans une grande prison locale de l'Etat de Chicago et d'en explorer les implications politiques qui en résultent dans la planification des soins.

Dans la section des méthodes, ils estiment qu'il est difficile de choisir un indicateur approprié pour mesurer la fréquence des décès, en raison du renouvellement rapide de la population carcérale. Ils écartent le nombre total d'incarcérations au dénominateur au profit de la population moyenne journalière, ce qu'ils justifient par un défaut de prise en compte de la durée par le premier (« *the rates based on the total number of incarcerations lack a time component* »). Les résultats présentent des taux de mortalité par cause dont le suicide (« *Age-*

²⁴⁵ « Quel est le risque d'observer un suicide dans un établissement sur un an ? » (traduction personnelle)

²⁴⁶ « Quel est le risque qu'une jeune personne se suicide dans un établissement sur un an ? » (traduction personnelle)

adjusted cause-specific mortality rates per 100,000 inmates per year calculated using the average daily census as a denominator. »)

D. Lester et B. Yang, 2008

En 2008, le psychologue D. Lester et l'économiste B. Yang publient dans le magazine *American Jails* un court article intitulé *Calculating Jail Suicide Rates : A Rebuttal to Michael O'Toole*.

Les auteurs ouvrent leur propos par la présentation d'un article de M. O'Toole de 1997 dans le même magazine, que je n'ai pas retrouvé (O'Toole). Dans cet article, M. O'Toole défend l'utilisation du nombre d'admissions contre la population moyenne journalière pour calculer la fréquence des suicides dans les prisons locales américaines. D. Lester et B. Yang reprennent ensuite les exemples fictifs développés par M. O'Toole et estiment que si on prend en compte les entrées, alors il faut également prendre en compte les sorties, en faisant une analogie un peu hasardeuse avec la situation financière d'un individu fictif. Ils proposent ensuite leur propre exemple fictif pour défendre l'idée que ce qui compte, c'est moins le nombre d'admissions que la taille moyenne de la population puisqu'à taille de population égale, quel que soit le nombre d'admissions, le personnel doit s'occuper au quotidien du même nombre de personnes détenues. Selon les auteurs, la focalisation sur les admissions a également une conséquence absurde sur la prévention du suicide qui est d'inciter à raccourcir la durée des incarcérations pour incarcérer plus de personnes, à personnel, budget et politiques égales. Se pose ensuite la question de la comparaison avec la population générale : puisque le taux de suicide en population générale est basé sur la population moyenne journalière, il faut utiliser la population moyenne journalière en prison pour une comparaison adéquate. En conclusion, ils estiment que baser le calcul de la fréquence des suicides dans les prisons locales sur les admissions rend l'indicateur obtenu inutile (« *useless* ») car 1) les « taux » de suicide dans différentes prisons locales ne peuvent pas être comparés et 2) la comparaison avec la population générale n'est pas possible. Les auteurs terminent avec cette phrase : cet indicateur n'a de sens que pour les administrateurs pénitentiaires des prisons locales qui souhaitent masquer la gravité du problème des suicides dans leurs établissements.

M. O'Toole, 2008

La même année et dans le même magazine *American Jails*, M. O'Toole, criminologue de formation, répond à D. Lester et B. Yang dans un article intitulé : *Response to David Lester and Bijou Yang*.

En introduction, l'auteur affirme maintenir la position qu'il a défendue dans son article de 1997, à savoir que pour mesurer le « taux » de suicide dans les prisons locales, se baser sur la population moyenne journalière est source de biais et qu'il faut tenir compte des admissions. Il rapporte à cette occasion que le Département de Justice des Etats-Unis utilise des données basées sur les admissions pour le calcul de la fréquence des suicides dans les prisons locales.

S'ensuit une série de six points de clarification. Dans le premier point, l'auteur rappelle qu'il considère que le taux basé sur la population moyenne journalière est invalide puisque qu'il est associé à un emprisonnement de long terme, alors que la moitié des suicides qu'il a observés sont survenus au cours des 24 premières heures de détention. Selon lui, il faut tenir compte des admissions, mais il n'appelle pas pour autant à baser le calcul seulement sur les admissions et laisse la détermination de l'indicateur le plus adapté aux statisticiens. Deuxièmement, l'auteur rappelle qu'il a illustré ses propos avec des données réelles et non à partir d'exemples fictifs. En troisième point, l'auteur affirme que le taux basé sur la population moyenne journalière est biaisé lorsqu'il est utilisé pour comparer des populations avec un nombre de personnes à risque très différents. Il donne l'exemple de la comparaison des prisons d'Etat avec les prisons locales. En quatrième point, il affirme qu'on ne peut pas faire de comparaison valide entre les prisons locales et la population générale parce que ces populations ont des caractéristiques individuelles différentes et que la prison est un milieu très particulier. En cinquième point, il indique que la prévention du suicide ne dépend pas (« *is not a function of* ») du nombre de personnels. Il ajoute que le fait que deux prisons soient de même taille, aient le nombre de personnels et le même budget ne les rend pas comparables sur le plan de la fréquence des suicides. Le sixième point affirme le caractère évitable des suicides.

Il fait quelques commentaires supplémentaires dans la deuxième partie de son travail dédiée à l'épidémiologie et la prévention des suicides dans les prisons locales. Il indique qu'étant donné que la moitié des suicides y surviennent dans les 48h, la majorité de la population à risque de suicide dans les prisons locales se situe dans les quartiers des arrivants et pas dans la population carcérale générale. Or, à population moyenne journalière égale, il y a beaucoup plus d'arrivants dans les prisons locales que dans les prisons d'Etat. Comparer ces deux types de prisons avec l'indicateur basé sur la population moyenne serait donc absurde. L'auteur présente ensuite l'évolution de la fréquence des suicides dans les prisons locales, à partir de la population

moyenne journalière et avec des valeurs exprimées pour 100 000 personnes détenues. Enfin, il cite la critique de J.C. Mumola et la reprend à son compte : l'indicateur basé sur la population moyenne journalière ne tient pas compte de l'ensemble des personnes entrées en prison et à risque de suicide au cours de l'année.

J. Baillargeon et al, 2009

En 2009, une équipe de recherche aux Etats-Unis en épidémiologie et psychiatrie publie dans la revue *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* un article intitulé *Psychiatric Disorders and Suicide in the Nation's largest State Prison System*. Ils s'y donnent pour objectif, selon leur formulation, d'examiner l'association des troubles psychiatriques et des suicides dans la population des prisons de l'Etat du Texas aux Etats-Unis.

Ils mesurent la « prévalence » du suicide (« *prevalence of suicide* ») au sein d'une cohorte rétrospective en divisant le nombre de suicides observé entre le 1^{er} septembre 2006 et le 1^{er} septembre 2007 par le nombre de personnes incarcérées pour n'importe quelle durée au cours de la période observée. J'interprète ici le dénominateur comme la somme des personnes présentes au 1^{er} septembre 2006 et des entrées au cours de la période d'observation. Les choix méthodologiques ne sont pas discutés. Les différentes « prévalences » de suicide par sous-groupes sont comparées à l'aide d'une régression de Poisson. La « prévalence » globale de suicide en prison est comparée avec la fréquence en population générale (appelée « taux de suicide » en introduction et « prévalence de suicide » dans la discussion).

L. Hayes, 2010

En 2010, le Département de Justice des Etats-Unis publie, sous la plume de L. Hayes, un rapport intitulé *National Study of Jail Suicide: 20 years later*. Comme le suggère le titre, ce rapport s'inscrit dans la continuité d'autres rapports sur le même sujet. L'avant-propos indique que ce rapport présente les données les plus complètes et les plus actuelles sur l'étendue et la distribution des suicides de personnes détenues à travers le pays.

Le dernier chapitre avant la conclusion traite de deux « special considerations » dont les taux de suicide dans les prisons locales. L'autrice rapporte que la réponse à la question « quel est le taux de suicide dans les prisons locales du pays ? » suscite des controverses, citant Lester and Yang, Metzner et O'Toole. Les indicateurs les plus utilisés utilisent la population moyenne journalière et les admissions annuelles en prison. Elle évoque également la position de certains

professionnels pénitentiaires qui arguent que le taux de suicide devrait être basé sur l'ensemble des personnes passées par la prison chaque année, chacun d'entre étant à risque de suicide.

L'autrice essaie ensuite de peser le pour et le contre entre la population moyenne journalière et les admissions. Elle montre d'abord que ces indicateurs donnent des résultats différents dans une population à renouvellement rapide comme les prisons locales. Elle cite ensuite Mumola pour déplorer le manque de données disponibles sur les admissions et justifier l'intérêt de la population moyenne journalière par le fait qu'au cours d'une année donnée, la majorité des individus passent moins de temps en prison qu'à l'extérieur. Elle reprend ensuite l'argumentation de Mumola en faveur de la somme des personnes présentes en début de période et des entrées au dénominateur (« *at-risk measure of mortality* »), lorsque les données sont disponibles. Elle estime ensuite que les comparaisons avec la population générale doivent utiliser le même indicateur que celui calculé pour la population générale, c'est-à-dire basé sur la population moyenne journalière.

L'autrice revient ensuite à la question de la mesure de la fréquence des suicides dans les prisons locales de son pays. Elle cite Stone, qui indique le renouvellement rapide de la population des prisons locales pose un problème pour la mesure des taux de suicide. Son explication n'est pas très claire : « ce qu'il se passe dans les prisons locales est que de grands effectifs d'une population à risque élevé de suicide sont soumises à de courts séjours. On peut dire que les prisons locales 'testent' le potentiel suicidaire d'un groupe à risque. » Je ne vois pas en quoi ça remet en cause l'indicateur, pour moi ça fournit plutôt une hypothèse interprétative des différences susceptibles d'être observées.

Espagne

A. Bedoya et al, 2009

En 2009, A. Bedoya et ses collègues du département de Justice de Catalogne en Espagne publie dans la revue *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* un article intitulé *Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado*. Ils s'y donnent pour objectif d'analyser l'incidence des suicides dans les prisons catalanes et d'accumuler des données sur des variables déjà étudiées dans d'autres populations carcérales.

En partie méthodes, ils indiquent calculer la fréquence des suicides survenus entre 1990 et 2005 en utilisant au dénominateur la population moyenne admise (« *ingresada* ») chaque année. Les résultats présentent une incidence de suicide par an (« *incidencia anual media del suicidio* »),

pour 100 000 détenus. Pour certaines années, ils sont comparés avec l'incidence du suicide en population générale, exprimée en pourcentage.

France

Les références françaises sont principalement issues du travail de B. Aubusson de Cavarlay dans son intervention « Choisir le bon indicateur », lors d'une journée d'étude sur le suicide en prison de la Direction de l'administration pénitentiaire en 2010.

J.C. Chesnais, 1976

En 1976, le démographe J.C. Chesnais se pose la question suivante dans un article de la *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* : « *L'univers carcéral est-il donc générateur foncièrement pathogène d'un surcroît de suicides? Ou s'agit-il, au contraire, d'un îlot préservé, du fait de son isolement et de ses règles de fonctionnement interne ?* ». Pour y répondre, il s'applique à comparer la fréquence des suicides des personnes détenues à celle observée en population générale. Arguant de la nécessité de « *mettre en parallèle le nombre des suicides et celui des individus incarcérés* », il propose, pour chaque année calendaire, de rapporter le nombre de suicides observés à la population carcérale moyenne, soit de calculer des taux d'incidence. La méthode de calcul du taux de suicide en population générale n'est pas précisée mais est a priori identique.

Dans une note de bas de page, J.C. Chesnais écarte un autre dénominateur : le « *nombre d'incarcérations* », qui correspond a priori au nombre d'entrées en prison observées sur l'année calendaire. L'indicateur qui en résulterait serait biaisé, au motif que « *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.* »

P.V. Tournier et P. Chemithe, 1979

En 1979, le démographe P.V. Tournier et le magistrat P. Chemithe publient, dans un rapport du Ministère de la Justice, une *Contribution statistique à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral*. Dans le but de « *rendre possible des comparaisons entre catégories de détenus à travers le temps* », ils construisent des taux d'incidence de suicide, appelés « *taux de*

suicidité », par la même méthode que J.C. Chesnais. Lorsque ces taux sont calculés sur plusieurs années calendaires, ils sont divisés non plus par la population moyenne mais par le produit de la population moyenne et du nombre d'années. Plus loin dans le texte, ils précisent que cet indicateur est un « *taux* » et a pour objectif de mesurer « *la fréquence d'apparition d'un évènement dans une population* ».

Les auteurs citent et critiquent un indicateur relevé dans d'autres travaux : le rapport entre les suicides et « *le nombre total d'individus ayant passé une journée au moins dans les prisons (population au 1er janvier + entrants dans l'année)* ». Les auteurs avancent un argument similaire à celui de J.C. Chesnais, en précisant cette fois le sens du biais attendu : « *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* ». Et de poursuivre : « *un taux se définit toujours comme le rapport d'un nombre d'évènements à un stock moyen et non à la somme d'un stock initial et d'un flux d'entrées* ».

J. Favard, 1981

En 1981, le magistrat J. Favard publie le livre *Le labyrinthe pénitentiaire*, auquel il consacre un chapitre sur les suicides en détention. Il y rapporte des débats entre ceux qui « *veulent à tout prix qu'on se suicide moins en prison qu'en liberté* » et ceux qui « *affectent d'ignorer que l'on se suicide également beaucoup en milieu libre* ». L'enjeu est donc ici la comparaison de la fréquence des suicides en milieu libre et en population générale. A la suite d'un article dans *Le Monde* qui, avec une « *plume incisive, dénonçait le fait que 37 suicides venaient d'avoir lieu en 1972* », le directeur de l'administration pénitentiaire déclare que « *la moyenne des suicides constatés dans les prisons est au plus égale à celle qui s'établit pour la population totale de la France* ». Pour appuyer cette affirmation, l'administration pénitentiaire compare la fréquence des suicides en population générale fournie par le ministère de la Santé publique avec le rapport entre le nombre de suicides de personnes détenues et le nombre d'entrées en prison.

J. Favard compare, dans un discours nuancé, le rapport entre le nombre de suicides et le « *nombre total de détenus ayant séjournés en prison au cours de l'année* », mis en avant par l'auteur, avec le taux d'incidence, « *la méthode habituellement employée en démographie* ». A l'encontre du premier, il cite la critique formulée par J.C. Chesnais et celle de P.V. Tournier et P. Chemithe, qui pourtant ciblaient a priori deux indicateurs différents. Il y répond par la

remarque suivante : « *Tout dépend, finalement, de la plus ou moins grande fréquence des suicides se produisant dans les premiers temps de l'écrou. En, effet, lorsque ce phénomène prend de l'importance on ne peut plus dire que le prisonnier séjournant toute l'année présente autant de risques que 365 détenus écroués pour une journée. Car alors dans le premier cas, le risque n'est fort qu'au début de l'incarcération, sans être aucunement accru par la durée du séjour. Tandis que dans le second, il y a 365 risques de traumatismes d'incarcération.* »

N. Bourgoïn, 1993

En 1993, le démographe et sociologue N. Bourgoïn publie l'article *Le suicide en milieu carcéral* dans la revue *Population* de l'INED. Dans un contexte d'« *intérêt constant de la part de l'Administration pénitentiaire et des observateurs du monde des prisons.* » suite à « *crise de sursuicidité carcérale [...] qui s'amorce dès 1972*», il étudie simultanément l'évolution de la fréquence des suicides des personnes détenues au cours du temps et sa comparaison avec la fréquence du suicide en population générale. A cette fin, il calcule des taux d'incidence en rapportant « *les effectifs annuels à ceux des détenus-année* ». Les détenus-année sont le produit de la population moyenne et du nombre d'année d'observations.

Dans une note de bas de page, il cite J. Favard : « *Dans certaines études [8], il a été proposé de rapporter les effectifs des suicides annuels à ceux des individus ayant séjourné en prison au cours de l'année considérée (effectif au 1er janvier + entrants de l'année).* ». Il critique cet indicateur avec un argument similaire à celui de P.V. Tournier et P. Chemithe : « *cette méthode sous-estime de manière évidente la fréquence des suicides en ne tenant pas compte du lien qui existe entre le risque de suicide et la durée de la détention.* »

N. Bourgoïn, 1994

L'année suivante, N. Bourgoïn publie sa thèse portant sur les suicides des personnes détenues qui présente notamment l'évolution du taux de suicide en prison et sa comparaison avec le taux en population générale. Les taux de suicide sont calculés pour une période d'un an et dans une note de bas de page, il explique que ce taux consiste à rapporter le nombre de suicide à un stock moyen. Citant Chesnais, l'auteur estime que cet indicateur fait l'hypothèse d'un risque de suicide constant tout au long de la durée de détention. Cette hypothèse n'est en pratique pas respectée, ce qui l'amène à considérer l'indicateur proposé par J. Favard, qu'il rejette néanmoins sur la base de l'argument formulé par P. Tournier, cité plus haut. N. Bourgoïn retient

au final le taux de suicide « dans la mesure où elle a très peu de chances de biaiser l'analyse différentielle de la suicidité ». Au vu du contexte de cette note, cette « analyse différentielle » renvoie a priori à une comparaison entre prison et population générale.

B Aubusson de Cavarlay, 2009

En 2009, l'ingénieur B. Aubusson de Cavarlay, directeur de recherche CNRS au CESDIP (Centre de recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales), publie une *Note sur la sursuicidité carcérale en Europe : du choix des indicateurs* dans la revue *Champ pénal*. Cette publication intervient peu après la parution d'un article du journal *Le Monde* qu'elle cite et intitulé : « *La France reste parmi les pires élèves du Conseil de l'Europe* ». Le journal fait référence au dernier rapport SPACE (Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe) qui montre que la France présente un taux de suicide en prison parmi les plus élevés d'Europe. Dans son article, B. Aubusson de Cavarlay propose de reprendre les données du rapport SPACE et de décliner les comparaisons européennes selon plusieurs indicateurs de fréquence des suicides en prison.

Afin de justifier l'introduction de son propre indicateur, l'auteur s'applique dans un premier temps à décrire les limites de l'indicateur utilisé par les rapports SPACE. Ces rapports construisent des taux d'incidence annuels en divisant le nombre de suicides observés par la population pénitentiaire au premier septembre. L'auteur porte la critique suivante : « *L'inconvénient le plus significatif vient de l'hétérogénéité de dimensions des deux nombres mis en rapport : le nombre de suicides concerne l'ensemble des personnes ayant été détenues une année donnée tandis que la population au 1er septembre ne compte évidemment que les présents à cette date.* ». On est tentés d'en déduire que l'auteur assigne à l'indicateur de fréquence des suicides un objectif de mesure de la part des personnes détenues décédées par suicide au cours de l'année calendaire. A ce titre, le dénominateur est censé représenter un nombre de personnes et comprendre toutes les personnes ayant été détenues dans l'année. Le taux d'incidence ne répondant pas à cette attente, B. Aubusson de Cavarlay propose l'introduction, pour les comparaisons européennes, de l'indicateur qui résulte du rapport en le nombre de suicides et l'ensemble des personnes ayant été détenues dans la même période. Il donne à ce dénominateur le nom de « file active », en référence au nom donné à l'ensemble des personnes malades suivies par un soignant ou par une structure de soins sur une période donnée. Aussi, il souligne que cette file active des personnes est à distinguer de la file active des détentions (une personne incarcérée deux fois dans l'année compterait pour une personne dans

le premier cas et pour deux incarcérations dans le second). Cependant, la file active des détentions est utilisée par défaut de données disponibles pour calculer la file active des personnes.

Pour appuyer l'intérêt de cette file active, il présente pour les comparaisons européennes un autre argument, qui rappelle celui de J. Favard pour la comparaison avec la population générale : « *étant donné que l'on s'accorde à penser que le risque de suicide des détenus est le plus fort au moment de l'entrée en prison, un pays ayant un nombre relatif d'entrées plus important (pour un stock donné) devrait, toutes choses égales par ailleurs, présenter un nombre de suicides en prison relativement plus important. Si partout en Europe les suicides en prison ne survenaient qu'au moment de l'entrée, l'indicateur pertinent serait alors le rapport du nombre annuel de suicides au nombre annuel d'entrées. Comme ce n'est pas le cas, la file active (personnes ayant connu une période d'incarcération pendant une année donnée) semble un choix logique* ». L'auteur utilise le risque élevé de suicide au début de l'incarcération pour sous-entendre que les comparaisons seraient faussées, d'une part si on utilisait le taux d'incidence, au motif que les pays avec une durée moyenne d'incarcération plus courte devraient avoir un taux d'incidence de suicide plus élevé, et d'autre part si on utilisait le rapport entre suicides et nombre d'entrées, au motif que ce risque au moment de l'entrée n'explique pas à lui seul l'ensemble des suicides. La méthode de la file active se présente alors comme l'indicateur du compromis, reflétant une situation intermédiaire entre les deux extrêmes d'un risque homogène pendant l'incarcération et d'un risque circonscrit à l'entrée en prison.

L'auteur calcule par ailleurs des rapports de « sursuicidité carcérale », qui consistent à diviser la fréquence des suicides des personnes détenues par la fréquence des suicides en population générale. Pour chaque pays, deux rapports sont calculés : il divise le taux d'incidence en prison d'une part, et les suicides en prisons rapportés à une file active d'autre part, par le taux d'incidence en population générale. A travers ces calculs, l'auteur suggère que les deux indicateurs de fréquence des suicides en prison sont également comparables au taux de suicide en population générale.

G. Duthé et al., 2009

Fin 2009, l'institut national d'étude démographique publie, en collaboration avec la Direction de l'administration pénitentiaire, un article dans sa revue *Population et sociétés* intitulé : *Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens*. Les auteurs comparent en France la

fréquence des suicides entre la prison et la population générale, l'évolution parallèle dans le temps de la fréquence des suicides en prison et de la surpopulation carcérale, le risque de suicide selon la catégorie pénale puis comparent la France avec les pays de l'Europe des Quinze.

Les auteurs calculent des taux de suicide d'abord « *en rapportant le nombre de suicides de l'année à la population moyenne écrouée durant la même période* ». S'appuyant sur les travaux de B. Aubusson de Cavarlay, ils estiment que la population moyenne « *ne reflète cependant qu'imparfaitement les personnes ayant séjourné en prison au moins une fois au cours de l'année. Celles, nombreuses, ayant effectué un séjour court, de quelques semaines ou quelques mois, peuvent échapper au décompte. Une façon d'en tenir compte est de calculer le nombre annuel de séjours, c'est-à-dire le nombre d'individus mis sous écrou au moins une fois dans l'année, quelle que soit la durée de leur séjour.* ». Ils utilisent ce second indicateur pour comparer la fréquence des suicides selon le type d'infraction et, aux côtés du premier indicateur, pour comparer le taux de suicide en prison entre les pays européens. Les auteurs indiquent par ailleurs que « *si un grand nombre de suicides survient au cours des premiers mois d'incarcération, il faut s'attendre en toute logique à davantage de suicides dans les pays où les flux d'entrées et de sortie de prison sont relativement importants, et les durées de séjour courtes, comme au Danemark.* ». Les deux indicateurs sont jugés également comparables au taux de suicide en population générale.

B Aubusson de Cavarlay, 2010

Le travail de B Aubusson de Cavarlay publié en 2009 est présenté en 2010 à une journée d'étude internationale sur le suicide en prison organisée par la Direction de l'administration pénitentiaire. Dans son intervention, il liste les arguments des précédents auteurs présentés ci-dessus. Alors que les critiques de P.V. Tournier, P. Chemithe et N. Bourgoïn ciblent justement la file active que défend B. Aubusson de Cavarlay, ce dernier estime que ces critiques sont en fait adressées à un l'indicateur basé sur le nombre d'entrées en prison (à moins qu'il s'agisse d'une erreur de retranscription de son intervention).

Les arguments de l'auteur semblent avoir reçu un certain écho, dans la mesure où les travaux suisses présentés au cours de la même journée ont tenu compte « *de sa recommandation d'analyser, outre les taux sur effectifs, les taux sur la « file active »* », où la méthode de la file active a été reprise dans des travaux de l'Institut Nationale d'Etudes Démographiques (INED)

en décembre 2009 et où la Direction de l'administration pénitentiaire utilise aujourd'hui la méthode de la file active dans ses rapports internes.

D. Fassin, 2022

L'anthropologue, sociologue et médecin de santé publique D. Fassin a coordonné la publication de l'ouvrage *Vies invisibles, morts indicibles* en 2022, issu d'un Colloque qui s'est tenu au Collège de France en 2021 et dans lequel il a rédigé un chapitre intitulé *Morts physiques et morts sociales dans le monde carcéral*. Dans ce chapitre, l'auteur traite du suicide et de différentes formes d'isolement en prison et par la prison, qui symbolisent respectivement la mort physique et de la mort sociale, en faisant des allers-retours entre la situation française et celle des Etats-Unis d'Amérique.

Au moment de comparer la fréquence des suicides en France et aux Etats-Unis, l'auteur se demande si, pour mesurer la fréquence des suicides dans les prisons locales états-uniennes, le ratio des suicides sur les entrées en prison ne serait pas plus pertinent que le ratio des suicides sur les personnes présentes à un moment donné. Il appuie sa réflexion par une citation des travaux de C.J. Mumola, ce dernier considérant que la division du nombre de suicides par la somme des personnes présentes au 1^{er} janvier et des admissions dans l'année est l'indicateur le plus adapté pour la mesure de la fréquence des suicides dans les prisons locales (cf plus haut).

D. Fassin remarque que la valeur numérique obtenue par l'indicateur alternatif est dix fois plus élevée que l'indicateur de référence, ce qui selon lui donnerait un « taux » pour les prisons locales états-uniennes 30 fois inférieur à celui observé pour les prisons françaises.

Irlande

P. O'Mahony, 1994

En 1994, A. Liebling et T. Ward publient l'ouvrage *Deaths in custody*, qui reprend une série de travaux présentés lors d'une conférence internationale sur les décès en prison organisée au Royaume-Uni par l'*Institute for the Study and Treatment of Delinquency*. Le chapitre *Prison suicide rates: what do they mean?*, écrit par le criminologue et psychologue P. O'Mahony, est consacré aux indicateurs de fréquence des suicides en prison.

Dans ce chapitre, P. O'Mahony se donne pour objectif d'examiner « *the assumptions underlying both the daily average population rate and the receptions rate, thus facilitating a more informed*

decision about the relative validity of the two rates in the calculation of prison suicides. »²⁴⁷

L'auteur définit en introduction le taux d'incidence (« *incidence rate* ») sur un an, par la formule suivante :

$$\frac{\text{Number of events in a year}}{\text{Number of people at risk during the year}} * 100\ 000$$

L'expression « *number of people at risk during the year* » est équivoque et l'auteur précise qu'il s'agit de personnes-années (« *man-years* »), dans la mesure où chaque individu à risque est généralement observé pendant une personne-année (« *man year* »). Plus loin, il désignera cet indicateur par l'expression « *taux basé sur la population moyenne journalière* » (« *daily average population rate* »).

L'auteur s'attache ensuite à décrire les limites de ce taux basé sur la population moyenne journalière. Il estime que cet indicateur fait l'hypothèse que le risque de suicide est constant au cours du temps et que cette hypothèse rend équivalentes une personne observée pendant 1 an et 4 personnes observées pendant 3 mois. Or, l'hypothèse de risque constant ne semble pas vérifiée en pratique : le risque de suicide est réputé plus élevé dans les premiers jours de détention. Par conséquent, le risque accumulé au cours d'une personne-année partagée par plusieurs prisonniers aura tendance à être plus élevée que le risque d'une seule personne observée pendant un an. On retrouve ici l'argument selon lequel la variation du risque de suicide au cours de l'incarcération rend le taux d'incidence impropre à la comparaison. Selon l'auteur, ce constat a conduit le gouvernement britannique (*Home office*) à abandonner cet indicateur quelques années plus tôt, pour lui préférer le rapport entre suicides et entrées en prison (« *receptions rate* »).

Un autre reproche que P. O'Mahony fait à cet indicateur est la possibilité théorique d'observer plusieurs suicides pour une même personne-année, lorsque cette personne-année est partagée par plusieurs personnes. Il en déduit que, théoriquement, il est possible que le taux de suicide dépasse le seuil maximal de 100%. L'attribution par l'auteur d'un seuil maximal à 100% suggère que celui-ci donne au taux de suicide l'objectif de mesurer la part des personnes détenues qui décèdent par suicide.

P. O'Mahony s'applique ensuite à défendre le taux basé sur les entrées en prison. Il cite l'objection selon laquelle ce taux ne prend pas en compte la durée d'incarcération, qu'il écarte

²⁴⁷ « Les hypothèses sur lesquelles reposent le taux basé sur la population moyenne journalière et le taux basé sur les entrées en prison, dans le but de faciliter une décision mieux informée sur la validité relative de ces deux taux pour le calcul des suicides en prison. » (traduction personnelle)

avec l'argument suivant : « *since the receptions rate is frequently used for comparison with other rates like the general population rate, which are invariably based on time, such conceptual approaches can be readily dismissed.* »²⁴⁸. Il remarque cependant que toutes les personnes qui décèdent par suicide ne font pas nécessairement partie des personnes à risque au dénominateur, puisqu'il peut s'agir de personnes qui sont entrées en prison avant le début de la période d'observation, soit avant le début du décompte des entrées. Il l'interprète comme une anomalie, dans la mesure où toutes les personnes susceptibles de se suicider une année donnée doivent faire partie des personnes à risque. L'auteur propose de la corriger en rajoutant les personnes présentes en début de période au dénominateur. P. O'Mahony donne à ce nouvel indicateur le nom de « *revised receptions rate* ».

Une partie de son argumentation s'appuie sur l'exemple fictif d'une prison avec une population moyenne de 1000 personnes et 3000 entrées par an. Comme il estime que cette situation correspond à une durée moyenne d'incarcération de 3 mois, alors qu'elle est en réalité de 4 mois, les déductions qu'il fait de cet exemple sont erronées et ne seront par conséquent pas commentées.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur revient sur les limites du taux basé sur la population moyenne journalière. Il nuance sa première critique en citant des travaux de recherche qui montrent que l'excès de risque de suicide au début de l'incarcération n'est pas très important. Par ailleurs, pour se protéger du risque de dépasser 100% de suicides au cours d'une année donnée, il propose, dans le cas où plusieurs suicides surviennent la même année pour la même place de prison, de ne compter qu'un seul suicide pour cette place. Enfin, il soulève la difficulté de comparer des personnes en population générale observées pendant un an avec des personnes détenues observées pendant une période plus courte mais affirme que cette difficulté peut être contournée en considérant en prison non plus des personnes (« *man-year* ») mais des places de prison observées également pendant un an (« *unit-year* »). A la suite de ces considérations, il conclut en affirmant que cet indicateur est finalement le plus pertinent, le plus stable et le plus fiable pour mesurer la fréquence des suicides, y compris pour comparer différentes prisons, l'évolution des suicides dans le temps ou les prévenus avec les condamnés, en préconisant toutefois de faire apparaître le nombre moyen d'incarcérations par personne-année afin de donner une idée du turn over des personnes détenues.

²⁴⁸ « Dans la mesure où le taux basé sur les entrées en prison est fréquemment utilisé pour la comparaison avec d'autres taux comme le taux en population générale, qui invariablement prennent en compte la durée, de telles approches conceptuelles peuvent être facilement rejetées. » (traduction personnelle)

Nouvelle-Zélande

K. Skegg et B. Cox, 1993

En 1993, les universitaires néozélandais K. Skegg et B. Cox, qui travaillent respectivement dans un département de médecine psychologique et dans un département de médecine préventive et sociale, publient dans la revue *The New Zealand Medical Journal* un article intitulé *Suicide in custody : occurrence in Maori and nonMaori New Zealanders*. Ils s'y donnent pour objectif de déterminer si le peuple Maori est particulièrement vulnérable au suicide en prison.

En partie méthodes, ils indiquent utiliser le nombre de personnes entrantes comme mesure de la population carcérale (« measure of prison population »), ce qu'ils justifient par la disponibilité de données qui permettent de faire des mesures en sous-groupes (groupe ethnique et âge). Les prévenus et les condamnés sont étudiés de manière séparée. En partie résultats, les taux de suicide sont exprimés pour 100 000 prisonniers distincts admis par an, de manière séparée pour les prévenus et les condamnés. On ne sait pas très bien, comme pour d'autres études, si les admissions se font uniquement depuis l'état de liberté ou également depuis d'autres établissements. De plus, on ne sait pas dans quel groupe sont pris en compte les suicides de personnes condamnées qui étaient prévenues au moment de l'admission. Les auteurs expliquent que les « taux » de suicide qu'ils calculent ne sont pas comparables entre prévenus et condamnés car les premiers ont des durées de détention beaucoup plus courtes. En discussion, ils indiquent que le dénominateur qu'ils ont utilisé pour mesurer la fréquence des suicides donne du poids à l'admission en prison plutôt qu'à la durée d'emprisonnement.

Royaume-Uni

D.O. Topp, 1979

Le psychiatre D.O. Topp publie en 1979 dans la revue *British Journal of Psychiatry* un article intitulé *Suicide in prison*, dans lequel il se donne pour objectif de mettre à jour le sujet des suicides des personnes détenues au Royaume-Uni, à partir d'une analyse des cas survenus entre 1958 et 1971.

La fréquence des suicides des personnes détenues au Royaume-Uni est présentée alternativement à l'aide de deux indicateurs : le nombre de suicides pour une population moyenne journalière de 100 000 (« 100,000 daily average population ») et le nombre de

suicides pour 100 000 admissions (« *per 100,000 receptions* »). L'auteur ne commente pas le choix de ces indicateurs. Le travail présenté ne contient pas les données nécessaires à la vérification des formules mathématiques présumées. L'ordre de présentation des résultats et des éléments de méthode laissent penser qu'en cas de calcul sur plusieurs années, le premier indicateur a été obtenu en divisant le nombre moyen de suicides par an par la population moyenne journalière de la période.

S.A. Backett, 1987

Le psychiatre S.A. Backett publie en 1987 dans la revue *British Journal of Psychiatry* un article intitulé *Suicide in Scottish Prisons* dans lequel il se donne pour objectif de décrire les caractéristiques d'un groupe de prisonniers qui ont commis un suicide. Il se propose également de calculer un taux de suicide en utilisant la population moyenne journalière. Il précise que cet indicateur est utilisé par défaut de données disponibles pour calculer un indicateur qui serait plus adapté. En effet, le taux d'incidence qu'il calcule est jugé non comparable au taux de suicide en population général, en raison du caractère changeant de la population carcérale et devrait être corrigé.

E. Dooley, 1990

Le psychiatre E. Dooley publie en 1990 dans la revue *British Journal of Psychiatry* l'article *Prison Suicide in England and Wales, 1972-87* où il se donne pour objectif de décrire les caractéristiques d'un grand nombre de suicides et d'essayer d'en évaluer les motifs.

Il présente dans ses résultats l'évolution de la fréquence des suicides entre 1972 et 1987 par tranches de 4 ans et à l'aide de deux indicateurs : « *suicides per 100 000 receptions* » et « *suicides per 100 000 ADP* » (ADP = population moyenne journalière). Les chiffres du tableau 1 pour le deuxième indicateur ne correspondent pas au rapport entre le nombre de suicides et la population moyenne journalière ; la durée de la période d'observation est intégrée dans les calculs selon une méthode non précisée (les taux de suicide ne sont même pas annoncés en partie méthodes). La discussion ne commente pas non plus ces choix méthodologiques et se contente de rappeler les résultats, à savoir une augmentation de la valeur numérique de ces deux indicateurs au cours du temps.

A. Liebling, 1992

La criminologue anglaise A. Liebling publie en 1992 un livre intitulé *Suicides in prison*. Le premier chapitre du livre est consacré à une revue de la littérature sur la fréquence des suicides des personnes détenues et les facteurs associés, ainsi qu'à une discussion sur les indicateurs de fréquence des suicides.

La deuxième partie du premier chapitre commence avec la présentation de la fréquence des suicides en prison dans différents pays et sa comparaison avec le taux de suicide en population générale. Cette présentation rapporte exclusivement, pour les personnes détenues, des taux de suicide en basés sur la population moyenne journalière. La chercheuse s'attache ensuite à décrire les défauts de cet indicateur, notamment lorsqu'il s'agit de comparer la fréquence des suicides en prison avec le taux de suicide en population générale. Elle attire l'attention sur le fait que le nombre de personnes détenues à risque de suicide pour des périodes de temps variables (« *varying periods of time* ») est largement supérieur à la population moyenne journalière dans la plupart des prisons, au vu du renouvellement rapide de la population carcérale. Selon elle, c'est un problème notamment parce que ce renouvellement rapide amène à une représentation importante du début de l'incarcération et de la détention provisoire qui sont des périodes à risque élevé de suicide.

A. Liebling cite ensuite plusieurs études qui ont calculé un « taux » basé sur les entrées en prison (« *rates using annual reception figures* ») (Bernheim 1987, Scott-Denoon 1984, Dooley, 1990), avant d'affirmer que cet indicateur aussi est biaisé. Il pourrait sous-estimer le taux annuel de suicide en prison, car la durée moyenne de détention est inférieure à un an, notamment au Royaume-Uni, ce que l'auteure montre à partir de données officielles.

Elle cite ensuite deux études qui ont rapporté les suicides observés en détention à des détenus-années (« *inmate-years* »), ce qu'elle considère comme un effort pour améliorer les méthodes de calcul des deux indicateurs précédents. L'une d'entre elles, présentée par Winfree à un congrès aux Etats-Unis en 1985, est commentée en détails (Winfree, 1985). Les indicateurs présentés sont standardisés sur le genre, l'ethnie et l'âge, dans un contexte de comparaison avec la fréquence des suicides en population générale. A. Liebling ajoute que l'indicateur annuel approprié se situe quelque part entre la population moyenne journalière et le taux annuel basé sur les admissions et utilise un temps moyen d'exposition ou un temps moyen de détention (« *The appropriate annual base figure lies between the ADP and the annual reception rate, using an average time of exposure or average length of time spent in custody (the 'exposure to risk factor', or 'person-years-at risk')* »). Elle rapporte ensuite les valeurs obtenues par

Winfree, exprimées pour 100 000 personnes-années à risque, ainsi que sa suggestion de diviser les ratios obtenus sur la base de la population moyenne par trois, sans doute dans le but de comparer la fréquence des suicides en prison et en population générale. A. Liebling estime qu'au vu du ratio entre les entrées et la population moyenne journalière particulièrement élevé aux Etats-Unis, l'application de cette division par trois devrait conduire à une sous-estimation importante de la fréquence relative des suicides en prison dans de nombreux pays.

A. Liebling attire enfin notre attention sur une étude menée par les autorités canadiennes (Correctional Service Canada, 1981), qui ont calculés des taux de suicide basés sur les détenus-années de détention, précisant entre parenthèses une durée (de détention ?) égale à 6 ans et 7 mois (« *inmate-years served (i.e. 6 years 7 months)* »). Au vu des réflexions qu'elle a développées précédemment, A. Liebling estime que les résultats obtenus dans l'étude canadienne sont plusieurs fois inférieurs à ceux calculés sur la base de la population moyenne journalière.

A la fin du chapitre, A. Liebling conclue à la nécessité d'un dénominateur qui prend en compte à la fois le renouvellement de la population carcérale (ce que font les personnes-années selon elle) et les caractéristiques sociodémographiques des populations comparées.

A. Liebling, 1994

La criminologue anglaise A. Liebling publie en 1994 dans la revue *The Howard Journal of Criminal Justice* un article intitulé *Suicide Amongst Women Prisoners*, où elle souhaite attirer l'attention sur le risque de suicide élevé également chez les femmes détenues et explorer les causes de suicide qui pourraient leur être spécifiques. Pour démontrer que les suicides sont, relativement à la population incarcérée, aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes, elle calcule des taux de suicide chez les femmes basés à la fois sur la population moyenne journalière et sur les admissions, qu'elle compare aux mêmes indicateurs chez les hommes. Ces choix méthodologiques ne sont pas commentés.

J. Bogue et K. Power, 1995

Les psychologues J. Bogue et K. Power publient en 1995 dans la revue *Journal of Forensic Psychiatry* un article intitulé *Suicide in Scottish Prisons, 1976-93*. Ils s'y donnent pour objectif de décrire les caractéristiques des personnes détenues décédées par suicide en Ecosse sur cette période et d'étudier les évolutions temporelles de la fréquence des suicides. En introduction, ils

estiment que la comparaison du taux de suicide en prison basé sur la population moyenne journalière avec le taux de suicide en population générale est problématique, sans plus de précisions. Dans leurs résultats, ils présentent deux indicateurs de fréquence des suicides : « *suicides per 100,000 ADP* » et « *suicides per 100,000 receptions* », tous les deux qualifiés de « taux de suicide ». Ils examinent l'évolution temporelle de ces deux indicateurs par tranches de 4 ans comme pour E. Dooley (Dooley, 1990). La méthode basée sur la population moyenne journalière (« ADP ») ne correspond pas strictement au rapport entre le nombre de suicides et le population moyenne journalière mais prend en compte la durée de 4 ans de chaque période avec une méthode non précisée.

En discussion, les auteurs relèvent que parmi les suicides, les prévenus sont surreprésentés par rapport à la population moyenne journalière mais pas par rapport aux entrées. Ils en déduisent, en s'appuyant sur les livres publiés par Lloyd et Liebling (Lloyd 1990, Liebling 1992) que l'indicateur basé sur la population moyenne journalière est biaisé. La démonstration est la suivante : les prévenus ont une vitesse de renouvellement importante et passent moins de temps en prison que les condamnés, ce qui a pour résultat que les admissions seront plus nombreuses pour les prévenus et qu'ils seront donc plus nombreux à être exposés au risque de suicide pendant la phase la plus stressante de l'incarcération²⁴⁹. Les prévenus et les condamnés semblent être appréhendés par les auteurs comme des populations distinctes et non comme différents stades d'incarcérations communes. Ils poursuivent en affirmant que, dans la mesure où les prévenus constituent un pourcentage plus élevé des entrées en prison en Ecosse qu'en Angleterre et au Pays de Galles, le taux de suicide devrait être plus élevé en Ecosse. D'un autre côté, ils estiment que cet effet devrait être annulé par la plus faible durée moyenne de détention provisoire en Ecosse. On a l'impression qu'ils raisonnent comme si le taux de suicide basé sur la population moyenne journalière était un pourcentage.

G.J. Towl et D.A. Crighton, 1998

En 1998, G.J. Towl et D.A. Crighton, psychologues à l'université de Cambridge au Royaume-Uni, publient dans la revue *Criminal Behaviour and Mental Health* une étude descriptive de 377 décès auto-infligés de personnes détenues en Angleterre et au pays de Galles.

²⁴⁹ « *Remand prisoners have a high turn-over and spend less time in prison compared with their sentenced counterparts with the result that reception rates for prisoners on remand will be higher, and a greater number from this vulnerable group will be exposed to risk during what is widely regarded as being the most stressful phase of custody.* »

Les auteurs présentent des taux de décès auto-infligés (« *rate of self-inflicted deaths* ») de manière séparée pour les personnes condamnées et les personnes en détention provisoire. Pour les personnes condamnées, le nombre de décès est divisé par le produit de la population moyenne journalière et du nombre d'années afin d'obtenir un taux par année pour une population moyenne journalière de 100 000 (« *Rate per 100 000, average daily population (ADP) per year* »). Pour les prévenus, deux méthodes de calcul sont utilisées. La première méthode est identique à celle des condamnés. Les auteurs remarquent alors que le résultat pour les prévenus est sensiblement plus élevé que pour les condamnés. Ils utilisent alors une seconde méthode qui consiste à diviser les décès de prévenus par les entrées de prévenus en prison (« *remand reception numbers into the prison* »). Le résultat de cette seconde méthode pour les prévenus est plus proche des chiffres obtenus pour les condamnés avec la première méthode et c'est celle-ci que les auteurs retiennent pour commenter les différences observées entre prévenus et condamnés.

L'introduction de cette seconde méthode de calcul pour les prévenus n'est pas explicitement justifiée dans la discussion. Il est possible que G.J. Towl et D.A. Crighton se soient inspirés d'une remarque formulée par d'autres auteurs cités dans la discussion (Bogue et Power, 1995) qui, face à un taux de suicide basé sur la population moyenne journalière plus élevé pour les prévenus que pour les condamnés, ont estimé que cette différence pourrait être due à un turn over plus élevé chez les prévenus. Ces choix méthodologiques conduisent les auteurs à affirmer en conclusion que le rôle de la détention provisoire dans la survenue des suicides a probablement été surestimé par les études précédentes.

G. Sattar, 2001

En 2001, le gouvernement du Royaume-Uni publie sous la plume de la chercheuse G. Sattar un rapport intitulé *Rates and causes of death among prisoners and offenders under community supervision*. Son objectif est d'identifier et de comparer la nature et la fréquence des décès survenus en Angleterre et au Pays de Galles en 1996 et 1997 entre les personnes détenues et les personnes suivies par la justice pénale en milieu ouvert. Le suicide est une cause importante de décès dans les deux populations.

La présentation des taux de mortalité est précédée d'un encadré méthodologique. Dans cet encadré, l'auteure explique que le taux de mortalité, et notamment le taux de suicide, peut être calculé sur la base de la population annuelle moyenne ou des entrées annuelles. Lorsqu'il est

calculé sur la population moyenne annuelle, elle indique qu'il est exprimé sous la forme d'une proportion et qu'il repose sur l'hypothèse que chaque personne est observée pendant 1 an. Or, les personnes détenues restent souvent moins d'un an en prison. Elle ajoute qu'une autre hypothèse sur laquelle repose cet indicateur est qu'une personne-année est que le suivi d'une seule personne pendant un an est équivalent au cumul de suivi de plusieurs personnes lorsque le total de leurs suivis est égal à un an. Elle réfute également cette hypothèse par l'argument selon lequel le risque de suicide est plus élevé au début de l'incarcération, en s'appuyant sur les travaux de P. O'Mahony (Irlande, 1994), pour conclure avec G.J. Towl et D.A. Crighton que lorsque les incarcérations sont courtes, le taux de suicide basé sur la population moyenne va surestimer le taux de suicide réel.

Elle propose comme alternative le « taux » basé sur les entrées annuelles, qu'elle a retrouvé chez E. Dooley (1990), Bernheim (Canada, 1987), Scott-Denoon (Canada, 1984) et Crighton et Towl (1997). Elle estime avec ces derniers qu'il s'agit d'un meilleur indicateur car il prend mieux en compte le nombre d'individus à risque. Elle nuance cependant sa position, toujours d'après les mêmes auteurs, en indiquant un risque de sous-estimation du taux réel, en lien avec des personnes qui seraient comptées deux fois, une fois à leur entrée en tant que prévenues, puis après leur condamnation en tant que condamnées. Elle renvoie enfin vers les travaux de P. O'Mahony (Irlande, 1994) et d'A. Liebling (1992) pour plus de détails.

Les deux indicateurs sont ensuite présentés dans ses travaux.

L. Snow, 2002

En 2002, la psychologue légale L. Snow et ses collègues publient dans la revue *The British Journal of Forensic Practice* un article intitulé *Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends*. Leurs objectifs sont d'évaluer le nombre et le taux de décès auto-infligés et de faire des comparaisons avec les années précédentes ; de comparer les caractéristiques des personnes décédées en 2001 avec les années précédentes ; de comparer les résultats avec la littérature ; d'identifier les apports pour les politiques de prévention et les pratiques.

Les auteurs estiment que la méthode de calcul des taux de suicide est un choix important, sujet à débat, et que les dénominateurs possibles sont la population moyenne annuelle et le nombre d'entrées, aucun n'étant parfait. Citant Bogue (Bogue, 1995), ils estiment dans un premier temps que la population moyenne annuelle sous-estime le nombre de personnes à risque de suicide dans les prisons locales. Ils présentent ensuite, comme un second problème, la

surestimation probable du vrai taux de suicide, au moins pour les prévenus, sans le justifier mais en citant Towl (Towl, 1998). Pour moi, le second problème est une conséquence mécanique du premier, puisque si tout le monde n'est pas compté au dénominateur, forcément la valeur de l'indicateur est surestimée, que ce soit pour les prisons locales ou pour les prévenus. Les auteurs choisissent de retenir tout de même la population moyenne annuelle pour deux raisons. Premièrement, il est « commode » (faut-il comprendre que les données pour le calculer sont plus facilement disponibles ?). Deuxièmement, c'est l'indicateur de loin le plus utilisé dans la littérature et l'utilisation de cet indicateur permettra donc de se comparer aux travaux existants. Dans les résultats présentés, le taux de décès auto-infligés est exprimé pour 100 000 et les auteurs estiment qu'il s'agit d'un pourcentage : « *the number and rate of self-inflicted deaths expressed as a proportion of the prison population* ».

M. Leese et al, 2006

En 2006, M. Leese, chercheur à l'Institut de psychiatrie du Kings College de Londres, et ses collègues, publient dans la revue *International Journal of Law and Psychiatry* un article intitulé *An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prison in England and Wales*. Ils s'y donnent pour objectif d'identifier des manières d'améliorer l'environnement carcéral pour y réduire le taux de décès auto-infligés.

En introduction, les auteurs rapportent que la variabilité de la valeur du ratio de risque de suicide en prison par rapport à la population générale selon différentes études est liée en partie à des méthodes variées de calcul comme l'utilisation de différents dénominateurs. Dans leur propre étude, la méthode de calcul de la fréquence des décès auto-infligés consiste à diviser le nombre de décès par la population moyenne journalière. Le résultat est exprimé pour 1000 par an et des intervalles de confiance sont calculés à partir d'un modèle de Poisson.

En discussion, ils critiquent cet indicateur, qui selon eux fait l'hypothèse que le risque de suicide est constant tout le long de la peine alors qu'en réalité le taux tend à être plus élevé au cours des premiers mois d'incarcération. Ce phénomène expliquerait en partie le taux de suicide plus élevés dans les prisons locales aux Etats-Unis, dans la mesure où le flux de personnes au début de leur incarcération (« *their throughput of people in the early stages of imprisonment* ») est plus élevé que dans les autres prisons.

K. Hawton et al, 2014

En 2014, une équipe de chercheurs du Royaume-Uni emmenée par le psychiatre K. Hawton et le psychiatre S. Fazel publie dans la revue médicale *the Lancet* un article intitulé *Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide*.²⁵⁰

Leur étude porte sur les années 2004 à 2009. Pour mesurer la prévalence des automutilations (« *prevalence of self-harm* »), ils adoptent la méthode de G.J. Towl et D.A. Crighton et choisissent ainsi comme dénominateur la population moyenne (« *average prison population* ») pour les condamnés et les entrées en prison (« *number of receptions* ») pour les prévenus. Pour les entrées, ils précisent qu'ils comptent en fait le nombre d'individus distincts chaque année. Ils justifient ces choix par le fait que, d'après G.J. Towl et D.A. Crighton, les entrées seraient un dénominateur adapté aux population à renouvellement rapide.

Lors de la présentation des résultats, les auteurs indiquent en note de lecture d'un tableau sur la fréquence des automutilations : « *weighted rates were calculated using the average prison population* as the denominator for sentenced prisoners and first receptions† as the denominator for prisoners on remand.* »²⁵¹ Les taux présentés ne distinguent pas les condamnés et les prévenus mais uniquement les hommes et les femmes. Par ailleurs il n'est pas possible de recalculer les taux à partir des autres effectifs présentés dans le tableau. Ces éléments laissent penser que les auteurs ont fait la somme des entrées de prévenus et de la population moyenne des condamnés au dénominateur de chaque indicateur. Il semble donc qu'il s'agit d'un indicateur « composite », qui considère les prévenus et les condamnés comme des populations indépendantes, alors même que la détention provisoire et la détention post-sentencielle sont souvent deux temps différents d'une même incarcération.

Par ailleurs, on voit dans un autre tableau que la fréquence des suicides secondaires à des automutilations a été calculée chaque année en rapportant le nombre de suicides observé une année donnée chez les personnes détenues qui ont eu au moins un épisode d'automutilation sur la période 2004 à 2009 au nombre de personnes avec au moins un épisode d'automutilation au cours de l'année correspondant au suicide. La fréquence des suicides pour l'ensemble de la population carcérale a de son côté été obtenue en divisant chaque année le nombre de suicides

²⁵⁰ *Automutilations en prison en Angleterre et au Pays de Galles : une étude épidémiologique de prévalence, des facteurs de risque, des effets de cluster et des suicides associés* (traduction personnelle)

²⁵¹ « Des taux pondérés ont été calculés en utilisant la population carcérale moyenne comme dénominateur pour les condamnés et la première entrée en prison comme dénominateur pour les prévenus. » (traduction personnelle)

observé par le nombre de personnes détenues au 30 juin. Ces deux indicateurs sont désignés par la même terminologie (« *rate of suicide* »). Les auteurs ne précisent pas la méthode de calcul des odd ratios qui mesurent la multiplication du risque de suicide en cas d'automutilation, par rapport à l'ensemble de la population carcérale. Ces choix méthodologiques ne sont pas discutés.

S. Fazel, et al, 2017

En 2017, la même équipe de chercheurs que 2014, publie dans la revue *Lancet Psychiatry* l'article *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*.²⁵² Dans cette étude sur 24 pays, les auteurs s'intéressent à l'évolution de la fréquence des suicides au cours du temps, comparent la fréquence des suicides en prison entre différents pays et avec la population générale.

Ils utilisent deux méthodes différentes de calcul de la fréquence des suicides. La première divise le nombre de suicides par la population carcérale annuelle pour obtenir des taux annuels (« *the number of suicide deaths and annual prison populations to calculate annual rates of suicide per 100 000 prisoners* »). La seconde méthode est censée tenir compte de la vitesse de renouvellement de la population carcérale en remplaçant, uniquement pour la fraction de la population carcérale en détention provisoire, la population moyenne par les entrées en prison. Ils donnent la formule suivante pour le dénominateur de la seconde méthode :

[mid-year census of prison population × proportion of prisoners that are sentenced prisoners]
*+ [number of prison admissions for the given year × proportion of prisoners that are pretrial detainees]*²⁵³

Il est très probable que cette formule soit la même que celle utilisée dans leurs travaux de 2014 sur les automutilations. Par ailleurs, un certain nombre de prévenus deviennent des condamnés au cours de leur incarcération (suite au procès) et on ne sait pas si les auteurs ont mesuré la proportion de prévenus à l'entrée en détention ou lors du recensement du milieu de l'année.

Dans les analyses de l'étude, l'indicateur de référence est celui issu de la première méthode et l'emploi du second est relégué à une analyse de sensibilité. Les résultats obtenus pour les deux indicateurs sont comparés pour le taux de suicide et la comparaison avec la population générale.

²⁵² Suicides en prison : une étude internationale de sa prévalence et de ses déterminants (traduction personnelle)

²⁵³ [Recensement en milieu d'année de la population carcérale * proportion de condamnés] + [nombre d'admissions en prison dans l'année * proportion de prévenus]

Une diminution de plus de 25% de la fréquence des suicides est rapportée pour 7 pays. Les différences entre les deux indicateurs ne sont pas discutées par les auteurs.

Suisse

D. Fink, 2010

Le criminologue D. Fink présente en 2010, au nom de l'Office de la statistique fédérale Suisse et au cours d'une journée d'étude internationale sur le suicide en prison organisée par la Direction de l'administration pénitentiaire française, l'état des lieux des suicides dans les prisons de Suisse.

En introduction de sa présentation, l'auteur indique que le positionnement de la Suisse dans le classement des pays européens selon la fréquence des suicides en prison dépend de « critères d'évaluation ». Il présente en première partie le système pénitentiaire suisse puis revient dans une seconde partie à la question des suicides pour lesquels il cite les principales études portant sur la Suisse. Il affirme ensuite que « 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. », puis remarque que pour autant aucun des auteurs qu'il a lus ne se base sur « les flux ou la file active ».

La troisième partie est dédiée au calcul de la fréquence des suicides en Suisse entre 2003 et 2008. Il s'appuie pour cela sur les travaux de B. Aubusson de Cavarlay : « 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. ». Il compare ainsi les « taux de suicide en prison calculé[s] sur effectif et sur file active ». Les valeurs beaucoup plus basses obtenues avec la file active sont attribuées à un « énorme flux » d'entrées en prison en Suisse. Les valeurs obtenues avec les deux indicateurs sont comparées au taux de suicide en population générale. Certaines années, les valeurs obtenues avec la méthode de la file active donnent des résultats inférieurs au taux de suicide en population générale, que l'auteur commente de la manière suivante : « 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. ». En conclusion de sa présentation, il appelle à la mise en place rapide d'une méthode standardisée de calcul des taux de suicide en prison dans le but de faire des comparaisons nationales et internationales.

S. Arsever, 2015

NB : les articles de journalistes ne sont pas pris en compte dans la revue de la littérature. Néanmoins, l'article de S. Arsever est présenté ici pour éclairer les propos tenus par un article scientifique qui le cite (cf R. Marir ci-dessous).

La journaliste S. Arsever publie en 2015, sur la plateforme en ligne Infoprisons, un article intitulé *Prévention du suicide en prison : les bonnes intentions ne suffisent pas*. D'après elle, « *deux questions divisent: dans quelle mesure se suicide-t-on plus en prison que dans la vie libre? Et surtout, pourquoi?* ». Elle indique que la réponse à la deuxième question dépend du choix des indicateurs utilisés pour mesurer le « taux » de suicide en détention, c'est-à-dire la manière de répondre à la première.

Elle présente les taux de suicide en prison et en population générale pour la France et la Suisse d'après les données du Conseil de l'Europe puis indique que plusieurs statisticiens doutent de la comparabilité de ces valeurs, sans donner de référence bibliographique. Selon elle, rapporter le nombre de suicides enregistrés dans le courant d'une année au volume d'une population à une date donnée pourrait induire un biais significatif en cas de renouvellement rapide de la population observée. Elle affirme que cet indicateur ferait l'hypothèse que le renouvellement des pensionnaires et la durée des détentions seraient sans incidence sur le risque de suicide.

Pour prendre en compte les « fluctuations propres aux différents systèmes carcéraux », elle pense qu'il faut inclure au dénominateur toutes les personnes passées par la prison pendant une année, soit la méthode de la « file active », terminologie a priori empruntée à B. Aubusson de Cavarlay. L'indicateur qui en résulte est également appelé « taux » de suicide. Elle montre avec un exemple qu'au plan international, ce nouvel indicateur est beaucoup plus avantageux pour les prisons suisses. Elle affirme ensuite que les différentes méthodes de calcul devraient plus être considérées comme complémentaires que comme concurrentes, aucune n'étant totalement satisfaisante.

R. Marir, 2023

En 2006, R. Marir, psychiatre au centre hospitalier et universitaire vaudois, et ses collègues, publient dans la revue *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* un article

intitulé *Etude sur le profil des patients en crise suicidaire dans le cadre de la détention avant jugement*. Ils s'y donnent pour objectif d'analyser le profil clinique et sociodémographique des personnes détenues en crise suicidaire et de le comparer à celui des autres personnes détenues dans les prisons vaudoises pour détention provisoire.

En introduction, à la suite de la présentation des taux de suicide en prison de différents pays d'après les données du Conseil de l'Europe, ils citent un article de blog de la journaliste S. Arsever pour affirmer qu'« il existe toutefois des controverses quant aux méthodes statistiques utilisées qui peuvent être biaisées, notamment par les flux des détenus ».

Annexe 3

Questionnaire envoyé aux unités sanitaires en cas de suicide

Dans le cadre de l'étude présentée au [Chapitre 2](#), pour chaque suicide de personne détenue signalé par la Direction de l'administration pénitentiaire à Santé publique France, Santé publique France envoie le questionnaire ci-dessous à un ou plusieurs médecins de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire concerné. Le sexe, l'année de naissance, la date de l'acte suicidaire et la date du décès sont pré-remplis par Santé publique France.

Indicateurs généraux			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	Numéro _ _ _ _ _ _ _ _
Année de naissance :	_ _ _ _		
Date de l'acte suicidaire :	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
Date du décès (si différent) :	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
Mode opératoire du suicide : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Pendaison	<input type="checkbox"/> Ingestion médicamenteuse volontaire	
	<input type="checkbox"/> Phlébotomie	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	
	<input type="checkbox"/> Feu de cellule	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	

Indicateurs médicaux et psychiatriques			
Antécédents en milieu libre (relevés à l'entrée en détention)			
Antécédent de diagnostic psychiatrique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Si oui, préciser :			
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent de suivi psychologique ou psychiatrique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent de traitement psychotrope (hors TSO) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent de traitement de substitution aux opiacés (TSO) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent personnel de tentative de suicide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent personnel d'automutilations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent d'une consommation régulière (pendant > 3 mois) :			
• Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Alcool (>3 verres/ jour ou >20 verres/ semaine)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Cannabis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Produits opiacés (héroïne, médicaments opiacés détournés ou non prescrits)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Autres produits stupéfiants (y compris médicaments détournés)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent de maltraitance physique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné

Antécédent de violence sexuelle subie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Antécédent familial de suicide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné

Facteurs relevés en cours de détention, depuis l'incarcération			
Suivi régulier pendant une période de > 3 mois par l'unité sanitaire (consultations, soins, délivrance de traitement) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Si oui, <input type="checkbox"/> tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> 1 à 3 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1 à 3 fois / mois	
Pathologies somatiques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Si oui, préciser :			
.....			
Pathologies psychiatriques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Si oui, préciser :			
.....			
Suivi psychologique ou psychiatrique régulier pendant une période de plus de 3 mois :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Hospitalisation en psychiatrie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Episode d'agitation (crise clastique, exacerbation d'un syndrome délirant...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Traitement psychotrope hors TSO délivré pendant plus d'une semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Traitement TSO délivré pendant plus d'une semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Consommation régulière, en cours de détention :			
• Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Cannabis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Produits opiacés (héroïne, médicaments opiacés détournés ou non prescrits)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
• Autres produits stupéfiants (y compris médicaments détournés)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Tentative de suicide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Nombre si connu : /__/__/			
Date de la dernière TS si connue : _ _ / _ _ / _ _ _ _			
Automutilations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Nombre si connu : /__/__/			
Date de la dernière automutilation si connue : _ _ / _ _ / _ _ _ _			
Menace de suicide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Par rapport au passage à l'acte fatal, le dernier RV à l'unité sanitaire a eu lieu il y a :			
<input type="checkbox"/> Moins d'une semaine	<input type="checkbox"/> Entre une semaine et un mois	<input type="checkbox"/> Plus d'un mois	<input type="checkbox"/> Suivi interrompu

Facteurs relevés dans la semaine précédant le passage à l'acte fatal			
Traitement psychotrope (hors TSO) en cours au moment du passage à l'acte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Traitement TSO en cours au moment du passage à l'acte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Observance du traitement psychotrope ou TSO prescrit :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Idéation suicidaire récente connue :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Surveillance pour risque suicidaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Episode ou état d'agitation / impulsivité / agressivité :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné
Survenue d'un événement traumatique (lié à la détention, à la situation pénale, familiale, sanitaire) <i>Si oui, entourer l'évènement traumatique</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Non renseigné

* La réponse « Non » renvoie à l'absence de l'indicateur dûment notée dans le dossier.

Tous commentaires, précisions ou autres remarques sur papier libre sont les bienvenus.

Merci de votre participation.

Annexe 4

Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018

Article scientifique de valorisation des résultats intermédiaires de l'étude présentée au Chapitre 2, publié dans la revue *BMC Psychiatry* en 2022.

- DOI : <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>
- URL éditeur (contient les annexes) : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03653-w>
- URL HAL : <https://hal.science/hal-03514971v1>

Alexis Vanhaesebrouck^{1,2,3*}, Amélie Tostivint⁴, Thomas Lefèvre^{1,2}, Maria Melchior³, Imane Khiredine-Medouni⁵, Christine Chan Chee⁵

1 Interdisciplinary Research Institute on Social issues (IRIS), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, Paris, France.

2 Department of legal and social Medicine, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP), 93140 Bondy, France;

3 Sorbonne Université, INSERM, Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Paris, France.

4 Health division of the National Prison Service, Ministry of Justice, Paris ,France

5 National Agency of Public Health (Santé Publique France), Saint-Maurice, France

* alexis.vanhaesebrouck@iplesp.upmc.fr

Abstract

Background

In northern countries, suicide rates among prisoners are at least three times higher for men and nine times higher for women than in the general population. The objective of this study is to describe the sociodemographic, penal, health characteristics and circumstances of suicide of French prisoners who died by suicide.

Methods

This study is an intermediate analysis of the French epidemiological surveillance program of suicides in prison. All suicides in prison in 2017-2018 in France were included in the study. Archival sociodemographic and penal data and specific data on the circumstances of the suicidal act were provided by the National Prison Service. Health data was provided by physicians working in prison using a standardized questionnaire.

Results

In 2017-2018, 235 prisoners died by suicide. The suicide rate was 16.8/10 000 person-years. Among suicide cases, 94.9% were male, 27.2% were under 30, 25.1% were aged 30 to 39, 27.7% were aged 40 to 49 and 20.0% were 50 or older. At the time of suicide, 48.5% were on custodial remand. Incarceration is associated with a 3-fold increase in the frequency of anxio-depressive disorders (24.6% in prison versus 8.2% before prison). The week before the suicidal act, 60% of prisoners visited the health unit and a significant event was detected for 61% of all cases. Suicide was less than 1 week after prison entry for 11.9% of prisoners, corresponding to a suicide rate 6.4 (CI_{95%} [4.3 – 9.5]) times higher than for the remaining time in prison, and was more than 1 year after entry for 33.7% of them.

Conclusions

The high frequency of events the week before suicide in our study suggests that events in prison could play a role in the occurrence of suicides. Comparative studies are needed to further explore the time association between events and suicide in prison. As most of prisoners who died by suicide visited the health unit the week before suicide, the identification of triggering factors could help psychiatrists and other health professionals to assess the short-term risk of suicide and to implement preventive measures.

Keywords

Suicide, prison, social psychiatry, social epidemiology

Background

International background

Suicide is a leading cause of mortality in prisons worldwide [1, 2] and suicide rates among prisoners are at least three times higher for men and 9 times higher for women than in the general population [3]. A recent meta-analysis computed the results of 77 studies assessing individual risk factors of suicide in prison, comparing prisoners who died by suicide with other prisoners [4]. The main risk factors identified were health factors such as current psychiatric diagnosis [5–11], in particular depression [7, 12], alcohol misuse [5, 8, 10], previous suicide attempt [8–11] and suicidal ideation [9, 11]. Additional factors included single-cell occupancy [5, 9, 12], remand status [5, 10, 13–25], and a charge or conviction for homicide [5, 6, 12, 19, 21, 26–32]. At the prison level, suicide was found to be associated with lower levels of purposeful activities [33] and in higher security prisons [34, 35]. In case studies, high percentages of suicides were found during the first week of imprisonment [13, 36, 37]. Additionally, specific events –related to imprisonment or family – which individuals experience could also be associated with suicide risk, but this issue has received little attention.

Situation in France

France is characterized by a medium rate of incarceration among European countries. On the 31th of January 2020, there were 105.3 people in prison per 100 000 inhabitants, corresponding to 70 651 prisoners [38]. There were 78 742 admissions in prison during 2019, leading to an indicator of the average length of imprisonment equal to 10.8 months in France. However, the lengths of imprisonment are very heterogeneous and 57% of imprisonments are less than 6 months [39]. France has one of the highest prison suicide rates among high-income countries [3], estimated at 17.0 per 10 000 person-years in 2019 [38]. In recent years, two reports on suicide among prisoners have been produced at the request of the government in order to assess the efficacy of existing preventive measures and propose new ones [40, 41]. The authors accounted for the available evidence and made respectively 17 and 20 recommendations, including training of prison staff on suicide risk assessment, reduction access to suicide methods and postvention [42]. Furthermore, several national plans on suicide or health of prisoners addressed this issue [43–46]. One of their main objectives is to improve the quality of data on suicide in prisons in order to strengthen suicide prevention. This political demand led to the establishment of a public epidemiological surveillance program assessing suicide in prison, the first results of which are presented in this article.

Aims

Few studies have presented detailed descriptive data on prisoners who died by suicide [13, 37, 47]. Studies looking for risk factors have been conducted in France [19, 25, 48] but there is little data on the

circumstances of suicide [49] and health characteristics of prisoners who died by suicide have never been investigated. Yet, such data can be helpful in determining which factors to assess in comparative studies and to adapt prevention measures. The main objective of this study is to describe the sociodemographic, penal, and health characteristics of French prisoners who died by suicide as well as the circumstances of the suicidal act. A secondary objective is to compare the suicide rate during the first week of incarceration with the suicide rate during the remaining time in prison.

Materials and methods

Participants and settings

The French epidemiological surveillance program of suicides in prison is supported by the National Public Health Agency, in collaboration with the National Prison Service and the health units in prisons. This program aims at an exhaustive epidemiological surveillance of prison suicides and description of the characteristics of prisoners who died by suicide. It includes all suicides of prisoners occurring in metropolitan France, French overseas regions, and territories between the 1st of January 2017 and 31st of December 2021. The present study is an intermediate analysis restricted to 2017 and 2018, which were the years for which data were available at the time of analysis. Further analysis will be undertaken when complete data is available.

In France, each time a death occurs in prison, an investigation including an autopsy is conducted to determine the cause of death. The results of the investigation are reported by the prison to the National Prison Service (Ministry of Justice) and the latter is responsible for the census of suicide cases. Suicide is defined as a self-inflicted injury with intent to die and resulting in death. Non-doubtful cases are classified as suicide within days of death. Doubtful cases of suicide are discussed in a dedicated commission at the National Prison Service and are included in the study only if the commission concludes in favour of a suicide. Deaths resulting from a hunger strike are not classified as suicides. Our study included all cases whose suicidal act occurred while being prisoner and resulted in death. Prisoners whose suicidal act or resulting death occurred outside the prison (e.g., prisoners admitted to hospital) and those who were released between the suicidal act and the resulting death were included in the study.

Data

Sociodemographic and penal data are routinely collected by the National Prison Service for all prisoners. They were provided for this study and included additional data from the National Prison Service on the circumstances of the suicidal act. For each suicide, a double-page standardized questionnaire was sent by the National Public Health Agency to physicians working in the corresponding prison to collect health data [see Additional file 1]. The questionnaire was sent on the day of death by suicide or in the

following days for non-doubtful cases. For uncertain cases, the questionnaire was sent after the commission's decision of the identification of a suicide. The questionnaire was completed by the medical practitioner on the basis of the medical file. Suicide rates were computed using data on the prison population from public reports of the National Prison Service [50].

Sociodemographic variables recorded were age at the time of suicide, gender, nationality, level of education, professional status before prison, marital status, and number of children.

Penal variables were criminal status when entering prison and at the time of suicide, main offence, previous incarceration, contact with relatives (visiting rooms / paper mail or telephone / none, first week of incarceration / none, incarcerated for more than a week / semi-open facility) and the detection of a high risk of suicide while in prison by the prison administration. The criminal status is "sentenced" when all known offences have been sentenced and the appeal period is over. In the case of multiple offences, only the main offence was selected. The order of priority for offences is as follows: homicide, sexual offence, and then the offence with the longer prison sentence or incurred prison sentence for remand status.

Health data related to three different periods were collected: prior to prison, during the stay in prison, and the week before suicide. Health variables describing person's history before prison were familial history of suicide, being a survivor of physical or sexual assault, and personal history of regular consumption of alcohol. Health variables related to the period prior to prison and to the stay in prison were: regular consumption of tobacco, cannabis, opioids, other illegal drugs, mental disorders, psychiatric or psychological follow-up, admission to a psychiatric ward, opioid substitution therapy, other psychotropic drug therapy, suicide attempts and self-harm behaviour. Characteristics of the stay in prison included: medical follow-up, somatic diseases, episodes of agitated behaviour, threats of suicide, and last medical appointment before suicide. Mental and somatic disorders were classified using the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision [51]. Variables describing the week before the suicidal act included psychotropic drug therapy, opioid substitution therapy, compliance with psychotropic drug therapy, suicidal ideation, an episode of agitated, impulsive or aggressive behaviour and the occurrence of an event in prison regarded as significant by the physician. Events could be related to detention, to penal situation, to family situation or to health status.

Variables related to the circumstances of suicide were the date of the fatal suicidal act, the time interval since arrival, increased monitoring by the prison administration because of a suicide risk or security reasons, location, method, the hour of discovery of the body, the presence of a suicide note and the time interval from the suicidal act to the resulting death.

Statistical methods

All quantitative variables were transformed into categorical variables. Headcounts and percentages were computed. Data from The National Prison Service are presented for all suicide cases. Health data are presented for suicide cases with a completed health questionnaire. Sociodemographic characteristics, penal characteristics and circumstances of the suicide were compared between suicides cases with a completed health questionnaire and 1) all cases 2) cases without a completed health questionnaire.

Distributions of suicides according to the month of the year, day of the week, and time of the day were tested against a homogeneous distribution. A chi-square test was used when all expected cases were greater than or equal to 5 and a fisher test was used in other cases. A difference was significant if $p < 0.05$.

Incidence suicide rates for 2017-2018 were calculated by dividing the number of suicides by person-years at risk (PY). PY during the first week of incarceration were estimated from the number of admissions in prison during the observation period. Each admission was considered to contribute 1 person-week. This estimation was based on the assumption that both the proportion of incarcerations of less than one week and the bias related to the first week of incarceration which overlap the beginning and the end of the observation period were negligible. PY for the remaining time in prison were obtained as the difference between the total number of PY and PY during the first week. The total number of PY was calculated by multiplying the average prison population by the duration of the observation period [52]. The average prison population was estimated by the average of the prison population on the 1st of each month from the 1st of January 2017 to the 1st of January 2019. 95% confidence intervals were computed for suicide rates and for the suicide rate ratio [53].

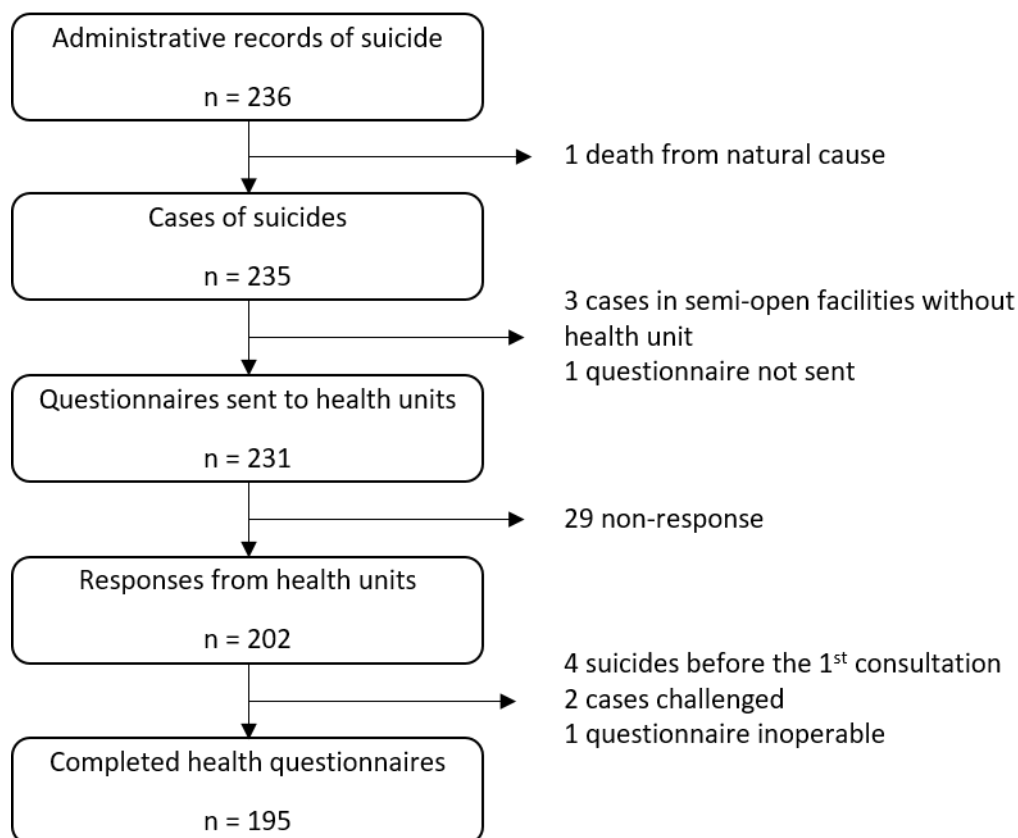
Analyses were carried out with R software (R version 3.5.1).

Results

Study population

Two hundred and thirty-six cases were registered between 2017 and 2018 (**Fig**). One case was excluded as the death certificate mentioned a natural cause. Three cases occurred in semi-open facilities without a health unit and 1 questionnaire was not sent, resulting in 231 questionnaires sent to health units. The response rate of health units was 87%. Four suicides occurred before the entrance medical examination. Two cases were challenged by health units and were maintained in the study after consultation of all available information by the authors. Health variables were informed for 195 cases.

Fig Flow chart of the study



Sociodemographic, penal, and custodial characteristics

Sociodemographic and penal characteristics of suicide cases are presented in **Table 1**. Of the 235 suicides which occurred in 2017-2018, 94.9% were male, 27.2% were under 30, 25.1% were aged 30 to 39, 27.7% were aged 40 to 49 and 20.0% were 50 or older. More than half were unemployed before imprisonment (51.5%), 18.3% were foreigners, 40.4% lived with a partner, and 57.9% had children. Almost all suicide cases were on custodial remand (91.9%) when entering prison and half were still in that situation (48.5%) at the time of suicide. The main offence was in most cases homicide (22.6%), sexual offences (22.6%), assault (19.6%), or burglary/theft (17.4%) and half of the suicide cases had previously been incarcerated (51.1%). In prison, 39.1% had contact with relatives in the visiting rooms, 13.2% had contacts only by paper mail or telephone, and 43.0% did not have any contact, but more than a quarter of the latter had just entered prison. A high risk of suicide had been detected for 25.5% of prisoners.

Table 1 Sociodemographic and penal characteristics of suicide cases (n = 235)

	n	%
Male gender	223	94.9
Age at the time of suicide (years)		

<18	1	0.4
18-29	63	26.8
30-39	59	25.1
40-49	65	27.7
50-59	33	14.0
≥60	14	6.0
French nationality	192	81.7
Education		
<i>None or primary school</i>	10	4.3
<i>College</i>	92	39.1
<i>High school</i>	66	28.1
<i>University studies</i>	18	7.7
<i>Missing</i>	49	20.8
Employment before prison		
<i>Employed</i>	93	39.6
<i>Unemployed</i>	121	51.5
<i>Retired</i>	3	1.3
<i>Missing</i>	18	7.6
Marital status		
<i>Single</i>	109	46.4
<i>Lives with a partner (including married)</i>	95	40.4
<i>Divorced</i>	24	10.2
<i>Widow(er)</i>	5	2.1
<i>Missing</i>	2	0.9
Children		
<i>0</i>	88	37.4
<i>≥1</i>	136	57.9
<i>Missing</i>	11	4.7
Remand status when entering prison	216	91.9
Remand status at the time of suicide	114	48.5
Main offence		
<i>Homicide</i>	53	22.6
<i>Sexual offence</i>	53	22.6
<i>Assault</i>	46	19.6
<i>Burglary or theft offence</i>	41	17.4
<i>Drug-related offence</i>	16	6.8
<i>Other</i>	26	11.1
First incarceration	115	48.9
Contact with relatives in prison		
<i>Visiting rooms</i>	92	39.1
<i>Paper mail and/or telephone</i>	31	13.2
<i>None, first week of incarceration</i>	30	12.8
<i>None, incarcerated for more than a week</i>	71	30.2
<i>Semi-open facility</i>	4	1.7
<i>Missing</i>	7	3.0
Detection of a high risk of suicide while in prison		
<i>Yes</i>	60	25.5
<i>No</i>	137	58.3
<i>Missing</i>	38	16.2

Health characteristics

Health characteristics are presented in **Table 2** for the 195 suicides with a completed health questionnaire. No significant difference was found between cases with health data and all suicides cases. However, cases without health data were less likely to be in touch with their relatives ($p = 0.003$) and were more likely to die by self-poisoning/overdose ($p = 0.044$) than cases with health data [see Additional file 2].

A family history of suicide was reported for 14 cases (7.2%), a history of physical abuse for 26 (13.3%), and a history of sexual abuse for 13 (6.7%). Except for tobacco, substance use was reported less often in prison than before prison. Respectively, 74 (37.9%), 29 (14.9%), and 43 (22.1%) of study participants had a history of regular consumption of cannabis, opioids, and other illegal drugs before prison, versus respectively 27 (13.8%), 4 (2.1%) and 6 (3.1%) in prison. While in prison, the use of at least one psychoactive substance was reported by 129 (66.2%) persons who died by suicide.

Table 2 Health characteristics of suicide cases with a completed health questionnaire (n = 195)

	History before prison		During the stay in prison		The week before suicide	
	n	%	n	%	n	%
Traumatic life events						
Family history of suicide						
Yes	14	7.2	-	-	-	-
No	68	34.9	-	-	-	-
Missing	113	57.9	-	-	-	-
Physical abuse						
Yes	26	13.3	-	-	-	-
No	62	31.8	-	-	-	-
Missing	107	54.9	-	-	-	-
Sexual abuse						
Yes	13	6.7	-	-	-	-
No	70	35.9	-	-	-	-
Missing	112	57.4	-	-	-	-
Substance use						
Regular smoking						
Yes	144	73.8	127	65.1	-	-
No	39	20.0	36	18.5	-	-
Missing	12	6.2	32	16.4	-	-
Regular alcohol consumption						
Yes	74	37.9	-	-	-	-
No	98	50.3	-	-	-	-
Missing	23	11.8	-	-	-	-
Regular cannabis consumption						
Yes	74	37.9	27	13.8	-	-
No	97	49.7	88	45.1	-	-
Missing	24	12.3	80	41.0	-	-

Regular opioid consumption						
Yes	29	14.9	4	2.1	-	-
No	142	72.8	111	56.9	-	-
Missing	24	12.3	80	41.0	-	-
Regular consumption of other drugs						
Yes	43	22.1	6	3.1	-	-
No	121	62.1	106	54.3	-	-
Missing	31	15.8	83	42.6	-	-
Diseases						
Somatic disorders ^a						
Any disorder	-	-	90	46.2	-	-
Disease of the circulatory system	-	-	16	8.2	-	-
Disease of the musculoskeletal system	-	-	25	12.8	-	-
No disorder	-	-	93	47.7	-	-
Missing	-	-	12	6.2	-	-
Mental disorders ^a						
Any disorder	80	41.0	110	56.4	-	-
Psychotic disorder	16	8.2	22	11.3	-	-
Bipolar disorder	7	3.6	7	3.6	-	-
Anxio-depressive disorder	16	8.2	48	24.6	-	-
Personality disorder	16	8.2	28	14.4	-	-
No disorder	97	49.7	71	36.4	-	-
Missing	18	9.2	14	7.2	-	-
Health care						
Regular follow-up by the health unit						
Yes	-	-	135	69.2	-	-
No	-	-	55	28.2	-	-
Missing	-	-	5	2.6	-	-
Psychological/psychiatric follow-up						
Yes	111	56.9	112	57.4	-	-
No	61	31.3	68	34.9	-	-
Missing	23	11.8	15	7.7	-	-
Admission to a psychiatric ward						
Yes	66	33.8	56	28.7	-	-
No	105	53.8	128	65.6	-	-
Missing	24	12.4	11	5.6	-	-
Psychotropic treatments						
Opioid substitution treatment ^b						
Yes	25	12.8	17	8.7	14	7.2
No	143	73.3	163	83.6	171	87.7
Missing	27	13.9	15	7.7	10	5.1
Other psychotropic treatment ^b						
Yes	96	49.2	106	54.4	114	58.5
No	73	37.5	76	39.0	69	35.4
Missing	26	13.3	13	6.7	12	6.1
Observance to psychotropic treatments (n=115)						
Yes	-	-	-	-	76	66.1
No	-	-	-	-	5	4.3
Missing	-	-	-	-	34	29.6
Self-harm and suicidal behaviour						
Self-harm behaviour						

Yes	28	14.4	27	13.9	-	-
No	120	61.5	149	76.4	-	-
Missing	47	24.1	19	9.7	-	-
<hr/>						
Suicide attempt						
Yes	58	29.7	43	22.1	-	-
No	104	53.3	142	72.8	-	-
Missing	33	16.9	10	5.1	-	-
<hr/>						
Suicide threat						
Yes	-	-	48	24.6	-	-
No	-	-	130	66.7	-	-
Missing	-	-	17	8.7	-	-
<hr/>						
Suicidal ideation						
Yes	-	-	-	-	34	17.4
No	-	-	-	-	139	71.3
Missing	-	-	-	-	22	11.4
<hr/>						
Others						
Episode of agitated behaviour ^c						
Yes	-	-	37	19.0	35	17.9
No	-	-	143	73.3	138	77.8
Missing	-	-	15	7.7	22	11.3
<hr/>						
Time interval between last visit to health unit and suicide						
< 1 week	-	-	117	60.0	-	-
From 1 week to 1 month	-	-	46	23.6	-	-
> 1 month	-	-	25	12.8	-	-
Missing	-	-	7	3.6	-	-
<hr/>						
Occurrence of a significant event						
Yes, a custodial event	-	-	-	-	58	29.7
Yes, a penal event	-	-	-	-	34	17.4
Yes, a family event	-	-	-	-	19	9.7
Yes, a health event	-	-	-	-	1	0.5
Yes, of unknown origin	-	-	-	-	7	3.6
No event detected	-	-	-	-	76	39

^a The same person may have several disorders. ^b In prison: treatment longer than a week. ^c The week before suicide: episode of agitated, impulsive or aggressive behaviour.

A history of psychiatric disorders was reported for 80 (41.0%) persons who died by suicide, whereas 110 (56.4%) had psychiatric problems while in prison. The number of persons with anxiety and depression increased from 16 (8.2%) prior to prison to 48 (24.6%) in prison. While in prison, the use of at least one substance was reported by 79 (71.9%) persons who died by suicide and had a psychiatric disorder and 28 (58.3%) persons who died by suicide and had an anxio-depressive disorder. Furthermore, the most frequent somatic disorders diagnosed in prison were disease of the musculoskeletal system (12.8%) and disease of the circulatory system (8.2%).

The number of suicide cases with psychiatric or psychological follow-up was equivalent before (n = 111, 56.9%) and in prison (n = 112, 57.4%). Admission to psychiatric ward was reported for 66 (33.8%)

prisoners before prison and 56 (28.7%) in prison. Opioid substitution treatment and other psychotropic treatments were, respectively, reported for 12.8% and 49.2% of cases before prison, 8.7% and 54.4% in prison, and 7.2% and 58.5% the week before suicide.

Self-harm behaviour and suicide attempts were reported in almost as many cases during the time interval from entry in prison to suicide (respectively, 13.9% and 22.1%) as during the whole life before prison (respectively 14.4% and 29.7%). Suicide threat was reported for 48 (24.6%) cases in prison. The week before prison, suicidal ideation was reported for 34 (17.4%) and an episode of agitated, impulsive or aggressive behaviour was reported for 35 (17.9%) cases.

More than half of the cases visited the health unit the week before suicide (n = 117, 60.0%). Moreover, a significant event has been detected the week before suicide for 119 (61.0%) cases. This event was most often a custodial event (n = 58, 27.9%) such as entry in prison, transfer between two facilities or entry in the punishment block, a penal event (n = 34, 17.4%) such as conviction judgement or refusal of adapting a prison sentence or a family event (n = 19, 9.7%) such as divorce.

Circumstances of the suicidal act

The circumstances of the suicidal act are presented in **Table 3**. Of the 235 suicides, the suicidal act happened during the first week of incarceration for 11.9% of prisoners, between 1 week and 1 month after entry for 8.5%, between 1 and 6 months for 31.5%, between 6 and 12 months for 14.5% and after 1 year for 33.7%. More than half of cases were subject to increased monitoring.

Table 3 Circumstances of the suicidal act (n = 235)

	n	%
Time interval from arrival to the suicidal act		
<i><1 week</i>	28	11.9
<i>1 week to 1 month</i>	20	8.5
<i>1 to 6 months</i>	74	31.5
<i>6 to 12 months</i>	34	14.5
<i>1 to 5 years</i>	61	26
<i>≥ 5 years</i>	18	7.7
Increased monitoring		
<i>Yes</i>	127	54.0
<i>No</i>	93	39.6
<i>Missing</i>	15	6.4
Location		
<i>Common single cell</i>	81	34.5
<i>Common shared cell</i>	55	23.4
<i>Arrival section</i>	40	17
<i>Punishment block</i>	32	13.6
<i>Non-disciplinary solitary confinement</i>	6	2.6
<i>Psychiatric health unit in prison</i>	7	3
<i>Hospital (outside prison)</i>	13	5.5

<i>Private home (permission)</i>	1	0.4
Method		
<i>Hanging/Self-strangulation</i>	214	91.1
<i>Self-poisoning/Overdose</i>	9	3.8
<i>Suffocation^a</i>	6	2.6
<i>Cutting</i>	5	2.1
<i>Fire</i>	1	0.4
Time of discovery		
<i>3 a.m. - 9 a.m.</i>	67	28.5
<i>9 a.m. - 3 p.m.</i>	53	22.6
<i>3 p.m. - 9 p.m.</i>	73	31.1
<i>9 p.m. - 3 a.m.</i>	41	17.4
<i>Missing</i>	1	0.4
Suicide note		
<i>Yes</i>	96	40.9
<i>No</i>	118	50.2
<i>Missing</i>	21	8.9
Time interval from suicidal act to death		
<i>0 day</i>	194	82.6
<i>1 to 3 days</i>	24	10.2
<i>4 to 22 days</i>	17	7.2

^a Use of a plastic bag around the head

The number of suicides did not vary significantly according to the month of the year ($p = 0.685$). However, they were found to be more frequent on Monday or Tuesday (average 18.3%) than for the rest of the week (average 12.7%, $p = 0.006$). Additionally, after the suicidal act, the time of discovery varied significantly along the day. Notably, prisoners were more often discovered between 3 p.m. and 9 p.m. (31.1%) and less often between 9 p.m. and 3 a.m. (17.4%, $p = 0.014$).

More than 40% of the suicidal acts occurred outside common cells ($n = 99$, 42.1%). Forty (17%) suicidal acts occurred in the arrival section, 32 (13.6%) in the punishment block, and 20 (8.5%) in health units inside ($n = 7$) or outside ($n = 13$) prisons. Among the cases in common shared cells, 39 (71%) waited for their cellmate to leave the cell before acting. Date of entry was known for 30 out of 32 cases in the punishment block and among them 11 suicides were the day of entry. The method was hanging or self-strangulation for almost all cases ($n = 214$, 91.1%). Bed linen was used as a ligature for 140 (65.4%) of them [see Additional file 3]. A suicide note was found for 96 (40.9%) cases and 41 (17.4%) did not die the day of the suicidal act but in the following days.

Suicide rates

The overall suicide rate in prison was 16.8 per 10 000 PY (CI_{95%} [14.7 – 19.0], **Table 4**). Suicide rates were 96.7 per 10 000 PY (CI_{95%} [63.7 – 136.7]) in the first week of incarceration and 15.1 per 10 000 PY (CI_{95%} [13.1 – 17.2]) for the remaining time in prison. Suicide rate was 6.4 (CI_{95%} [4.3 – 9.5]) times

higher during the first week of incarceration than for the remaining time in prison. Suicides rates according to some characteristics of the cases are presented in an additional file [see Additional file 4].

Table 4 Suicide incidence rate according to the stage of incarceration

Stage of incarceration	Suicides	PY	Suicide rate /10 000 PY	95% confidence interval
Whole incarceration	235	139 635.6	16.8	[14.7; 19.0]
During the 1st week of incarceration	28	2 894.5	96.7	[63.7; 136.7]
After the 1st week of incarceration	207	136 741.1	15.1	[13.1; 17.2]

Discussion

Main results

In 2017-2018, 235 prisoners died by suicide in France. The suicide rate was 16.8/10 000 PY. Incarceration is associated with a 3-fold increase in anxio-depressive disorders (24.6% versus 8.2% before prison). The week before suicide, 60% of prisoners visited the health unit and a significant event was detected in 61% of all cases. The suicidal act was less than 1 week after entry for 11.9% of prisoners, corresponding to a suicide rate 6.4 times higher than for the remaining time in prison, and was more than 1 year after entry for 33.7% of them.

Anxio-depressive disorder in prison

Anxio-depressive disorders were reported three times more frequently in prison than before prison. It is unlikely that this increase reflects the diagnosis in prison of preexisting anxio-depressive disorders, as other mental disorders remained stable or increased much less in prison compared to prior prison. Furthermore, anxio-depressive disorders are independent risk factors of suicide and several criteria converge in favor of a causal relationship [54]. Current psychiatric diagnosis (OR=6.4) and depression (OR=4.9) are consistently associated with suicide in prison [4–11, 55]. The risk of suicide increases with the severity of depression [56], depression precedes suicide, and the relationship is plausible on the pathophysiological level. Thus, our results suggest that imprisonment is associated with an increased risk of suicide. This interpretation is consolidated by the fact that self-harm behaviour and suicide attempts were reported in almost as many cases during the time interval from entry in prison to suicide as during the whole life span before prison. However, this additional risk of suicide cannot be attributed to prison alone. Imprisonment is often the culmination of a process which may involve, sometimes in a very condensed manner, the commission of the offence, arrest, police custody, court proceedings, and imprisonment. This process leads to stigmatization, loss of employment and a family rejection or guilt

can be added in case of a violent crime, especially when the victim is a member of the family. These are all potentially traumatic events which may help to explain the increased risk of suicide in prison. Additional studies dedicated to the comparison of mental health between the period before prison and the period in prison among prisoners are needed to further explore this issue.

Significant events the week before suicide

A significant event was detected the week before suicide in more than half of the cases and three-quarters of them were custodial or penal events. The proportion of penal events is slightly lower than what was found in Belgium (21.1%) in the 5 days before or after suicide among 262 cases [13]. Additionally, entry in the punishment block appears to be a recurrent event preceding suicide. In France, the solitary confinement in the punishment block can last between 1 and 30 days. In our study, 11 suicides occurred the day of entry in the punishment block and 32 suicides (13.6%) occurred in that place. Moreover, the suicide risk in the punishment block was found to be 15.7 times higher than in common cells in another study [19]. Entry in the punishment block is a significant event not only because of isolation but also because of the associated consequences. This entry is often preceded by a conflict and is associated with other forthcoming measures, such as removal of sentence reduction credits, an additional sentence, refusal to adapt sentence, loss of prison work, refusal of permission or transfer to another prison.

More generally, the high frequency of significant events before suicide invites to wonder about the role played by potential triggering factors in the occurrence of suicides in prison. To our knowledge, the association between events and suicide in prison has never been assessed. Our results are restricted to suicide cases and it cannot be excluded that non-suicide prisoners experienced these events to a similar frequency. Thus, longitudinal comparative studies are needed to further explore the time association between events during imprisonment and suicide. The exploration of potential triggering factors may help in targeting suicide prevention measures focused on the suicidal act. Moreover, in the case of causal arguments for a modifiable trigger factor, prevention measures could target the event itself.

Timing of suicide

In our study, the suicidal act occurred during the first week of incarceration for 11.9% of cases. High percentages were found as well in other studies. In Belgium, between 2000 and 2016, 15.6% occurred the first week [13]. In England and Wales, 26% out of 766 suicides in prison that occurred between 1999 and 2007 were in the first week of incarceration [36]. In Australia, 17.9% of self-inflicted deaths in prison between 1999 and 2013 (n = 240) occurred in the first week [37]. However, these percentages cannot be accurately compared because the average length of imprisonment differs across countries: the lower is the average length, the higher is the expected percentage of suicides during the first week under the assumption of a homogeneous distribution of suicides across time. To be comparable, suicides of the first week need to be standardized and one way of doing that is to compute suicide incidence rates.

In our study, the suicide rate was 96.7/10 000 PY in the first week and was 6.4 times higher than for the remaining time in prison.

In the same way, the risk of late suicide does not seem high at first glance, as only 33.7% of them occurred more than 1 year after entry. However, only 23% of all imprisonments in France last more than 1 year [39]. Thus, a minority of suicides occurred more than 1 year after entry mainly because few prisoners are still in prison, and we do not know if the individual risk is higher or lower than before 1 year. Additional research that accounts for PY at each stage of incarceration are needed.

After the suicidal act, the prisoners were more often discovered between 3 p.m. and 9 p.m. (31.1%) than at other times of the day. When dividing the day into the same 6-hour time slots, suicides were also more frequent between 3 p.m. and 9 p.m. in Belgium (32.2%) [13]. In the United-States of America, the same time slot was found for 37.4% of suicides in a study [57] but only for 21.5% in another study [58].

Strengths and limits

One strength of our study is to gather data on more than 200 suicides in prison, giving enough power to bring significant results on the timing of suicide. Moreover, our study is the first study on suicide in prisons exhaustive at the national level in France. The exhaustive nature of the study limits the selection bias. Another strength of our study is to provide detailed data on the health characteristics of prisoners who died by suicide and on the circumstances of the suicidal act.

The main limit of our study lies in the quality of the data. Our data are based on administrative data and on the medical file. These are routine data that were not collected for research purpose and some of them may lack of reliability. In particular, some health characteristics present many missing data. In France, the entrance medical examination is compulsory and carried out for all prisoners the day of entry (except for weekends) and this limits missing data. Still, some health characteristics are likely to be underreported because of prisoners' reluctance to disclose them or because of undetected mental disorders. However, this problem of data quality is common among studies on suicide as the deceased cannot be interviewed. This issue is also difficult to anticipate as suicides are statistically scarce. One way to get around this issue is to interview survivors of near-lethal suicide attempts [13, 59–63]. They may be a good proxy for death by suicide, as the sociodemographic and penal characteristics of prisoners who made near-lethal suicide attempts were found to be similar to those who died by suicide [64]. Another limitation of the study is that the commission of the National Prison Service has not discussed doubtful cases of 2018 yet. Thus, the assessment of cases may be incomplete. However, only two doubtful cases of 2017 and five doubtful cases of 2016 were classified as suicide, which leads us to think that at most few cases are missing in 2018 and that this issue has little impact on our results.

Conclusion

The high frequency of events the week before suicide in our study suggests that events in prison could play a role in the occurrence of suicides. Comparative studies are needed to further explore the time association between events and suicide in prison. As most of prisoners who died by suicide visited the health unit the week before suicide, the identification of triggering factors could help psychiatrists and other health professionals to assess the short-term risk of suicide and to implement preventive measures.

List of abbreviations

PY: Person-Years at risk

Declarations

Ethics approval

The authors assert that all procedures contributing to this work have been approved by the Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, n°16 081) and the Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, DR-2017-210) and have therefore been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments.

Consent to participate

Not applicable.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and material

The data are not publicly available. The agreement signed between the National Public Health Agency and the National Prison Service stipulates that the data collected for this specific study cannot be used for other purposes due to the sensitivity of individual data on prisoners.

Competing interests

None.

Funding

The French epidemiological surveillance program of suicides in prison is supported by the French National Public Health Agency. This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Christine Chan Chee formulated the research question and designed the study. Amélie Tostivint, Christine Chan Chee and Imane Khireddine-Medouni carried out the study. Alexis Vanhaesebrouck analysed the data, under the supervision of Christine Chan Chee. Alexis Vanhaesebrouck wrote the article and undertook the submission process under the supervision of Thomas Lefèvre and Maria Melchior. All authors reviewed the manuscript and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We are grateful to the National Prison Service for their data collection work. We are grateful to the physicians of the health units in prison for their participation in the design of the questionnaire and their data collection work. We are grateful to the reviewers for their constructive remarks on the manuscript.

References

1. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*. 2007;28(3):113–21.
2. Rabe K. Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry*. 2012 May;35:222–30.
3. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):946–52.
4. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021 Mar 1;6(3):e164–74.
5. Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J. A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales [corrected]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Jul;48(7):1177–85.
6. Brittain J, Axelrod G, Venters H. Deaths in New York City jails, 2001-2009. *Am J Public Health*. 2013 Apr;103(4):638–40.
7. Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:188–93.
8. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35:63–75.
9. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan 12;185:494–8.
10. Winter MM. County Jail Suicides in a Midwestern State: Moving Beyond the Use of Profiles. *Prison J*. 2003 Jun 1;83:130–48.

11. Dahle K-P, Lohner JC, Konrad N. Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *Int J Forensic Ment Health*. 2005 Apr 1;4:53–62.
12. Lupei RA. Jail Suicides: Demographic and Behavioral Factors Postdictive of the Completed Act [Internet]. [United States of America]: Southern Illinois University-Carbondale; 1981. Available from: <https://shareok.org/handle/11244/21437>
13. Favril L, Wittouck C, Audenaert K, Vander Laenen F. A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis*. 2019 Jan;40(1):42–53.
14. Bird SM. Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study. *Br J Psychiatry*. 2008 Jan 6;192:446–9.
15. Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM. National total survey of German adolescent suicide in prison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Feb;24(2):219–25.
16. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Prison suicides in South Australia: 1996-2010. *J Forensic Sci*. 2014 Sep;59(5):1260–2.
17. O’Driscoll C, Samuels A, Zacka M. Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Jan 1;41:519–24.
18. Gauthier S, Reisch T, Bartsch C. Swiss Prison Suicides Between 2000 and 2010. *Crisis*. 2015 Jun;36(2):110–6.
19. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L. Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Sci Int*. 2013 Oct 12;233(1–3):273–7.
20. Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K. Prison Suicides in Austria, 1975–1997. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(4):360–9.
21. Dooley E. Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1990 Jan;156:40–5.
22. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *Br J Forensic Pract*. 2002 Jan 1;4(4):3–17.
23. Hurley W. Suicides by prisoners. *Med J Aust*. 1989 Aug 21;151(4):188–90.
24. Backett SA. Suicide in Scottish prisons. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987 Aug;151:218–21.
25. Bourgoin N. La mortalité par suicide en prison. [Mortality due to suicide in prison]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993;41(2):146–54.
26. Radeloff D, Stoeber F, Lempp T, Kettner M, Bennefeld-Kersten K. Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PloS One*. 2019;14(4):e0214936.
27. DuRand CJ, Burtka GJ, Federman EJ, Haycox JA, Smith JW. A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1077–80.
28. Laishes J. Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*. 1997;18(4):157–62.
29. Anno BJ. Patterns of suicide in the Texas Department of Corrections 1980–1985. *J Prison Jail Health*. 1985;5(2):82–93.
30. Salive ME, Smith GS, Brewer TF. Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987. *JAMA*. 1989 Jul 21;262(3):365–9.
31. Kerkhof AJ, Bernasco W. Suicidal behavior in jails and prisons in The Netherlands: incidence, characteristics, and prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 1990;20(2):123–37.
32. Bogue J, Power K. Suicide in Scottish Prisons, 1976-93. *J Forensic Psychiatry*. 1995 Dec 1;6(3):527–40.
33. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *Int J Law Psychiatry*. 2006 Oct;29(5):355–60.
34. Dye MH. Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *J Crim Justice*. 2010 Jul 1;38(4):796–806.

35. van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *Int J Law Psychiatry*. 2017 Feb;50:76–82.
36. Humber N, Piper M, Appleby L, Shaw J. Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychol Med*. 2011 Nov;41(11):2275–85.
37. Willis M, Baker A, Cussen T, Patterson E. Self-inflicted deaths in Australian prisons. *Trends Issues Crime Crim Justice* [Internet]. 2016;513. Available from: <https://aic.gov.au/publications/tandi/tandi513>
38. Aebi M, Tiago M. SPACE I -2020 [Internet]. Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations.; 2020 p. 134. Available from: https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330_FinalReport_SPACE_I_2020.pdf
39. De Bruyn F, Kensey A. Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013). *Cah D'études Pénit Criminol* [Internet]. 2014;(40). Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_etudes_40_opt.pdf
40. Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. [Internet]. Paris : Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; 2003 p. 235. Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rappor_Terra.pdf
41. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral [Internet]. Rapport au garde des Sceaux; 2009 p. 310. Available from: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30636-la-prevention-du-suicide-en-milieu-carceral-commission-presidee-par-le>
42. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis*. 2009;30(1):43–7.
43. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés. Plan d'actions stratégiques 2010 - 2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
44. Ministère de la Justice et des Libertés, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministère de la Solidarité et de la cohésion sociale. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf
45. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de Route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fdr_sante__ppsmj_19_22.pdf
46. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de la Justice. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice 2017 [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf
47. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan 3;184:263–7.
48. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide in prison : a comparison between France and its European neighbours. *Popul Soc* [Internet]. 2009;(462). Available from: <https://www.ined.fr/en/publications/editions/population-and-societies/suicide-in-prison-a-comparison-between-france-and-its-european-neighbours-en/>
49. Hazard A. Baisse des suicides en prison depuis 2002. *Cah Etudes Penit Crim* [Internet]. 2008;(22). Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CahEtudesPenitCrim22.pdf
50. Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire. DAP. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire [Internet]. [cited 2020 Dec 9]. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

51. World Health Organization. ICD-10 International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Vol 2, 2nd ed., WHO, Geneva [Internet]. WHO. 2017. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
52. Rothman K, Greenland S, Lash T. Modern Epidemiology 3rd edition. Lippincott Williams&Wilkins. 2008. 758 p.
53. Rothman KJ. Epidemiology: An Introduction. Oxford University Press; 2012. 281 p.
54. Hill AB. The Environment and Disease: Association or Causation? Proc R Soc Med. 1965 May 1;58(5):295–300.
55. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. BMC Psychiatry. 2017;17:156.
56. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013 May;147(1–3):17–28.
57. Boren EA, Folk JB, Loya JM, Tangney JP, Barboza SE, Wilson JS. The Suicidal Inmate: A Comparison of Inmates Who Attempt Versus Complete Suicide. Suicide Life Threat Behav. 2018 Oct;48(5):570–9.
58. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. Int J Law Psychiatry. 2005 May 1;28(3):207–21.
59. Marzano L, Rivlin A, Fazel S, Hawton K. Interviewing survivors of near-lethal self-harm: a novel approach for investigating suicide amongst prisoners. J Forensic Leg Med. 2009 Apr;16:152–5.
60. Marzano L, Fazel S, Rivlin A, Hawton K. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. Br J Psychiatry. 2010 Sep;197:219–26.
61. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. Br J Psychiatry. 2010 Jan 10;197:313–9.
62. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. PLoS One. 2013;8:e68944.
63. Sánchez FC, Fearn N, Vaughn MG. Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2018 May 1;62(6):1452–73.
64. Rivlin A, Fazel S, Marzano L, Hawton K. Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. Forensic Sci Int. 2012 Jul 10;220(1–3):19–26.

Additional material

File name	File format	Content
Additional file 1	Word / .docx	Health questionnaire of the study in English and in French
Additional file 2	Word / .docx	<u>Supplemental Table 1: Sociodemographic, penal characteristics and circumstances of suicide of cases according to the collection of health data</u>
Additional file 3	Word / .docx	Supplemental Tables 2 and 3: Ligature points and ligature for cases deceased by hanging/self-strangulation
Additional file 4	Word / .docx	Supplemental Table 4: <u>Suicide incidence rates according to some characteristics of the prisoners</u>

Annexe 5

Risk factors of suicide in prisons: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Article scientifique de valorisation des résultats de l'étude présentée au Chapitre 3, publié dans la revue *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* en 2024

- DOI : <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02661-x>
- URL éditeur (contient les annexes) : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-024-02661-x>
- URL HAL : <https://hal.science/hal-04540880>

Risk factors of suicide in prisons: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Author information

Names of the authors

Alexis Vanhaesebrouck^{a, b, c}, Thomas Fovet^d, Maria Melchior^{c*}, Thomas Lefevre^{a, b*}

*equally contributing authors

Affiliations of the authors

^a Interdisciplinary Research Institute On Social Issues (IRIS), UFR SMBH, Sorbonne Paris North University, UMR 8156-997, Aubervilliers, France.

^b Department of Legal and Social Medicine, Jean-Verdier Hospital (AP-HP), Bondy, France.

^c Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Sorbonne University, INSERM, Paris, France.

^d Univ. Lille, INSERM, CHU Lille, U1172 - Lille Neuroscience & Cognition, 59000 Lille, France.

Corresponding author

Alexis Vanhaesebrouck (alexis.vanhaesebrouck@iplesp.upmc.fr)

ORCID number

Alexis Vanhaesebrouck: 0000-0002-8145-0809

Thomas Lefèvre: 0000-0003-3038-479X

Maria Melchior: 0000-0002-2377-619X

Thomas Fovet: 0000-0003-0077-624X

For the purpose of Open Access, a CC-BY public copyright licence has been applied by the authors to the present document and will be applied to all subsequent versions up to the Author Accepted Manuscript arising from this submission.



CC-BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Abstract

Purpose: Suicide is a leading cause of death in prison and the suicide rates are several times higher in the prison population than in the general population in most countries. Of the studies that have investigated risk factors for suicide in prison, few have controlled for possible confounding factors. The aim of this study is to identify risk factors of suicide among people in French prisons, over a four-year period.

Methods: All incarcerations that occurred in France during 2017-2020 were eligible. Sociodemographic, criminal and prison characteristics were collected for each incarceration from data of the National Prison Service. Survival univariate and multivariate analyses were performed with a Cox regression model.

Results: 358,522 incarcerations were included, of which 449 ended in suicide during the follow-up. The median length of prison stay was 5.1 months. The median age at prison entry was 30 years and 95.8% of incarcerations involved men. The overall suicide rate was 173 [157-189] per 100,000 person-years. Factors associated with suicide in the multivariate model ($p < 0.05$) were the early stage of incarceration and in particular the first week ($HR = 7.6$ [5.4-10.8]), violent offences and in particular homicide ($HR = 3.0$ [2.1-4.2]), French ($HR = 1.7$ [1.2-2.4]) and other European nationalities ($HR = 2.1$ [1.4-3.3]), age above 40 ($HR = 2.0$ [1.5-2.6]), pre-trial incarceration ($HR = 1.8$ [1.4-2.3]), being separated ($HR = 1.6$ [1.1-2.3]) and having a high school diploma ($HR = 1.4$ [1.0-1.8]).

Conclusions: Factors associated with suicide in prison are complex and involve individuals' criminal history as well as conditions of incarceration. These characteristics may be relevant to focus suicide prevention efforts.

Keywords

Suicide, prison, social epidemiology, risk assessment

Statements and Declarations

Funding and/or competing interests

The authors did not receive support from any organization for the submitted work. The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose

Acknowledgments

We are grateful to the National Prison Service, French Ministry of Justice, for allowing us to access their data, and in particular to the Data Office and the Social Policies and Partnerships Office of the National Prison Service for their help in data management. We thank Mathias Denjean, head of the Data Office of the National Prison Service, and François-Marie Tarasconi, deputy head of the Social Policies and Partnerships Office, for their review.

Contribution statement

Alexis Vanhaesebrouck formulated the research question and designed the study. Alexis Vanhaesebrouck carried out the study under the supervision of Thomas Lefèvre and Maria Melchior. Alexis Vanhaesebrouck analysed the data, under the supervision of Thomas Lefèvre and Maria Melchior. Alexis Vanhaesebrouck, Thomas Lefèvre, Maria Melchior and Thomas Fovet wrote the article. All authors read and approved the final manuscript.

Risk factors of suicide in prisons: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Introduction

More than 10 million people were in prison worldwide in 2021 [1]. Suicide is a leading cause of death in prison and the suicide rates are several times higher in the prison population than in the general population in many countries [2–4]. Suicide in prisons is therefore an important public health problem. A recent meta-analysis, pooling the results of 77 studies investigating the factors associated with suicide in prison, reported the role of individuals' mental health with high effect sizes for suicidal ideation, history of attempted suicide, history of self-harm and current psychiatric diagnosis [5]. This study also identified several institutional factors such as the occupation of a single cell or having no social visits, and criminological factors, including remand status, serving a life sentence and being convicted for a violent offence, in particular homicide. To our knowledge, studies on suicide risk factors in prison rarely take into account potential confounding factors and only six studies used multivariable statistical models on individual data from the general prison population [6–11] (see [Supplementary Table A](#)). The contribution of these six studies is essential but the role of certain factors remains to be clarified. Notably, the assessment of sociodemographic factors beyond age and gender often raises issues due to high level of missing data [6–9] and yields inconsistent results [9–11]. Another point of interest is the association between suicide and stage of incarceration. Many studies found high percentages of suicide in the early stage of incarceration [8, 12–35] but this factor received little attention from comparative studies among incarcerated people. To our knowledge, one study found a higher suicide rate the first week of imprisonment [36] and another study found a higher suicide risk during the first two months [11]. Additionally, while prison overcrowding is regularly suspected to contribute to suicide of people incarcerated, findings on overcrowding are based solely on ecological studies and are inconsistent [2–4, 27, 37–42]. Studies integrating multivariate analyses and taking into account all of these variables appear essential. In France, on January 1, 2023, 72,173 persons were incarcerated in 184 facilities. In average, 119 persons were incarcerated per 100 places. The first days of incarceration take place in the arrival block, which is designed to assess people and act as a buffer zone to reduce prison shock. France has one of the highest suicide rates in prison among Western countries, equal to 186 per 100,000 person-years (PY) in 2021. Additional information about the situation in France can be found in a previous paper [36]. The aim of this study is to assess risk factors for suicide among people incarcerated in French prisons. We hypothesised that the risk of suicide was higher at the start of incarceration, in cases of overcrowding, in pre-trial detention and for the most serious offences.

Method

Population and data source

This retrospective cohort study included all persons incarcerated in metropolitan France, overseas departements and regions, and overseas communities during an observation period that extends from January 1, 2017 to December 31, 2020. The follow-up of individuals whose incarceration started before January 1, 2017 and continued after this date was censored on the left. This means that these incarcerations were included in the study but only the part that took place from January 1, 2017 was taken into account. Similarly, the follow-up of individuals whose incarceration ended after December 31, 2020 were right-censored on that date.

The data source is an administrative database from the National Prison Service (French Ministry of Justice) with individual and historicized data covering more than 99.9% of people incarcerated in France. This database is produced from a computer application called GENESIS and implemented in prison facilities for the daily management of people incarcerated [43].

In France, prisons exclude police custody and administrative detention centres for illegal immigrants. All types of prison facilities were included in our study: prisons for pre-trial incarceration and short sentences (PPSS), standard security prison for long sentences (SSPLS), high security prison for long sentences (HSPLS), juvenile prisons and semi-open prisons. People sentenced to prison go or stay in PPSS if the time or remaining time to serve is less than two years at the time of sentencing. Of note, there is no forensic prison facilities specifically dedicated to people declared not criminally responsible on account of mental disorder in France [44, 45].

Data

Suicide

The official definition of suicide given by the French Ministry of Justice for people incarcerated is a "self-inflicted act with the intention of dying, resulting in death" [46]. In this study, suicide is defined as any case reported as such by the National Prison Service of the Ministry of Justice. When the National Prison Service considers that the cause of death is uncertain, it asks the public prosecutor for the results of forensic investigations, including an autopsy. Suicides of people incarcerated include any death resulting from a suicidal act of a person who is incarcerated, whatever the location of the suicidal act and the location of the death.

Covariables

We collected sociodemographic, criminal and prison characteristics for each incarceration. Sociodemographic data are mainly based on statements made by prisoners. Penal and prison data correspond to the recording by the courts and prison administration of their own activity.

For some characteristics, the value collected on admission to prison was applied over the entire incarceration period: age, gender, nationality, high school diploma, occupational status, personal housing, marital status, having children, type of court (correctional court / criminal court) and main offence category (homicide / rape and sexual assault / physical assault / other). In the case of multiple offences, the main offence was defined by the National Prison Service according to the following criteria, in decreasing order of importance: 1) crime takes precedence over misdemeanour; 2) the maximum prison sentence incurred; 3) personal injury takes precedence over property damage; 4) the maximum fine incurred. An offence was also attributed to people on pre-trial detention, based on the main suspected offence.

For the other characteristics, the value collected at entry was updated each time a change occurred during the period of incarceration: criminal category (pre-trial / post-sentence), stage of incarceration (< 1 week / 1 week to 6 months / \geq 6 months) and type of facility where incarcerations took place (PPSS / SSPLS / HSPLS / other).

In addition, we collected data on size and population density of prison facilities. Size corresponds to the number of people incarcerated in the facility and density is the number of people incarcerated per 100 operational places in the facility. Overcrowding was defined as a density over 100 people incarcerated per 100 places. For each incarceration, an average value was calculated for these two characteristics for each facility where the person was imprisoned, based on the monthly records for the corresponding period of incarceration.

Statistical methods

Descriptive analysis, handling of missing data, survival analysis and the software are presented. For all analyses, we modelled characteristics collected only at the start date of incarceration as fixed variables and other characteristics as time-dependent variables.

Descriptive analysis

Incarceration counts are presented for fixed variables and PY are presented for time-dependent variables. Suicide incidence rates were calculated for all covariables by dividing the number of suicides by the number of PY at risk. PY were obtained by summing the individual follow-up durations related to the category of interest. For example, a person who spent one year in pre-trial detention and two years in post-sentence detention during follow-up contributed to one and two PY to these categories, respectively. All suicide rates are expressed per 100,000 PY and are accompanied by a 95% confidence interval.

Handling of missing data

Sixty-three percent of all PY had missing data for at least one variable. The imputation methods, mainly based on multivariate imputation by chained equations [47], are presented in the Supplementary Material.

Survival analysis

Survival analyses were performed using a Cox regression model. The time scale was calendar time and the unit of time was the calendar day. Age was modelled as a three-class categorical variable because of a break in the log-linear hypothesis ($p=0.006$) and the very low representation of elderly people in prison. Bivariate statistical analyses were performed, and all characteristics associated with suicide with a p -value <0.20 [48, 49], as well as factors associated with suicide in prison in the meta-analysis by Zhong et al [5], were entered into a multivariate model M1.

In preliminary analyses, the stage of incarceration had been used as the time scale, resulting in a violation of the proportional hazards assumption for main offense category, overcrowding and gender. Thus, in the final analyses, three interactions were assessed between stage of incarceration and each of these three variables. The significance of each interaction was assessed by comparing a model containing the two variables of interest plus the interaction term with a model containing only the two variables of interest. When $p<0.20$, the same procedure was repeated after introducing all the variables of the M1 model.

Statistical significance of single-parameter variables was assessed using a Wald test, whereas statistical significance of multi-parameter variables and interactions was assessed using a likelihood ratio test. The proportional hazards assumption was assessed using a test based on Schoenfeld residuals [50].

Software

Analyses were conducted with R software, version 4.1.1. Multiple imputation was performed with the mice package [51]. Survival analyses were performed with the survival package [52].

Results

Our study population included 358,522 incarcerations, cumulating 259,918 PY of follow-up and of which 449 ended in suicide during 2017-2020.

Description of the study population

The study population included 123,686 (34.5%) prison stays whose follow-up was left and/or right censored. The median individual follow-up time was 4.8 months (Q1-Q3 [2.0-10.8]) (see [Supplementary Table B and Fig. A](#)). The median length of prison stay, calculated for right uncensored prison stays, was 5.1 months (Q1-Q3 [2.3-11.5]).

The median age at prison entry was 30 years (Q1-Q3 [23-39]), 91.0% of incarcerations involved persons who were less than 50 years old and 95.8% involved men ([Table 1](#)). Twenty-six percent involved foreign nationals, 83.1% involved persons who had less than a high school diploma, 54.1% persons who were unemployed before incarceration and 30.6% manual workers. Fifty-four percent of incarcerations involved persons without personal housing prior to incarceration, 62.2% persons who were single and 59.8% persons who had children. Twelve point five percent of incarcerations depended on a criminal court and 87.5% on a correctional court.

Table 1 Fixed characteristics of people incarcerated and associated suicide rates (n=358 522)

	All prison stays (n=358 522)		Suicides (n=449)		Suicide rate per 100 000 PY ^a	CI _{95%} ^b	p ^c
	n	%	n	%			
Age (years)							<0.001
13-29	168 148	(46.9)	126	(28.1)	107	[88 - 125]	
30-39	102 451	(28.6)	130	(29.0)	175	[145 - 205]	
40-99	87 875	(24.5)	193	(43.0)	287	[247 - 328]	
Missing	48		0				
Gender							0.157
Men	343 358	(95.8)	429	(95.5)	171	[155 - 187]	
Women	15 164	(4.2)	20	(4.5)	216	[121 - 310]	
Nationality							0.007
France	266 295	(74.4)	353	(78.8)	177	[159 - 196]	
Other european countries	29 091	(8.1)	47	(10.5)	229	[164 - 295]	
African countries	50 359	(14.1)	33	(7.4)	109	[72 - 147]	
Other countries	12 148	(3.4)	15	(3.3)	152	[75 - 229]	
Missing	629		1				
High school diploma							<0.001
Yes	47 391	(16.9)	80	(23.3)	247	[193 - 301]	
No	233 816	(83.1)	263	(76.7)	150	[132 - 168]	
Missing	77 315		106				
Occupational status							0.732
Hand worker	76 029	(30.6)	95	(29.8)	162	[129 - 195]	
Other occupation	37 975	(15.3)	51	(16)	155	[113 - 198]	
Inactive	134 575	(54.1)	173	(54.2)	170	[145 - 195]	
Missing	109 943		130				
Housing							<0.001

<i>Personal housing</i>	115 656	(46.2)	181 (61.6)	198	[169 - 227]
<i>Other housing situations</i>	134 661	(53.8)	113 (38.4)	128	[105 - 152]
<i>Missing</i>	108 205		155		
Marital status					<0.001
<i>Single</i>	177 612	(62.2)	155 (51.2)	117	[99 - 136]
<i>Lives with a partner^d</i>	90 936	(31.8)	107 (35.3)	141	[114 - 168]
<i>Separated^e</i>	17 170	(6.0)	41 (13.5)	289	[200 - 377]
<i>Missing</i>	72 804		146		
Children					<0.001
<i>Yes</i>	147 730	(59.8)	223 (70.1)	193	[168 - 218]
<i>No</i>	99 394	(40.2)	95 (29.9)	123	[98 - 147]
<i>Missing</i>	111 398		131		
Court					<0.001
<i>Correctional court</i>	312 113	(87.5)	264 (59.2)	144	[126 - 161]
<i>Criminal court</i>	44 633	(12.5)	182 (40.8)	240	[205 - 275]
<i>Missing</i>	1 776		3		
Main offence					<0.001
<i>Homicide</i>	15 974	(4.5)	100 (22.6)	307	[247 - 367]
<i>Rape or sexual assault</i>	20 459	(5.8)	83 (18.7)	256	[201 - 311]
<i>Physical assault</i>	60 882	(17.2)	67 (15.1)	192	[146 - 239]
<i>Other offence</i>	255 874	(72.5)	193 (43.6)	121	[104 - 138]
<i>Missing</i>	5 333		6		

^a Person-years ; ^b 95% confidence interval ; ^c p value of the bivariate survival analyses ; ^d including married ; ^e including divorced and widowed

In 4.5% of all incarcerations, the main offense category was homicide, in 5.8% rape or sexual assault, in 17.2% physical assault, in 22.8% burglary, robbery or theft, in 18.7% drug offence and in 31.0% another offense (Table 1). On a given date, on average 30.9% of the population was in pre-trial detention, 2% had been in prison for less than a week, 36.1% for 1 week to 6 months and 61.9% for more than 6 months (see Supplementary Tables C and D).

On a given date, on average 68.4% of incarcerated people were in a PPSS, 26.7% in a SSPLS, 2.5% in a HSPLS and 2.4% in other types of facilities (see Supplementary Tables C and D). On average, 34.2% were in facilities with less than 500 persons, 47.3% in facilities with 500 to 1,000 persons and 18.5% in facilities with more than 1,000 persons. In addition, on average, 65.7% were in facilities with overcrowding and 23.6% in facilities with a density greater than 150%.

Suicide rates according to covariables and bivariate survival analysis

The overall suicide rate was 173 (CI_{95%} [157-189]) per 100,000 PY. Suicide rates according to fixed characteristics are presented in Table 1. Persons who were incarcerated prior to their trial had a suicide rate equal to 298 ([260-337]) compared to 118 ([102-134]) per 100,000 PY for post-sentence incarceration (p<0.001, see Supplementary Table C). The suicide rate was considerably higher in the first week of incarceration (IR=966, [701-1231], p<0.001). The suicide rate was higher in PPSS (IR=195, [174-216]) than in other types of facilities (IR=99 to 141 per 100,000 PY, p<0.001). There was no variation by facility size (p=0.278). The suicide rate was higher in overcrowded conditions (IR=197 [176-219], p<0.001, see Supplementary Table C).

Overall, thirteen characteristics had a p value <0.20 in bivariate analysis (see Supplementary Table E). They included all factors both associated with suicide in the literature and collected in our study. They were included in the M1 multivariate model.

Multivariate survival analysis

Seven characteristics were associated with suicide in the M1 multivariate model: age (p<0.001), nationality (p=0.006), high school diploma (p=0.013), marital status (p=0.031), main offense (p<0.001), criminal category (p<0.001), and stage of incarceration (p<0.001) (Table 2). Suicide risk increased with age (HR=1.5 [1.2-2.0] for 30-39 year olds and HR=2.0 [1.5-2.6] for 40-99 year olds). It was higher for people of French nationality (HR=1.7, [1.2-2.4]), nationality of another European country (HR=2.1, [1.4-3.3]) and with a high school diploma (HR=1.4, [1.0-1.8]). The risk of suicide was higher for persons charged or sentenced for homicide (HR=3.0, [2.1-4.2]), rape or sexual assault (HR=2.1 [1.5-2.9] and physical assault (HR=1.5, [1.2-2.0]). It was 1.8 ([1.4-2.3]) time higher during pre-trial incarceration. Finally, the risk of suicide was 7.6 ([5.4-10.8]) times higher in the first week of incarceration and 1.9 ([1.5-2.4]) time higher for the rest of the first six months, compared to the period beyond 6 months.

Table 2 Multivariate survival analysis (M1 model, n=358 522)

	HR ^a	CI _{95%} ^b	p	%VI ^c
Age (years)			<0.001	
13-29	Ref.			
30-39	1.5	[1.2 - 2.0]		3.4
40-99	2.0	[1.5 - 2.6]		7.1
Women (vs men)	0.9	[0.6 - 1.5]	0.366	0.4
Nationality			0.004	
African country	Ref.			
France	1.7	[1.2 - 2.4]		0.4
Other european countries	2.1	[1.4 - 3.3]		0.3
Other continents	1.4	[0.7 - 2.5]		0.4
High school diploma	1.4	[1.0 - 1.8]	0.014	30.4
Personal housing	1.2	[0.9 - 1.5]	0.137	36.7
Marital status			0.031	
Single	Ref.			
Lives with a partner (including married)	1.0	[0.7 - 1.3]		34.6
Separated (including divorced and widowed)	1.6	[1.1 - 2.3]		30.9
Children	1.0	[0.8 - 1.4]	0.440	39.8
Criminal court	1.0	[0.7 - 1.3]	0.450	1.1
Main offence			<0.001	
Other offence	Ref.			
Homicide	3.0	[2.1 - 4.2]		1.3
Rape and sexual assault	2.1	[1.5 - 2.9]		1.1
Physical assault	1.5	[1.2 - 2.0]		1.7
Pre-trial incarceration	1.8	[1.4 - 2.3]	<0.001	1.1
Stage of incarceration			<0.001	
≥ 6 months	Ref.			
<1 week	7.6	[5.4 - 10.8]		0.2
1 week to 6 months	1.9	[1.5 - 2.4]		0.3
Type of facility			0.943	
SSPLS ^d	Ref.			
PPSS ^e	0.9	[0.6 - 1.4]		3.2

<i>HSPLS^f</i>	0.9	[0.4 - 1.8]		0.1
<i>Other</i>	0.8	[0.4 - 1.9]		0.8
Overcrowding	1.2	[0.8 - 1.7]	0.156	5.0

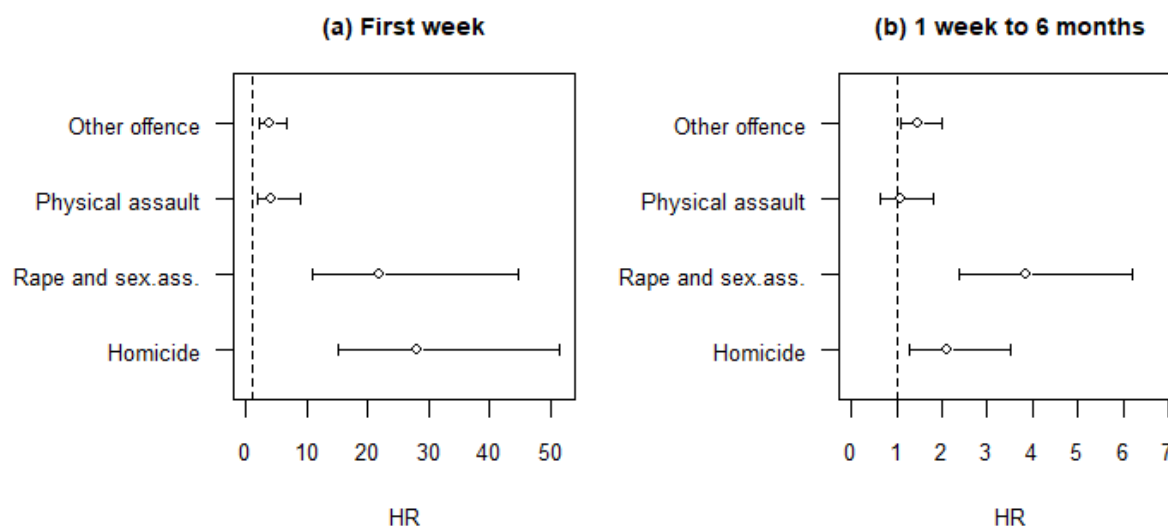
^a Hazard ratio; ^b 95% confidence interval; ^c Percentage of variance attributable to imputation of missing data; ^d Prison for pre-trial incarceration and short sentences; ^e Standard security prison for long sentences; ^f High security prison for long sentences

Statistical Interactions

Regarding interactions, p-values were <0.001 between stage of incarceration and main offence, 0.037 between stage of incarceration and overcrowding and 0.008 between stage of incarceration and age. After the introduction of the M1 variables, p values were <0.001, 0.029 and 0.025, respectively (see [Supplementary Tables F and G](#)).

The excess risk of suicide during the first week of incarceration was concentrated in persons charged or sentenced for homicide (HR=28.0 [15.2-51.6]) and rape or sexual assault (HR=21.9 [10.8-44.6]) ([Fig. 1](#)). Correspondingly, differences in suicide risk according to the offence were particularly marked during the first week of incarceration: the risk was 15.8 ([7.3-34.2]) times higher for homicide and 7.0 ([3.1-15.6]) times higher for rape or sexual assault than for the other offences (see [Supplementary Table G and Fig. B](#)). They were only 3.1 ([1.8-5.2]) and 3.2 ([2.1-4.9]) times higher for the period from one week to 6 months, respectively and became even less pronounced after 6 months in prison.

Fig. 1 Relationship between suicide and stage of incarceration according to offence, multivariate analysis (n = 358 522)

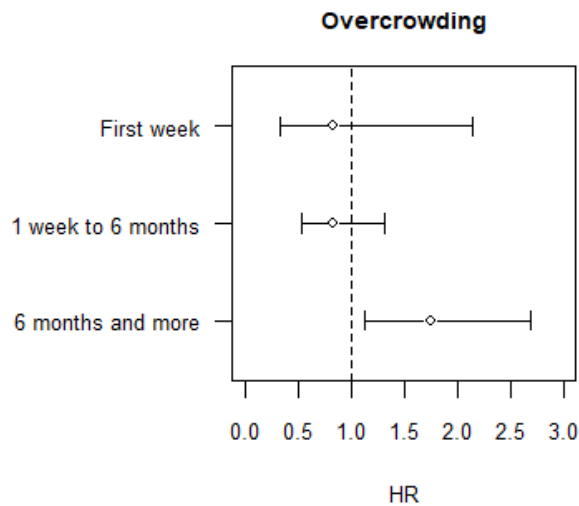


Note: the reference group for all Hazard Ratios is the stage of incarceration “≥6 months”

Compared to the period beyond 6 months, the risk of suicide during the first week of incarceration was 7.0 ([4.9-10.0]) times higher in the case of overcrowding compared with 14.5 ([5.5-38.6]) in the absence of overcrowding (see [Supplementary Table G and Fig. C](#)), whereas over the period from one week to six months, the hazard ratios were equal to 1.7 ([1.3-2.2]) and 3.5 ([2.1-5.8]) respectively. Prison

overcrowding was significantly associated with suicide only beyond 6 months of incarceration, with a higher risk of suicide in the case of overcrowding (HR=1.8, [1.1-2.7]) (Fig. 2).

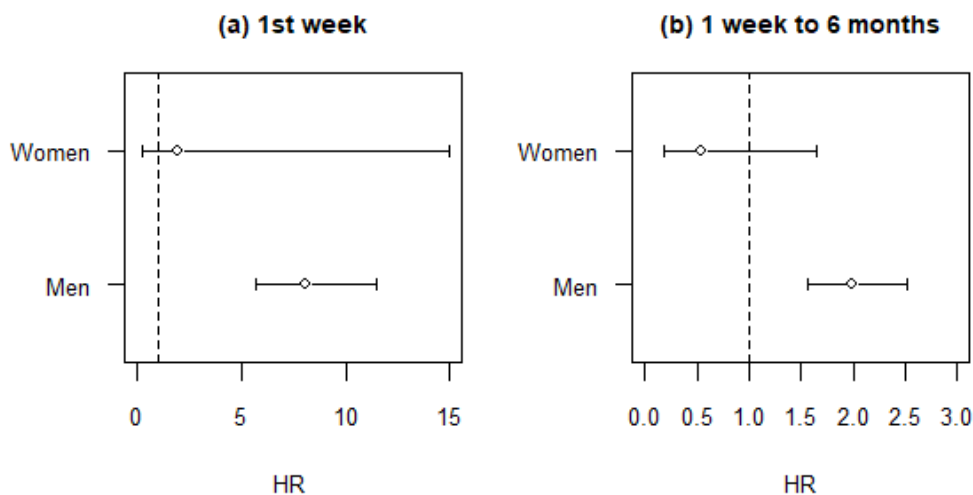
Fig. 2 Relationship between suicide and overcrowding, according to stage of incarceration, multivariate analysis (n=358 522)



Note: the reference group for all Hazard Ratios is “no overcrowding”

Suicide risk was higher in the first week of incarceration for men (HR=8.1, [5.7-11.4]) but not for women (HR=2.0, [0.3-15.0]) (Fig. 3). The same pattern was found for suicide risk associated with the period from one week to six months (HR=2.0, [1.6-2.5], in men and HR=0.5, [0.2-1.6], in women). No significant association was found between gender and suicide, at any stage of incarceration (see Supplementary Table G and Fig. D).

Fig. 3 Relationship between suicide and stage of incarceration according to gender, multivariate analysis (n = 358 522)



Note: the reference group for all Hazard Ratios is the stage of incarceration “≥6 months”

Discussion

Main results

The overall suicide rate of people incarcerated in France over the period 2017-2020 was 173 per 100,000 PY. Factors independently associated with suicide in the multivariate model were the early stage of incarceration and in particular the first week, violent offences and in particular homicide, French and other European nationalities, older age, pre-trial incarceration, being separated and having a high school diploma. Statistical interactions were found between stage of incarceration and 1) main offence category; 2) prison overcrowding; 3) gender. The excess of suicide risk in the early stage of incarceration was higher for people incarcerated for homicide or rape/sexual assault, in the absence of overcrowding and was found only for men. The excess of suicide risk for homicide and rape/sexual assault was concentrated in the early stage of incarceration. Overcrowding was associated with a higher risk of suicide only beyond six months of incarceration.

Sociodemographic factors

Among the eight sociodemographic factors assessed in our study, nationality of a European country, older age, being separated and having a high school diploma were found to be independent risk factors of suicide. Personal housing and having children were associated with suicide in bivariate analysis but this was no longer the case after controlling for confounding factors. No association was found for gender and occupational status. Our results on age and occupational status are consistent with the meta-analysis by Zhong et al [5] and those on gender and having children are consistent with other studies using multivariate models [9–11]. They also show discrepancies: being married and male gender were associated with suicide in the meta-analysis whereas the level of education was not. Moreover, marital status was not associated with suicide in studies using multivariate models [9–11]. Findings from these latest studies regarding other sociodemographic factors are inconsistent [6–11]. Notably, although the higher risk of suicide found for people of European nationality in our study is in line with the higher risk found for white people in the meta-analysis by Zhong et al [5], the data are largely from the United States and the European studies give contrasting results [8–10, 53]. Further studies are needed to clarify the role of nationality and ethnicity.

We found a statistical interaction between incarceration and certain sociodemographic factors regarding suicide: while being married, being employed, and a high level of education are considered as protective factors against suicide in the general population [54–56], this is not the case in the prison population. According to our study and previous results in the field, these factors are either not associated with suicide or present as risk factors of suicide [5, 9–11]. Explanatory hypotheses can be considered in relation to the theoretical framework of the causes of suicide in prison, which articulates an *importation* model, focusing on the vulnerability of incarcerated individuals, and a *deprivation* model, focusing on the harmful effects of incarceration [3, 11, 14, 15, 19, 20, 28, 42, 57–70]. Sociodemographic factors are generally cited as part of the importation model: the risk of suicide is said to be higher in prison partly because of an overrepresentation of unfavourable socio-demographic profiles in terms of suicide risk. The observed interactions suggest that the overrepresentation of vulnerable individuals in prison or the harmful effects of incarceration may differ according to socio-demographic profiles. Firstly, the overrepresentation of vulnerable individuals in prison may be more pronounced among favourable than among unfavourable sociodemographic profiles. Among persons with a favourable sociodemographic profile likely to have committed an offence, the least vulnerable majority might have sufficient personal resources to avoid imprisonment, resulting in a highly vulnerable minority being incarcerated. This

would not or less be the case for persons with an unfavourable sociodemographic profile. Secondly, the harmful effects of incarceration may be more pronounced for favourable than for unfavourable sociodemographic profiles, as the deprivations associated with incarceration may be greater for those who have more to lose [11].

Stage of incarceration

Early stage of incarceration is an independent risk factor of suicide in our study, in line with previous studies reporting a higher suicide rate in the first week of incarceration [36] and a higher risk of suicide during the first two months [11]. Several explanatory hypotheses have been proposed, including withdrawal from drugs [65]. Our study is the first to report statistical interactions between stage of incarceration and gender, main offence category and overcrowding. Importantly, the excess risk of suicide associated with early stage of incarceration was found only for men, which must be balanced by the fact that women are in a very small minority in prison, resulting in a lack of statistical power. The excess risk of suicide associated with early stage of incarceration was much higher for persons charged or sentenced for homicide, rape and sexual assault. Explanations can be sought in or around the prison. Inside prison, the abrupt break associated with entering prison may be more pronounced for people charged with or convicted for a serious offence. Notably, people who committed sex offences are also a highly stigmatized and victimized population in the prison environment [71–73]. This is less the case for homicide, with the exception of female infanticide. In addition to prison, ordeals that precede of accompany entry into prison may be more prevalent and prominent for these individuals: rejection by the family, police custody, court proceedings, stigmatisation, remorse.

Prison overcrowding

A positive association was found between overcrowding and suicide in the bivariate analyses, but it did not hold after controlling for confounding factors. This result is consistent with studies at the facility level. They all found a positive association in initial analyses [27, 39–42], which did not hold after controlling for type of facility [39, 40] or other confounding factors [42]. Spatial-temporal ecological studies found no association or a negative association between overcrowding and suicide [2–4, 37, 38].

The absence of association in our study after controlling for confounding factors is an average which masks variations according to the stage of incarceration. Actually, overcrowding is positively associated with suicide beyond six months of incarceration. To our knowledge, this had never been reported before. Explanatory assumptions can be formulated based on the mechanisms of action of overcrowding reported in the literature. Most reported mechanisms can be organised as an opposition between two forces. The first force is said to increase the risk of suicide by degrading mental health through deteriorating prison conditions [23, 31, 37, 40, 42, 57, 58, 74–78], whereas the second force is said to decrease the risk of suicide by preventing the suicide act from taking place, as overcrowding reduces single-cell occupancy and thus facilitating surveillance between fellow inmates [2–6, 11, 27, 37–40, 42, 57, 75, 77]. The interaction between overcrowding and suicide in our study leads to an understanding of the opposition between these two forces in the form of a dynamic balance. The first force could be sustained over time, whereas the second could be reduced over time, as people incarcerated become familiar with their environment and identify opportunities to act out.

Strengths and limitations

Our study gathered nearly 450 suicides among more than 350,000 incarcerations. It is comprehensive on a national scale, which guarantees the representativeness of the results for the French situation. Another strength of our study is that it is the first study of suicide risk factors in prison to implement a strategy of imputation for missing data. A third strength is the availability of historicized data, which has allowed dynamic modeling of some factors.

Among the limitations, the needs and uses of the prison administration as well as the architecture of the GENESIS information system determine the information available for research and have guided and limited the analyses presented in this study. Information on the health of people incarcerated was not available to the researchers. In particular, we had no data on psychiatric and substance use disorders, which are highly prevalent in prison and have been shown to be a major risk factor for suicide among people incarcerated [5, 79, 80]. A national datatable of suicide risk assessment grids for people incarcerated, completed systematically on entry, has recently been created and could be explored in future analyses. Another limitation is that this study concerns incarcerations and not individuals. Although this had no impact on suicide rates and survival analyses, we do not know how many individuals were included in our study. A third limitation is the lack of consideration of cluster effects at the cell level, the staff perimeter level and the facility level. Finally, our study did not look at suicide attempts. The National Prison Service has data on suicide attempts that could be the subject of future analyses.

Our findings may have been impacted by policies of suicide prevention in detention in France, including the treatment of psychiatric disorders, training of prison staff on suicide risk assessment, reduction access to suicide methods and postvention [46]. In particular, the effect size for the most suspected or established risk factors, such as the early stage of incarceration [8, 11–35] or homicide [5–7], may have been reduced by targeted prevention measures.

Conclusion

Our study shows that factors associated with suicide in prison are complex and involve individuals' criminal history as well as conditions of incarceration. These characteristics may be relevant to focus suicide prevention efforts. Additional studies assessing suicide prevention measures are needed.

Declarations

Funding and/or competing interests

The authors did not receive support from any organization for the submitted work. The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

Ethics approval

All procedures performed were in accordance with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. The study was approved by the research ethics board of University Paris Centre (N° 2022-86).

Consent to publish

The collection of consent from all persons included in this research was not possible for logistical reasons and this was approved by the research ethics board.

Data availability

The data are not publicly available. The agreement signed between the Sorbonne Paris North University and the National Prison Service stipulates that the data collected for this specific study cannot be used for other purposes due to the sensitivity of individual data on people incarcerated.

Code availability

The code is available on request from the corresponding author.

References

1. Fair H, Walmsley R (2021) World Prison Population List (13th edition). World Prison Brief
2. Fazel S, Ramesh T, Hawton K (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 4(12):946–952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3)
3. Rabe K (2012) Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry* 35:222–230. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.012>
4. Fritz FD, Fazel S, Benavides Salcedo A, et al (2021) 1324 prison suicides in 10 countries in South America: incidence, relative risks, and ecological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56(2):315–323. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01871-3>
5. Zhong S, Senior M, Yu R, et al (2021) Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 6(3):e164–e174. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4)
6. Duthé G, Hazard A, Kensey A (2014) Trends and Risk Factors for Prisoner Suicide in France. *Population* 69(4):463–493. <https://doi.org/10.3917/popu.1404.0519>
7. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L (2013) Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Sci Int* 233(1–3):273–277. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.09.014>
8. Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J (2013) A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales [corrected]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(7):1177–1185. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0632-4>
9. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM (2005) Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 35:63–75. <https://doi.org/10.1521/suli.35.1.63.59268>
10. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P (2004) Suicide in custody: Case-control study. *Br J Psychiatry* 185:494–498. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.6.494>
11. Bourgoin N (1993) La mortalité par suicide en prison. *Rev Epidemiol Sante Publique* 41(2):146–154
12. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW (2014) Prison suicides in South Australia: 1996-2010. *J Forensic Sci* 59(5):1260–2. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12454>
13. Carson EA, Cowhig MP (2020) Mortality in Local Jails, 2000-2016 – Statistical Table. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics
14. Favril L, Wittouck C, Audenaert K, Vander Laenen F (2019) A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis* 40(1):42–53. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000531>
15. Hayes LM (2012) National study of jail suicide: 20 years later. *J Correct Health Care* 18:233–45. <https://doi.org/10.1177/1078345812445457>
16. Humber N, Piper M, Appleby L, Shaw J (2011) Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychol Med* 41(11):2275–2285. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000705>
17. Mumola CJ (2005) Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics
18. O’Driscoll C, Samuels A, Zacka M (2007) Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Aust N Z J Psychiatry* 41:519–524. <https://doi.org/10.1080/00048670701341863>
19. Kerkhof AJ, Bernasco W (1990) Suicidal behavior in jails and prisons in The Netherlands: incidence, characteristics, and prevention. *Suicide Life Threat Behav* 20(2):123–137
20. Lupei RA (1981) Jail Suicides: Demographic and Behavioral Factors Postdictive of the Completed Act. Southern Illinois University-Carbondale
21. Backett SA (1987) Suicide in Scottish prisons. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 151:218–221. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.218>

22. Bogue J, Power K (1995) Suicide in Scottish Prisons, 1976-93. *J Forensic Psychiatry* 6(3):527–540. <https://doi.org/10.1080/09585189508410781>
23. Dooley E (1990) Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 156:40–45. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.40>
24. DuRand CJ, Burtka GJ, Federman EJ, Haycox JA, Smith JW (1995) A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry. *Am J Psychiatry* 152(7):1077–1080
25. Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K (2000) Prison Suicides in Austria, 1975–1997. *Suicide Life Threat Behav* 30(4):360–369. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01102.x>
26. Hayes LM (1989) National study of jail suicides: seven years later. *Psychiatr Q* 60(1):7–29. <https://doi.org/10.1007/BF01064362>
27. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R (2002) Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *Br J Forensic Pract* 4(4):3–17. <https://doi.org/10.1108/14636646200200022>
28. Tatarelli R, Mancinelli I, Taggi F, Polidori G (1999) Prison suicides in Italy in 1996-1997. *Eur Psychiatry* 14:109–110
29. Novick LF, Remmlinger E (1978) A study of 128 deaths in New York City correctional facilities (1971-1976): implications for prisoner health care. *Med Care* 16(9):749–756. <https://doi.org/10.1097/00005650-197809000-00005>
30. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L (2004) Suicide by prisoners: National clinical survey. *Br J Psychiatry* 184:263–267. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263>
31. Marcus P, Alcabes P (1993) Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hosp Community Psychiatry* 44(3):256–261. <https://doi.org/10.1176/ps.44.3.256>
32. Dillon D (2013) A Portrait of Suicides in Texas Jails: Who is at Risk and How Do We Stop It? *LBJ J Public Aff* 21:51–67
33. Tournier P, Chemithe P (1980) Contribution statistique à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral. 1975-1978. *Population* 35(6):1217–1218
34. Joukamaa M (1997) Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Sci Int* 89:167–174. [https://doi.org/10.1016/S0379-0738\(97\)00119-9](https://doi.org/10.1016/S0379-0738(97)00119-9)
35. Hazard A (2008) Baisse des suicides en prison depuis 2002. *Cah D'études Pénit Criminol*
36. Vanhaesebrouck A, Tostivint A, Lefèvre T, Melchior M, Khireddine-Medouni I, Chee CC (2022) Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry* 22(1):11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>
37. Duthé G, Hazard A, Kensey A (2009) Suicide in prison : a comparison between France and its European neighbours. *Popul Soc*
38. Bourgoin N (1993) Le suicide en milieu carcéral. *Population* 48(3):609–625. <https://doi.org/10.2307/1534097>
39. Leese M, Thomas S, Snow L (2006) An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *Int J Law Psychiatry* 29(5):355–360. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.10.004>
40. van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T (2017) An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *Int J Law Psychiatry* 50:76–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.005>
41. Preti A, Cascio MT (2006) Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Med Sci Law* 46(2):127–134. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.46.2.127>
42. Dye MH (2010) Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *J Crim Justice* 38(4):796–806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.05.007>

43. Décret no 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS
44. Fovet T, Chan-Chee C, Baillet M, et al (2022) Psychiatric hospitalisations for people who are incarcerated, 2009–2019: An 11-year retrospective longitudinal study in France. *eClinicalMedicine* 46. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101374>
45. Fovet T, Baillet M, Horn M, et al (2022) Psychiatric Hospitalizations of People Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in France: A Ten-Year Retrospective Study (2011–2020). *Front Psychiatry* 13
46. (2019) Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère de la Justice. Ministère des Solidarités et de la Santé
47. van Buuren S (2018) Flexible imputation of missing data. Second edition, Chapman&Hall/CRC
48. Mickey RM, Greenland S (1989) The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol* 129(1):125–137. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115101>
49. Bouyer (2009) *Epidemiologie: Principes et methodes quantitatives*. Lavoisier
50. Grambsch PM, Therneau TM (1994) Proportional Hazards Tests and Diagnostics Based on Weighted Residuals. *Biometrika* 81(3):515–526. <https://doi.org/10.2307/2337123>
51. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn CGM (2011) mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *J Stat Softw* 45(3). <https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03>
52. Therneau T (2023) A Package for Survival Analysis in R. R package version 3.5-5
53. Radeloff D, Lempp T, Kettner M, Rauf A, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM (2017) Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. *PLoS One* 12(6):e0178959. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178959>
54. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N (2022) Suicide and self-harm. *Lancet Lond Engl* 399(10338):1903–1916. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)
55. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R (2011) Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med* 72(4):608–616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
56. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM (2013) Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:1725–1736. <https://doi.org/10.2147/NDT.S40213>
57. Castelpietra G, Egidi L, Caneva M, et al (2018) Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the “Triveneto” area, 2010–2016. *Int J Law Psychiatry* 61:6–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.09.005>
58. Esposito M (2017) Suicidal Risk in Italian Prisons. A Population-Based Cohort Study. *Sociol Mind* 8(1):46–69. <https://doi.org/10.4236/sm.2018.81004>
59. Patterson RF, Hughes K (2008) Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatr Serv Wash DC* 59(6):676–682. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.6.676>
60. Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM (2015) National total survey of German adolescent suicide in prison. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24(2):219–225. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0568-1>
61. Radeloff D, Stoeber F, Lempp T, Kettner M, Bennefeld-Kersten K (2019) Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PloS One* 14(4):e0214936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214936>
62. Dahle K-P, Lohner JC, Konrad N (2005) Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *Int J Forensic Ment Health* 4:53–62. <https://doi.org/10.1080/14999013.2005.10471212>

63. Winter MM (2003) County Jail Suicides in a Midwestern State: Moving Beyond the Use of Profiles. *Prison J* 83:130–148. <https://doi.org/10.1177/0032885503083002002>
64. Hatty SE, Walker JR (1986) A national study of deaths in Australian prisons. Australian Institute of Criminology, Canberra
65. Radeloff D, ten Hövel M, Brennecke G, et al (2021) Suicide after reception into prison: A case-control study examining differences in early and late events. *PLoS ONE* 16(8):e0255284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255284>
66. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, et al (2007) Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis* 28(3):113–21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>
67. Liebling A (1995) Vulnerability and Prison Suicide. *Br J Criminol* 35(2):173–187
68. Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P (2002) Jailhouse Blues revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(2):68–73. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8217-7>
69. World Health Organization (2007) Preventing suicide in jails and prisons
70. Camilleri P, McArthur M (2008) Suicidal behaviour in prisons: learning from Australian and international experiences. *Int J Law Psychiatry* 31:297–307. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.004>
71. Rostaing C (2021) Une institution dégradante, la prison. Gallimard
72. Chauvenet A, Rostaing C, Orlic F (2008) La violence carcérale en question. Presses Universitaires de France
73. David M (2022) Psychiatrie en milieu pénitentiaire, Presses Universitaires de France
74. Huey MP, McNulty TL (2005) Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding. *Prison J* 85(4):490–514. <https://doi.org/10.1177/0032885505282258>
75. Molleman T, van Ginneken EFJC (2015) A Multilevel Analysis of the Relationship Between Cell Sharing, Staff-Prisoner Relationships, and Prisoners' Perceptions of Prison Quality. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 59(10):1029–1046. <https://doi.org/10.1177/0306624X14525912>
76. Hayes LM (1995) Prison Suicide: An Overview and a Guide to Prevention. *Prison J* 75(4):431–456. <https://doi.org/10.1177/0032855595075004003>
77. Frühwald 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. *Int J Law Psychiatry* 25:119–128. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00106-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00106-6)
78. Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J (2013) Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry* 36:386–89
79. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R (2016) The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry* 3(9):871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
80. Eck M, Da Costa J, Wathélet M, et al (2024) [Prevalence of mental disorders in French prisons: A systematic review]. *L'Encephale* S0013-7006(24)00018–6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.028>
81. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire (2023) La prévention du suicide en milieu carcéral

Annexe 6

Suicide following a conviction, solitary confinement or transfer in people incarcerated: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Article scientifique de valorisation des résultats de l'étude présentée au Chapitre 3, publié dans la revue *Suicide and Life-Threatening Behavior* en 2024

- DOI : <https://doi.org/10.1111/sltb.13064>
- URL éditeur (contient les annexes) :
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.13064?af=R>
- URL HAL : <https://hal.science/hal-04471050v2>

Suicide following a conviction, solitary confinement or transfer in people incarcerated: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Short title

Suicide after events in French prisons

Authors Names

Alexis Vanhaesebrouck^{1, 2, 3}, Thomas Fovet⁴, Maria Melchior^{3*}, Thomas Lefevre^{1, 2*}

*equally contributing authors

Author's institutional affiliations

¹ Interdisciplinary Research Institute On Social Issues (IRIS), UFR SMBH, Sorbonne Paris North University, UMR 8156-997 Paris, France.

² Department of Legal and Social Medicine, Jean-Verdier Hospital (AP-HP), 93140 Bondy, France.

³ Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Sorbonne University, INSERM, Paris, France.

⁴ Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - Lille Neuroscience & Cognition, F-59000 Lille, France

Acknowledgments

We are grateful to the National Prison Service, French Ministry of Justice, for allowing us to access their data, and in particular to the Data Office and the Social Policies and Partnerships Office of the National Prison Service for their help in data management. We thank Mathias Denjean, head of the Data Office of the National Prison Service, and François-Marie Tarasconi, deputy head of the Social Policies and Partnerships Office, for their review.

For the purpose of Open Access, a CC-BY public copyright licence has been applied by the authors to the present document and will be applied to all subsequent versions up to the Author Accepted Manuscript arising from this submission.



CC-BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Statements relating to ethics and integrity

Data availability statement

The data that support the findings of this study are available on request from the French Ministry of Justice. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

Funding statement

This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

Conflict of interest disclosure

The authors have no conflict of interest

Ethics approval statement

This work have been approved by the research ethics board of University Paris Centre (N° 2022-86). The authors produced a Data Protection Impact Assessment and delivered it to the National Prison Service in order to comply with the European General Data Protection Regulation. All procedures contributing to this work have been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments.

Patient consent statement

The collection of consent from all persons included in this research is not possible for logistical reasons and this was approved by the research ethics board.

Permission to reproduce material from other sources

Not applicable

Clinical trial registration

Not applicable

Author details, including affiliation and email address.

Alexis Vanhaesebrouck

- Affiliations: 1) Interdisciplinary Research Institute On Social Issues (IRIS), UFR SMBH, Sorbonne Paris North University, UMR 8156-997 Aubervilliers, France. 2) Department of Legal and Social Medicine, Jean-Verdier Hospital (AP-HP), 93140 Bondy, France. 3) Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Sorbonne University, INSERM, Paris, France.
- Email: alexis.vanhaesebrouck@iplesp.upmc.fr
- Corresponding author

Thomas Lefèvre

- Affiliations: 1) Interdisciplinary Research Institute On Social Issues (IRIS), UFR SMBH, Sorbonne Paris North University, UMR 8156-997 Aubervilliers, France. 2) Department of Legal and Social Medicine, Jean-Verdier Hospital (AP-HP), 93140 Bondy, France.
- Email: thomas.lefevre@univ-paris13.fr

Maria Melchior

- Affiliation: Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Sorbonne University, INSERM, Paris, France.

- Email: maria.melchior@inserm.fr

Thomas Fovet

- Affiliation: Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - Lille Neuroscience & Cognition, F-59000 Lille, France
- Email: Thomas.fovet@chu-lille.fr

An ORCID ID, freely available at <https://orcid.org> (optional)

Alexis Vanhaesebrouck: 0000-0002-8145-0809

Thomas Lefèvre: 0000-0003-3038-479X

Maria Melchior: 0000-0002-2377-619X

Thomas Fovet: 0000-0003-0077-624X

Authorship

All authors have contributed to the manuscript substantially and have agreed to the final submitted version.

Acknowledgments

We are grateful to the National Prison Service, French Ministry of Justice, for allowing us to access their data, and in particular to the Data Office and the Social Policies and Partnerships Office of the National Prison Service for their help in data management. We thank Mathias Denjean, head of the Data Office of the National Prison Service, and François-Marie Tarasconi, deputy head of the Social Policies and Partnerships Office, for their review.

Abstract

Introduction: Suicide rates are higher in prison than in the general population in most countries. The proximity of some suicides to prison events has only received little attention in comparative studies. The aim of this study was to assess the relationship between suicide and four prison events: conviction, disciplinary solitary confinement, non-disciplinary solitary confinement and inter-prison transfer, in a national retrospective cohort study of people in prison.

Methods: All incarcerations in France that occurred during 2017-2020 were eligible. Data were collected from an administrative database of the National Prison Service. Survival bivariate and multivariate analyses were performed with a Cox regression model.

Results: 358,522 incarcerations were included, among which 469,348 events and 449 suicides occurred. In multivariate analysis, suicide risk was higher the first day of disciplinary solitary confinement (HR=42.1 [21.5-82.7] and HR=119.0 [71.5-197.9], before and after a government decree on the disciplinary system, respectively. It was higher within two weeks after a transfer (HR=3.5 [2.3-5.2]) or entry in non-disciplinary solitary confinement (HR=6.7 [3.4-13.3]) and lower within two weeks after a conviction (HR=0.6 [0.4-1.0]).

Conclusion: Solitary confinement and transfer were found to be precipitating factors of suicide in people who are incarcerated. These results offer interesting perspectives on prevention.

Keywords: suicide, prison, social epidemiology

Suicide following a conviction, solitary confinement or transfer in people incarcerated: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020

Introduction

Suicide is a leading cause of death in prisons (Konrad et al., 2007). Suicide rates are seven times higher for people in prison than in the general population for European countries (Rabe, 2012) and four times higher for South America countries (Fritz et al., 2021).

Most contemporary models of suicide risk distinguish between predisposing and precipitating factors, which usually interact with each other (O'Connor & Nock, 2014; Turecki & Brent, 2016). While predisposing factors are generally stable over time, precipitating factors such as life events draw attention to the dynamic nature of suicide risk. In the general population, adverse life events such as relationship conflicts or legal problems are positively associated with suicide (Favril et al., 2022).

In the prison environment, life events have been mostly investigated in case studies. Importantly, high proportions of suicide were reported for people placed in disciplinary solitary confinement (DSC) or after disciplinary sanctions (Bourgoin, 1993b; Hazard, 2008; Kovasznay et al., 2004; Reeves & Tamburello, 2014; Vanhaesebrouck et al., 2022; Way et al., 2005), before or after new convictions or criminal case events (Bourgoin, 1993b; Daniel & Fleming, 2006; Favril et al., 2019; Frickey, 1999; Hayes, 2012; Kovasznay et al., 2004; Marcus & Alcabes, 1993; Vanhaesebrouck et al., 2022; Wobeser et al., 2002), after a transfer (Daniel & Fleming, 2006; Favril et al., 2019; Vanhaesebrouck et al., 2022), after new family difficulties (Bourgoin, 1993b; Frickey, 1999; Kovasznay et al., 2004; Vanhaesebrouck et al., 2022), after a conflict with another incarcerated person (Frickey, 1999; Kovasznay et al., 2004; Way et al., 2005), or after discharge from health care (Shaw et al., 2004). In France, two studies reported that a significant event occurred the week before suicide for the majority of suicide cases (Bourgoin, 1993b; Vanhaesebrouck et al., 2022).

These results suggest that significant events may play a crucial role in the suicide of people who are incarcerated but, in the absence of a control group in most studies, it is not possible to draw definite conclusions. Importantly, these events have only received little attention from comparative studies, which mainly focused on factors stable over time (Zhong et al., 2021). To our knowledge, only three studies assessed the relationship between DSC and suicide (Bourgoin, 1993b; Duthé et al., 2014; Reeves & Tamburello, 2014). They all found a suicide risk more than ten times higher than the one associated with conventional detention.

The aim of the present study is to assess and quantify the relationship between suicide and four prison events: conviction with a firm prison sentence, DSC, non disciplinary solitary confinement (NDSC) and inter-prison transfer, in a national retrospective cohort study.

Material and methods

Population and data source

This retrospective cohort study included all persons incarcerated in metropolitan France, overseas departments and regions, and overseas communities during an observation period that extends from January 1, 2017 to December 31, 2020. The follow-up of individuals whose incarceration started before or ended after the observation period was left-censored as of January 1, 2017 and right-censored as of December 31, 2020, respectively.

The data source is an administrative database from the National Prison Service (French Ministry of Justice) with individual and historicized data covering more than 99.9% of people incarcerated in France. Types of facilities include prisons for pre-trial incarceration and short sentences, standard security prison for long sentences, high security prison for long sentences, juvenile prisons and semi-open prisons.

Data

Response variable: suicide

Suicide is defined as any case reported as such by the National Prison Service of the French Ministry of Justice. Suicides of people incarcerated include any death resulting from a suicidal act of a person who is administratively incarcerated, whatever the location of the suicidal act and the location of the death.

Events during incarceration

We collected data on four events likely to occur during incarceration: conviction with a firm prison sentence, DSC, NDSC and inter-prison transfer. For convictions, the event date is the presumed date on which the person incarcerated is informed of both the conviction and the sentence. Only those convictions of which the person have been informed between the day before entering prison and the last day of incarceration were included.

In France during 2018-2020, of the disciplinary sanctions that required DSC, 16% of DSC were in the cell where the person lives and 84% in a specific area called the disciplinary block (Ministère de la Justice, 2023). Only DSCs in the disciplinary block were considered in our study. NDSC takes place in a specific area called the isolation block. The event date for DSC and NDSC was the day of entry in the disciplinary block and in the isolation block, respectively. The term "transfer" is used generically to refer to changes of facility decided by the judicial authorities or by the prison administration. The event date for transfer is the date of arrival at the destination prison. Short-term transfers, defined as a return to the original facility within 72 hours, were excluded.

Covariables

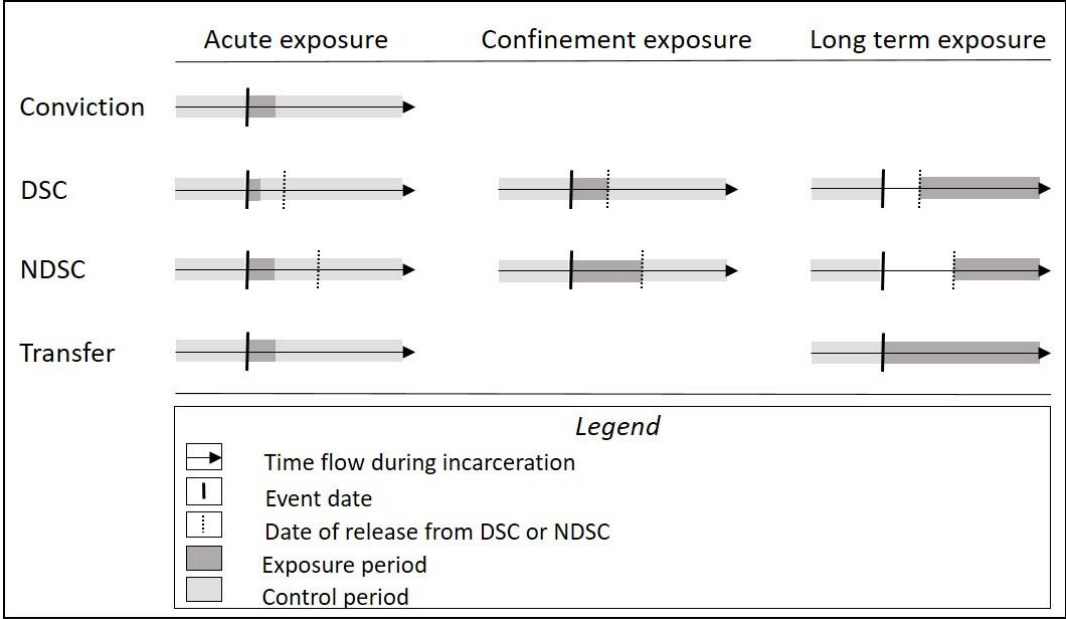
Covariables were age, gender, nationality (France/other european country/country of Africa/other continents), having a high school diploma, marital status (single/living with a partner/separated), criminal category (pre-trial/post-sentence), main offence (homicide/rape and sexual assault/physical assault/other) and stage of incarceration (<1 week/1 week to 6 months/≥6 months).

Statistical methods

Descriptive analysis

Three types of time-dependent variables were constructed from significant events reported during incarceration ([Figure 1](#)).

Figure 1. Modelling of event variables



DSC: Disciplinary solitary confinement; NDSC: non-disciplinary solitary confinement
Note: suicides occurring within two weeks of entry in non-disciplinary solitary confinement were classified as acute exposure even if the person was no longer confined at the time of suicide.

The first consisted of delineating a short “acute” exposure period immediately following these events. This acute exposure period was determined by examining the distribution of suicides in the month following each event (see Supplementary Figure A). It includes the event day and the following 13 days for conviction, NDSC and transfer. It includes only the event day for DSC, as many suicides occurred the day of entry into the disciplinary block.

The second type of variable was designed to capture the environment specific to DSC and NDSC. The period of “confinement” exposure was defined by the time spent in the disciplinary block and in the isolation block, respectively.

Finally, the third type of variable asked about the possible impacts of these events on the remaining time of the incarceration. It was not designed for convictions, partly because of redundancy with the criminal category. For transfer, the “long term” exposure period began on the event date of the first occurrence. For the DSC and NDSC, it began on the day of release of the first occurrence and, in case of multiple occurrences, it excluded subsequent DSCs and NDSCs periods. For all events, the long term exposure period ended at the follow-up end date.

Suicide rates were calculated by dividing the number of suicides by the number of person-years (PY). PY were obtained by summing the individual exposure period durations for each event variable. All suicide rates are expressed per 10,000 PY and are accompanied by a 95% confidence interval.

Missing data

Since it is not possible to distinguish between the absence of an event because it did not take place from the absence of an event because it was not reported in the information system, we made the

assumption that the event variables did not have missing data. Missing data of covariables were handled with multivariate imputation by chained equations (van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011) (see [Supporting information](#)).

Survival analysis

Survival analyses were performed with a Cox regression model. The time scale was calendar time. Events were modeled as time-dependent variables that take on the value of 1 during the exposure period and 0 otherwise. Analyses of the third type of event variable excluded left-censored incarcerations.

The event date for DSC broke the proportional hazards assumption (bivariate analysis: $p=0.029$; final multivariate analysis: $p=0.008$). The risk of suicide was overestimated at the beginning and underestimated at the end of the observation period (see [Supplementary Figure B](#)). Therefore, we allowed the hazard ratio associated with the event date for the DSC to take two independent values, before and after March 15, 2019, which is the date of implementation of a government decree on the disciplinary system in prison (Décret N° 2019–98 Du 13 Février 2019, 2019). This decree created new disciplinary offences punishable by DSC and increased the incurred length of DSC for certain existing disciplinary offences. This new modelling of the event date for DSC resolved the break in the proportional hazards assumption (bivariate analysis: $p=0.170$ and $p=0.820$; final multivariate analysis: $p=0.176$ and $p=0.877$).

Each of the three types of event variables was evaluated separately. In each case, event variables with a p value <0.20 in univariate analysis were entered simultaneously into a first multivariate model, then into a second multivariate model including all covariables.

Significance of single-parameter variables was assessed using a Wald test, whereas significance of multi-parameter variables and interactions was assessed using a likelihood ratio test. The proportional hazards assumption was assessed using a test based on Schoenfeld residuals (Grambsch & Therneau, 1994).

Software

Statistical analyses were conducted using the R software, version 4.1.1. Survival analyses were performed with the survival package (Therneau, 2023).

Ethics Statement

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. All procedures involving human subjects were approved by the research ethics committee of University Paris Centre (N° 2022-86). The collection of consent from all persons included in this research was not possible for logistical reasons and this was approved by the ethics committee.

Results

Our study population included 358,522 incarcerations, cumulating 259,918 PY of follow-up and of which 449 ended in suicide during 2017-2020.

Description of the study population

The study population included 55,565 (15.5%) prison stays left-censored only, 57,631 (16.1%) right-censored only, and 10 490 (2.9%) left and right censored. The median individual follow-up time was 4.8 months (Q1-Q3 [2.0-10.8]) (see [Supplementary Table A and Figure C](#)). The median length of prison stay, calculated for right uncensored prison stays, was 5.1 months (Q1-Q3 [2.3-11.5]). The median age at entry into prison was 30 years (Q1-Q3 [23-39]) and 95.8% of the incarcerations involved men.

Description of events in prison

During the observation period, 469,348 events of interest were observed in prison, consisting of 219,920 convictions while incarcerated, 98,894 DSC, 11,852 NDSC and 138,782 transfers ([Table 1](#)).

Table 1. Frequency of convictions, DSCs, NDSCs and transfers among people incarcerated

	All prison stays (n = 358 522)		Prison stays that ended in suicide (n = 449)	
	n	%	n	%
Conviction during incarceration (n = 219 820)				
0	189 378	(52.8)	275	(61.2)
1	134 161	(37.4)	135	(30.1)
2	25 229	(7.0)	28	(6.2)
≥3	9 754	(2.7)	11	(2.4)
DSC ^a (n = 98 894)				
0	307 941	(85.9)	333	(74.2)
1	30 333	(8.5)	70	(15.6)
2	9 782	(2.7)	29	(6.5)
≥3	10 466	(2.9)	17	(3.8)
NDSC ^b (n = 11 852)				
0	352 256	(98.3)	420	(93.5)
1	4 049	(1.1)	12	(2.7)
2	1 102	(0.3)	8	(1.8)
≥3	1 115	(0.3)	9	(2.0)
Transfer (n = 138 782)				
0	279 546	(78.0)	322	(71.7)
1	50 398	(14.1)	58	(12.9)
2	16 610	(4.6)	38	(8.5)
≥3	11 968	(3.3)	31	(6.9)

^a *Disciplinary solitary confinement in the disciplinary block*; ^b *Non-disciplinary solitary confinement*

At least one conviction was observed in 47.2% of the incarcerations and several convictions were observed in 9.7% of the incarcerations ([Table 1](#)). DSC occurred in 14.1% of the incarcerations, with 5.6% experiencing multiple DSC periods. Among left uncensored incarcerations, the median time to first placement was 3.6 months (Q1-Q3 [1.4-7.2]) after prison entry. The median duration of DSC was 6 days (Q1-Q3 [4-11]) (see [Supplementary Table B and Figure D](#)). The time spent in the disciplinary block accumulated 0.9% of total PY. NDSC accounted for 1.7% of incarcerations, with 0.6% having multiple NDSC. Among left uncensored incarcerations, the median time to first placement was 2.3 months (Q1-Q3 [0.2-9.1]) after prison entry. The median duration of NDSC was 34 days (Q1-Q3 [10-89]). The time spent in NDSC accumulated 1.0% of total person-years. At least one transfer was

observed for 22.0% of incarcerations and multiple transfers were observed for 7.9% of incarcerations (Table 1). The median time to first transfer among left uncensored incarcerations was 3.6 months (Q1-Q3 [1.2-7.8]) after prison entry.

Suicide rate

The overall suicide rate was 17.3 [15.7-18.9] per 10,000 PY. Twenty suicides (4.5%) occurred within 2 weeks of a conviction during incarceration, resulting in a suicide rate of 24.4 [13.7-35.1] per 10,000 PY (Table 2). Forty-nine suicides (10.9%) occurred during DSC, of which 26 (5.8%) occurred the first day. The suicide rate was 210.2 [151.3-269.0] during DSC and 961.5 [591.9-1331.1] per 10,000 PY the first day. They were equal to 194.8 [116.8-272.7] and 584.4 [202.6-966.2] before March 15, 2019, and 255.2 [155.2-355.2] and 1460.5 [766.2-2154.7] per 10,000 PY from that date on, respectively.

Table 2. Suicide rates related to events of interest during incarceration (n = 358 522)

	PY ^a	(%)	Suicides	(%)	Suicide rate per 10 000 PY ^a	CI _{95%} ^b
Global	259 918.4	(100)	449	(100)	17.3	[15.7 – 18.9]
Acute exposure						
< 2 weeks after conviction	8 187.5	(3.2)	20	(4.5)	24.4	[13.7 - 35.1]
First day of DSC ^c	270.4	(0.1)	26	(5.8)	961.5	[591.9 – 1 331.1]
Before decree ^d	154.0	(0.1)	9	(2.0)	584.4	[202.6 - 966.2]
After decree ^d	116.4	(<0.1)	17	(3.8)	1 460.5	[766.2 – 2 154.7]
< 2 weeks after entry in NDSC ^e	438.6	(0.2)	9	(2.0)	205.2	[71.1 - 339.3]
< 2 weeks after transfer	4 411.4	(1.7)	26	(5.8)	58.9	[36.3 - 81.6]
Confinement exposure						
DSC ^c	2 331.2	(0.9)	49	(10.9)	210.2	[151.3 - 269.0]
NDSC ^e	2 336.2	(0.9)	16	(3.6)	68.5	[34.9 - 102.0]
Long term exposure ^f						
History of DSC ^d	25 518.1	(15.1)	39	(11.9)	15.3	[10.5 - 20.1]
History of NDSC ^e	2 140.8	(1.3)	5	(1.5)	23.4	[2.9 - 43.8]
History of transfer	41 263.8	(24.4)	73	(22.3)	17.7	[13.6 - 21.7]

^a Person-years; ^b 95% confidence interval; ^c Disciplinary solitary confinement in the disciplinary block; ^d Governmental decree of February 13, 2019 on the disciplinary system in prison, implemented on March 15, 2019; ^e Non disciplinary solitary confinement; ^f Left censored prison stays (n = 66,055, PY = 91,144.7) were excluded for history variables

Nine suicides (2.0%) occurred within two weeks of entry to the NDSC, resulting in a suicide rate equal to 205.2 [71.1-339.3] per 10,000 PY, and 16 suicides (3.6%) occurred during the NDSC, resulting in a suicide rate equal to 68.5 [34.9-102.0] per 10,000 PY (Table 2). Twenty-six suicides (5.8%) occurred within 2 weeks of a transfer, resulting in a suicide rate of 58.9 [36.3-81.6] per 10,000 PY. Event history was associated with suicide rates close to the overall rate: 15.3 [10.5-20.1] for history of DSC, 23.4 [2.9-43.8] for history of NDSC, and 17.7 [13.6-21.7] per 10,000 PY for transfer history.

Bivariate survival analysis

For acute exposures, the risk of suicide was higher in the two weeks following a placement in NDSC (HR=12.1 [6.1-23.5], p<0.001) and following a transfer (HR=3.6 [2.4-5.4], p<0.001) (see [Supplementary](#)

Table C). It was highly concentrated the first day of DSC prior to March 15, 2019 (HR=39.3 [20.1-76.7], p<0.001) and even higher after (HR=95.6 [57.8-158.1], p<0.001).

The risk of suicide was 13.5 ([10.0-18.2], p<0.001) times higher during DSC and 3.8 ([2.3-6.3], p<0.001) times higher during NDSC than for other days of incarceration. However, event history was not associated with a significant change in suicide risk (see Supplementary Table C). Because we had p>0.20 regardless of event, no multivariate model was implemented for event history.

Multivariate survival analysis

Fitting the event variables to each other yielded similar results to the bivariate analysis, except for a decrease in the strength of the association between suicide and the two weeks following a placement in NDSC (Table 3). After introducing the other covariables into the models, all events were associated with suicide (Table 3). The risk of suicide was lower within two weeks after a conviction during incarceration (HR=0.6, [0.4-1.0], p=0.033, Table 3, M1b). It was higher in the two weeks following placement in NDSC (HR=6.7, [3.4-13.3], p<0.001) or transfer (HR=3.5, [2.3-5.2]). The first day of DSC, suicide risk was 42.1 ([21.5-82.7], p<0.001, n=9 suicides) times higher before March 15, 2019, and 119.0 ([71.5-197.9], p<0.001, n=17) times higher from that date onward (Table 3, M1b). Suicide risk was 19.9 ([14.7-26.9], p<0.001) times higher during DSC and 4.1 ([2.5-6.8], p<0.001) times higher during NDSC than for the rest of the incarceration (Table 3, M2b).

Table 3. Multivariate survival analysis (n = 358 522)

	HR ^a	CI _{95%} ^b	p	HR ^a	CI _{95%} ^b	p	%VI ^c
	Model 1a			Model 1b			
< 2 weeks after a conviction	1.4	[0.9 - 2.2]	0.163	0.6	[0.4 - 1.0]	0.033	<0.1
First day of DSC ^d			<0.001			<0.001	
<i>Before decree^e</i>	35.9	[18.3 - 70.3]	<0.001	42.1	[21.5 - 82.7]	<0.001	<0.1
<i>After decree^e</i>	88.1	[53.1 - 146.2]	<0.001	119.0	[71.5 - 197.9]	<0.001	0.1
< 2 weeks after entry in NDSC ^f	6.9	[3.5 - 13.5]	<0.001	6.7	[3.4 - 13.3]	<0.001	0.1
< 2 weeks after transfer	3.3	[2.2 - 4.9]	<0.001	3.5	[2.3 - 5.2]	<0.001	<0.1
	Model 2a			Model 2b			
DSC ^d	13.9	[10.4 - 18.8]	<0.001	19.9	[14.7 - 26.9]	<0.001	0.1
NDSC ^f	4.3	[2.6 - 7.1]	<0.001	4.1	[2.5 - 6.8]	<0.001	0.1

^a Hazard ratio; ^b 95% confidence interval; ^c Percentage of variance attributable to imputation of missing data; ^d Disciplinary solitary confinement in the disciplinary block; ^e Governmental decree of February 13, 2019 on the disciplinary system in prison, implemented on March 15, 2019; ^f Non disciplinary solitary confinement

Models a: HR are adjusted on other events of the model. *Models b:* HR are adjusted on other events of the model and on age, gender, nationality, high school diploma, marital status, criminal category, main offence and stage of incarceration

Discussion

Main findings

The present study investigated the relationship between suicide and four prison events: conviction, DSC, NDSC and transfer. The risk of suicide was very high the first day of DSC. It was higher in the two

weeks following a placement in NDSC or transfer and was lower in the two weeks following conviction with a firm prison sentence. The time spent in DSC and NDSC was positively associated with suicide. No association was found between suicide and history of any of these events.

Disciplinary solitary confinement

In our study, 6% of suicides occurred the first day of DSC and 11% occurred during DSC, whose median duration was 6 days. In the literature, the proportion of suicides which occurred during DSC range from 8% to 17% in France (Bourgoin, 1993b; Duthé et al., 2013, 2014; Hazard, 2008; Vanhaesebrouck et al., 2022) and from 3% to 54% in studies located in other countries (Kovaszny et al., 2004; Reeves & Tamburello, 2014; Spinellis & Themeli, 1997). The risk of suicide was found to be much higher during DSC (20 times higher), in line with previous studies (Bourgoin, 1993b; Duthé et al., 2013, 2014; Reeves & Tamburello, 2014). In France, it has not decreased since the period 2006-2009 (16 times higher) (Duthé et al., 2013), despite the fact that the fight against suicide during DSC is one of the five main axes of a national plan for the prevention of suicide in prison initiated in 2009 (La Garde des Sceaux, 2009). Prevention measures targeting DSC include a welcome procedure, access to the telephone and radio.

Previous research has shown that solitary confinement leads to social isolation, loss of identity, sensory deprivation and idleness (Brinkley-Rubinstein & Johnson, 2019; Duthé et al., 2013, 2014; Fassin, 2015; Reeves & Tamburello, 2014; Reiter et al., 2020) and is associated with adverse psychological effects such as subsequent post-traumatic stress disorder (Andersen et al., 2000; Hagan et al., 2018; Luigi et al., 2020; Reiter et al., 2020). Some authors suggested that the higher risk of suicide during DSC could be partly explained by the over-representation of persons at high risk of suicide in DSC (Duthé et al., 2013, 2014; Reeves & Tamburello, 2014). However, we found no association between suicide and history of DSC, suggesting that outside of DSC, suicide risk of persons who have experienced DSC is no different from that of other incarcerated people.

The circumstances surrounding DSC and the disciplinary fault that preceded it (Bourgoin, 1993b; Reeves & Tamburello, 2014) or expected consequences of DSC on the remainder of incarceration and date of release (Fassin, 2015; Lambert, 2015) may also be involved in the observed excess risk of suicide during DSC. The very high risk of suicide found on the first day of DSC lends weight to these assumptions. The temporal coincidence between the entry into force of a decree modifying the rules for the use of DSC and the increase in the suicide risk multiplier on the first day of DSC (from 42 to 119) also draws attention to the circumstances surrounding DSC. Notably, in some cases, the people incarcerated and the prison staff may not share the same reading of the disciplinary offence or have a different appreciation of the proportionality of the sanction. According to Fassin, insofar as staff are often both judge and party, DSC regularly gives rise to a feeling of injustice in the incarcerated person, as well as a sense of powerlessness linked to the impossibility of being heard (Fassin, 2015). The decree on the disciplinary regime may have contributed to suicide risk by increasing feelings of injustice and powerlessness among sanctioned persons.

Conviction

To our knowledge, our study is the first to assess the relationship between suicide and conviction. We found that a conviction with sentencing in the previous two weeks is negatively associated with suicide among incarcerated people. This result differs from the high percentages of suicides found shortly after conviction in case studies (Bourgoin, 1993a; Daniel & Fleming, 2006; Wobeser et al., 2002). Three explanations could help to explain this difference. The first is that, since convictions are a frequent event in the prison population, they may occur fortuitously close to suicide. Secondly, a high frequency

of convictions close to suicide could be explained by confusion bias. In our study, the HR associated with acute exposure to a conviction fell from 1.4 in model 1a to 0.6 in model 1b. The adjustment factor that had the greatest impact on the HR was the stage of incarceration (from 1.4 to 0.7, result not shown), suggesting that suicides may be observed preferentially after a conviction because convictions more often take place just before or at the start of incarceration and the risk of suicide is higher at the start of incarceration. Thirdly, this association could depend on the length of time between conviction and sentencing. In France, as they are simultaneous, conviction probably ends uncertainty associated with pre-trial incarceration and allows the person to plan for the future outside prison. This may not be the case in countries, such as the USA, where recently convicted people may await sentence. In any case, this result indirectly highlights the deleterious effects of pre-trial incarceration, which is an independent risk factor of suicide (Bourgoin, 1993b; Duthé et al., 2013, 2014; Humber et al., 2013).

Transfer

In our study, 5.8% of suicides occurred within two weeks of a transfer between two facilities. Favril et al found that 9.2% of suicides in Belgian prisons occurred within one month of a transfer (Favril et al., 2019) and Daniel et al found that 48.6% of suicides in a state correctional system in the United States of America occurred within four months of a transfer (Daniel & Fleming, 2006). Our study is the first to assess the relationship between suicide in prison and transfer. We found that a transfer in the previous two weeks was positively associated with suicide among incarcerated people. We assume that transfer can have a negative impact on mental health as it is often characterised by a break in relations with other people incarcerated, by an interruption of psychiatric and somatic medical care, by the loss of prison work and access to other activities which the person will only be able to access in the new facility after a certain period of time, or by a move away from the family. Transfers covers different types of situations that may be differently associated with suicide (OIP, 2020), but we were unable to distinguish between reasons for transfer in our study.

Strengths and limitations

Our study gathered nearly 450 suicides and 470,000 events over a 4-year period and is the first to assess the relationship between suicide and conviction, transfer and NDSC. The dynamic modelling of events was made possible by the availability of historicized data. Another strength is the comprehensiveness of the data on a national scale, which guarantees the representativeness of the results for the French situation.

The main limitation of the study is that it is based on routinely collected administrative data and not on research data. Only some events available in the administrative database could be assessed and we have no data on family events, such as divorce or the death of a close relative. Moreover, only events that actually took place could be analysed and it was not possible to study the association between suicides and future events, for example suicides that might have occurred the days before a conviction. In addition, missing data could not be directly measured for events and we assumed that the event variables did not have missing data. However, the proportion of suicides during DSC in the disciplinary block may be underestimated by about 40% in our study. During 2017-2018 in France, 9% of suicides in prison occurred in the disciplinary block according to our study, versus 14% according to a previous work based on a study coordinated by the French Public Health Agency (Vanhaesebrouck et al., 2022) (see [Supplementary Table D](#)). We found a similar discrepancy in older French data: Duthé et al reported that 8% of suicides took place in DSC between January 1, 2006 and July 31, 2009, compared to 16% during the years 2006-2007 in the work of Hazard (Duthé et al., 2013, 2014; Hazard, 2008). In both situations, the place of suicide was collected from an administrative inquiry for the higher percentages and from routine data for the lower percentages, suggesting that routine data on DSC in the

disciplinary block are incomplete for suicide cases. Finally, our study did not look at suicide attempts. The National Prison Service has data on suicide attempts that could be the subject of future analyses.

Conclusion

DSC, NDSC and transfer were found to be precipitating factors of suicide among people incarcerated. Their interest for prevention is twofold: they can help to target individual prevention measures over time or be targeted by prevention themselves. The risk of suicide is particularly high for DSC, especially the first day. Since the main function of DSC seems to be to ensure security within the prison (Lambert, 2015; Mears et al., 2021), security methods that are less harmful to people incarcerated should be prioritized.

References

- Andersen, H. S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: Psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(1), 19–25. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102001019.x>
- Bourgoin, N. (1993a). La mortalité par suicide en prison. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 41(2), 146–154.
- Bourgoin, N. (1993b). Le suicide en milieu carcéral. *Population*, 48(3), 609–625. <https://doi.org/10.2307/1534097>
- Brinkley-Rubinstein, L., & Johnson, T. (2019). Solitary Confinement and Health. *North Carolina Medical Journal*, 80(6), 359–360. <https://doi.org/10.18043/ncm.80.6.359>
- Daniel, A. E., & Fleming, J. (2006). Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 12(1), 24–35. <https://doi.org/10.1177/1078345806287541>
- Décret n° 2019-98 du 13 février 2019 modifiant les dispositions réglementaires du code de procédure pénale relatives au régime disciplinaire des personnes détenues, Pub. L. No. NOR : JUSK1823639D, 2019-98 (2019). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038129688/#JORFARTI000038129693>
- Duthé, G., Hazard, A., & Kensey, A. (2014). Trends and Risk Factors for Prisoner Suicide in France (E. Wiles-Portier, Trans.). *Population*, 69(4), 463–493. <https://doi.org/10.3917/popu.1404.0519>
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., & Pan Ké Shon, J.-L. (2013). Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233(1–3), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.09.014>
- Fassin, D. (2015). *L’Ombre du monde: Une anthropologie de la condition carcérale*. Seuil.
- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2019). A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis*, 40(1), 42–53. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000531>
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

- Frickey, R. (1999). Suicide in the U.S. Federal Prison System (p. 60). Defense Technical Information Center (DTIC). <https://apps.dtic.mil/sti/citations/ADA421443>
- Fritz, F. D., Fazel, S., Benavides Salcedo, A., Henry, P., Rivera Arroyo, G., Torales, J., Trujillo Orrego, N., Vásquez, F., & Mundt, A. P. (2021). 1324 prison suicides in 10 countries in South America: Incidence, relative risks, and ecological factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(2), 315–323. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01871-3>
- Grambsch, P. M., & Therneau, T. M. (1994). Proportional Hazards Tests and Diagnostics Based on Weighted Residuals. *Biometrika*, 81(3), 515–526. <https://doi.org/10.2307/2337123>
- Hagan, B. O., Wang, E. A., Aminawung, J. A., Albizu-Garcia, C. E., Zaller, N., Nyamu, S., Shavit, S., Deluca, J., Fox, A. D., & Transitions Clinic Network. (2018). History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 95(2), 141–148. <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>
- Hayes, L. M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *J Correct Health Care*, 18, 233–245. <https://doi.org/10.1177/1078345812445457>
- Hazard, A. (2008). Baisse des suicides en prison depuis 2002. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, 22.
- Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L., & Shaw, J. (2013). A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales [corrected]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1177–1185. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0632-4>
- Konrad, N., Daigle, M. S., Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M., Kerkhof, A., Liebling, A., Sarchiapone, M., & International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prison. (2007). Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*, 28(3), 113–121. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>
- Kovaszny, B., Miraglia, R., Beer, R., & Way, B. (2004). Reducing suicides in New York State correctional facilities. *The Psychiatric Quarterly*, 75(1), 61–70. <https://doi.org/10.1023/b:psaq.0000007561.83444.a4>
- La Garde des Sceaux. (2009, June 15). Prévention du suicide des personnes détenues—Plan d'actions 2009—Suite du rapport de la commission Albrand. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/plan_ministeriel_2009.pdf
- Lambert, G. (2015). Le mitard: Une approche sociologique de la discipline pénitentiaire. *L'Harmattan*.
- Luigi, M., Dellazizzo, L., Giguère, C.-É., Goulet, M.-H., & Dumais, A. (2020). Shedding Light on 'the Hole': A Systematic Review and Meta-Analysis on Adverse Psychological Effects and Mortality Following Solitary Confinement in Correctional Settings. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 840. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00840>
- Marcus, P., & Alcabas, P. (1993). Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(3), 256–261. <https://doi.org/10.1176/ps.44.3.256>
- Mears, D. P., Aranda-Hughes, V., & Pesta, G. B. (2021). Managing Prisons Through Extended Solitary Confinement: A Necessary Approach or a Signal of Prison System Failure? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 306624X211058948. <https://doi.org/10.1177/0306624X211058948>
- Ministère de la Justice. (2023). Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2022 (p. 75). Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau de la donnée.

- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- OIP. (2020). *Le guide du prisonnier (La Découverte)*.
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry*, 35, 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.012>
- Reeves, R., & Tamburello, A. (2014). Single cells, segregated housing, and suicide in the New Jersey Department of Corrections. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(4), 484–488.
- Reiter, K., Ventura, J., Lovell, D., Augustine, D., Barragan, M., Blair, T., Chesnut, K., Dashtgard, P., Gonzalez, G., Pifer, N., & Strong, J. (2020). Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018. *American Journal of Public Health*, 110(S1), S56–S62. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305375>
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 184, 263–267. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263>
- Spinellis, C. D., & Themeli, O. (1997). Suicide in Greek prisons: 1977 to 1996. *Crisis*, 18(4), 152–156. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.4.152>
- Therneau, T. (2023). *A Package for Survival Analysis in R*. R package version 3.5-5. <https://CRAN.R-project.org/package=survival>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, C. G. M. (2011). mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *Journal of statistical software*, 45(3). <https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03>
- Vanhaesebrouck, A., Tostivint, A., Lefèvre, T., Melchior, M., Khireddine-Medouni, I., & Chee, C. C. (2022). Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry*, 22(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>
- Way, B. B., Miraglia, R., Sawyer, D. A., Beer, R., & Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 207–221. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.09.003>
- Wobeser, W. L., Datema, J., Bechard, B., & Ford, P. (2002). Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *Canadian Medical Association Journal*, 167, 1109–1113.
- Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3), e164–e174. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4)

Annexe 7

Eléments de contexte en lien avec la publication du décret de 2019 modifiant le régime disciplinaire des personnes détenues

Le Décret n° 2019-98 du 13 février 2019 modifiant les dispositions réglementaires du code de procédure pénale relatives au régime disciplinaire des personnes détenues (391) n'est pas une décision politique isolée, mais s'inscrit dans un contexte plus large qu'il peut être opportun de rappeler. Il ne s'agit pas ici de proposer une analyse des politiques pénitentiaires mais de présenter le fait divers qui apparaît être à l'origine du décret, les réactions des surveillant-es pénitentiaires et du gouvernement ainsi que le contenu du décret et les autres mesures auxquelles le processus a abouti, principalement à l'aide de coupures de presse et de manifestes syndicaux. Le 11 janvier 2018, une personne détenue dans l'une des maisons centrales les plus sécuritaires de France (579) a poignardé trois surveillant-es, entraînant l'hospitalisation de l'un d'entre eux (580). Le parquet a ouvert une enquête pour tentatives d'assassinats sur personnes dépositaires de l'autorité publique en relation avec une entreprise terroriste et cette personne a été placée sous le régime de la détention provisoire. Le fait que cette personne est incarcérée depuis 2003 pour son implication dans un attentat terroriste en Tunisie ayant causé la mort de 21 personnes dont 2 Français a sans doute contribué à retenir l'entreprise terroriste. Dans la mesure où cette personne devait être libérée quelques jours plus tard et où elle venait d'apprendre la demande d'extradition des Etats-Unis à son encontre pour suspicion de participation aux attentats du 11 septembre 2001, certains syndicats pénitentiaires et la presse avaient plutôt tendance à conclure que ce geste était destiné à éviter l'extradition (581). Quoiqu'il en soit, cet évènement a déclenché un mouvement social de forte ampleur chez le personnel pénitentiaire, emmené par les syndicats et alimenté par d'autres agressions du personnel pénitentiaire par des personnes détenues les jours suivants. Ce mouvement a duré plusieurs semaines et a concerné les trois quarts des prisons selon l'agence Reuters (582). D'après le secrétaire national de la CGT pénitentiaire, des appels à la grève ont été lancés dans près de 30% des établissements – ce qui n'était pas arrivé depuis 1992 (583), alors même que le droit de grève leur a été retiré en 1958 suite à un mouvement de grève dans un contexte de dégradation de leurs conditions de travail dû aux incarcérations massives de la guerre d'Algérie

(96)²⁵⁴. Les agressions contre le personnel sont fréquentes : la direction de l'administration pénitentiaire en a recensé 4314 en 2017 (254). Par ailleurs, dans une enquête par questionnaire auprès de 384 surveillant-es dans 5 établissements, un évènement traumatisant a été rapporté par près de six surveillant-es sur dix depuis leur entrée dans l'administration pénitentiaire (109)²⁵⁵. Il n'y a pas d'explication évidente à la mobilisation qui a suivi cette agression particulière mais elle a pu être favorisée par sa gravité et, selon le secrétaire national de la CGT pénitentiaire, par le fort écho médiatique qu'elle a reçu ainsi que par un malaise plus profond des personnels préexistant à cette agression et en lien avec leurs conditions de travail. La contestation a été emmenée par les trois principaux syndicats : UFAP UNSa Justice, SNP FO et CGT pénitentiaire, qui avaient obtenu respectivement 31%, 20% et 17% des voix aux précédentes élections professionnelles (584). Leurs demandes concernaient la sécurité des personnels mais visaient aussi la reconnaissance de leur travail par des revalorisations statutaires et salariales (585). Les demandes sécuritaires portaient sur des équipements, des dispositifs organisationnels, des réformes législatives et incluaient le renforcement des effectifs de surveillant-es. Les revendications de l'UFAP UNSa étaient centrées sur le versant sécuritaire, tandis que la CGT, qui établit des liens entre les conditions de travail des surveillant-es et les politiques pénales, élargissait ses revendications à un débat de société visant à placer au centre d'une politique pénale les aménagements de peine et les peines alternatives à l'incarcération (586). Les propositions du gouvernement pour mettre fin à ce mouvement étaient dominées par les mesures sécuritaires (587), actées lors d'un accord signé le 25 janvier avec l'UFAP UNSa et en l'absence de FO et de la CGT, dont la poursuite de la mobilisation a été découragée par des sanctions financières et disciplinaires. Les propositions se déclinent en 4 axes : la création de structures d'évaluation et de détention spécifiques aux personnes détenues radicalisées et violentes, la distribution d'équipements de sécurité ainsi que la facilitation réglementaire des fouilles, la création de nouveaux postes de surveillant-es et l'augmentation de certains dispositifs indemnitaires. Elles sont notamment à l'origine de l'ouverture progressive, à partir d'avril 2019, d'unités pour détenus violents dans chaque direction interrégionale (588). L'accord signé avec l'UFAP UNSa précise par ailleurs que la procédure disciplinaire à l'encontre des personnes détenues évoluera pour prendre notamment en compte de nouveaux types d'incidents ou de violence constatés en détention. En juillet 2018, un projet de décret est présenté à l'UFAP UNSa (589). Quelques mois plus tard est publié le décret n° 2019-98 du 13 février 2019 modifiant les dispositions réglementaires du code de procédure pénale relatives au

²⁵⁴ Page 168

²⁵⁵ Page 289

régime disciplinaire des personnes détenues, entré en vigueur le 15 mars 2019 et dont il est question dans notre étude.

Ce décret est interprété de manière unanime comme un durcissement du régime disciplinaire en détention, que ce soit par les syndicats de surveillant-es, par les associations de défense des personnes détenues, par la presse ou par la recherche universitaire. Il alourdi les sanctions encourues pour certaines fautes disciplinaires existantes et en crée de nouvelles, tout en augmentant dans certains cas les marges d'appréciation laissées aux établissements. La juriste M. Herzog-Evans estime ainsi qu'il « *rend le droit positif moins proportionné et moins légitime* » (424).