

## Troubles mentaux, suicide, agression et meurtre dans les prisons françaises

### *Mental disorders, suicide, aggression and homicide in French prisons*

●● M. Bénézech\*

#### ► RÉSUMÉ

Le problème de la violence en milieu pénitentiaire fait référence à celle des personnes détenues, à celle de l'enfermement et à celle des relations qui s'y établissent. La prison secrète en effet de la violence qui appartient au fonctionnement même de l'institution et à la population pénale : violence suicidaire et hétéro-agressive entre détenus, violence du détenu contre le personnel de surveillance et l'institution, violence de l'institution contre le détenu lui-même. Cet article fait le point sur ces questions relatives au milieu pénitentiaire fermé français. Il souligne l'importance des troubles mentaux dans la population pénale, la "sursuicidité" carcérale (taux de suicide des détenus 6 à 7 fois plus élevé qu'en milieu libre), la fréquence des agressions physiques graves contre le personnel de surveillance et les meurtres entre détenus. La violence en prison a ses origines dans l'organisation rigide et cloisonnée de l'institution ainsi que dans les caractéristiques socioculturelles et psychopathologiques des personnes détenues, cumulant les vulnérabilités et les précarités qui les exposent aux transgressions et aux passages à l'acte agressifs.

**Mots-clés :** Violence – Prison – Détenu – Surveillant – Troubles mentaux – Suicide – Homicide.

#### ► SUMMARY

*The question of violence in prison refers to the violence of prisoners, to the confinement and to the social relationships inside. Prison itself produces violence. Violence is closely related to the institutional functioning of the prison administration and to the criminals, who produce hetero-aggressivity between prisoners, assault against warders, suicidal violence, and violence of the prison administration against detainees. The present paper reviews the question of violence in French prisons. The importance of the mental disorders among prisoners, of the high prevalence of suicide, of the behavioral disturbances (assaults, murders between prisoners) is emphasized. Being a warder is a difficult and dangerous profession. The roots of violence in prison may originate in the paradoxes inherent in the criminal justice system, in the rigid and isolated daily prison life, as well as in socio-cultural characteristics and psychopathology of detainees. Prisoners cumulate insecurity and vulnerability factors which expose them to transgression and aggressive acts.*

**Keywords:** Violence – Prison – Prisoner – Warder – Mental disorders – Suicide – Homicide.

### STATISTIQUES GÉNÉRALES

Le 1<sup>er</sup> juin 2005, la France comptait 188 établissements pénitentiaires répartis en cinq catégories :

- ✓ les maisons d'arrêt, au nombre de 115, qui reçoivent les prévenus (détenus qui n'ont pas encore été jugés ou dont la condamnation n'est pas définitive) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an;
- ✓ les centres de détention, au nombre de 24, qui accueillent les condamnés les plus jeunes, ceux qui sont condamnés pour la première fois, ceux dont le passé judiciaire est le moins grave et, d'une façon générale, les condamnés qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion;
- ✓ les maisons centrales, au nombre de 5, qui admettent les

condamnés les plus dangereux et les condamnés à de longues peines;

- ✓ les centres pénitentiaires, au nombre de 31, qui comportent à la fois un quartier maison d'arrêt et un quartier centre de détention ou maison centrale. Ces établissements mixtes reçoivent donc en même temps, mais dans des locaux séparés, des prévenus et des condamnés à de courtes ou à de longues peines;
- ✓ les centres de semi-liberté, au nombre de 13, qui accueillent les condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur sans surveillance (peines inférieures à six mois) afin d'exercer dans la communauté (milieu ouvert) une activité professionnelle, de recevoir un enseignement ou une formation ou de bénéficier d'un traitement médical (1).

Le taux d'occupation par type d'établissement montre un surpeuplement ancien et durable dans les maisons d'arrêt. Pour ne citer que des chiffres récents, ce taux était de 136,80 % le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et de 128,05 % le 1<sup>er</sup> janvier 2005. La densité carcérale

\* Professeur, psychiatre, légiste, criminologue, Bordeaux.

moyenne pour l'ensemble des prisons françaises était de 113,83 % (58 344 détenus écroués pour 51 252 places opérationnelles en détention) le 1<sup>er</sup> janvier 2006. On constate à cette même date que dans 9 établissements ou quartiers, le taux d'occupation est supérieur ou égal à 200 %, que 38 ont un taux compris entre 150 et 200 % et que 80 ont un taux compris entre 100 et 150 %. Le 1<sup>er</sup> janvier 2005, sur une population de 62 370 800 habitants, la France comptait 59 197 détenus dont 20 910 prévenus (35 %) et 39 041 condamnés (65 %). Parmi ces 59 197 détenus, on dénombrait 2 129 femmes (3,6 %) et 744 mineurs de 18 ans (1,1 %). Les étrangers constituaient 21,5 % des détenus. Les quatre tranches d'âges les plus représentées étaient 21-25 ans (15 %), 25-30 ans (16 %), 30-40 ans (28 %), 40-50 ans (20 %), la moyenne se situant à 34,2 ans. Toujours au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 15 % des condamnés l'étaient pour infraction à la législation sur les stupéfiants, 22 % pour viol et autres agressions sexuelles, 17 % pour coups et blessures volontaires et 9 % pour homicide volontaire. Au cours de l'année 2004, le flux annuel des entrées en détention a été de 84 710 personnes et celui des sorties de 84 759 détenus. Environ 20 % des détenus sont illettrés, 15 % ont de sérieuses difficultés de lecture, 55 % n'ont ni diplôme ni formation professionnelle, 60 % sont sans logement fixe, 60 % ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Pour assurer la sécurité des établissements en milieu fermé, la surveillance et la réinsertion des détenus, l'administration pénitentiaire française disposait, le 1<sup>er</sup> janvier 2005 de 23 265 postes de surveillants et de 2 322 agents d'insertion et de probation, soit en moyenne 52 personnels de surveillance et 4 personnels d'insertion pour 100 détenus (1).

## CONDITION PÉNITENTIAIRE

La prison est une institution de l'ordre social que l'on peut décrire aussi bien "physiquement", compte tenu de son architecture, que fonctionnellement, selon sa finalité, son organisation et sa réglementation interne. Elle répond à deux logiques essentielles. La première consiste à protéger la communauté de ses délinquants les plus dangereux. C'est à ce souci de sécurité publique que contribuent son architecture particulière (hauts murs, miradors, grilles, cellules, portiques, etc.) et son règlement intérieur, qui détermine la forme de la vie institutionnelle, encadre les mouvements des détenus, les missions des surveillants et les rapports avec le monde extérieur. La deuxième logique se fonde sur la nécessaire exécution de la sanction, sur la prévention de la récidive et sur la réinsertion. Neutralisation, expiation, dissuasion, réadaptation sont donc les objectifs fondamentaux de l'emprisonnement.

L'organisation du temps, la surveillance constante et le contrôle se révèlent nécessaires pour prévenir la survenue de manifestations potentiellement dangereuses pour la collectivité, les personnels (évasions, prises d'otages, rébellions, émeutes) et les détenus (suicides, grèves de la faim, vols, agressions physiques et sexuelles). Pour l'ensemble de la population pénale mais aussi chez les surveillants, l'organisation rigide du fonctionnement de la détention constitue à la fois une contrainte permanente et une atteinte à l'intimité et aux capacités de réactivité, d'initiative et de

créativité. Cet "état de choses" est maximal dans les maisons d'arrêt où la vie quotidienne en cellule de 9 m<sup>2</sup>, lieu clos et restreint, pose bien des difficultés et est à l'origine de nombreux stress. Chez le détenu, c'est soit l'angoisse de la solitude 22 heures sur 24, soit la cohabitation forcée avec les problèmes domestiques et de communication qu'elle pose : choix du lit, alimentation, hygiène corporelle, sexualité, propreté des locaux et des toilettes, cantine, tabac, médicaments et substances illicites, bruit, programmes TV, langue étrangère, etc.

Les conditions d'incarcération en France font l'objet de nombreuses et vives critiques de la part de l'Observatoire international des prisons, de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, du Comité national d'éthique, du Comité européen de prévention de la torture et de nombreuses autres instances nationales et internationales. Ainsi, les experts du Conseil de l'Europe ont pu écrire que les détenus sont "soumis à un ensemble de facteurs néfastes – surpeuplement, conditions matérielles déplorable, conditions d'hygiène créant un risque sanitaire indéniable, sans même mentionner la pauvreté des programmes d'activités – qui peuvent légitimement être décrits comme s'apparentant à un traitement inhumain et dégradant". Au terme de son inspection courant 2003-2004, le Comité européen de prévention de la torture constate que l'augmentation du nombre de détenus "a considérablement compromis les projets destinés à améliorer les conditions de détention, voire ruiné certaines avancées" (2).

## POPULATION À RISQUE

On estime actuellement qu'environ 60 % des détenus des prisons françaises sont dépendants de produits licites et/ou illicites et que 75 % présentent des troubles psychopathologiques variés. Ces troubles sont considérés comme graves chez 36 % de l'ensemble des détenus. La comorbidité est de règle, la plupart des détenus malades mentaux présentant plusieurs diagnostics. En ce qui concerne la fréquence et la nature des troubles, on note sur un échantillon représentatif de 799 détenus examinés en 2004 :

- ✓ 17 % de troubles psychotiques, en majorité de type schizophrénique;
- ✓ 66 % de troubles de l'humeur, dont 54 % de syndromes dépressifs divers, 7 % de manie/hypomanie et de 5 % de troubles bipolaires;
- ✓ 60 % de troubles anxieux : attaques de panique (8 %), agoraphobie (17 %), phobies sociales (16 %), trouble obsessionnel-compulsif (9 %), état de stress et troubles de l'adaptation (20 %), anxiété généralisée (33 %);
- ✓ 70 % de dépendance aux substances, dont 33 % de cas d'alcoolisme et 37 % de cas d'addictions diverses.

Avant l'âge de 18 ans, près du tiers des détenus étudiés ont été suivis par un juge des enfants et 22 % ont été placés dans des familles ou des institutions. Vingt-huit pour cent ont déclaré avoir subi dans l'enfance des maltraitements de nature physique, psychologique ou sexuelle, et 29 % ont eu un membre de leur famille proche condamné à une peine d'emprisonnement. Enfin, avant leur incarcération, 16 % des détenus ont été hospitalisés en

psychiatrie, 8 % ont été suivis par le dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8 % par celui de lutte contre l'alcoolisme (3).

Dans une autre recherche portant sur 2300 entrants en maison d'arrêt examinés courant 2001, 50 % d'entre eux présentaient des troubles mentaux dont les plus fréquents étaient les suivants : états anxieux et dépressifs, idées et projet suicidaires, troubles de l'adaptation, troubles liés à une substance, troubles de la personnalité (antisociale, borderline), troubles psychotiques. Les antécédents psychiatriques de ces détenus étaient importants, puisque 40 % avaient présenté antérieurement des troubles du comportement auto- ou hétéro-agressifs, des épisodes dépressifs sévères, des troubles psychotiques aigus, des conduites addictives, et avaient bénéficié de traitements et d'hospitalisations psychiatriques en milieu libre. Dans 15 % des cas, les entrants avaient été suivis en pédopsychiatrie (4).

Ces données épidémiologiques françaises, qui confirment les études internationales, montrent que les détenus constituent une population particulièrement exposée aux passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs pour des raisons à la fois actuelles et historiques.

✓ L'incarcération constitue une expérience traumatique quasi expérimentale dont les effets sont principalement le stress, l'anxiété et la dépression.

✓ Le suicide et les décompensations psychotiques et comportementales graves en sont les principales complications.

✓ Les troubles mentaux observés intéressent en premier lieu les détenus qui souffrent d'une fragilité psychique ayant son origine dans une histoire personnelle traumatique, des antécédents psychiatriques variés et des facteurs de risque sociaux. Toutes pathologies mentales confondues, les troubles affectifs (anxieux et de l'humeur) prédominent, et la comorbidité psychiatrique en est la caractéristique essentielle. Cette comorbidité concerne non seulement l'anxiété et la dépression, mais aussi les troubles de la personnalité et les toxicomanies (5).

## SUICIDE

Les ministères de la Santé et de la Justice reconnaissent conjointement que la France est le pays d'Europe où le taux de suicide en prison est le plus important (6). Bien que le nombre de détenus soit resté relativement stable, la mortalité par suicide a connu une accélération importante entre 1972 et 1996, pour se stabiliser ensuite jusqu'à nos jours : 47 suicides en 1982, 64 en 1985, 77 en 1988, 95 en 1992, 101 en 1993 et 1994, 138 en 1996, 118 en 1998, 121 en 2000, 104 en 2001, 122 en 2002, 120 en 2003, 115 en 2004. Les tentatives de suicide répertoriées ont suivi la même courbe et s'élèvent à 704 en 2001, 709 en 2002, 786 en 2003, enfin 757 pour l'année 2004. Cette "sursuicidité" carcérale, soit 193 suicides pour 100 000 personnes, est actuellement 6,4 fois plus élevée que le taux de suicide dans la population générale masculine (6).

Les statistiques portant sur les suicides en milieu pénitentiaire montrent un risque accru pour les mineurs de 18 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans, pour les femmes, pour les

prévenus et pour les auteurs de crime de sang ou d'infraction à caractère sexuel. Des périodes de particulière vulnérabilité sont repérées : entrée en prison, nuit, fin et début de semaine, placement en quartier disciplinaire ou d'isolement, moment du jugement et de la condamnation, période précédant la libération. Le moyen généralement utilisé est la pendaison (90 % des cas), suivi par ordre décroissant de l'ingestion de produits toxiques (médicaments), de l'étouffement (sac autour de la tête), de la mutilation (section d'un gros vaisseau), du feu (matelas) et de la précipitation dans le vide. Les facteurs suicidogènes peuvent se ranger sous trois rubriques principales :

✓ les conditions de vie en détention : choc de l'incarcération, rupture avec la famille et les enfants, isolement affectif, promiscuité, déshumanisation, violation de l'intimité, rapports de force, procédures disciplinaires, menaces, brimades, absence de visite attendue, transfert dans un autre établissement pénitentiaire, etc. ;

✓ les particularités de la population pénale : masculine à 96 %, défavorisée, vulnérable, psychologiquement fragile avec conduites à risque fréquentes ;

✓ le fonctionnement de la justice pénale : responsabilisation quasi systématique des malades mentaux psychotiques graves, abus de détention provisoire, lenteur, difficultés procédurales, formalisme juridique, sévérité des condamnations (2, 7). C'est généralement l'accumulation d'événements négatifs associés à une pathologie mentale qui provoque le passage à l'acte autoagressif fatal du détenu.

Bien que la prison soit certainement un des lieux où l'on peut repérer le plus facilement les conduites suicidaires, il n'existe paradoxalement que très peu d'études détaillées en France. Grâce à l'analyse de 140 puis de 621 dossiers de détenus morts par suicide, les motifs suicidaires ont d'abord été classés en six groupes (par troubles mentaux, 18 %, sans motif apparent, 33 %, par honte ou remords, 7 %, par peur des conséquences juridiques de l'incarcération, 16,5 %, par perte ou angoisse de perte familiale, 18 %, et par intolérance à la vie carcérale, 8 %) puis en 13 groupes ou profils définis par l'âge, le motif du suicide, ses caractéristiques, la nature de l'infraction, la qualité des relations avec la famille et l'entourage carcéral. L'acte suicidaire répond pour certaines classes à une pathologie mentale très lourde, pour d'autres à des logiques de déracinement et d'échec social ou familial, ou de fuite, pour d'autres encore à une dynamique revendicatrice ou autopunitive. Enfin, un dernier groupe de suicidés se caractérise par un état anormal où tout ancrage familial ou social est absent (8, 9).

## AGRESSION ET MEURTRE

Depuis 1995, le nombre de violences physiques contre le personnel de surveillance a considérablement augmenté, atteignant 520 agressions graves en 2004 contre 463 en 2003. Pendant l'année 2004, on a compté, en outre, 18 évasions concernant 22 détenus et 224 incidents collectifs dont 6 avec intervention des forces de l'ordre, mais aucune mutinerie contre 3 en 2003 (1). Les relations entre détenus et surveillants peuvent se ranger sous quatre types

fondamentaux : relation normée (selon une conduite statutaire, réglementaire), relation personnalisée, relation négociée et relation conflictuelle, cette dernière correspondant à l'attitude "statutaire" chez le surveillant et à l'attitude "opposante" chez le détenu (10). On peut ainsi repérer plus facilement les situations relationnelles exposant au conflit en détention, c'est-à-dire à l'incident disciplinaire, à l'agression physique ou à des comportements opposants individuels ou collectifs, selon le jeu des alliances entre détenus et entre surveillants. Un point capital est la grande rigidité des relations au sein de l'institution pénitentiaire. Le règlement prescrit une limitation des échanges entre surveillants et détenus destinée à interdire toute personnalisation relationnelle préjudiciable à l'ordre et à la sécurité. Les surveillants n'ont pas de pouvoir direct sur les décisions de leur hiérarchie et il existe des consignes implicites pour limiter les échanges professionnels entre les divers intervenants en milieu carcéral : personnels de surveillance, médicaux, socio-éducatifs, d'insertion et de probation, administratifs, culturels, du secteur associatif, des activités sportives et de formation, etc. L'organisation du système repose sur un cloisonnement relationnel et communicationnel qui entrave en pratique toute authentique vie sociale et toute véritable action de réinsertion entreprise pendant la détention.

À côté de cette violence contre l'institution, il existe une violence entre les personnes détenues. De façon générale, les modalités interrelationnelles des détenus sont structurées sur les modes de la domination et de la hiérarchie. La population pénale connaît une hiérarchisation masculine interne fondée sur le pouvoir, l'autorité et la contrainte qu'exercent certains détenus sur les autres. Les "caïds" et leurs aides (groupes de braqueurs, membres influents du milieu criminel) exigent d'être respectés comme de vrais "hommes" et d'exercer certains privilèges sur les détenus non dominants. Ces derniers sont quelquefois traités avec mépris comme des femmes dont ils remplissent à l'occasion les fonctions traditionnelles : sexuelles, domestiques. Entre ces deux catégories extrêmes de détenus, les dominants et les dominés, tous les intermédiaires existent avec des relations interpersonnelles qui peuvent être marquées par l'ostracisme, les menaces, les abus et les sévices. Ce système hiérarchique au sein de la détention est bien entendu variable dans le temps et selon le type d'établissement pénitentiaire (11).

De façon plus individuelle, la vie quotidienne en détention connaît ses inimitiés, ses différends, ses règlements de compte, ses multiples trafics, les conflits prenant quelquefois une particulière gravité lorsque les protagonistes sont cocellulaires ou impliqués dans la même procédure judiciaire. D'ailleurs, le seul enfermement à plusieurs en cellule est l'occasion de nombreux stress et de mésententes : malpropreté, vols de tabac et autres produits cantinés, détournement de médicaments, relations homosexuelles imposées, comportements bizarres, inquiétants, dangereux, suicidaires. Le désir de vengeance, l'intérêt, la rivalité, la jalousie, la domination, le besoin sexuel (normal ou pathologique), la promiscuité difficile, le sadisme et les troubles mentaux sont causes d'agressions (violences physiques et psychologiques, viols, actes de torture et de barbarie) pouvant aller jusqu'au meurtre (12, 16).

En matière d'homicide entre détenus, la documentation française officielle est quasi inexistante. Les rares informations que l'on

peut obtenir se limitent à quelques brefs articles parus dans la presse ou aux relations personnelles entre psychiatres des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)<sup>1</sup>. Nous avons ainsi eu connaissance de 10 cas de meurtre depuis 1997, soit environ un cas par an, dont 7 perpétrés en cellule ou devant la cellule et 3 en cour de promenade. Les 10 détenus meurtriers étaient tous de sexe masculin et 6 d'entre eux souffraient de troubles psychotiques. Les mobiles de ces homicides se répartissent en trois catégories principales : la persécution délirante chez les malades psychotiques, le règlement de compte, la dispute qui dégénère à l'occasion d'un conflit sexuel ou non (13). Durant notre longue pratique professionnelle en maison d'arrêt, nous avons pu observer plusieurs tentatives d'homicide, collectives ou individuelles. L'une d'elle concernait deux anciens policiers incarcérés, très grièvement blessés en promenade (couteaux, boules de pétanque, pieds et poings) par un groupe de détenus qui voulaient se venger de la police en général. Une autre tentative d'homicide impliquait un psychopathe-état limite d'intelligence médiocre, polytoxicomane et subdélirant, qui égorga son frère aîné avec un tesson de verre au cours d'une promenade. L'intervention urgente du SAMU suivie d'une opération de chirurgie vasculaire permit de sauver in extremis la victime. Le mobile de cette agression fratricide était la jalousie et la rivalité amoureuse (14).

Nous avons encore publié deux observations d'homicides pathologiques entre détenus. Dans la première, il s'agissait d'un homme âgé de 24 ans, originaire d'Afrique noire, qui frappa à la gorge de plusieurs coups de tige de fer un détenu âgé de 59 ans dans la cellule duquel il venait d'être affecté. Le crime, perpétré vers 21 heures, ne fut découvert que le lendemain matin vers 7 heures. Les faits s'expliquent par la survenue chez leur auteur d'un accès de violence de nature délirante dans un contexte d'atmosphère persécutive sur fond de personnalité paranoïaque sensitive. Le meurtrier, qui était persuadé que les détenus complotaient pour le mettre à mort, a exécuté son nouveau compagnon de cellule qu'il croyait être un tueur aux ordres de ses ennemis (15). Dans la seconde observation, l'agresseur, déjà condamné à 30 ans de réclusion criminelle pour un premier homicide commis 7 ans auparavant, s'est acharné sans raison apparente sur le détenu qui lui servait le repas du soir, lui ouvrant le crâne. Après avoir mordu le cuir chevelu et plongé ses mains dans le cerveau de sa victime, il se lécha les doigts. Ce meurtrier récidiviste, âgé de 36 ans et originaire d'Afrique du Nord, souffrait de schizophrénie paranoïde, de retard mental, d'une personnalité psychopathique et d'une toxicomanie à l'alcool et au cannabis (16). Il se croyait en danger de mort, persuadé que le personnel et les autres détenus voulaient l'assassiner. Dans ces deux observations, les meurtriers étaient donc des malades mentaux psychotiques présentant un délire de persécution.

Notons que nous n'avons pas trouvé dans la littérature médico-légale de référence sur les surveillants de prison tués par des

1. Un service médico-psychologique régional est un secteur de psychiatrie hospitalière implanté en milieu pénitentiaire à vocation régionale. Il comprend souvent une unité d'hospitalisation en maison d'arrêt. La France compte actuellement 26 SMPR, dont 18 dans des maisons d'arrêt et 8 dans des centres pénitentiaires.

détenus en France. La presse nationale a toutefois rapporté le drame de la maison d'arrêt de Rouen (Seine-Maritime) où, en 1992, un homme schizophrène paranoïde tua dans sa cellule un surveillant à coups de barre de fer et en blessa sérieusement un second. Ce détenu, malade mental délirant, était déjà l'auteur de deux homicides (13).

## PRÉVENTION

Les mesures et les programmes mis en place par le ministère de la Justice pour prévenir les violences auto- et hétéro-agressives en prison semblent encore très insuffisants : lutte contre la surpopulation pénale par la construction de nouveaux établissements, circulaires ministérielles de mise en garde contre la surmortalité par suicide adressées aux chefs d'établissement, amélioration de la "qualité" de l'accueil lors de l'incarcération, évaluation et repérage des détenus arrivants en détresse et à risque, prise en compte par l'administration des avis médicaux et psychiatriques pour les détenus soumis à un régime disciplinaire ou d'isolement, surveillance spéciale renforcée pour les détenus suicidaires ou dangereux pour autrui, gestion adéquate des situations de crise, programme de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue, accroissement du dispositif de soins psychiatriques, création en cours d'unités permettant l'hospitalisation en psychiatrie des détenus malades mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique.

Malgré les efforts de prévention tentés par l'administration pénitentiaire, les conditions de détention en France restent problématiques et sont régulièrement dénoncées par diverses organisations gouvernementales et non gouvernementales. Certaines de ces "réformes" restent malheureusement théoriques dans nombre d'établissements ou quartiers, faute de temps, de locaux, de moyens financiers et de personnels en nombre suffisant<sup>2</sup> (2, 17). À titre d'exemple, les difficultés et le dysfonctionnement de la prise en charge des détenus en risque suicidaire ont fait l'objet d'un rapport, courant 2003 (18), où l'on peut lire : "Ces données indiquent que la détection de l'état suicidaire des personnes décédées est de 59 pour 226 décès, que la surveillance spéciale a été rapportée pour 20 d'entre eux et les soins psychiatriques pour 9. Ceci montre la taille du potentiel de prévention résiduel, puisque trois quarts des personnes n'avaient pas été repérées comme suicidaires."

## CONCLUSION

La prison recèle et génère de la violence, que ce soit à titre individuel ou collectif, que les détenus ou les personnels en soient les auteurs ou les victimes. Cette violence tient à de multiples facteurs dont

les principaux sont les modalités organisationnelles et relationnelles de la vie en détention ainsi que les caractéristiques de la population pénale. Il est incontestable que le profil socioculturel et psychopathologique des détenus y joue un rôle important comme le démontrent les données épidémiologiques existant en France. Cependant, le type de politique pénale, majoritairement sécuritaire et neutralisateur aux dépens des dimensions humanitaires et sociales d'insertion, tend indiscutablement à renforcer les comportements autodestructeurs et les affrontements interindividuels. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. *L'administration pénitentiaire en France*, 1 fascicule, Paris, novembre 2005; *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*, 1 fascicule, Paris, décembre 2005.
2. Observatoire International des Prisons – section française. *Les conditions de détention en France*. Paris: La Découverte, 2005.
3. Falissard B, Rouillon F. et al. *Étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus. Résultats préliminaires*. Colloque de la Mutualité, dixième anniversaire de la loi de 1994 sur la santé des détenus, Paris, décembre 2004, non publié.
4. Coldefy M, Faure P, Prieto N. *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Études et résultats*, n° 181, Paris: Ministère de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2002.
5. Coldefy M. *La prise en charge des détenus en 2003. Études et résultats*, n° 427, Paris: Ministère de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2005.
6. Ministère de la Santé, ministère de la Justice. *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, Paris, septembre 2004.
7. Bénézech M. *Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. Annales médico-psychologiques* 1999;157(8):561-7.
8. Bourgoin N. *Le suicide en prison. Étude multifactorielle portant sur cent quarante suicides dans les prisons françaises (1989-1991)*. Ministère de la Justice, Travaux et Documents n° 42, Paris, novembre 1991.
9. Bourgoin N. *Le suicide en prison*. Paris: L'Harmattan, 1994.
10. Rostaing C. *La relation carcérale*. Paris: PUF, 1997.
11. Welzer-Lang D, Mathieu L, Faure M. *Sexualités et violences en prison*. Paris: Observatoire International des Prisons, Aléas, 1996.
12. Bénézech M, Lacoste D, Beylot J. *Violences sadiques et sexuelles entre détenus : à propos d'une observation*. *Journal de médecine légale et de droit médical* 1990;33(4):253-6.
13. Bénézech M. *Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. Annales médico-psychologique* 2005;163(8):632-41.
14. Bénézech M, Forzan S, Groussin A. *Comportement déviant, violence et viol en milieu carcéral*. *Journal de médecine légale et de droit médical* 1998;41(7-8): 613-7.
15. Bénézech M, Bourgeois ML, Groussin A, Aubert A. *Deux cas de violences psychotiques chez des détenus : meurtre d'un cocellulaire, morsure d'un surveillant*. *Journal de médecine légale et de droit médical* 2002;45(6):280-4.
16. Bénézech M, Hénon K, Le Bihan P, Chapenoire S, Bourgeois ML. *Récidive d'homicide avec cannibalisme chez un détenu psychotique*. *Journal de médecine légale et de droit médical* 2006;49(5):197-203.
17. *Rapport de 2005 de la Commission nationale de suivi de la détention provisoire*.
18. Terra J.L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Rapport de mission à la demande du ministre de la Justice et du ministre de la Santé*, Paris, décembre 2003. <http://www.justice.gouv.fr/publicat/rapportterrasom.htm>.

2. Le rapport 2005 de la commission nationale de suivi de la détention provisoire pointe l'allongement de la durée moyenne de ce mode de détention (7,1 mois contre 6,4 mois en 2002) dont les motivations juridiques sont insuffisantes. Le recours excessif à la détention provisoire en France est l'un des facteurs de la surpopulation carcérale en maison d'arrêt dont la condition pénitentiaire "reste profondément insatisfaisante", précise la Commission.