

# L'asile et la prison

Didier Fassin\*

## *Histoire*

À LA FIN du XVIII<sup>e</sup> siècle en France, deux grandes réformes morales se mettent en place parallèlement : le traitement des fous et l'incarcération des criminels. C'est la naissance presque simultanée de l'asile et de la prison.

Jusqu'alors, les insensés, lorsque leur famille n'était plus en mesure de les prendre en charge et pour autant qu'ils ne fussent pas simplement abandonnés, étaient enfermés : ceux de la capitale dans les établissements de l'Hôpital général, à la Salpêtrière ou à Bicêtre ; ceux de province dans des espaces *ad hoc*, tels la tour Châtimoine à Caen. Dans ces lieux, ils côtoyaient, dans des conditions souvent déplorables, des mendiants, des prostituées, des invalides et des délinquants<sup>1</sup>. De leur côté, les auteurs de délits et de crimes étaient, selon la gravité de leur méfait, leur position sociale et celle de leur accusateur, et bien sûr la sévérité des juges, condamnés au paiement d'une amende ou bien, à l'autre extrême de l'échelle des peines, à la mort, parfois précédée de tortures et de supplices. On enfermait peu : principalement dans l'attente d'un jugement ou d'une exécution, et alors le plus souvent dans des sites regroupant quelques cellules, à l'exception des grandes villes

---

\* Anthropologue et sociologue, professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton, directeur d'études à l'EHESS, il vient de publier *l'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale* (Paris, Le Seuil, 2015).

1. Voir notamment le livre déjà un peu ancien, mais bien documenté, de Claude Quérel et Pierre Morel, *les Fous et leurs médecines. De la Renaissance au XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Hachette, 1979.

comme Paris avec la Conciergerie et le Grand Châtelet ; ou bien plus rarement dans le cadre d'une justice d'exception imposée par l'arbitraire royal, et donc dans des maisons de force dont la plus célèbre est la Bastille, qui ne contenait toutefois que sept prisonniers lors de sa prise<sup>2</sup>. Avec Philippe Pinel puis son élève Jean-Étienne Esquirol, on se met à penser que les aliénés ne doivent pas être reclus mais isolés et qu'ils ne relèvent plus des chaînes mais d'un traitement. Avec John Howard et surtout Cesare Beccaria, on est conduit à considérer que les peines doivent être moins dures, plus justes, mieux codifiées, et que l'incarcération permet précisément un tel châtement mesuré et modulé. Du souci moral à la réalisation pratique, le chemin est long cependant, d'autant que l'inertie des institutions héritées de l'Ancien Régime pèse sur les structures comme sur les esprits<sup>3</sup>. Mais les grands principes de l'asile et de la prison modernes sont posés : séparation des fous et des criminels ; reconnaissance que les uns comme les autres appartiennent à l'humanité commune ; adoucissement de leur prise en charge en vue de soigner les premiers et de corriger les seconds plutôt que de les reléguer.

Pendant plusieurs décennies, les deux institutions se développent parallèlement et, du reste, un phénomène semblable est constaté dans la plupart des pays occidentaux, les États-Unis servant même de modèle, comme on le constate à la lecture du rapport établi par Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville en 1833 à leur retour d'un voyage transatlantique<sup>4</sup>. À partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, cependant, les tendances démographiques de l'asile et de la prison se dissocient, avec une remarquable évolution en deux temps. De 1850 à 1940, l'asile fructifie tandis que la prison décline ; la population du premier est multipliée par cinq ; les effectifs de la seconde diminuent de moitié. La Seconde Guerre mondiale et ses suites sont marquées par un mouvement transitoire de cisaillement : l'abandon des malades mentaux durant le conflit aboutit à une surmortalité asilaire considérable ; l'emprisonnement des collaborateurs ou supposés tels, après la libération

---

2. Se référer à l'historique établi par Christian Carlier, *Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française* (<http://criminocorpus.revues.org/246#tocto3n1>, 2009).

3. Pour un parallèle entre les réformes de l'asile et de la prison au début du XIX<sup>e</sup> siècle dans le cas des États-Unis, voir le livre classique de David Rothman, *The Discovery of the Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little, Brown and Co, 1971.

4. Ce célèbre rapport a été republié dans le volume 4 des *Œuvres complètes* d'Alexis de Tocqueville : *Système pénitentiaire aux États-Unis et son application en France*, Paris, Gallimard, 1984, p. 81-450.

du pays, conduit à une expansion temporaire. Une fois cette double crise passée, à partir du milieu des années 1950, on assiste à un processus inverse de ce qui avait prévalu pendant près d'un siècle : l'asile connaît un net recul, le taux d'enfermement des malades mentaux se trouvant divisé par trois en cinq décennies, alors que la prison entre dans une phase de progression, la proportion des personnes incarcérées faisant plus que doubler pendant la même période. Cette évolution contrastée, avec une déflation asilaire et une inflation carcérale, se retrouve dans de nombreux pays, les États-Unis représentant là encore un cas de figure singulier : en un demi-siècle, le taux de lits psychiatriques y est divisé par vingt et la proportion de personnes incarcérées multipliée par cinq. Étonnamment, le double mouvement biséculaire qui vient d'être décrit a rarement été pensé dans un même cadre.

En particulier, la concomitance du recul des hôpitaux psychiatriques et de l'augmentation de la population carcérale au cours du dernier demi-siècle n'a guère été discutée. Or si les deux phénomènes relèvent de logiques largement indépendantes, ils se recoupent pourtant en partie. Certes, le déclin de l'asile tient à une série de facteurs spécifiques : la mise sur le marché de médicaments psychotropes, qui facilite le maintien à domicile des malades mentaux, le développement de structures d'accompagnement permettant une forme de normalisation de la vie à l'extérieur et plus généralement l'attention croissante accordée à la subjectivité des patients et le discrédit grandissant de la forme asilaire. De même, l'essor de la prison relève de raisons particulières : le durcissement de la législation et de la justice à l'encontre de la petite délinquance ; le choix de l'emprisonnement pour sanctionner les délits mineurs ; l'allongement de la durée moyenne des peines de prison ferme ; plus généralement, la légitimation du pouvoir par des politiques punitives ciblées sur les milieux populaires surtout issus de l'immigration. À s'en tenir à ces seules logiques, on perdrait toutefois de vue un inquiétant phénomène de vases communicants entre les deux institutions.

Pour une part, en effet, la tolérance plus grande à l'égard des malades mentaux et l'intolérance plus forte à l'encontre de la petite délinquance interfèrent. Des personnes fragiles à la fois socialement et psychologiquement se voient plus souvent condamnées à l'emprisonnement à la suite de faits tels que l'usage de stupéfiants, les actes de violences sous l'emprise de l'alcool ou l'outrage à agent dépositaire de l'autorité publique, tous délits qui ont connu un

accroissement spectaculaire des condamnations à la prison ferme au cours des dernières décennies. Cette sélection des plus vulnérables et leur pénalisation en excès se retrouvent au sein de l'institution pénitentiaire elle-même, car ces personnes sont aussi les plus susceptibles d'être victimes d'autres détenus, qui profitent de leur situation, et de commettre elles-mêmes des infractions, car elles contrôlent moins bien leurs réactions face à des frustrations ou des injustices.

Dans les pages qui suivent, on examinera donc cette double dimension. D'abord, on analysera l'importance et la signification de la présence de troubles mentaux parmi la population pénale, en prenant en considération le fait qu'il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de l'état de la personne avant son entrée en prison et de la conséquence de l'emprisonnement sur cet état. Ensuite, on étudiera les conditions particulières de production ou d'aggravation d'une fragilité psychique par le monde carcéral, en s'attachant plus spécifiquement à la question du risque suicidaire, qui est devenue une préoccupation majeure de l'administration pénitentiaire. Cette réflexion est nourrie de l'expérience d'une recherche de type ethnographique, autrement dit impliquant une présence longue avec un travail d'observation et d'entretiens, qui a été conduite au long de quatre années dans une maison d'arrêt<sup>5</sup>. Ce type d'établissement pénitentiaire regroupe des personnes en détention préventive, dans l'attente de leur procès, pour un peu moins d'un tiers, et des personnes jugées et condamnées généralement à des peines de moins de deux ans, pour les deux autres tiers. Il s'agit donc pour l'essentiel de cas de délinquance, à la différence des centres de détention dans lesquels sont enfermées des personnes condamnées à de longues peines, pour des crimes ou des délits graves. Dans la mesure où ces derniers ont tendance à diminuer, l'expansion de la population carcérale s'est faite aux dépens des maisons d'arrêt où le niveau de surpopulation ne cesse de s'accroître : il est aujourd'hui de 170 % dans celle de l'enquête, ce qui signifie que pratiquement toutes les cellules y sont au moins « doublées ». Faute de ressources, ces établissements ne proposent que des activités limitées, avec peu d'emplois, de stages ou de

---

5. L'enquête a été réalisée entre 2009 et 2013 et la présence dans l'établissement a duré sept mois. Le lieu est rendu anonyme pour des raisons de protection des personnes du côté des détenus aussi bien que des personnels. La maison d'arrêt se situe dans une grande agglomération française où les taux de délinquance sont élevés par rapport à la moyenne nationale. Un ouvrage a été tiré de ce travail : *L'Ombre du monde*, *op. cit.*

cours, et n'offrent que rarement des préparations à la sortie sous la forme d'un aménagement de peine. Comment font-ils donc face à l'épreuve des troubles mentaux et plus généralement de la vulnérabilité psychique des détenus ? Telle est la question à laquelle nous allons tenter de répondre.

## *Souffrance*

Les troubles mentaux sont particulièrement fréquents en prison. Une étude conduite il y a dix ans aux États-Unis parmi les 2,3 millions de personnes qui s'y trouvent incarcérées révèle que plus de la moitié d'entre elles souffrent de tels problèmes<sup>6</sup>. Fait notable, le taux le plus élevé, 64 %, concerne celles enfermées dans des *jails* locales, qui sont plus ou moins l'équivalent des maisons d'arrêt françaises puisqu'on y trouve des détenus en préventive et condamnés à des peines courtes, que la surpopulation y confine à l'entassement de prisonniers dans des dortoirs de plusieurs dizaines de lits et que l'établissement n'a guère les moyens de mettre en œuvre des activités facilitant la réinsertion – par contraste, dans les prisons fédérales, où l'on purge des peines longues, la proportion est de 45 %. Ce sont donc les détenus en attente de leur jugement ou punis pour des délits relativement mineurs qui présentent le plus souvent des problèmes de santé mentale : un sur deux a des symptômes maniaques, un sur trois des signes dépressifs graves, un sur quatre des manifestations psychotiques. Du reste, ceux qui souffrent de tels troubles ont deux fois plus de risques d'être sans domicile fixe, trois fois plus souvent une expérience passée de violences physiques ou sexuelles, enfin une probabilité supérieure de moitié d'être usagers de drogues et d'un quart d'avoir eu au moins trois incarcérations antérieures. En somme, dans ces établissements, où l'on trouve le tout-venant de la population pénale et la quasi-totalité de la petite délinquance, les deux tiers des détenus sont affectés par des désordres psychiatriques souvent lourds associés à des parcours de vie chaotiques.

Il serait aisé de se rassurer en pensant que cette étude concerne une situation extrême et que les prisons françaises échappent à cette logique. Or presque au même moment, une équipe de

---

6. Ces problèmes pouvaient être présents au moment de l'enquête ou avoir existé au cours de l'année écoulée : Doris James et Lauren Glaze, *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*, Bureau of Justice Statistics, Special Report, septembre 2006.

chercheurs se livrait à une enquête épidémiologique similaire, quoique de bien moindre envergure, puisqu'elle concerne un millier de détenus, dont huit cents hommes de vingt établissements pénitentiaires, mais avec un dispositif méthodologique élaboré, qui comprend un examen séparé par un psychologue et par un psychiatre confrontant ultérieurement leur diagnostic<sup>7</sup>. Pour ce qui est de la population masculine, près de 30 % sont considérés comme étant dans ou à la limite de la normale, 35 % comme légèrement ou moyennement malades et 35 % comme gravement, voire extrêmement souffrants, selon la terminologie des auteurs. Plus des deux tiers des détenus présentent donc des désordres mentaux de sévérité variable. Les plus fréquents sont les troubles anxieux, constatés dans 29 % des cas, avec notamment des symptômes traumatiques et des phobies sociales, les troubles de l'humeur, observés dans 28 % des cas, au premier rang desquels des dépressions profondes, et les troubles psychotiques, diagnostiqués dans 17 % des cas, que dominent la schizophrénie et les manifestations délirantes. L'association de plusieurs de ces troubles est fréquente. À ces désordres proprement psychiatriques s'ajoutent enfin des dépendances à l'alcool ou aux stupéfiants pour près d'un détenu sur cinq.

Cependant, comme le reconnaissent les auteurs, ne sont pas pris en compte dans leur étude les troubles de la personnalité. Or une étude internationale portant sur soixante-deux enquêtes conduites dans les prisons de douze pays occidentaux révèle que ces troubles sont justement les plus fréquents<sup>8</sup>. On les identifie dans 42 % des cas, dont la moitié consiste en un ensemble de symptômes regroupés sous le nom de personnalité antisociale : il s'agit de conduites impulsives, de tendance à l'irritabilité, d'incapacité à respecter les normes et de mépris des droits d'autrui. Ces troubles sont souvent liés à des histoires de rupture familiale et de difficultés sociales. Ils sont relevés dix fois plus souvent parmi les détenus qu'au sein de la population générale.

Ainsi peut-on dire qu'en France, comme dans d'autres pays similaires, une majorité des personnes incarcérées présentent des troubles psychiatriques, souvent jugés graves par les spécialistes et se

---

7. Cette enquête réunit des chercheurs de l'Inserm, des médecins hospitalo-universitaires et des praticiens du monde carcéral : Bruno Falissard *et al.*, "Prevalence of Mental Disorders in French Prisons for Men", *BMC Psychiatry*, n° 6, 2006, p. 33.

8. Il s'agit d'une « méta-analyse » consistant à rassembler les données d'une série d'enquêtes après en avoir validé les méthodes : Seena Fazel et John Danesh, "Serious Mental Disorder in 23.000 Prisoners. A Systematic Review of 62 Surveys", *Lancet*, n° 359, 2002, p. 545-550.

combinant volontiers à des désordres de la personnalité. Il ne s'agit pas nécessairement de pathologies constituées, mais de symptômes indiquant une souffrance psychique dans les divers registres indiqués, à savoir l'humeur, l'anxiété, la psychose et la dépendance. Il y a toutefois deux choses que ces enquêtes ne permettent pas de savoir.

Premièrement, on ignore l'évolution dans le temps de la fréquence des troubles mentaux, faute d'études épidémiologiques comparables. Tout au plus peut-on avancer des arguments logiques allant dans le sens d'une aggravation de la situation, ce qui correspond du reste à l'impression qu'en ont tous les acteurs de la prison. D'une part, le déplacement d'une partie importante de la population asilaire vers des structures ambulatoires conduit de fait à ce que certaines personnes fragiles se trouvent plus exposées à commettre des infractions. D'autre part, le durcissement de la définition légale de l'irresponsabilité a pour conséquence que des auteurs d'actes délictueux ont plus de mal à faire valoir cette circonstance et se retrouvent plus facilement en prison qu'en hôpital psychiatrique.

Deuxièmement, il n'est pas généralement possible, compte tenu de la méthode utilisée, de distinguer des troubles existant avant l'emprisonnement et des troubles acquis au cours et certainement du fait de la détention. Or cette différence est importante du point de vue de l'interprétation que l'on peut en donner, puisque dans le premier cas, sont en cause des politiques pénales qui enferment des personnes avec des problèmes psychiatriques graves, tandis que dans le second, ce sont les politiques pénitentiaires qui se trouvent mises en question par les conditions de détention qu'elles imposent. On doit donc là encore se satisfaire de raisonnements logiques, faute d'éléments empiriques. S'agissant des troubles de l'humeur et de l'anxiété, il est raisonnable de penser que la prison joue un rôle souvent déclenchant. S'agissant des troubles psychotiques et de la personnalité, il est probable en revanche qu'ils préexistent mais sont aggravés par l'incarcération. Quant aux dépendances, celles liées à l'alcool font l'objet d'un sevrage en détention et celles liées aux drogues dures sont déjà sous traitement de substitution. Enfin, pour le cannabis, qui est largement répandu en prison, sa consommation régulière relève plutôt d'un mode de gestion courant des tensions liées à l'univers carcéral, à ses frustrations et à ses violences.

Mais quoi qu'il en soit de l'évolution de l'épidémiologie des troubles mentaux et de leur éventuelle existence préalable à

l'incarcération, il n'en reste pas moins que la souffrance psychique sous ses diverses formes est un élément constitutif de la vie en détention. Elle peut s'exprimer ouvertement, par une demande de soins, par des signes d'agressivité ou par des crises d'angoisse. Elle peut aussi demeurer sourde, invisible aux autres, sans appel à l'aide, révélée par une tentative de suicide. Depuis la loi du 18 janvier 1994, la santé en prison, jusqu'alors prise en charge dans un dispositif particulier qu'on appelait médecine pénitentiaire, est entrée dans le droit commun. Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont rattachées à l'hôpital général local, dont font partie la plupart des médecins, infirmiers et techniciens. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) s'occupe parallèlement, soit directement, soit par l'intermédiaire des services sociaux extérieurs, de l'éventuelle ouverture de droits à la caisse primaire d'assurance maladie. Les détenus ont ainsi accès à la protection sociale et aux soins médicaux comme n'importe quel citoyen et patient, à ceci près que, sauf exception, l'une et les autres ne leur sont accordés qu'à travers le filtre de la règle carcérale. Ainsi le malade doit-il déposer une demande dans une boîte à lettres dédiée à ce service et attendre qu'elle soit ramassée et lue avant qu'un rendez-vous ne lui soit donné, ce qui prend, selon le type de problème et l'appréciation de l'urgence, entre vingt-quatre heures et six mois, voire plus.

Les prises en charge psychiatriques et surtout psychologiques, intégrées dans le dispositif commun de santé mentale de secteur, sont celles pour lesquelles les délais sont les plus longs, faute de personnel. Dans la maison d'arrêt étudiée, un prévenu se plaignait ainsi d'avoir sollicité une consultation avec un psychologue huit mois plus tôt et de n'avoir toujours vu personne malgré de nombreuses relances. Il était déprimé, dormait mal, avait un sentiment de dévalorisation marqué, recevait peu de visites en raison de l'éloignement de son lieu d'incarcération par rapport à son domicile. Il n'était du reste pas une exception, mais plutôt la règle, ainsi que l'expliquait la coordinatrice de l'unité de soins. Les échéances des consultations psychiatriques et psychologiques sont toujours très lointaines, comme c'est souvent le cas en ville également, mais les détenus, eux, passent par des phases aiguës de souffrance qui sont liées à leur enfermement vingt-deux heures sur vingt-quatre et n'ont pas d'alternative à leur attente indéfinie telle qu'en aurait un patient à l'extérieur qui peut se rendre aux urgences de l'hôpital. En fait, il leur reste la possibilité, au retour

de la promenade, de refuser de réintégrer leur cellule de façon à attirer l'attention de l'administration, mais le prix à payer est alors le séjour redouté en quartier disciplinaire. Dans ces conditions, les moments de désespoir, vécus dans la solitude de neuf mètres carrés partagés avec un détenu imposé et s'accompagnant d'un sentiment d'abandon par l'institution et d'impuissance à se faire entendre, peuvent aboutir à des gestes suicidaires.

## *Suicide*

La France est, parmi les grands pays européens, celui dont le taux de suicide en milieu carcéral est le plus élevé<sup>9</sup>. Le maximum a été atteint dans les années 1990 avec un chiffre record de vingt-six suicides pour dix mille détenus, soit une multiplication par six par rapport à 1960 et même par dix-huit par rapport à 1946. Comparé à ses voisins, le pays se situe de loin au premier rang, avec un taux qui est approximativement le double de celui du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de l'Italie, de la Suisse ou de la Suède et le triple de celui de l'Autriche, de l'Espagne ou de la Grèce. Une explication avancée pour rendre compte à la fois de cette évolution spectaculaire et de ce classement problématique est que, d'une manière générale, on se suicide plus en France. Le fait est avéré, mais même en le prenant en compte, il n'en demeure pas moins que le taux de suicide carcéral a augmenté plus vite que le taux de suicide général au cours des dernières décennies et qu'il est dans notre pays plus élevé que chez nos voisins<sup>10</sup>. Excédé par l'attention que les médias portaient au phénomène, un directeur de la maison d'arrêt étudiée ne cessait de répéter qu'on ne se suicide pas plus en prison qu'à l'extérieur. Il avait tort : en fait, le taux en milieu carcéral, qui était proche de celui de la population générale il y a un peu plus d'un demi-siècle, est désormais sept fois plus élevé. Il existe donc bien un problème spécifique à la

---

9. On trouvera une analyse historique et comparative dans l'article de Géraldine Duthé, Angélique Hazard, Annie Kensey et Jean-Louis Pan Ké Shon, « Suicide en prison. La France comparée à ses voisins », *Populations et sociétés*, n° 462, 2009.

10. D'intéressantes discussions méthodologiques ont été proposées par Bruno Aubusson de Cavarlay, « Notes sur la sursuicidité carcérale en Europe. Du choix des indicateurs », *Champ pénal*, n° 10, 2009 (<http://champpenal.revues.org/7558>). Cependant, même en suggérant d'autres mesures, comme de rapporter les suicides non plus aux personnes présentes en détention mais aux personnes entrant en prison, autrement dit en raisonnant en termes de flux plutôt que de stocks, la France conserve sa première place européenne (à l'exception du Luxembourg, dont les effectifs sont toutefois trop faibles pour que les chiffres puissent être considérés comme comparables).

prison et ce problème est particulièrement français. L'administration pénitentiaire a d'ailleurs reconnu l'importance de ce phénomène et mis en place un important programme de prévention consistant en un dépistage des détenus à risque, un éventuel suivi médico-psychologique et une surveillance régulière par un passage toutes les deux heures devant la cellule. Des résultats ont été obtenus, avec une baisse significative des chiffres, autour de quinze pour dix mille détenus<sup>11</sup>. Ce taux place cependant toujours la France nettement au-dessus des autres pays européens.

En prison, on se suicide principalement dans trois circonstances : au début de l'incarcération, juste avant la sortie et au quartier disciplinaire. Ces trois moments reflètent différents types de problèmes qui engagent à divers degrés les domaines pénal, judiciaire et pénitentiaire et permettent de mieux comprendre pourquoi les prisons françaises ont connu plus que d'autres cette inflation suicidaire.

Dans un quart des cas, les suicides se produisent dans les deux premiers mois de la détention et un sur dix survient la première semaine. La tendance s'est amplifiée au cours des années 2000, le nombre de décès augmentant plus rapidement en début de peine. Or cette période a été marquée par une recrudescence de la sévérité pénale se traduisant par au moins trois phénomènes : on a condamné à de la prison ferme des délits mineurs, comme la conduite d'un véhicule après avoir perdu les points de son permis ou le non-paiement d'une pension alimentaire à un ex-conjoint ; on a prononcé des peines beaucoup plus longues, avec un quasi-doublement du quantum moyen dans les années qui ont suivi l'instauration des peines plancher ; on est allé rechercher pour des peines non exécutées concernant de petites infractions commises cinq ans auparavant ou plus des personnes qui s'étaient entre-temps insérées socialement, familialement et professionnellement. Selon l'explication habituellement donnée par l'administration pénitentiaire, l'excès de suicide en début de peine tiendrait à ce que les personnes prennent alors conscience de la gravité de leur acte. C'est probablement vrai pour les crimes, et il existe en effet un risque suicidaire plus élevé parmi les détenus responsables d'homicides et de viols.

---

11. On peut imputer cette évolution au programme de prévention, au moins en partie, puisque le taux de létalité, autrement dit le rapport entre les actes suicidaires ayant entraîné la mort et l'ensemble des tentatives de suicide, a légèrement diminué au début des années 2000, passant de 14,7 % à 11,8 %, comme le montre Angélique Hazard, « Baisse des suicides en prison depuis 2002 », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 22, 2008.

Mais ces motifs d'incarcération sont rares et ne rendent donc pas compte de la majorité des suicides précoces. Ce sont bien plus la disproportion entre la faute commise et la peine prononcée, le sentiment d'indignité de l'emprisonnement et les conséquences imprévues par rapport à son emploi et à ses proches chez des personnes qui n'auraient jamais cru se retrouver un jour en prison qui rendent compte des passages à l'acte dans ces circonstances.

Mais paradoxalement, une part substantielle des suicides survient aussi peu avant la sortie de prison. Là encore, les interprétations psychologiques prévalent. On suggère que le détenu ne supporte pas la perspective de son retour dans la société avec les défis qui l'attendent. L'explication vaut pour certaines longues peines. Mais les circonstances sont souvent plus trivialement dépendantes du fonctionnement même du système judiciaire. En raison du retard de suivi des exécutions de peine et de transmission des informations des tribunaux aux greffes des maisons d'arrêt, c'est fréquemment peu avant sa sortie qu'un détenu qui s'était préparé à cet événement tant espéré reçoit l'annonce d'une peine oubliée, généralement de prison avec sursis, qui ajoute des mois, voire des années supplémentaires d'incarcération. Une telle annonce est souvent vécue de manière particulièrement douloureuse au regard du projet que la personne avait imaginé. Un homme s'est ainsi vu maintenu en détention à trois reprises à cause d'anciennes peines pour des délits routiers, à chaque fois à quelques jours de sa sortie programmée, conduisant à un profond découragement. À propos d'un autre, retrouvé pendu dans sa cellule à la veille de son retour prévu dans sa famille, l'enquête a montré qu'il venait d'apprendre qu'une peine inattendue avait été mise à exécution, le condamnant à passer plusieurs mois supplémentaires en détention.

C'est toutefois lors du passage en cellule disciplinaire que l'augmentation du taux de suicide est la plus marquée<sup>12</sup>. Alors que ces cellules ne représentent que 2 % de l'ensemble du parc pénitentiaire, les morts par suicide qui s'y produisent représentent 16 % du total, soit une multiplication du risque par huit. Encore cette estimation est-elle très conservatrice car la plupart du temps, seules quelques cellules du quartier disciplinaire sont occupées, ce qui

---

12. Les effets psychologiques délétères de l'isolement ont été particulièrement bien étudiés aux États-Unis où cette pratique punitive est non seulement banale mais extrême, puisque des milliers de personnes sont ainsi placées en isolement disciplinaire pour des années : Stuart Grassian, "Psychiatric Effects of Solitary Confinement", *Washington University Journal of Law and Policy*, vol. 22, 2006, p. 325.

implique que l'excès réel de risque lié à cette sanction est bien supérieur à huit fois. On peut être placé en quartier disciplinaire, qui demeure de très loin la sanction la plus ordinaire en prison, de deux manières : soit immédiatement lors de la faute commise, dans l'attente de la commission de discipline qui prononcera la sanction quelques jours plus tard ; soit après la tenue de cette commission, une fois le quantum de la sanction décidé. Le premier cas correspond le plus souvent à des refus de réintégrer la cellule, à des paroles ou des gestes violents à l'encontre d'un surveillant ou à des altercations avec un autre détenu. Le second cas implique généralement la possession d'objets illicites tels qu'un téléphone ou du cannabis. La détention préventive représente près de la moitié des suicides commis au quartier disciplinaire. C'est que les détenus vivent souvent comme une injustice supplémentaire leur enfermement dans ces conditions.

Ainsi, les refus de réintégrer sont généralement le signe d'une protestation contre une demande non entendue : un homme, qui était en attente d'un aménagement de peine depuis près d'un an, ne parvenait pas à obtenir un rendez-vous avec sa conseillère d'insertion et de probation et souffrait de savoir son père mourant d'un cancer à l'hôpital, refusa ainsi d'entrer dans sa cellule la veille du jour de l'An pour attirer l'attention de l'administration sur sa situation. De même, lorsqu'une bagarre éclate entre deux détenus ou qu'un détenu répond mal à un surveillant, la personne mise en cellule disciplinaire à titre préventif a le sentiment d'un châtement inique car il n'a pas pu expliquer les raisons de son geste qui peut être dû à une provocation de la part d'un autre détenu plus habile à éviter la sanction ou d'un surveillant lors d'une humiliante fouille corporelle : un homme qui en avait bousculé un autre lors de la douche et disait que ce dernier l'avait agressé le premier manifestait ainsi un désespoir incontrôlable, terrorisé à l'idée qu'au-delà de son passage en cellule disciplinaire, c'était tout son projet qui se trouvait compromis par une telle flétrissure qui suivrait son dossier et repousserait l'aménagement de sa peine, alors même qu'il avait tout fait pour bien se comporter jusqu'alors. Dans ces moments, la détresse peut être tellement extrême qu'elle se traduit par des gestes violents dirigés contre soi, comme se frapper la tête contre le mur ou commettre un geste suicidaire.

Ces trois moments où se produisent avec une grande fréquence les suicides impliquent donc les pratiques pénales dans le premier cas, les dysfonctionnements judiciaires dans le deuxième et la

discipline pénitentiaire dans le troisième. Plus que la psychologie des détenus, c'est ainsi la politique de l'État qui est en cause. Et l'on voit d'ailleurs mal en quoi la psychologie des détenus serait en France différente de ce qu'elle est dans les pays voisins. Cependant, il faut noter que près de la moitié des personnes qui se sont suicidées en prison étaient suivies en psychiatrie, ce qui suggère que la souffrance psychique avait été identifiée dans ces cas et que les détenus présentant des troubles mentaux sont particulièrement à risque. La question, que posent souvent les personnels, de la place de ces personnes en prison, généralement pour des délits mineurs, n'est donc pas sans pertinence. Quant à la solution apportée, consistant à dépister et surveiller les détenus susceptibles de passer à l'acte, son efficacité est au prix d'un redoublement de la fragilité psychologique, puisqu'elle conduit à les réveiller toutes les deux heures, pour s'assurer qu'ils sont en vie, alors qu'ils sont déjà sujets à des difficultés d'endormissement. Comme le notait dans son cahier de suivi le président de la commission en charge des personnes présentant un risque suicidaire : « Détenu anxieux. Le fait de multiplier les rondes augmente son anxiété. »

### *Fin de partie*

Plus tolérantes à l'égard de la maladie mentale, mais aussi mieux équipées pour la prendre en charge en dehors de l'espace asilaire, les sociétés contemporaines sont devenues plus sévères, à l'inverse, contre la petite délinquance et plus généralement la criminalité, en enfermant plus et plus longtemps et en tenant de moins en moins compte de la santé mentale des personnes qu'on punit et des conséquences psychologiques d'une telle sanction. Par un effet de déplacement entre les deux institutions, ce sont pour une part les personnes les plus fragiles qui se retrouvent en prison et ce sont elles aussi qui en subissent le plus brutalement les conséquences, étant moins aptes à se contrôler dans des conditions parfois très dures de privation et de frustration.

Quelques semaines après la fin de l'enquête, un jeune homme d'origine africaine fut incarcéré pour un délit mineur. La peine prononcée était de quelques mois. Il présentait des troubles mentaux et une certaine vulnérabilité psychologique. Peu après son arrivée, il eut une dispute avec un autre détenu et, malgré les protestations désespérées de son innocence, il fut placé à titre préventif au

quartier disciplinaire. C'était la fin de la journée. Probablement comme un appel au secours face à cette situation qu'il vivait comme douloureuse et injuste, il mit le feu à son matelas et interpella le surveillant. Arrivé sur place, ce dernier, qui ne possédait que la première clé de la cellule, dut aller chercher son supérieur qui seul disposait de la seconde. Lorsque les deux portes furent enfin ouvertes, le jeune homme gisait inconscient, brûlé sur 80 % de son corps. Il mourut quelques semaines plus tard en service de réanimation. Le juge avait, peu avant son décès, ordonné sa libération.

Didier Fassin