

une partie de l'explication des différences observées ici entre les catégories socioprofessionnelles de premier niveau (ou catégories sociales) qui comportent une forte connotation socio-économique. Par ailleurs, l'existence de troubles de santé mentale antérieurs au début de la vie professionnelle ou à l'emploi actuel peut également gêner l'insertion professionnelle et conduire à occuper des emplois moins favorisés socialement. Il est probable que plusieurs explications co-existent. Cependant, le recours aux analyses multivariées permettant de prendre en compte le sexe, l'âge, l'appartenance à une catégorie sociale, laisse persister les différences d'intensité du risque suicidaire entre secteurs d'activité (bien que celles-ci ne soient pas statistiquement significatives). Ce résultat plaide plutôt dans le sens d'un effet possible du travail. Il est difficile d'aller plus loin dans les interprétations sur ces données et d'autres analyses ultérieures pourront explorer les liens entre des contraintes psychosociales au travail et le risque suicidaire, avec un intérêt particulier pour ces secteurs d'ores et déjà repérés.

Cette étude sur le risque suicidaire selon l'emploi dans un échantillon de salariés couvrant un ensemble de catégories professionnelles et de secteurs d'activité vient compléter les travaux précédemment menés sur la mortalité par suicide. Chez les hommes, le gradient social en faveur des cadres se confirme et le secteur de la santé et de l'action sociale semble plus particulièrement à risque. L'identification de populations vulnérables, en particulier avec un risque suicidaire élevé, devrait aboutir à la mise en place d'actions de prévention spécifique (outre la prise en charge individuelle nécessaire).

Dans ce domaine des suicides en lien avec l'activité professionnelle, éminemment complexe à appréhender du point de vue de l'épidémiologie, la multiplication des études et surtout des approches serait très souhaitable.

Remerciements

Aux médecins du travail du programme Samotrace Rhône-Alpes.

Références

- [1] Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
- [2] Woo JM, Postolache T. The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev*. 2008;7(2):185-200.
- [3] Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med*. 1995;37(4):442-52.
- [4] Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:594-600.
- [5] Stack S. Occupation and suicide. *Soc Sci Q*. 2001;82(2):384-96.
- [6] Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N; Jichi Medical School Cohort Study Group. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. *Psychother Psychosom*. 2007;76(3):177-85.
- [7] Geoffroy-Perez B. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Échantillon démographique permanent. Étude pour la mise en place du programme Cosmop : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.162 p. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf
- [8] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2010;58(2):139-50.

[9] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010. 8 p. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/rapport_suicide_activite_professionnelle_france.pdf

[10] Cohidon C, Lasfargues G, Arnaudo B, Bardot F, Albouy J, Huez D, et al. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006;(46-47):368-70.

[11] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12:224-31.

[12] Insee. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles PCS. 2003. Disponible à : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

[13] Insee. Nomenclatures d'activités et de produits françaises NAF-CPF. 2003. Disponible à : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/naf2003/naf2003.htm>

[14] StataCorp. Stata statistical Software: Release 11.0. 2010.

[15] Cohidon C, Imbernon E, Goldberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med*. 2009;52(2):141-52.

[16] Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37(8):1131-40.

[17] Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971-2000: a register-based study of trends, levels, and life expectancy differences. *Scand J Public Health*. 2007;35(4):387-95.

L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945

Géraldine Duthé (geraldine.duthe@ined.fr)¹, Angélique Hazard², Annie Kensey², Jean-Louis Pan Ké Shon¹

1/ Institut national d'études démographiques, Paris, France

2/ Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – En France, le niveau de suicide était, en 2011, bien plus élevé en prison qu'en population générale. Nous sommes revenus sur l'évolution du taux brut de suicide en prison depuis 1945 et avons essayé de comprendre les tendances observées.

Matériel et méthodes – Le taux de suicide en prison en France métropolitaine a été comparé depuis 1945 à celui observé en population générale masculine (de 15 à 59 ans). Des données sur trois ans et demi d'observation de séjours sous écrou provenant du fichier national des détenus de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ont permis de confirmer certains facteurs de risque identifiés dans la littérature. Les données annuelles de la DAP ont été mobilisées pour décrire les évolutions survenues dans la population écrouée ayant pu jouer un rôle dans l'évolution du suicide.

Résultats – De 1945 à 2010, le niveau de suicide en prison a beaucoup augmenté, passant de 4 à 19 pour 10 000 personnes, et s'est distingué du niveau observé en population générale. À partir de 1955, la proportion de femmes est devenue marginale et les effectifs de la population écrouée ont augmenté. Après avoir progressé, la part des prévenus a diminué. Plus récemment, les aménagements des courtes peines se sont développés. La part des personnes condamnées pour agression sexuelle a augmenté ainsi que, plus récemment, celle des personnes condamnées pour violence volontaire.

Increase of suicide rates in French prisons since 1945

Introduction – Suicide rates among prison inmates were much higher in 2011 than among the general population. We have presented the prison suicide rates observed in metropolitan France since 1945 and explored the reasons for the observed trends.

Material and methods – The prison suicide rate has been compared to the crude suicide mortality rate observed among the general population (males, 15-59 years) in metropolitan France since 1945. Data on a 3.5 year period of observation drawn from the national register of prisoners held by the French penal administration (DAP) were used to confirm certain risk factors observed in the literature. Available annual data from the DAP were used to describe changes in the prison population which could have affected the suicide rate.

Results – The prison suicide rate has increased significantly in metropolitan France, from 4 to 19 per 10,000 persons between 1945 and 2010, and is much higher than the level observed in the general population. Since 1955, the number of prisoners has increased, but the proportion of women has fallen. After a period of increase, the proportion of pre-trial detainees has also fallen. More recently, alternative solutions to imprisonment have been developed for minor offences. The proportion of individuals convicted of sexual assault has increased, as well as more recently, the proportion of individuals convicted of deliberate violence.

Discussion-conclusion – Les conditions carcérales et le profil social et sanitaire des personnes détenues n'ont pas pu être étudiées dans le temps, mais les modifications du profil pénal des détenus ont probablement joué un rôle important dans la hausse du suicide.

Discussion-conclusion – *Changes in detention conditions, and in the social and mental health profiles of inmates could not be assessed, but changes in the criminal profiles of inmates may have played a major role in the rising trend of suicides.*

Mots clés / Key words

Suicide, évolution, facteurs, population carcérale, France / Suicide, trends, factors, population in prison, France

Introduction

Actuellement, près de la moitié des décès survenus dans les prisons françaises sont des suicides [1] et le niveau de mortalité associée est bien plus élevé que celui observé en population générale [2]. Le moment de l'incarcération, la surpopulation carcérale et l'isolement par le placement seul en cellule ou la mise en quartier disciplinaire ont été mis en avant comme facteur de risque [3-6]. Plusieurs facteurs individuels de nature sociodémographique (sexe, statut marital), pénale (catégorie pénale, nature de l'infraction, durée de la peine) et clinique (idées suicidaires récentes, précédentes tentatives de suicide, troubles psychiatriques et alcoolisme) ont également été identifiés [6;7].

Dans cet article, nous présentons l'évolution du niveau de suicide en prison depuis 1945, exposons les différences de mortalité par suicide établies à partir d'une observation récente des séjours sous écrou en France et mobilisons les données temporelles disponibles permettant d'expliquer en partie les tendances.

Matériel et méthodes

Les données utilisées ont été publiées ou mises à disposition par la direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Elles font référence à la population carcérale (personnes détenues en prison) ou plus largement à la population écrouée (comprenant notamment les personnes placées sous surveillance électronique) en France.

Le nombre annuel de suicides en prison regroupe l'ensemble des décès consécutifs à un acte suicidaire des personnes écrouées au moment de cet acte. Il est rapporté à la population moyenne écrouée de l'année (moyenne des effectifs au 1^{er} janvier des années N et N+1) pour obtenir un taux brut de suicide disponible depuis 1945 pour la France métropolitaine. La population écrouée étant caractérisée par un flux important d'individus, un second taux est calculé en rapportant les suicides au nombre annuel de personnes mises sous écrou disponible depuis 1969. En 2011, plus de 9 détenus sur 10 étant des hommes de moins de 60 ans, le taux brut de suicide en prison a été comparé au taux brut de mortalité par suicide observé parmi les hommes âgés de 15 à 59 ans de la population générale en métropole.

Des informations sur 377 688 séjours sous écrou survenus entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 juillet 2009, dénombrant 378 suicides, ont pu être recueillies à partir du fichier national des détenus (FND). Le niveau d'observation était le séjour et permettait de calculer, pour la période, des taux de mortalité par suicide exprimés en séjour-années selon plusieurs caractéristiques : incarcération en établissement, sexe, âge à l'écrou, séjours en quartier disciplinaire, changement de catégorie pénale et nature de

l'infraction principale (selon la distinction suivante : homicide volontaire ; viol ; autre agression sexuelle ; violences volontaires ; autre infraction *i.e.* vol, infraction à la législation sur les stupéfiants).

Pour étudier les évolutions, les effectifs de la population moyenne écrouée depuis 1945 sont présentés. La surpopulation carcérale est approchée par un taux d'occupation des établissements – en excluant les maisons centrales et centres de détention qui ne rencontrent pas de problèmes de places, contrairement aux maisons d'arrêt – calculé depuis 1989 en rapportant l'effectif au 1^{er} janvier des personnes détenues au nombre de places disponibles dans ces établissements. Parmi les personnes écrouées, la proportion de celles placées sous surveillance électronique, évitant ainsi l'incarcération, est disponible depuis le 1^{er} janvier 2005. S'agissant de la structure de la population écrouée, sont présentées :

- la proportion de femmes au 1^{er} janvier depuis 1946, celles-ci étant moins à risque que les hommes de se suicider [6];
- la proportion de prévenus – plus à risque que les condamnés [6] – dans la population moyenne écrouée depuis 1946 ;
- et la répartition des condamnés par type d'infraction principale depuis 1980 en distinguant les plus à risque [6] : homicide volontaire, agression sexuelle, violence volontaire et autre infraction.

Résultats

Évolution du suicide en prison depuis 1945

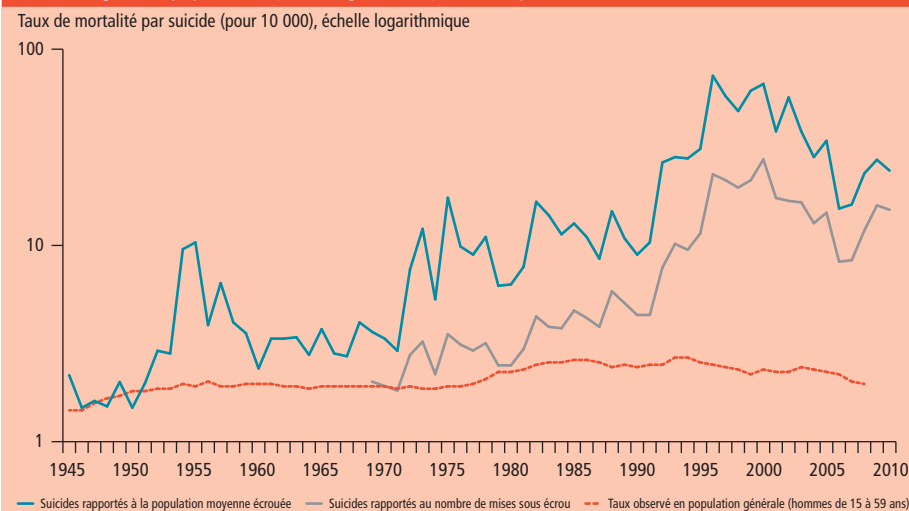
Le taux de suicide en prison, près de 19 pour 10 000 personnes écrouées en moyenne en 2010 en France métropolitaine, a quintuplé depuis

1945 où il était de 3,8 (figure 1). Cette progression est toutefois marquée par d'importantes fluctuations, l'année 1946 présentant le niveau le plus bas observé sur la période (1,4) et 1996 le plus élevé (26). À un niveau moindre mais de manière assez parallèle, le taux calculé sur le nombre de mises sous écrou a aussi fortement progressé, passant de moins de 3 suicides pour 10 000 en 1969 à près de 15 en 2010. À la fin des années 1940, le niveau de suicide en prison était du même ordre que celui observé chez les hommes âgés de 15 à 59 ans en population générale. Depuis, l'écart s'est creusé. En 2008, la mortalité en prison était ainsi 7 fois plus élevée qu'en population générale masculine où le taux était estimé à 2,6‰.

Différences de mortalité par suicide en prison sur la période 2006 - mi-2009

De 2006 à mi-2009, le taux de mortalité par suicide était de 16,7 pour 10 000 séjour-années sous écrou en France (tableau 1). Les personnes placées sous surveillance électronique, 5% de la durée totale observée, présentaient un taux 2 fois moins élevé, mais non significatif, que les autres. Il en était de même pour les femmes (4%), avec un taux de 13,1‰ contre 16,9‰ pour les hommes. Les personnes ayant plus de 30 ans au moment de leur mise sous écrou avaient un taux près de 2 fois plus élevé que les adultes plus jeunes. Environ 1% de la durée totale observée sous écrou a été effectuée en cellule disciplinaire et le taux de suicide y était 10 fois plus élevé. Ce taux était presque 3 fois plus élevé pour les prévenus que pour les condamnés. Il variait aussi selon la nature de l'infraction principale : 46,5‰ parmi les personnes écrouées pour homicide volontaire, 26,8‰ pour viol, 23,8‰ pour une autre agression sexuelle, 16,1‰ pour violence volontaire et enfin 9,3‰ pour une autre infraction.

Figure 1 Évolution annuelle du taux de suicide en prison et en population générale (hommes de 15 à 59 ans) en France métropolitaine depuis 1945 | Figure 1 Annual trends in suicide rates in prison and in the general population (males aged 15-59) in metropolitan France since 1945



Sources : DAP, Ined et CépiDC-Inserm.

Tableau 1 Répartition et taux de suicide selon différentes caractéristiques des séjours sous écrou observés en France entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 juillet 2009 | Table 1 Distribution of prison terms and suicide rates in France by different characteristics (1 January 2006 - 15 July 2009)

	Répartition des séjour-années en %	Taux [IC95%] pour 10 000 séjour-années
Ensemble (226 640, 4 séjour-années et 378 suicides)	100,0	16,7 [15,1-18,4]
Condition du séjour sous écrou		
En détention en établissement	95,5	17,2 [15,5-19,1]
Placé sous surveillance électronique	4,5	8,9 [4,6-17,1]
Sexe de l'individu		
Femmes	3,7	13,1 [7,3-23,7]
Hommes	96,3	16,9 [15,2-18,7]
Âge à l'écrou		
Moins de 18 ans	1,8	12,4 [5,2-29,8]
De 18 à 29 ans	48,6	13,1 [11,1-15,4]
De 30 à 39 ans	25,4	20,2 [16,9-24,3]
40 ans et plus	24,2	20,6 [17,2-24,8]
Type de placement en cellule des personnes détenues (variable dans le temps)		
En cellule ordinaire	99,2	16,0 [14,4-17,8]
En cellule disciplinaire	0,8	173,3 [120,4-249,4]
Catégorie pénale (variable dans le temps)		
Prévenu	21,0	31,9 [27,2-37,4]
Condamné	79,0	12,6 [11,1-14,4]
Nature de l'infraction principale		
Homicide volontaire	8,1	46,5 [37,6-57,5]
Viol	12,7	26,8 [21,4-33,5]
Autre agression sexuelle	4,4	23,8 [16-35,6]
Violence volontaire	21,9	16,1 [12,9-20,1]
Autre infraction	52,9	9,3 [7,8-11,2]

Note : Pour chacune des caractéristiques, les informations manquantes ne sont pas prises en compte.
Source : DAP.

Évolution de la population écrouée

En 1945, plus de 63 000 personnes étaient écrouées en France métropolitaine. Les effectifs ont diminué rapidement jusqu'en 1955 avec moins de 20 000 personnes sous écrou. Depuis, l'effectif a globalement augmenté jusqu'à près de 62 000 en 2010. Au 1^{er} janvier 1990, 143 personnes étaient détenues pour 100 places dans les établissements autres que les établissements pour peine. Ce taux d'occupation a diminué durant la décennie 1990 jusqu'à 103 en 2001, il a ensuite fluctué mais restait encore élevé en 2011 (117 au 1^{er} janvier) (figure 2).

La part des personnes écrouées mais non incarcérées a augmenté et atteint 10% au 1^{er} janvier 2011. Depuis 1946, la proportion de femmes a fortement baissé, passant de 18% à moins de 5% en 1958 et est restée faible depuis (3,4% au 1^{er} janvier 2011). La part des prévenus a, quant à elle, sensiblement progressé jusqu'en 1984 où elle atteignait plus de 50%. Depuis, cette proportion a baissé et, en 2010, moins d'un quart de la population était en attente de jugement (figure 3).

Parmi les condamnés, la part de personnes condamnées pour homicide volontaire a légèrement baissé ces dernières années et était de 7% au 1^{er} janvier 2011. Parallèlement, celle des personnes condamnées pour une agression sexuelle a augmenté de 5% à 25% en 2001. À cette date, la proportion de condamnés pour violence volontaire, qui a fortement augmenté depuis le début des années 2000, représentait 26%. Au total, les personnes condamnées pour une autre infraction qui représentaient les trois-quarts des condamnés en 1980, ne

constituaient plus, en 2011, que la moitié de cette population (figure 4).

Discussion-conclusion

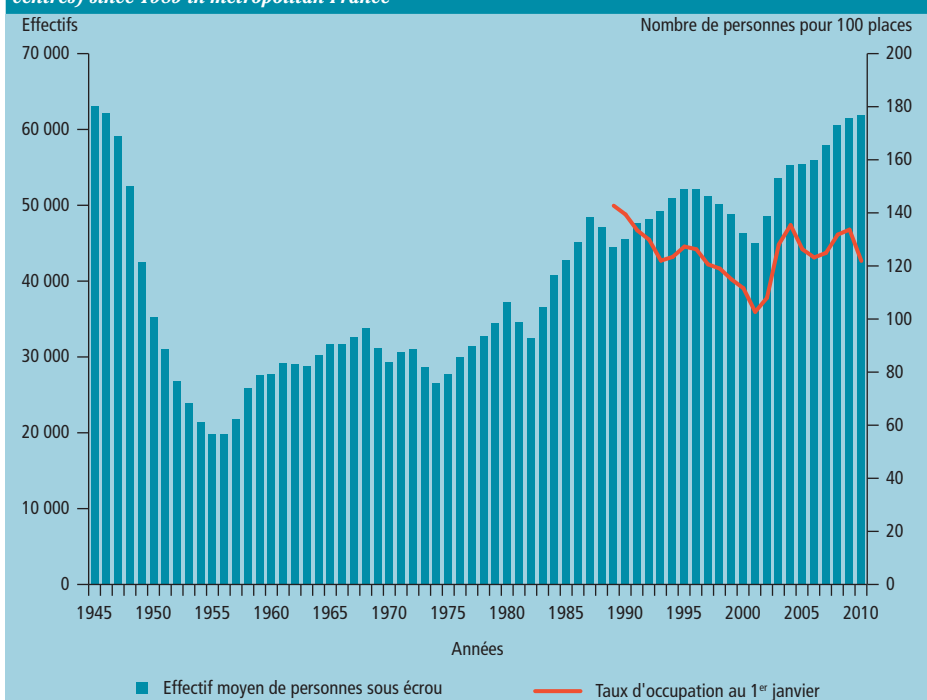
Le niveau de suicide en prison a beaucoup augmenté, passant de 4 à 19 pour 10 000 entre 1945 et 2010 et s'est distingué du niveau observé en

population générale. L'observation des séjours sous écrou de 2006 à mi-2009 a confirmé certains facteurs de risque individuels, et notamment le fait d'être incarcéré, un homme, prévenu, écroué après 30 ans, pour des infractions graves et placé en cellule disciplinaire.

Au lendemain de la guerre, nombreuses étaient les personnes écrouées pour faits de collaboration ; elles ont été libérées dans les années suivantes, expliquant la forte baisse des effectifs et de la part de femmes. À partir du milieu des années 1950, les effectifs ont augmenté ; la proportion de femmes est devenue marginale, la part des prévenus dans la population a augmenté puis diminué. Plus récemment, la surpopulation carcérale a fluctué, mais reste importante, et les aménagements des courtes peines se sont développés. Avec la progression de personnes condamnées pour violence volontaire ou agression sexuelle, le profil pénal s'est modifié.

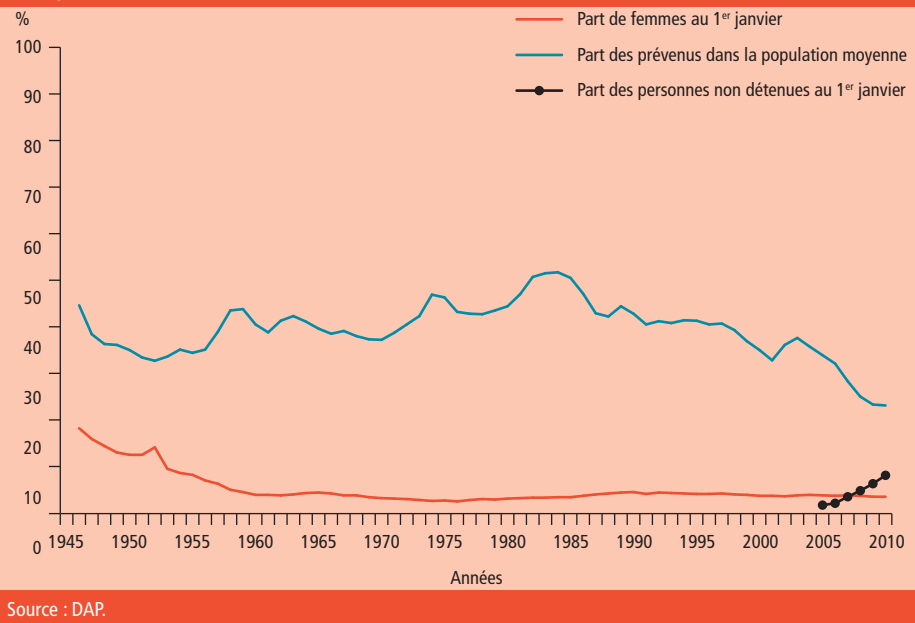
En population générale, la difficulté de certifier l'intentionnalité d'une mort violente conduit à une sous-évaluation de la mortalité par suicide (cette sous-estimation était de l'ordre de 10% en 2006) [8]. L'indisponibilité des statistiques de décès par cause des personnes écrouées n'a pas permis d'évaluer cette sous-estimation en milieu carcéral. Les effectifs de suicide sont cependant depuis longtemps disponibles [9]. À la fin des années 1940, la proportion de femmes dans la population écrouée n'était pas si marginale et la différence avec la population générale devait donc être un peu plus conséquente. Par ailleurs, la population sous écrou a vieilli, mais la standardisation, qui a pu être menée sur les dernières décennies, ne modifie pas les tendances [12]. Il en est de même pour la standardisation par âge de la population générale masculine dans la mesure où la mortalité observée est déjà restreinte aux 15-59 ans. Ces limites ne remettent

Figure 2 Évolution annuelle de la population moyenne sous écrou depuis 1945 et du taux d'occupation des établissements (hormis les établissements pour peine) depuis 1989, en France métropolitaine / Figure 2 Annual average prison population since 1945 and prison occupancy rate (excluding penitentiary centres) since 1989 in metropolitan France



Source : DAP.

Figure 3 Évolution annuelle de la part de femmes et de prévenus depuis 1946, et de personnes écrouées non détenues en établissement depuis 2005, en France métropolitaine / *Figure 3 Annual proportions of female prisoners and of pre-trial detainees since 1946 and of non-imprisoned offenders since 2005, metropolitan France*



Source : DAP.

donc pas en cause la différenciation entre la population carcérale et le milieu libre qui s'est d'ailleurs observée dans d'autres pays [10;11].

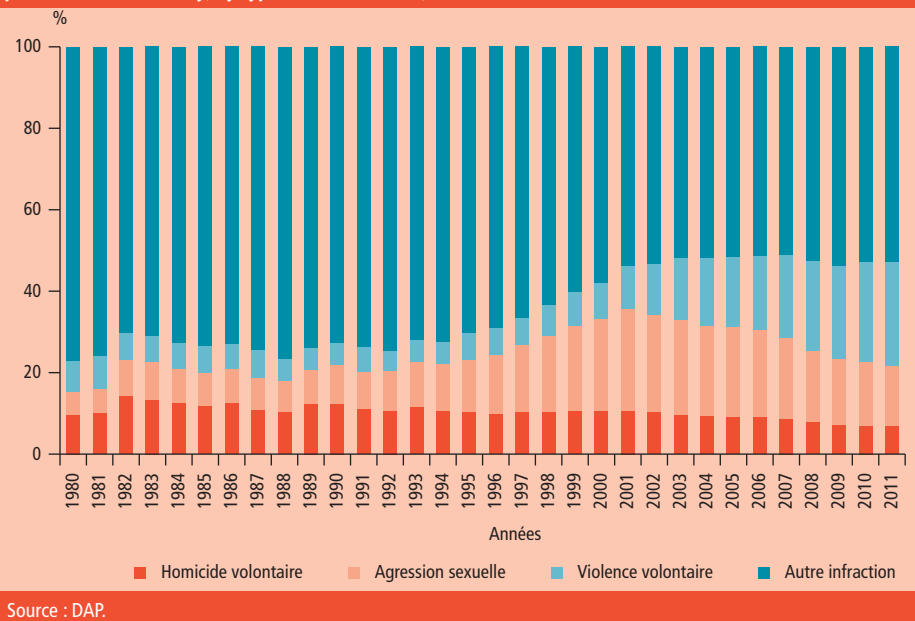
Les taux différentiels de mortalité, calculés sur les séjours, ont permis de confirmer la plupart des facteurs de risque identifiés. Ils révèlent un effet d'âge à l'écrou ; or, le rôle de l'âge n'est pas clairement identifié dans la littérature internationale [6]. Les données du FND ne sont pas individuelles et ne tiennent pas compte des possibles multiples séjours en prison d'un même individu. Cependant, ces ré-écrous sont surtout nombreux parmi les jeunes adultes et pour les délits encourageant des courtes peines [13]. Leur prise en compte accentuerait probablement les différences observées.

Nous disposons de peu de recul pour étudier dans le temps le problème de surpopulation

carcérale, déjà forte au moment de la disponibilité des premières données. Alors que la situation s'est améliorée dans les années 1990, des niveaux très élevés de suicide en prison ont été enregistrés. Le lien entre ces deux phénomènes est complexe dans la mesure où le surnombre en plaçant plus d'un devenu par cellule, diminue le risque d'isolement [14]. Les personnes isolées par la mise en cellule de quartier disciplinaire sont caractérisées par des niveaux de mortalité bien plus élevés que les autres, mais l'évolution des pratiques de gestion des personnes au sein des établissements pénitentiaires est difficile à évaluer. En outre, elle peut être liée à une évolution des comportements des détenus.

Le profil social et sanitaire de la population écrouée a en effet certainement évolué sans qu'il soit possible de le mesurer. La population

Figure 4 Évolution annuelle de la distribution des condamnés au 1er janvier selon la nature de l'infraction principale depuis 1980, France entière / *Figure 4 Annual trend since 1980 in distribution of sentenced prisoners on 1 January, by type of main offence, France*



Source : DAP.

carcérale est de manière générale défavorisée et cumule des facteurs de précarité sociale et économique [15]. La désinstitutionnalisation du secteur psychiatrique amorcée après la Seconde Guerre mondiale [16] a probablement amené à l'incarcération de personnes vulnérables mentalement. Les problèmes d'addiction [17] ont aussi dû concourir à une fragilisation des personnes en détention. Le dispositif sanitaire s'est amélioré, notamment avec la prise en charge en 1994 des soins des personnes détenues par le ministère de la Santé et les hôpitaux publics, mais les besoins restent très élevés [18-20]. Cette situation est d'ailleurs observée au niveau international [20;21].

Au cours du temps, la législation a changé et modifié la structure de la population écrouée. En 1984 par exemple, un débat contradictoire est devenu obligatoire avant toute mise en détention provisoire. La diminution des prévenus aurait dû favoriser une baisse des suicides, ce qui n'a pas été le cas. On peut faire le même constat pour le développement très récent du placement sous surveillance électronique pour les courtes peines. Inversement, des changements législatifs (comme la prescription des crimes sexuels à l'encontre des victimes mineures, qui débute depuis 1989 à leur majorité et non plus à la date des faits, ou l'élargissement de la définition pénale d'une violence volontaire dans les années 2000) ont entraîné une hausse des personnes écrouées pour agression sexuelle puis plus récemment pour violence volontaire. Or, ce sont des détenus plus vulnérables au suicide [6]. Ils cumulent des handicaps affectifs et sociaux [22] et encourent ou sont condamnés à des peines plus longues de prison, ce qui est aussi un facteur de risque important [6].

Le premier programme d'action pour la prévention du suicide en prison a été mis en place en 1995, un an après que le suicide soit institué comme priorité de santé publique au niveau national. Pourtant, au milieu des années 2000, la mortalité par suicide en prison observée en France reste élevée, en particulier comparée à ses voisins européens [2]. Si les évolutions récentes montrent un ralentissement de la progression, les signes d'une baisse réelle et pérenne sont toujours attendus. Bien que l'ensemble du phénomène n'ait pu être appréhendé, cet article met en avant le rôle des modifications du profil pénal des détenus dans la hausse du suicide.

Remerciements

Les auteurs remercient le Bureau des études et de la prospective, la Mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral et le Bureau des systèmes d'information de la DAP pour la mise à disposition des données.

Références

- [1] Aebi M, Delgrande N. Annual Penal Statistics. SPACE 1, Survey 2008. Strasbourg : Council of Europe; 2010. 111 p. Disponible à : http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2011/02/SPACE-1_2008_English.pdf
- [2] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan-Ké-Shon J-L. Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et Sociétés. 2009; n°462, 4 p. Disponible à : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf1_popetsoc_462.pdf
- [3] WHO. Preventing suicide in jails and prisons. Geneva World Health Organization. 2007. 34 p. Disponible à : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf

- [4] Huey M P, McNulty T L. Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding. *The Prison Journal*. 2005;85(4):490-514.
- [5] Lieblich A. Suicides in young prisoners: A summary. *Death Studies*. 1993;17(5):381-407.
- [6] Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.
- [7] Bourgoin N. Le suicide en milieu carcéral. *Population*. 1993;48(3):609-25.
- [8] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;(47-48):497-500.
- [9] Chesnais J-C. Le suicide dans les prisons. *Population*. 1976;1:73-84.
- [10] 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*. 2011;46(3):191-5.
- [11] Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet*. 2005;366:1301-2.
- [12] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan-Ké-Shon J-L. Suicides en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque. *In* : Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. *Collection Travaux et Documents*. Paris : DAP; 2010. n° 78, p. 41-64.
- [13] 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(2):119-28.
- [14] Delarre S. Sur le réécrou : d'un usage du fichier national des détenus. 20 000 anciens écroués observés sur une période de trois ans. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*. Paris : DAP ministère de la Justice; 2010. n° 34.
- [15] Kensey A, Cassan F, Toulemon L. La prison : un risque plus fort pour les classes populaires, *Cahiers de démographie pénitentiaire*. Paris : DAP, ministère de la Justice; 2000. n° 9.
- [16] Coldefy M. (coord.). La prise en charge de la santé mentale. *Recueil d'études statistiques*. Paris: La Documentation Française (coll. Études et Statistiques); 2008. 314 p.
- [17] Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et Résultats, DREES*; 2005. n° 386.
- [18] Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. *Études et Résultats, Drees* ; 2002. n° 181.
- [19] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al*. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;21(6):33.
- [20] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956-65.
- [21] Ashraf H. Suicides in UK prisons increase in the past 10 years. *Lancet*. 1999;354:404.
- [22] Mucchielli L. Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990. *Population*. 2004;59(2):203-32.

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France

Jean-Marie Firdion (jean-marie.firdion@wanadoo.fr)¹, François Beck², Marie-Ange Schiltz³

1/ Équipe de recherche sur les inégalités sociales, Centre Maurice Halbwachs, Paris, France

2/ Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Saint-Denis, France ; Cermes3 - Équipe Cesames (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société), Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS), Paris, France

3/ CNRS ; École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, France

Résumé/Abstract

Depuis les années 1990, de nombreuses études se sont penchées sur le risque suicidaire des minorités sexuelles, aboutissant à des estimations de risque majoré. Les résultats obtenus en France confirment les observations relevées dans la littérature internationale. L'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque du comportement suicidaire est la plus solide pour expliquer la prévalence plus élevée de tentatives de suicide dans les populations homosexuelle et bisexuelle. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, de confiance dans l'avenir et dans les autres. Des stratégies de prévention spécifiques sont à mettre en œuvre ou à renforcer, notamment en direction des jeunes, pour lutter contre des phénomènes de bouc émissaire et de mal-être social.

Sexual minorities facing suicidal risks in France

Since the 1990s, many studies have estimated a higher risk for suicidal behavior among sexual minorities than among heterosexual people. The first results in France confirm those found in the international literature. Homophobia as a risk factor for suicidal behavior is the strongest hypothesis explaining the high suicide attempt prevalence among gay, lesbian and bisexual people. Exclusion, disregard, stigmatization, can produce a loss of self-esteem, lower confidence in the future and towards others. Specific prevention strategies have to be implemented or reinforced, especially among young people, to fight scapegoat phenomenon and social exclusion.

Mots clés / Key words

Suicide, épidémiologie, facteurs psychosociaux, identité sexuelle, homosexualité, non-conformité de genre / Suicide, epidemiology, psychosocial factors, sexual identity, homosexuality, gender non-conforming

Introduction

Depuis une vingtaine d'années, le lien entre comportement suicidaire et orientation sexuelle a été pris en compte dans certaines recherches portant sur les discriminations et la santé publique, ainsi que dans des dispositifs de prévention des conduites suicidaires. Les personnes se définissant comme homosexuelles et bisexuelles, ou ayant des comportements homosexuels, semblent en effet davantage touchées par le risque de suicide. Le harcèlement et la discrimination, dont ces minorités sexuelles habituellement définies comme lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenre (LGBT) sont souvent victimes, pourraient aggraver les causes habituelles de comportement suicidaire (maladie grave ou invalidante, événement traumatique, perte affective, situation de stress économique, consommation de produit psychoactif, etc.) ou s'y substituer et expliquer le risque accru de comportement suicidaire observé.

Après les vives polémiques qui ont suivi la publication du rapport de la *Task Force on Youth Suicide* aux États-Unis en 1989, dans lequel un risque accru face au suicide des jeunes gays et lesbiennes était affirmé, des investigations s'appuyant sur des enquêtes scientifiquement solides ont été menées pour mettre à l'épreuve ces résultats [1]. Certaines de ces enquêtes ont porté sur un échantillon probabiliste en population générale [2-6], d'autres sur un échantillon de jumeaux discordants en termes d'orientation sexuelle [7], ou sur un échantillon de jeunes LGBT avec échantillon de contrôle apparié [8]. Ces études nord-américaines, conduites à la fin des années 1990, ont permis d'estimer le lien existant entre l'appartenance à une minorité sexuelle et les tentatives de suicide (TS) au cours de la vie. Les homo/bisexuels masculins présentaient de 2 à 7 fois plus de risque suicidaire que les hommes hétérosexuels exclusifs. Les femmes homo/bisexuelles présentaient

de 1,4 à 1,8 fois plus de risque de suicide que les femmes hétérosexuelles. Les variations, parmi ces estimations, provenaient notamment du champ considéré (tranche d'âges...), de la définition des minorités sexuelles (identité sexuelle, orientation sexuelle, comportements sexuels) ainsi que de la couverture géographique des études.

À la suite de ces premiers travaux nord-américains, des recherches ont été menées dans différents contextes nationaux allant de l'Angleterre à l'Île de Guam, et des Pays-Bas à la Turquie. Des recherches ont été également conduites en France, dont nous présentons ici les principaux résultats [9].

Les comportements suicidaires en France

La France se classe parmi les pays européens à forte mortalité par suicide. Au cours des années récentes (1998-2008), les taux standardisés de