

État des lieux de la question du suicide des personnes détenues en France

La prison occupe une place centrale dans le système pénal français et celui de nombreux autres pays depuis le début du XIX^e siècle. 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 la structure d'enfermement associée – l'établissement pénitentiaire.

La prison, une pratique et un lieu d'enfermement

La peine de privation de liberté peut être définie par ses fonctions. La loi pénitentiaire de 2009 affirme que ce régime 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. Par ailleurs, il existe différents types d'établissements pénitentiaires selon les caractéristiques des personnes détenues. La principale distinction oppose les établissements pour peine, destinés à l'exécution des peines, et les maisons d'arrêt, destinées à la détention provisoire et, par dérogation, à l'exécution des courtes peines.

Au 1^{er} septembre 2025, 84 311 personnes étaient détenues dans plus de 180 établissements pénitentiaires en France, dont 69 % en maison d'arrêt. Cela correspond à 117 personnes détenues pour 100 000 habitants, contre 56 en 1970¹. Parmi ces personnes, 26 % étaient en détention provisoire et 96,1 % étaient des hommes.

Des suicides particulièrement fréquents en prison

En 2024, 141 personnes détenues sont décédées par suicide. Rapporté à la population carcérale, cela correspond à un taux d'incidence annuel de 18 décès par suicide pour une population moyenne de 10 000 personnes. Pour mieux caractériser cette fréquence, on peut la mettre en regard 1) des autres causes de décès; 2) de leur évolution au cours du temps; 3) des autres pays; et 4) des suicides en population générale.

Le suicide est responsable d'environ la moitié des décès de personnes détenues. Concernant l'évolution du taux annuel de suicide depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il oscillait entre 5 et 10 jusqu'au début des années 1970², puis a grimpé jusqu'à 25

au milieu des années 1990, pour se stabiliser entre 15 et 20 depuis le début des années 2000³. Il n'a donc pas diminué ces dernières décennies, contrairement au taux de suicide en population générale.

La comparaison avec les autres pays montre que la France a un taux de suicide en prison parmi les plus élevés du monde⁴. Le taux médian en Europe en 2023 était de 7,5. Enfin, à âge égal, le taux de suicide en prison est 10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes qu'en population générale française.

Des facteurs de risque de suicide en partie spécifiques à la prison

Le constat d'une fréquence particulièrement élevée de suicide en prison rend d'autant plus prégnante la question de ses causes. Celle-ci peut se décliner en de nombreuses questions. Considérons-en deux : 1) Pourquoi le suicide est-il plus fréquent en prison qu'en population générale? 2) Pourquoi certaines personnes détenues décèdent-elles par suicide et pas d'autres?

L'outil statistique ne permet pas d'apporter de réponse univoque et quantifiée à la première question, tant la population carcérale et la population générale sont différentes. Deux modèles explicatifs rudimentaires sont régulièrement invoqués : le modèle d'importation et le modèle de privation. Le modèle d'importation attribue l'excès de suicides à l'importation en prison de personnes qui présentaient déjà un risque de suicide élevé avant leur incarcération. Quant au modèle de privation, il attribue les suicides aux privations imputables à l'emprisonnement. Ces modèles sont souvent présentés comme complémentaires, soulignant ainsi à la fois la vulnérabilité des personnes détenues et les effets néfastes de la prison sur leur santé mentale.

La comparaison des personnes détenues entre elles montre, comme en population générale, que les facteurs liés à la santé mentale, comme les antécédents de gestes auto-agressifs et les troubles psychiatriques, sont généralement les plus fortement associés au suicide⁵. En revanche, contrairement à la population générale, les marqueurs individuels de précarité ne sont pas des facteurs de risque de suicide. Des études ont même retrouvé un risque de suicide augmenté chez les personnes détenues avec une situation socio-économique plus favorisée. Les hypothèses explicatives avancées renvoient ici aussi aux modèles de privation et d'importation. D'une

1 Comparaison pour la France métropolitaine, en l'absence de données France entière disponibles pour 1970.

2 Tous les taux de suicide sont donnés pour une population moyenne de 10 000 personnes et par an (soit pour 10 000 personnes-années).

3 Duthé, G., Hazard, A. et Kensey, A. (2014). Suicide des personnes écrouées en France : Évolution et facteurs de risque. *Population*, 69, 519549.

4 Mundt, A. P., Cifuentes-Gramajo, P. A., Baranyi, G. et Fazel, S. (2024). Worldwide Incidence of Suicides in Prison : A Systematic Review with Meta-Regression Analyses. *The Lancet Psychiatry*, 11(7).

5 Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J. et Fazel, S. (2021). Risk Factors for Suicide in Prisons: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3).

6 Guignard, L. (2020). Enfermement et suicide sous la III^e République : Le paradigme de la discipline. Dans L. Guignard, *Enfermements. Volume II : Règles et dérèglements en milieu clos (IV^e-XIX^e siècle)* (p. 375391). Éditions de la Sorbonne.

7 Cliquennois, G. et Chantraine, G. (2009). Empêcher le suicide en prison : Origines et pratiques. *Sociétés contemporaines*, 75, 5979.

8 Carton, B. et Lécu, A. (2024). *Les soins en prison : Quelle réalité derrière les murs ?* Hygée éditions.

9 Article L223-7 du Code pénitentiaire.

part, les privations liées à la prison seraient plus éprouvantes pour les personnes les mieux dotées auparavant, et, d'autre part, ces dernières seraient d'autant plus sélectionnées sur leur vulnérabilité qu'elles sont sous-représentées en prison. Enfin, des facteurs de risque spécifiques à la prison ont également été mis en évidence. C'est le cas de la détention provisoire, des infractions les plus graves, de l'encellulement individuel ou encore de l'isolement au quartier disciplinaire ; ce dernier, où survient 1 suicide sur 7, est associé à une multiplication du risque de suicide par 20 par rapport au régime de détention ordinaire.

Prévenir le suicide en prison

Des pratiques institutionnelles de recensement et de prévention du suicide en prison ont été documentées dès la première moitié du XIX^e siècle. Le suicide était assimilé à une évasion et la prévention du suicide était un moyen d'assurer l'exécution des peines⁶. La reconnaissance progressive d'un droit à la santé des personnes détenues au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, qui s'est accompagnée de l'entrée des soignants en prison, ainsi que la définition du suicide comme problème de santé publique en population générale, ont contribué à faire reconnaître le suicide des personnes détenues comme un problème de santé publique. Il a été inscrit à l'agenda des politiques de santé publique dès les premiers programmes de prévention du suicide, au tournant du XXI^e siècle.

Aujourd'hui, la loi défend un principe d'équivalence de qualité et de continuité des soins entre population carcérale et population générale. Les personnes détenues sont affiliées au régime général de la Sécurité sociale et leurs soins constituent une mission du service public hospitalier. Les soins « ambulatoires » de psychiatrie sont dispensés dans la quasi-totalité des prisons. L'hospitalisation de jour en psychiatrie est également située dans l'enceinte d'une bonne vingtaine d'établissements pénitentiaires. Quant à l'hospitalisation complète, elle a lieu en hôpital psychiatrique. Historiquement réalisée sous escorte dans des unités de psychiatrie classiques, elle se déroule de plus en plus dans des unités spécifiques aux personnes détenues.

L'accès aux soins psychiatriques participe du dispositif sanitaire de prévention du suicide des personnes détenues. Ce dispositif comprend également différentes formations destinées aux personnels sanitaire et pénitentiaire (repérage du risque suicidaire, évaluation, intervention de crise, premiers secours en santé mentale). Par ailleurs, plusieurs mesures mises en œuvre en population générale sont en cours de déploiement en prison, tels que le dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide et le numéro national de prévention du suicide 3114.

Cependant, en prison, l'administration pénitentiaire reste aujourd'hui un acteur clé de la prévention du suicide. Le personnel pénitentiaire est en première ligne face aux comportements suicidaires, il est un intermédiaire incontournable pour les soignants,

et l'institution carcérale met en œuvre ses propres programmes de prévention. Si la culture de la santé infuse en prison et suscite des collaborations entre acteurs sanitaires et pénitentiaires, la prévention du suicide doit également composer avec les logiques de fonctionnement propres à la prison.

Premièrement, la prison peut contribuer au risque suicidaire. On a vu, avec le modèle de privation, que la prison peut être néfaste pour la santé mentale des personnes détenues. Cet effet sur la santé mentale est en partie recherché par la société, dans la mesure où, d'une part, la peine de prison est une punition, et où, d'autre part, les conditions de vie doivent y être suffisamment mauvaises pour que la peur de finir en prison nous dissuade de commettre des infractions. Il peut également être conçu comme un effet secondaire involontaire de la mise à l'écart destinée à protéger la société, qui de fait isole et désinsère les personnes détenues (de leur famille, du travail ou du logement, par exemple).

Deuxièmement, le personnel pénitentiaire peut présenter des difficultés à identifier le risque suicidaire, dans la mesure où les personnes détenues, placées dans un état de grand dénuement, peuvent avoir recours à des comportements auto-agressifs pour faire valoir une demande⁷. La dimension potentiellement revendicative de ces actes peut alors les conduire à négliger la détresse psychique qui les sous-tend.

Troisièmement, et malgré l'entrée progressive des soins en prison présentée plus haut, le dispositif sécuritaire de la prison entrave l'accès aux soins⁸. À titre d'exemple, les soignants du dispositif Vigilans ne peuvent pas appeler les personnes ayant fait une tentative de suicide comme en population générale, car les appels téléphoniques entrants sont interdits en prison.

Quatrièmement, les principales mesures pénitentiaires de prévention du suicide s'inscrivent dans une culture de la surveillance et du contrôle et ciblent peu la santé mentale. La mesure la plus courante consiste à regarder à l'intérieur de la cellule, à travers l'œilleton de la porte, notamment la nuit. Ce geste hybride est destiné à s'assurer simultanément de l'absence 1) de geste auto-agressif ; 2) de dégradation matérielle ; 3) de tentative d'évasion.

Enfin, encore aujourd'hui, la prévention du suicide peut obéir à des objectifs étrangers à la santé publique. À titre d'exemple, le parlement français a voté en 2016 la vidéosurveillance de certaines catégories de personnes détenues, dont l'évasion ou le suicide pourraient troubler l'ordre public⁹.

En conclusion, même si les décès par suicide des personnes détenues comportent quelques similitudes avec ceux de la population générale, ce groupe à haut risque nécessite une stratégie de prévention adaptée, prenant en compte le cadre contraint et complexe du milieu carcéral. ▶

À LIRE...

Vanhaesebrouck, A. (2024). *Le suicide des personnes détenues en France : État des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention* [Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Nord].