

## Enjeux autour de la responsabilité du geste suicidaire en institution carcérale

Analyse des enquêtes du coroner de Montréal entre 1892 et 1950

Patrice Corriveau, Jean-François Cauchie et Isabelle Perreault

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/8973>

DOI : 10.4000/champpenal.8973

ISSN : 1777-5272

### Éditeur

Association Champ pénal / Penal field

### Référence électronique

Patrice Corriveau, Jean-François Cauchie et Isabelle Perreault, « Enjeux autour de la responsabilité du geste suicidaire en institution carcérale », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 28 novembre 2014, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/8973> ; DOI : 10.4000/champpenal.8973

---

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.

© Champ pénal

---

# Enjeux autour de la responsabilité du geste suicidaire en institution carcérale

Analyse des enquêtes du coroner de Montréal entre 1892 et 1950

Patrice Corriveau, Jean-François Cauchie et Isabelle Perreault

---

*Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada ainsi que celui du Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés. Merci également aux évaluateurs pour leurs commentaires instructifs.*

## Introduction

- <sup>1</sup> Au Québec et au Canada, comme ailleurs dans les pays de tradition britannique, une enquête du coroner<sup>1</sup> est entreprise dès qu'une mort survient sur le territoire et ce, dans le but d'établir si celle-ci est due à des causes naturelles ou non (Champagne, 1997, 57). Jusqu'en 1967, les enquêtes sur les morts violentes ou soudaines de causes inconnues ou suspectes sont tenues devant un jury, qui, par un verdict, qualifie le décès et identifie, s'il y a lieu, les personnes responsables de celui-ci (Lessard, Tésio, 2008, 436)<sup>2</sup>. Au terme de son enquête, le coroner doit donc déterminer si la mort est advenue suite à un accident, à un homicide ou encore à un suicide. Or, en arriver à de telles conclusions n'est pas toujours une tâche aisée. Dans le cas qui nous intéresse ici, celui des suicides, le coroner doit d'abord prouver que la mort fut soudaine<sup>3</sup> et non naturelle. Pour y parvenir, il procède à une enquête au cours de laquelle il peut : ordonner une autopsie par le pathologiste, interroger les proches de la personne décédée, demander un rapport médical au médecin, obtenir de l'information du corps policier concerné ou encore recourir à toutes autres expertises jugées utiles pour expliquer les causes du décès (Bureau du Coroner du Québec, 2007). Conservées aux archives nationales du Québec (BAnQ), ces enquêtes du coroner sont donc riches en informations pour les chercheurs puisqu'elles contiennent une kyrielle de documents tels que le verdict du coroner et des

jurés, l'autopsie du médecin légiste, les lettres d'adieu, mais aussi les témoignages recueillis par le coroner lors de son enquête.

- 2 Dans les pénitenciers, les prisons et les maisons de correction ou de détention, qui seront au cœur de notre réflexion, l'obligation de recourir à une enquête du coroner existe depuis 1880 (Lessard, Tésio, 2008, 436). En 1907, le coroner montréalais McMahon rappelait combien il était important qu'un acteur externe à l'institution carcérale puisse mener des investigations sur tous les cas de décès non naturels en son sein. Dans son ouvrage sur les devoirs des coroners, il mentionne ainsi qu'il serait trop facile de faire passer un homicide (ou un suicide) pour une mort naturelle dans un environnement contrôlé comme la prison (McMahon, 1907). Pourtant, dans son enquête en milieu carcéral, le coroner s'en remet surtout aux dires de la direction et du personnel (médecins<sup>4</sup>, gardes, employés), et rarement aux codétenus, à la famille du défunt ou à d'autres acteurs davantage susceptibles de questionner la responsabilité de l'institution lorsqu'une mort non naturelle survient en son sein. Ce point mérite d'être souligné parce qu'en toute autre circonstance, y compris pour les décès en institution psychiatrique, les témoignages de la famille sont souvent recueillis et pris en compte pour expliquer le passage à l'acte. Quoiqu'il en soit, le coroner est celui qui, au terme de son investigation, qualifie officiellement la mort de « suicide ».
- 3 Nous mettons suicide entre guillemets parce que, dans le cadre de notre programme de recherche *Une sociologie historique du suicide au Québec entre 1763-1986*<sup>5</sup>, nous étudions l'ensemble des dossiers du coroner qui catégorisent le fait de se donner la mort. La qualification retenue pour nommer un tel geste est en effet variable et elle l'est plus encore sur un temps long. Recourant à diverses appellations pour caractériser le geste suicidaire, les coroners ne sont pas imperméables au contexte socio-historique dans lequel ils mènent leurs enquêtes. Seront ainsi comptabilisés dans notre catégorie « suicide » les verdicts qui mobilisent le terme suicide, mais aussi des verdicts clairement teintés de l'esprit du temps (séduction du diable, moment de folie, destruction volontaire, etc.) ou encore des verdicts plus descriptifs (par exemple, mort par pendaison). Autrement dit, nous considérons qu'on ne peut saisir le geste suicidaire qu'à travers les discours qui cherchent à le circonscrire, y compris le nôtre.
- 4 Dans le présent article, nous étudierons plus précisément comment le suicide en prison *devient* ce que les acteurs sociaux et les rapports officiels en disent dans l'enquête du coroner. Nous disposons à cet effet d'un corpus empirique de première main : les enquêtes des coroners du district judiciaire de Montréal qui ont conclu à des décès par suicide entre 1892 et 1950, soit entre la création du premier code criminel canadien et sa révision au début années 1950. Pour notre propos, nous nous limiterons aux dossiers qui touchent les décès par suicide en institution carcérale. Chaque dossier comporte : le rapport du coroner, qui nous informe sur les raisons de l'incarcération en plus d'offrir une description des événements et de l'état physique et mental de la personne avant sa mort, notamment son historique psychiatrique et suicidaire s'il y a lieu ; les témoignages des employés et de la direction de l'institution, lesquels soulignent leur fonction, leurs années d'expérience et ce qu'ils faisaient avant et au moment de la découverte du cadavre ; les témoignages d'autres prisonniers ou d'une tierce personne pouvant décrire le comportement du détenu avant sa mort ; et les rapports d'autopsie, ceux-ci se résumant, en règle générale, à une description médicale des causes du décès. Ces multiples témoignages, soigneusement pris en note par un greffier, nous ont permis d'analyser les commentaires et les attitudes des principaux protagonistes qui ont eu à se

prononcer sur les décès attribués à des suicides dans les institutions carcérales de Montréal durant près de soixante ans. Couvrant le district judiciaire de Montréal entre 1892 et 1950, notre recherche vise donc à comprendre comment un verdict de suicide en prison prend forme au cours et au terme d'une enquête du coroner.

- 5 Alors que nombre de recherches s'appuient en grande partie sur des données quantitatives et probabilistes, qu'elles ont pour objectif principal la prévention du suicide par la mise au jour de facteurs de risque et de protection, et qu'elles considèrent le suicide comme un « fait brut » et non comme un « événement social répertorié »<sup>6</sup>, notre démarche sera d'un autre ordre. D'une part, parce qu'elle se fonde sur l'analyse qualitative de pièces à conviction et de témoignages contenus dans les dossiers des coroners qui ont abouti à un verdict de suicide. D'autre part, parce que nous considérons qu'avant d'être « un fait objectif » par la décision d'un jury ou d'un coroner, le suicide est une qualification sociale qui reste liée aux interprétations qu'en font les acteurs sociaux. Comme le dit Jawarski (2010, 682), *l'interprétation du suicide repose non seulement sur le fait qu'il y a une inscription gravée par l'individu qui a effectué l'acte, mais aussi sur la manière dont une telle inscription est reconnue [...], le suicide constituant l'acte de nommer.*

## I - Mise en contexte de la problématique du suicide en prison

- 6 Les suicides en prison ont très vite été un sujet de préoccupation au Canada. Depuis l'apparition des premières institutions d'enfermement carcéral, au XIX<sup>e</sup> siècle, de nombreux commentateurs et observateurs ne cessent de décrier les conditions difficiles de détention : maladies, malnutrition, aliénations mentales diverses, etc. Non seulement ces conséquences sont vues comme un obstacle à la réhabilitation possible de la personne détenue après sa sortie, mais elles mettent aussi tout simplement sa vie en danger. Dès 1849, la Commission Brown, première commission d'enquête sur le système carcéral canadien, souligne les conditions difficiles d'emprisonnement, leur effet négatif immédiat chez les détenus, et le désespoir qui règne à l'intérieur de ces institutions. L'incarcération fut même comparée à un régime de terreur et les autorités pénitentiaires furent mandatées pour réévaluer la situation. Près de 90 ans plus tard, la situation ne s'améliore guère et la Commission Archambault (1938) s'en alarme. Elle qualifie d'horribles les conditions de détention. Malgré certains progrès dans les années 1940, avec notamment le droit de communiquer par écrit à ses proches, l'autorisation des visites et la mise en place de certains programmes de réadaptation, d'éducation et d'assistance postpénale, un nouveau comité est mis sur pied entre 1953 et 1956, le Comité Fauteux, pour évaluer encore une fois un système jugé trop peu humanisé<sup>7</sup>. En somme, les conditions de vie déplorables à l'intérieur des prisons et des pénitenciers ont été relevées de façon récurrente par les commissions d'enquêtes chargées d'étudier l'emprisonnement au Canada. On pouvait donc s'attendre à retrouver ces préoccupations dans les enquêtes du coroner qui se produisent dans les institutions carcérales de Montréal.
- 7 Si ces préoccupations apparaissent déjà au XIX<sup>e</sup> siècle et s'intensifient ensuite au cours du siècle suivant, une controverse naît cependant tout aussi vite quant aux effets de l'incarcération sur le passage à l'acte suicidaire. Alors que le gouverneur de la prison de Montréal, C.-A. Vallée (1913, 149) mentionnait la nécessité d'éviter que l'isolement lié à l'enfermement ne devienne *une torture aussi inutile qu'inhumaine, qui conduirait pas moins à*

la dépravation qu'au découragement et à ses suites, la célèbre revue médicale *The Lancet* (4 nov. 1911, 1281) reprenait à la même époque les conclusions du docteur Smalley, l'inspecteur médical des prisons anglaises, selon lesquelles :

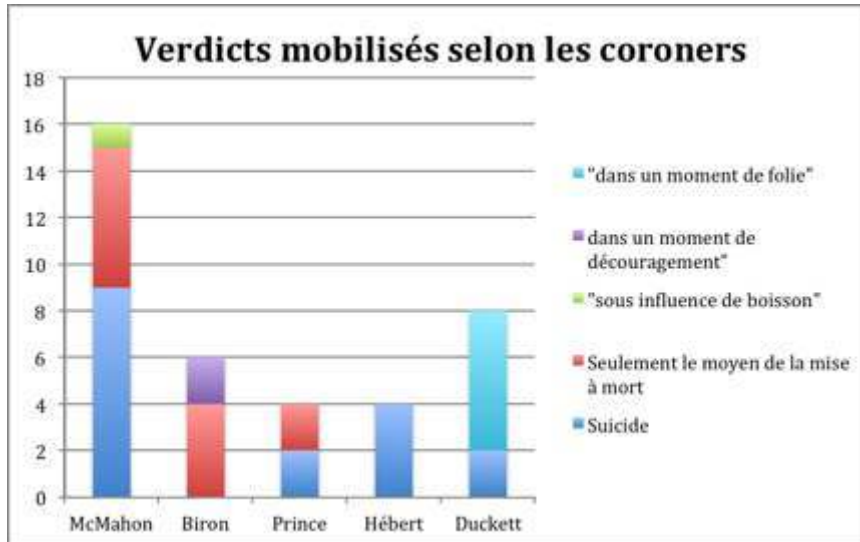
*imprisonment per se has not the detrimental influence in this respect which used to be, and in some quarter is still, imputed to it [suicide]. And the same conclusion is further confirmed by the extreme rarity of this phenomenon in class of prisoners who ought more than any other to show the alleged injurious effects of incarceration – namely, the inmates of the convict prisons*<sup>8</sup>.

- 8 En somme, même si les préoccupations qui touchent aux suicides et plus globalement aux conditions des détenus existent depuis longtemps, il faudra en fait attendre les années 1970 pour voir se dessiner un véritable changement dans les mentalités concernant les effets nocifs de l'enfermement (Lemonde, Landreville, 2002). À cet égard, il faut se rappeler que jusqu'aux années 1960, les prisons et les pénitenciers du Québec sont fréquemment dirigés par d'anciens militaires et que les prisons se gouvernent comme l'armée : ce n'est pas un endroit idéal pour revendiquer des droits. L'arbitraire règne en maître et la sensibilité aux détresses possibles des détenus n'est que peu prise en compte. Même les infractions disciplinaires ne sont pas connues des détenus (elles sont tenues secrètes par suite de directives des commissaires du pénitencier). Il faudra notamment attendre la professionnalisation des services correctionnels pour assister à un progressif démantèlement, ou tout au moins à une complexification de cette structure hiérarchique stricte où le détenu n'a droit ni à la parole, ni même à une quelconque aide juridique (elle n'arrivera qu'en 1972). Avant cela, les chercheurs disposent de très peu d'informations sur les populations carcérales (*quid* de leur parcours de vie ? des raisons pour lesquelles elles sont incarcérées ? de leur état de santé, mentale et physique ?). En effet, ce n'est pas avant les années 1970, soit bien après notre période d'étude (1892-1950), que des organismes comme le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, un *ombudsman* créé en 1973 et qui œuvre auprès des détenus sous responsabilité fédérale, offrent aux chercheurs des données plus précises sur les effets possibles (stress, prise de médicaments, suicide, etc.) des conditions de détention sur les détenus.
- 9 Il n'est donc pas surprenant qu'il ait fallu attendre les années 1970-1980 pour voir se multiplier les recherches scientifiques sur la sursuicidité en contexte carcéral, et plus précisément sur le ratio hommes/femmes<sup>9</sup>, sur la façon de mettre fin à ses jours<sup>10</sup>, sur les circonstances du suicide constaté<sup>11</sup> ou encore sur le rôle joué par les problèmes de santé mentale<sup>12</sup>. Aujourd'hui, un peu partout en Occident, des observatoires cherchent ainsi à prendre en compte des études qui montrent des taux de suicide anormalement élevés dans les institutions carcérales comparativement à ceux constatés dans le reste de la population<sup>13</sup>. Au Québec plus spécifiquement, et selon les analyses du ministère de la Sécurité publique, le taux de suicide des détenus s'établit en moyenne à 33,6/10 000 détenus entre 1995 et 2005 (Lalande, Giguère, 2009, 46). À titre comparatif, le taux ajusté de suicide enregistré dans la société québécoise depuis les années 1980 oscille entre 1,37 (en 2010) et 2,22 (en 1999) pour 10 000 citoyens<sup>14</sup> (Gagné *et al.*, 2011, 2)<sup>15</sup>. Bref, ce n'est que dans les années 1970 que les droits et le *care* (à la fois le souci et le soin) des détenus ont réellement pris de l'ampleur. On peut donc penser qu'une recherche comme la nôtre, qui s'intéresse aux verdicts et aux enquêtes des coroners dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, ne devrait pas souvent voir apparaître un questionnement sur la « dimension mortifère » de l'enfermement, et ce malgré les conclusions répétées des commissions et des comités qui s'alarment de son impact sur la santé physique et psychologique des détenus.

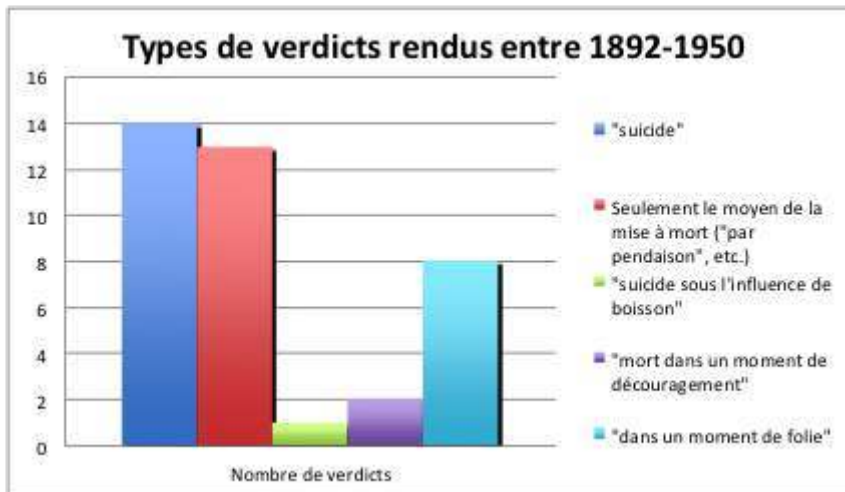
## II - L'enquête et les dossiers du coroner comme source empirique

- 10 Au Canada comme ailleurs, des études montrent des différences de verdicts selon les coroners, notamment en ce qui a trait à leur formation professionnelle<sup>16</sup> (Atkinson, 1978 ; Clarke-Finnegan, Fahy, 1983 ; Pescosolido, Mendelsohn, 1986 ; Liebling, 1992 ; Neeleman, Wessely, 1997). Clarke-Finnigan et Fahy (1983) soutiennent par exemple que les coroners avec une formation médicale rapportent davantage de suicides que ceux avec une formation juridique. Selon eux, les premiers se baseraient davantage sur des probabilités statistiques, retenant les cas où le suicide s'avère être l'explication la plus plausible, là où ceux qui ont une formation de juriste se sentent dans l'obligation de prouver hors de tout doute raisonnable que le décès est dû à un suicide. Ces derniers rendraient ainsi moins de verdicts de suicide lorsqu'une certaine part d'ombre persisterait, les noyades et les empoisonnements étant de bons exemples. Neeleman et Wessely (1997, 741) en arrivent à une conclusion inverse. Les coroners formés en médecine, considérés comme plus rigoureux scientifiquement, laisseraient davantage de verdicts ouverts ou indéterminés. *An explanation is not immediately apparent but it may be that doctors, when they function in a judicial capacity, adhere, paradoxically, more strictly to the 'letter of the law' than those without medical degrees* (Neeleman, Wessely, 1997, 741).
- 11 Quoiqu'il en soit, Jacobson *et al.* (1976) rappellent la part d'interprétation qui réside dans le jugement des coroners lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui constitue ou non un suicide. Chaque coroner développe sa propre grille d'analyse pour interpréter la mort et y donner un sens, et cela se reflète dans son rapport d'enquête (O'Donnell, Farmer, 1995 ; Champagne, 1997). Neeleman et Wessely (1997, 470) notent par ailleurs une relative rareté des verdicts de suicide dans le cas de jeunes personnes, de femmes ou lorsque la méthode est plus 'douce' (par exemple, par prise de médicaments). Certains coroners hésiteraient ainsi à rendre un verdict de suicide dans certaines circonstances afin d'éviter des conséquences désagréables et déshonorantes à la famille (Morissette, Bourdeau, 1983, 8). Liebling (1992, 94) fait la même hypothèse pour les suicides en prison : *doctors and prison officers are, of course, not unbiased in these cases. It would not be surprising if, unconsciously, they preferred to blame misadventure for a death which could possibly have been prevented by them, had they taken a different view of the situation.*
- 12 Dans ce débat, notre recherche sociohistorique s'avère instructive car elle permet de saisir comment les diverses explications du suicide en institution carcérale se construisent au fil de l'enquête des coroners, par les informations qu'ils colligent et notent dans leurs rapports, mais aussi par les témoignages qu'ils recueillent et les mots utilisés par les uns et les autres pour décrire les événements entourant la mort (et le mort). Pour ce faire, les 2 788 enquêtes du coroner du district judiciaire de Montréal qui ont conclu à des décès par suicide entre 1892 et 1950 ont été dépouillées. Parmi elles, 38 dossiers portent sur des suicides survenus dans une institution carcérale, principalement la prison de Bordeaux et le pénitencier St-Vincent-de-Paul<sup>17</sup>. Nous avons analysé l'ensemble des témoignages et documents qui y sont colligés. Au total, plus de 200 pages documentaires et autant de témoignages différents ont été scrutés<sup>18</sup>. Compte tenu du nombre relativement restreint de verdicts de suicide analysés, il est entendu que notre démarche ne prétend pas refléter la totalité des modalités de prises en charge du geste suicidaire de la période.

- 13 Au cours des 60 années étudiées, trois coroners en chef ont été responsables des enquêtes pour le district de Montréal. Il s'agit d'Edmond McMahon (1892-1927), Lorenzo Prince (1916-1938) et Richard Duckett (1938-1961), tous juristes de formation. À ces trois coroners s'ajoutent les coroners adjoints ou suppléants, dont Jean-Baptiste Stanislas Biron (*circa* 1900-1914) et Pierre Hébert (1930-1938), seul médecin du groupe, qui signeront des enquêtes. Le tableau suivant montre la variation des verdicts dans le temps et selon les coroners en place.



- 14 Il est intéressant de noter les différences entre les coroners lorsqu'il s'agit d'étiqueter le décès comme geste suicidaire. On constate par exemple que le coroner McMahon emploie principalement les trois expressions suivantes « suicide ; s'étant suicidé ; s'étant pendu lui-même » alors que son assistant, J.-B. S. Biron, tient à qualifier l'état d'esprit du défunt lors de la mort en spécifiant qu'elle est survenue dans un « moment de découragement ». Tous les deux notent systématiquement que l'institution carcérale ou les acteurs ne sont nullement à blâmer ou responsables du geste posé. Nous y reviendrons. Le coroner Prince utilise pour sa part systématiquement le même langage que son mentor McMahon : c'est-à-dire en soulignant que l'individu « s'est donné la mort en se pendant lui-même ». À cet égard, remarquons que ce même coroner Prince n'utilise jamais une expression qui lui est très familière lorsqu'il rend des verdicts hors institutions carcérales, celle de « destruction volontaire », comme si populations carcérales et populations générales ne devaient pas être confondues. Notons qu'en choisissant cette terminologie, Prince est l'un des rares coroners de l'époque à reconnaître un tant soit peu un libre arbitre dans le geste suicidaire. La vaste majorité des verdicts de suicide rendue en dehors des institutions carcérales souligne en effet que ce geste se produit dans un « moment de folie ».
- 15 S'agissant du seul coroner de notre corpus avec une formation médicale, le Dr Hébert, coroner suppléant au cours des années 1930, celui-ci n'hésite pas à mobiliser le terme suicide pour expliquer la causes du décès. Il dira par exemple : « la mort est le résultat d'un suicide, mort violente – suicide, suicide par pendaison », alors que son successeur, le juriste R. Duckett, indique de manière constante l'état mental du suicidé, en général par une étiquette telle que : « suicide dans un moment de folie ». Voici une répartition des types d'appellations utilisés par les coroners (et leurs suppléants) dans les verdicts de suicide rendus entre 1892 et 1950.



- 16 Tout d'abord il y a les verdicts où le coroner appose sans détour l'étiquette de mort par suicide (14)<sup>19</sup>. Bien que populaire au XX<sup>e</sup> siècle dans les enquêtes du coroner, l'appellation suicide ne fut pas utilisée systématiquement aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. On lui préférait les expressions suivantes : « séduit par le diable, s'est volontairement et félonieusement tué », « comme un félon de lui-même, s'est tué et assassiné contre la paix de notre dit Souverain le Roi, sa Couronne et sa dignité » ou encore les expressions latines de *felo de se*<sup>20</sup> ou *non compos mentis*<sup>21</sup>. Ensuite, on retrouve des verdicts où le coroner ne fait que décrire le moyen de la mise à mort, tel que « mort par pendaison », « par strangulation », et ce sans mobiliser l'appellation de suicide en tant que telle mais en y ajoutant qu'il s'est donné la mort lui-même (13)<sup>22</sup>. En n'utilisant pas le terme suicide, largement associé à la fois à une responsabilité et à un jugement moral, certains coroners préfèrent s'en remettre à un vocabulaire neutre, c'est-à-dire plus descriptif. Par exemple, le coroner Prince explique dans un dossier de 1917, que [...] *le défunt s'est donné la mort lui-même en se pendant par le cou au moyen de sa blouse [...]*<sup>23</sup>, sans recourir au terme de suicide. Pourtant plusieurs témoins, dont le médecin adjoint du pénitencier, soulignent, eux, d'après le rapport, que le décédé a été retrouvé « pendu par le cou, asphyxié par strangulation [et qu'il] ne fait aucun doute qu'il s'agit d'un suicide »<sup>24</sup>, constat partagé par les gardiens et le préfet du pénitencier. Dans d'autres enquêtes, certains verdicts ajoutent également l'état mental présumé au cours duquel le décès s'est produit, comme le montrent les exemples suivants : « dans un moment de découragement (2) »<sup>25</sup>, « suicide dans un moment qu'il était sous l'influence de boisson » (*sic*) (1)<sup>26</sup>. Enfin, il y a les verdicts qui stipulent « suicide dans un moment de folie » (8)<sup>27</sup>, auquel s'ajoute celui de « destruction personnelle dans un moment de folie »<sup>28</sup>.
- 17 Mais au-delà de ces informations descriptives sur les types de verdicts rendus par les coroners tout au long de la période, ce sont plus particulièrement les informations colligées et notées dans les différentes enquêtes du coroner qui ont retenu notre attention, notamment les témoignages recueillis et les mots utilisés par les uns et les autres pour décrire l'auteur et les événements entourant sa mort.



### III - À qui la faute...

#### 1) La faute aux institutions, à son personnel ou au détenu lui-même ?

- 18 Alors que le contexte historique dans lequel évoluent les coroners ouvre une fenêtre d'opportunité, certes étroite, pour pointer la dimension mortifère de l'environnement carcéral mais aussi la responsabilité de l'institution suite au constat de décès en prison, notre corpus n'y fait jamais allusion (car les témoignages émanent essentiellement de la direction, des gardiens et des médecins<sup>29</sup>). On peut évidemment se demander si le but d'une enquête du coroner est de dénoncer l'enfermement, si elle a en quelque sorte des vertus macrosociologiques ou si elle est en fait d'emblée limitée à donner une explication objectivable à la cause de décès. En parcourant les témoignages qui conduisent aux verdicts de suicide, il est par exemple frappant de constater la similarité des réponses (X avait ou n'avait pas un comportement bizarre, X buvait ou ne buvait pas, etc.). Par la bouche des témoins, les mêmes mots reviennent chaque fois (alcool, découragement, etc.). Jamais il n'est par contre fait mention des conditions de détention et des angoisses qu'elles génèrent (punitives arbitraires, solitude, abandon des proches, etc.). Sans avoir accès aux questions posées par le coroner, on peut néanmoins imaginer qu'elles étaient très pré-formatées et limitaient la possibilité de remises en cause de la responsabilité de l'institution carcérale, d'autant plus peut-être quand le coroner suspectait un suicide plutôt qu'un homicide. Pour les mêmes raisons, on peut également douter que le coroner dut s'inquiéter plus que ça de dénoncer des fautes commises par les acteurs de l'institution, quand bien même son mandat consistait en partie à identifier à qui incombait la responsabilité du décès.
- 19 Si des commissions d'enquête commencent à s'enquérir du sort des détenus durant la période étudiée, ce n'est en tout cas pas sur leurs conditions de détention que les coroners mirent l'accent. Ils reprisent en revanche abondamment un argument souvent avancé par les témoins et les acteurs institutionnels pour expliquer le passage à l'acte : l'impossibilité de prévoir un tel geste. « [...] Rien d'anormal [n'a été relevé] chez ce détenu dans sa conduite avant son acte, et qui aurait pu demander une surveillance spéciale [...] », estime le coroner dans un dossier<sup>30</sup>. Dans un autre, le préfet du pénitencier résume la teneur des propos de la plupart des témoins en disant : « [...] Il n'est pas facile d'empêcher un prisonnier de s'ôter la vie dans sa cellule malgré que les rondes des gardes soient répétées aussi souvent, il s'écoule toujours environ une demi-heure et même une heure avant que les gardes repassent devant la même porte »<sup>31</sup>. Ainsi, bon nombre de témoins attribuent une part de responsabilité au défunt en soulignant que ce dernier « s'est donné la mort par », « s'est pendu lui-même », a entraîné sa « destruction personnelle », etc. D'autres protagonistes préfèrent décrire la mort davantage comme un « accident », sans faire directement référence au terme « suicide » : [...] *Vers sept heures moins un quart, un de mes hommes m'a informé de l'accident [...] je n'ai jamais vu le rasoir avec lequel l'accident est arrivé [...]*.<sup>32</sup>
- 20 On retrouve un peu cette idée qu'au fond, quand les détenus veulent mourir (notamment parce qu'ils sont découragés), on ne peut rien y faire (surtout quand leur intention n'est pas clairement manifestée). Pourtant, des acteurs lient certaines variables (souvent des problèmes physiques ou psychologiques) à un passage à l'acte. En 1901, un détenu, incarcéré pour tentative de suicide<sup>33</sup>, verra la plupart des témoins mentionner qu'il était

troublé (sa veuve), qu'il était malade et découragé (Capitaine), qu'il était malade et découragé et voulait mourir (docteur Benoit). On retrouve le même type de commentaire en 1915, où le docteur Pominville souligne que le détenu était troublé, [mais] n'avait pas fait d'acte de folie, alors que l'un des gardiens du pénitencier estime lui aussi que le défunt était troublé mais n'avait jamais manifesté d'intention de se tuer<sup>34</sup>.

- 21 Devant ce qu'ils définissent comme une fatalité, plusieurs témoins institutionnels entrent dans une logique d'immunisation professionnelle. Chacun va s'employer par ailleurs à justifier ses années d'expérience et à travers elles, sa non-responsabilité (pas plus que celle de l'institution, qui avait pourtant la charge de l'individu lors de son passage à l'acte). Citons ce gardien qui écrit en 1931, *Je suis garde à la prison de Montréal depuis bientôt quatre ans. Je suis en charge de l'aile A où [nom du défunt] a été placé [...] Le prisonnier ne présentait rien d'anormal [...]*<sup>35</sup>. Non seulement les employés de l'institution carcérale présentent leur ancienneté et justifient leurs compétences, mais les autres professionnels appelés à témoigner, comme les personnes d'autorité, le font également. [...] *les deux gardes [...] ont jusqu'ici été de bons gardiens [...]*, soutient le préfet du pénitencier<sup>36</sup>. *Je n'ai pas de doute que le garde [nom du garde] a fait sa ronde habituelle [...]; il n'a jamais été trouvé de défaut auparavant [...]*, affirme le gardien en chef<sup>37</sup>.
- 22 La responsabilité des gardiens est parfois questionnée lors de témoignages mais pas pour autant retenue par le coroner et le jury. En 1917, par exemple, le médecin du pénitencier écrit que le décédé [...] *manifestait des signes évidents de folie bien caractérisée*, ce pourquoi il l'avait fait placer en cellule d'observation trois jours avant sa mort avec un *gardien [qui] était chargé de faire la surveillance*<sup>38</sup>. Cette exigence de surveillance accrue de la part du médecin de l'institution, qui aurait pu être prise en défaut par effet de négligence, ne fut pas retenue par le coroner et les jurés, qui en arrivèrent à la conclusion que *les autorités du pénitencier ne sont aucunement blâmables pour cette mort*<sup>39</sup>, préférant retenir l'idée selon laquelle il est impossible d'empêcher d'agir une personne qui souhaite mettre fin à ses jours. Une conclusion analogue justifie le verdict du suicide survenu le 22 février 1916 au pénitencier St-Vincent-de-Paul alors que les témoins affirment que le défunt avait tenté de se suicider quelques jours auparavant et que *des instructions avaient été données aux gardes pour le surveiller à cause de cela*<sup>40</sup>. Dans ce dossier comme dans la presque totalité de ceux-ci, il est clairement indiqué dans le verdict que *les autorités de la prison ne sont nullement à blâmer*<sup>41</sup> ou encore qu'*aucun blâme [n'est porté] aux autorités de la prison*<sup>42</sup>.
- 23 Il arrive néanmoins que des fautes professionnelles soient reconnues. Trois dossiers de suicide sur les 38 étudiés ont ainsi conduit le coroner à réclamer une enquête plus approfondie afin de déterminer s'il y a eu faute professionnelle<sup>43</sup>. Dans le premier cas, en 1895, les jurés indiquent dans leur verdict que :
- [...] Nous croyons de notre devoir de blâmer les guichetiers, qui samedi matin, s'ils avaient fouillé et inspecté la literie dans la pièce où se trouvait le témoin et le défunt, tel que les règlements et les ordres du gouvernement de la prison l'exigent, auraient trouvé en toute probabilité l'arme avec lequel [nom du défunt] s'est donné la mort<sup>44</sup>.
- 24 Dans les deux autres cas, survenus en 1925 et 1926, il est intéressant de noter que même si les jurés en arrivent à un verdict de suicide sans blâme, le coroner, lui, émet des doutes et entend poursuivre l'enquête plus avant. Dans le dossier de 1925,
- Nous les jurés soussignés, après avoir entendu la preuve, déclarons que M. [nom du défunt], est mort à Montréal, le 29 août 1925 de strangulation par pendaison dans une cellule du poste de police #4. Dans les circonstances, il s'agit d'un suicide et nous déclarons que le

constable [*nom du constable*], gardiens des prisonniers est excusable ; il n'y a pas de crime<sup>45</sup>

- 25 Le coroner considère néanmoins qu'il a *en conséquence, de bonnes raisons de croire que ledit [nom du défunt] n'est pas mort de causes naturelles, ou par accident, mais qu'il est décédé par suite de négligence de la part d'autres, dans des circonstances telles qu'une enquête est nécessaire*<sup>46</sup>. Pourtant, aucune indication renseignant sur le type de négligence n'apparaît dans le dossier. L'un des constables mentionne simplement que *l'homme n'a pas parlé de se tuer, il n'a pas fait de menace de ce genre* et deux autres témoins extérieurs à l'institution, qui savaient que l'homme avait déjà tenté de s'enlever la vie avant son incarcération, signalent que *jamais on l'a dit à la police. L'homme buvait beaucoup ; jamais on n'a fait de plaintes à la police à son sujet. L'homme buvait presque continuellement*. Alors que le coroner demande rarement d'enquête additionnelle, quand il le fait, ce sont pour des raisons qui nous sont étrangères car nous n'avons pas accès aux investigations subséquentes.
- 26 Dans le dossier de 1926, le prévenu décédé était en détention provisoire dans l'attente de son enquête préliminaire pour tentative de meurtre. Les témoins soulignent qu'il s'agit d'un « accident » (caporal de la prison), que le défunt *n'avait jamais manifesté l'idée de s'enlever la vie* (garde de la prison), que *cet homme n'avait pas manifesté l'idée de se suicider* (autre garde de la prison) ou encore que *je n'aurais jamais cru que cet homme aurait tenté de se suicider. Il y a eu aucune négligence de la part des gardes* (codétenu). Le jury confirme ainsi que le défunt est mort « d'une fracture du crâne consécutive à une chute qu'il a faite alors que détenu dans la dite prison. Dans les circonstances, il s'agit d'un suicide ; il n'y a pas de crime ». Malgré l'ensemble des ces témoignages et la conclusion du jury, le coroner estime que la mort est survenue *des suite[s] de négligence de la part d'autres et qu'une enquête est nécessaire*, le docteur considérant que le détenu est *mort de mort violente, dans des circonstances suspectes*<sup>47</sup>.
- 27 De ces enquêtes, le coroner relèvera qu'il y aurait eu négligence par un défaut de surveillance des détenus. Mais trouver un ou des responsables suppose également de pouvoir prouver « hors de tout doute raisonnable » que le passage à l'acte est directement lié à une action ou à une inaction de la part du personnel de l'institution carcérale. Ainsi, on voit dans ces enquêtes que le coroner est davantage intéressé à poursuivre ses investigations alors que le jury, lui, rend un verdict qui tend à dédouaner le personnel de ses responsabilités, jury qui, rappelons-le, est composé de citoyens de la cité montréalaise de l'époque, c'est-à-dire sans formation juridique ou médicale comme c'est le cas pour les coroners. Il faut aussi relever qu'en même temps, la responsabilité du passage à l'acte est à de nombreuses reprises imputée aux détenus eux-mêmes. En mentionnant par exemple que l'individu s'est donné la mort dans un état troublé ou d'ébriété, les coroners et les jurés associent assez spontanément certaines variables, dont l'alcool, à un possible facilitateur de passage à l'acte suicidaire.

## 2) La faute à l'alcool, mère de tous les maux ?

- 28 Entre 1892 et 1950, les témoignages dans les enquêtes de suicide qui sont menées par les coroners à Montréal montrent que l'alcool est très souvent pointé du doigt. On ne peut passer sous silence la forte réprobation sociale à l'égard de la consommation d'alcool au tournant du XX<sup>e</sup> siècle un peu partout en Amérique du Nord. Cette réaction mènera même à des politiques prohibitionnistes dans plusieurs provinces canadiennes, notamment en Ontario au tournant des années 1920 (Blocker *et al.*, 1997 ; Valverde, 1998 ;

Quirion, 2001). Dans un contexte de forte urbanisation, d'industrialisation accélérée et d'immigration massive, où l'on voit augmenter une population miséreuse en milieu urbain, l'hostilité sociale se fait de plus en plus forte à l'égard de l'indigence, et plus encore face à la consommation d'alcool (Pâquet, 2005)<sup>48</sup>. Dans son étude sur l'enfermement des ivrognes à Montréal, Forcier (2004, 33-37) constate par exemple qu'entre 1881 et 1921, 30 à 45% des emprisonnements au Québec sont dus à l'ivresse<sup>49</sup>.

- 29 En ce qui concerne le suicide plus spécifiquement, le docteur Wilfrid Derôme, médecin légiste à la Morgue de Montréal<sup>50</sup>, note lui aussi en 1919 les liens inextricables entre consommation d'alcool et passage à l'acte suicidaire.

Parmi les nombreuses causes déterminantes du suicide, il faut compter [...] les excès divers et notamment l'abus de boissons enivrantes ; enfin l'aliénation mentale. Ces deux dernières causes sont de beaucoup les plus fréquentes et méritent qu'on s'y arrête un instant. [...] Nous ne devons donc pas nous étonner de rencontrer l'intoxication alcoolique en première ligne des causes du suicide ; c'est en tout cas un fait d'observation courante à la morgue de Montréal (Derôme, 1919, 566).

- 30 Mais qu'en est-il alors des enquêtes des suicides en prison ? Toujours entre 1892 et 1950, près d'une enquête de suicide sur trois associe ce dernier à l'alcool. Parfois l'alcool est directement mis en cause, comme en 1893 lorsque le coroner conclut son verdict en signalant que le suicidé est mort *dans un moment où il était sous influence de boisson*<sup>51</sup>. Plus généralement, il apparaît en filigrane : les témoins soulignent simplement l'ivresse du défunt, cause de son incarcération, comme ce fut le cas dans le dossier de la seule femme suicidée, qui fut conduite à la prison du poste de police pour ivresse en 1918. Trois des cinq témoins mentionnent, à l'instar du constable du poste 1, qu'elle est *une prisonnière habituée, une ivrognesse*<sup>52</sup>. On fera remarquer que la majorité de ces témoignages qui insistent sur l'ivresse des défunts se situent par ailleurs entre 1918 et 1925 et entre 1931 et 1932, soit lors des deux crises économiques majeures de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Difficile d'y voir une simple coïncidence quand on apprend qu'entre 1918 et 1925, cinq des six enquêtes du coroner ayant conclu à un suicide ont pris soin de souligner l'ivresse du détenu (pour le sixième, le coroner retient... son passé de vagabond) ?

- 31 Si l'alcool est souvent mentionné dans les enquêtes du coroner (en prison comme en dehors) entre 1892 et 1950, la drogue n'est presque jamais soulignée par les témoins et le coroner<sup>53</sup>. Dans la recherche que nous continuons à mener grâce aux archives à notre disposition, nous essaierons de voir si les verdicts de suicide des coroners entre 1950 et 1986 lient désormais davantage le geste suicidaire aux drogues, licites ou non, plutôt qu'à l'alcool. En effet, dans la littérature scientifique qui commence à s'accumuler à partir des années 1960, la drogue apparaît souvent corrélée au passage à l'acte suicidaire en prison. Pour ne prendre que des statistiques récentes, Lalande et Giguère (2009, 25-26) soutiennent que dans leur corpus empirique, qui porte sur les suicides répertoriés dans les prisons québécoises entre 2000 et 2006, 47 des 63 suicidés ont été identifiés comme ayant des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogue, la consommation de stupéfiants étant deux fois plus importante que celle liée à l'alcool.

### 3) La faute à un « moment de folie » ?

- 32 Outre l'alcool, le médecin légiste Derôme (1919) évoque aussi l'aliénation mentale comme facteur souvent déterminant dans l'acte suicidaire. Notre corpus empirique plus large (1763-1986) nous apprend en effet que la mention de « suicide dans un moment

d'aliénation mentale ou de folie » est presque systématique tout au long de cette période<sup>54</sup>. Le succès de cette psychiatrisation du suicide ne tient sans doute pas seulement aux avancées de la science. Il n'est pas rare à l'époque que les coroners se soucient de ne pas jeter l'opprobre sur l'individu ou sa famille lorsqu'ils rendent un verdict de mort par suicide pour un membre de la collectivité (Guillemain, 2012). Affirmer qu'un suicide est survenu dans un « moment de folie ou de folie passagère » apparaît aussi comme une belle porte de sortie pour la famille car, implicitement, on signale que l'individu n'était pas tout à fait lui-même au moment d'agir. Sa responsabilité et sa volonté dans ce passage vers la mort peuvent du même coup être mises en doute<sup>55</sup>.

- 33 Or, si cette association entre un moment de folie et le geste suicidaire est fréquente dans les enquêtes des coroners à l'époque, elle apparaît peu dans celles qu'ils mènent en prison. Sur les 38 enquêtes du coroner, seules huit d'entre elles évoquent un moment de folie pour justifier le passage à l'acte et toutes ces enquêtes prennent place à partir des années 1940<sup>56</sup>, période au cours de laquelle la psychiatrisation du suicide s'intensifie<sup>57</sup>. À l'exception du coroner R. Duckett, en poste à partir de 1938, les coroners font peu état d'un « moment de folie » dans les conclusions de leur enquête. Une hypothèse peut être avancée pour comprendre ce constat qui se fonde sur le couplage d'une représentation associant le détenu au paria de la société. Il semble en effet que l'« excuse » de la folie, qui viendrait brouiller le « désir naturel » de vivre et corollairement expliquer le geste suicidaire, soit moins nécessaire lorsqu'il s'agit de prisonniers. En tant que criminel, le détenu pourrait-il être à ce point perverti qu'il devient concevable pour les témoins, les jurés et les coroners qu'il puisse se suicider, agir à l'encontre de la volonté divine, sinon de la nature humaine ? Cette hypothèse trouve en tout cas appui dans les propos de 1934 du docteur Desloges, directeur des institutions d'aliénés de la province, qui voit dans les criminels, les alcooliques, les prostituées, les vagabonds et les syphilitiques de véritables « déchets sociaux » responsables de leur destin. Il devient alors facile - et acceptable - de concevoir que ces « déchets sociaux » puissent volontairement mettre fin à leurs jours. En d'autres mots, tout au long de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, alors que le criminel est perçu comme un moins que rien, comme un être différent, il est beaucoup plus facile d'imputer cette différence à son passage à l'acte suicidaire.

## Pour conclure

- 34 Notre analyse des pièces contenues dans les enquêtes des coroners entre 1892 et 1950 à Montréal montre qu'un verdict de suicide peut connaître des interprétations différentes selon les acteurs sociaux appelés à le commenter et l'expliquer, de même que selon la période et le lieu donnés dans lesquels il est rendu. Par exemple, alors que les coroners du tournant du XX<sup>e</sup> siècle mobilisent régulièrement l'étiquette suicide pour qualifier les décès en institution carcérale, dans leurs enquêtes touchant la population en général, ils associent plus facilement le suicide à « un moment de folie passagère », laissant du même coup présumer un malaise à reconnaître l'intentionnalité du passage à l'acte chez les « citoyens ordinaires ». Nos données sur les verdicts de suicide montrent à l'inverse que le statut de détenu comme paria rend concevable la « volonté suicidaire » aux yeux du coroner (et de ses témoins). Par ailleurs, dans le cadre d'un verdict de suicide en contexte carcéral, les coroners sont sans doute moins attentifs à éviter l'opprobre aux familles des détenus.

- 35 Davantage prêts à mettre sur les épaules des détenus la responsabilité du geste suicidaire, les dossiers du coroner se montrent également très peu loquaces tant sur la dimension mortifère de l'environnement carcéral que sur la responsabilité de l'institution et de ceux qui y œuvrent. On peut imaginer que s'ils sont si frileux à coupler folie et suicide en prison préférant par exemple parler de « découragement », c'est sans doute lié à leur sensibilité face aux conditions difficiles de l'enfermement. Sans le dénoncer explicitement, ils reconnaîtraient alors indirectement à cet environnement spécifique un rôle possible dans le passage à l'acte suicidaire. À cet égard, on peut se demander si le changement terminologique qui semble s'opérer dans les années 1940 dans les institutions carcérales pour associer le geste suicidaire du détenu à un moment de folie marque le début d'une indifférenciation des causes retenues par le coroner pour expliquer tant le geste du prisonnier que du membre de la société libre. Est-ce là le début d'une forme de normalisation pour les personnes incarcérées ? Si l'on démontre que les coroners lient de plus en plus le passage à l'acte des détenus à un moment de folie à partir des années 1950, il conviendra d'examiner, dans la suite de notre programme de recherche, l'hypothèse d'une identification des lieux d'enfermement comme un facteur d'aggravation des problèmes de santé mentale susceptibles de pousser à l'acte suicidaire.
- 

## BIBLIOGRAPHIE

- Atkinson, J. M., 1978, *Discovering Suicide, Studies in the Social Organization of Sudden Death*, Londres, The Macmillian Press Ltd.
- Bibliothèques et Archives nationales du Québec (BANQ), 2012, *Présentation de la Source- BANQ- Enquête des Coroners*.
- Bernheim, J.-C., 1987, *Suicide en Prison*, Montréal, Éditions du Méridien, Collection Repères.
- Bureau du coroner du Québec, 2007.
- Blocker Jr, J. S., Krasnick Warsh, C., 1997, *The Changing Face of Drink, Substance, Imagery, and Behaviour*, Ottawa, Publications Histoire sociale.
- Carstairs, C., 2005, *Jailed for Possession: Illegal Drug Use, Regulation, and Power in Canada, 1920-1961*, Toronto, University of Toronto Press.
- Champagne, D., 1997, *Contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la construction du suicide en tant que problème social*, Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- Clarke-Finnegan, M., Fahy, T. J., 1983, Suicide Rates in Ireland, *Psychological Medicine*, 13, 385-391.
- Comité Fauteux, 1956, *Rapport du Comité institué pour faire enquête sur les principes et les méthodes suivis au service des pardons du ministère de la Justice du Canada*, Canada, Imprimeur de la Reine.
- Commission Archambault, 1938, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur le système pénal*, Canada, Imprimeur de la Reine.
-

Commission Brown, 1849, *Report of the Royal Commission to Inquire and then Report upon the Conduct, Economy, Discipline, and Management of the Provincial Penitentiary* (Brown Report), Ottawa, Journaux de l'Assemblée législative.

Daigle, M., 2007, Mental Health and Suicide Prevention Services for Canadian Prisoners, *International Journal of Prisoner Health*, 3, 2, 163-171.

Daigle, M., Côté, G., 2002, *Dépistage systématique et prise en charge des personnes incarcérées*, Montréal, CRISE et Centre de recherche de l'institut Philippe-Pinel de Montréal.

D'Astous-Massé, E., 2010, *Les médecins comme auxiliaires de la justice criminelle à Québec, 1880-1920*, Mémoire de maîtrise, Université Laval.

Desloges, A.-H., 1934, Avant-propos, *L'Union médicale du Canada*, LXIII, 8, 739-742.

Derôme, W., 1919, Étude sur le suicide, *L'Union médicale du Canada*, XLVIII, 11, 565-566.

Dooley, E., 1990, Prisons Suicide in England and Wales, 1972-1987, *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.

Dye, M. H., 2010, Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition, *Journal of Criminal Justice*, 38, 796-806.

Fallissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., De Beaurepaire, C., Fagnani, F., Rouillon, F., 2006, Prevalence of Mental Disorders in French Prisons for Men, *BMC Psychiatry*, 6, 33.

Fazel, S., Cartwright, J. Norman-Nott, A., Hawton, K., 2008, Suicide in Prisoners: a Systematic Review of Risk Factors, *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 11, 1721-1731.

Face à la Justice, 1982, Les effets de l'incarcération, *Face à la justice*, 5, 1-2-3-4.

Fecteau, J.-M., Fenchel, F., Tremblay, M.-J., Trépanier, J., Cucumel, G., 2006, Répression au quotidien et régulation punitive en longue durée. Le cas de la prison de Montréal, 1836-1913, *Déviance et Société*, 30, 3, 339-353.

Fernandez, F., 2009, Suicides et conduites auto-agressives en prison : pour une sociologie du mal-être carcéral, *Bulletin AMADES - Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé*, 76, 2-8.

Forcier, M., 2004, *Alcoolisme, crime et folie : l'enfermement des ivrognes à Montréal (1870-1921)*, Mémoire de maîtrise en histoire, UQAM.

Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F. Bauer, P., Frottier, P., 2004, Suicide in custody: Case-control study, *British Journal of Psychiatry*, 25, 119-128.

Gagné, G., Dupont, D., 2007, Les changements de régime du suicide au Québec, 1921-2004, *Recherches sociographiques*, 48, 3, 27-63.

Gagné, M., Légaré, G., Perron, P.-A., St-Laurent, D., 2011, *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*, Québec, Bureau du Coroner.

Goethals, J., 1980, Les effets psycho-sociaux des longues peines d'emprisonnement, *Déviance et Société*, 4, 1, 81-101.

Guillemain, H., 2012, Petits arrangements avec la mort volontaire. Suicide, folie et refus de sépulture dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, *Interrogations*, 14.

Hayes, L.M., 1995, *Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention*, Washington, United States Department of Justice, National Institute of Corrections.

- Jacobson, S., Bagley, C., Rehin, A., 1976, Clinical and Social Variables which Differentiate Suicide, Open and Accident Verdicts, *Psychological Medicine*, 6, 417-421.
- Jawarski, K., 2010, The Author, Agency and Suicide, *Social Identities - Special Issue: Foucault: 25 Years On*, 16, 5, 675-687.
- Jenkins, R. Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G., Paton, J., 2004, Psychiatric and Social Aspects of Suicidal Behaviour in Prisons, *Psychological Medicine*, 35, 257-269.
- Kennedy, D., Homant, R., 1998, Predicting Custodial Suicides: Problems with the Use of Profiles, *Justice Quarterly*, 5, 441-456.
- Lalande, P., Giguère, G., 2009, *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec (du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2006)*, Ministère de la Sécurité publique, Gouvernement du Québec.
- Lemonde, L., Landreville, P., 2002, La reconnaissance des droits fondamentaux des personnes incarcérées : l'expérience canadienne, in De Schutter, O., Kaminski, D. (dir.), *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris, Bruylant, 69-88.
- Lessard, R., Tésio, S., 2008, Les enquêtes des coroners du district de Québec, 1765-1930 : une source en histoire médicale et sociale canadienne, *Canadian Bulletin of Medical History*, 25, 2, 433-460.
- Liebling, A., 1992, *Suicides in Prison*, London, Routledge.
- Malleck, D., 2012, *Try to Control Yourself: The Regulation of Public Drinking in Post-Prohibition Ontario, 1927-44*, Vancouver, UBC Press.
- Marcus, P., Alcabes, P., 1993, Characteristics of suicides by inmates in an urban jail, *Hospital Community Psychiatry*, 44, 256-261.
- McMahon, E., 1907, *A Practical Guide to the Coroner and his Duties at Inquests without and with a Jury in Quebec and other Provinces of Canada*, Montréal, Wilson & Lafleur Publishers.
- Morissette, D., Bourdeau, R., 1983, Le suicide et l'âge au Québec : analyse transversale et longitudinale, *Cahiers québécois de démographie*, 12, 1, 7-28.
- Mumola, C., 2005, *Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails*, Washington, DC, United States Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Neeleman, J., Wessely, S., 1997, Changes in Classification of Suicide in England and Wales: Time Trends and Associations with Coroner's Professional Background, *Psychological Medicine*, 27, 467-472.
- O'Donnell, I., Farmer, R., 1995, The Limitations of Official Suicide Statistics, *British Journal of Psychiatry*, 166, 458-461.
- O'Driscoll, C., Samuel, C., Zacka, S., 2007, Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: Towards a Better Understanding, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 6, 519-524.
- Organisation mondiale de la Santé, 2007, *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, Genève, Département de la santé mentale et des toxicomanies.
- Pan Ké Shon, J.-L., 2013, Suicides en situation d'enfermement au début du XXI<sup>e</sup> siècle, *Sociologie [En ligne]*, 4, 2.
- Papet, N., Lepinçon, S., 2005, *Suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, l'Harmattan.



- Pâquet, M., 2005, *Tracer les marges de la Cité. Étranger, Immigrant et État au Québec, 1627-1981*, Montréal, Boréal.
- Pescosolido, B. A., Mendelsohn, R., 1986, Social Causation or Social Construction of Suicide? An Investigation into the Social Organization of Official Rates, *American Sociological Review*, 51, 1, 80-100.
- Power, J. Riley, D.L., 2010, *Rapport de recherche. Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale*, Ottawa, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada.
- Quirion, B., 2001, *La prise en charge par l'État de l'usage de psychotrope au Canada : Une analyse des transformations de contrôle social*, UQAM, Thèse de doctorat en sociologie.
- Salive, M., Smith, G., Brewer, G., 1989, Suicide mortality in the Maryland state prison system, *Journal of American Medical Association*, 262, 365-370.
- Shneidman, E.S., 1987, A Psychological Approach to Suicide, in Vanderbos, G., Bryant, B. (dir.), *Psychology in Action*, Washington, American Psychological Association, 151-183.
- Sykes, G., 1958, *The Society of Captives: The Study of Maximum Security Prison*, Princeton, Princeton University Press.
- The Lancet, 1911, *Suicide in Prisons*, 4 novembre, 1281-1282.
- Vallée, C.-A., 1913, Rapport de M. C.-A. Vallée sur la nouvelle prison de Montréal, à Bordeaux, 26 juillet 1913, *Documents de la session*, 4, Québec, Georges V, 147-153.
- Valverde, M., 1998, *Diseases of the Will, Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, New York, Cambridge University Press.
- White, T., Schimmel, D., Frickey, R., 2002, A Comprehensive Analysis of Suicide in Federal Prisons: A Fifteen-year Review, *Journal of Correctional Health Care*, 9, 321-343.
- World Health Organization, 2000, *Preventing Suicide in Jails and Prisons*, Genève.

## NOTES

1. Le coroner est un officier public (médecin, avocat ou notaire) qui a pour mandat de réaliser des enquêtes et des investigations lorsqu'un décès survient afin d'en déterminer la cause (naturelle, accidentelle, suicide, homicide, etc.). Il rédige un rapport public pour y présenter ses conclusions. Pour davantage de précisions, voir le Bureau du Coroner du Québec [en ligne].
2. Jusqu'en 1967, les coroners devaient présenter leurs dossiers devant un jury à la Cour du coroner, lequel avait pour mandat de valider le verdict selon les preuves présentées (BANQ, 2012). Les enquêtes devant jurés sont abolies en 1967. Depuis 1986, le mandat du coroner a changé et a maintenant pour fonction d'enquêter sur les décès non naturels mais dans l'unique but de les prévenir, laissant son mandat de « détection du crime » aux corps policiers.
3. *Définir, c'est limiter*, disait Oscar Wilde. En ne devant retenir comme suicide que des morts soudaines, le coroner peut *de facto* se retrouver à exclure de la catégorie « suicide » des processus longs où des individus s'auto-anéantissent, notamment par l'alcool, les drogues ou la privation de nourriture. On verra à cet égard que notre recherche entend appréhender le « suicide » comme un fait social rapporté et non comme un fait brut.
4. Les psychiatres n'entreront dans les institutions carcérales québécoises qu'à partir des années 1950, à l'exception de l'hôpital pour aliénés criminels de la prison de Bordeaux qui ouvre ses portes en 1926.

5. Subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, notre programme de recherche s'étend de 1763, année du Traité de Paris et du passage officiel de la colonie à l'administration britannique, à 1986, date jusqu'à laquelle les enquêtes du coroner sont ouvertes au public.
6. C'est le cas de la plupart des recherches qui s'appuient sur le modèle de l'importation, sur le modèle de privation ou encore sur un modèle mixte (voir note 9). Pour un bon aperçu des limites des deux premiers modèles et de l'intérêt du troisième, voir Dye (2010, 799).
7. Cette « nouvelle » prise de conscience des problèmes engendrés par l'enfermement conduisit à l'adoption en 1961 de la loi fédérale des pénitenciers qui rappelait les obligations de l'État envers les détenus ainsi que la mise en place de certains droits pour les prisonniers.
8. Aujourd'hui encore cette controverse apparaît dans la littérature scientifique. Pointant tous deux un nombre élevé de suicides dans les institutions carcérales, deux modèles (le modèle de l'importation et celui de la privation) s'opposent sur l'interprétation de tels passages à l'acte (Dye, 2010). Alors que le premier postule que l'explication du geste suicidaire se trouve dans les caractéristiques démographiques, sociales et psychologiques des détenus, le second soutient que le suicide découle de l'environnement carcéral. D'un côté, *the prison represents an opportunity for suicide rather than its cause* (Kennedy and Homant, 1998). *In fact prisoners are designated as high suicide risk group* (World Health Organization, 2000), and are described as suicide prone and carefully selected to be at risk of suicide (Liebling, 1992, 68) (Dye, 2010, 798). De l'autre, l'environnement carcéral, en imposant plusieurs privations et contraintes sur le corps (sociales, sexuelles, sensorielles, intellectuelles, cognitives et physiques), augmenterait les risques de détresse et de désordres psychologiques et psychiques chez les détenus pouvant conduire au passage à l'acte (Sykes, 1958 ; Goethals, 1980 ; Face à la Justice, 1982 ; Bernheim, 1987 ; Mumola, 2005 ; Organisation mondiale de la Santé, 2007 ; Fernandez, 2009 ; Dye, 2010). Pan Ké Shon (2013, § 1) va même plus loin. Selon lui, le geste suicidaire peut être *interprété comme un défaut d'attention, plus ou moins volontaire, assimilable à un châtiment physique implicite dépassant la punition représentée par la privation de liberté*.
9. Que les recherches portent sur le Québec (Bernheim, 1987, 119) ou le Canada (Daigle, 2007, 166 ; Power, Riley, 2010, 8), les enquêtes sur le suicide en milieu carcéral après les années 1960 concernent rarement des détenues. Le taux de suicide des femmes détenues est généralement présenté comme assez proche du taux d'incarcération des femmes, soit environ 3 à 5% de la population carcérale. Fait étonnant : selon White *et al.* (2002, 328), aux États-Unis, *no female inmate is known to have committed suicide while in Bureau of Prisons custody since at least 1970*.
10. Toutes les études québécoises et canadiennes récentes soutiennent que depuis les années 1960, la majorité des suicides dans les prisons et dans les pénitenciers se font par pendaison, que ce soit à l'aide de ceintures, de bretelles, de lacets ou de serviettes. Les autres moyens généralement cités sont les coupures et les overdoses. Voir entre autres Power, Riley, 2010 ; White *et al.*, 2002 ; Bernheim, 1987.
11. Pan Ké Shon (2013) note que *de nombreuses analyses statistiques et épidémiologiques ont mis au jour de multiples facteurs de risque : les premiers jours d'incarcération, l'encellulement seul, être prévenu, être détenu purgeant une longue peine ; avoir commis un homicide ou un viol ; être atteint de trouble mental, etc.* Power et Riley (2010, 3) notent pour leur part : *les jours suivant la mise en liberté, la surpopulation dans les établissements, l'isolement, les peines de longue durée pour infractions avec violence, les troubles psychiatriques et la toxicomanie*. Ils citent entre autres Dooley, 1990 ; Hayes, 1995 ; Liebling, 1992 ; Marcus, Alcabes, 1993. À titre indicatif, dans son étude sur les suicides commis dans les établissements de détention du Québec entre 2000 et 2006, le ministère de la Sécurité publique du Québec note que 95% des détenus qui se sont suicidés l'ont fait durant les six premiers mois de leur incarcération (76,2% dans les trois premiers mois, 13% dans les premières 24 heures) (Lalande, Giguère, 2009, 31).
12. Aujourd'hui, de nombreuses études établissent un lien entre le suicide et les troubles mentaux, établis ou présumés, de son auteur. Pour les suicides en institution carcérale plus

spécifiquement, Pan Ké Shon (2013, par.2) constate que dans la recherche actuelle [d]e nombreuses publications témoignent de la corrélation entre suicides et pathologies mentales et de la sur-prévalence des pathologies mentales en prison. Voir notamment Fallissard *et al.*, 2006 ; Fruehwald *et al.*, 2004 ; Fazel *et al.*, 2008 ; Jenkins *et al.*, 2004 ; Marcus, Alcabes, 1993 ; O'Driscoll *et al.*, 2007. Gagné et Dupont (2007, 41) s'inquiètent à cet égard que l'Organisation mondiale de la Santé associe les problèmes de santé mentale à près de 95% des suicides déclarés (voir *infra*). Ils critiquent ainsi le postulat répandu selon lequel l'acte ne serait que l'effet d'une maladie, aussi passagère soit-elle. Le risque est selon eux de trop vite remplacer l'intention de l'acteur par l'action d'un facteur (*id.*). Shneidman (1987, 160) ajoute : *100% of all suicide victims are perturbed, but perturbation itself is not a disease.*

13. La littérature contemporaine sur la « sursuicidité » en prison est abondante. Voir notamment, Bernheim, 1987 ; Salive *et al.*, 1989 ; Liebling, 1992 ; Hayes, 1995 ; Kennedy, Homant, 1998 ; Daigle, Côté, 2002 ; White *et al.*, 2002 ; Mumola, 2005 ; Papet, Lepinçon 2005 ; OMS, 2007 ; Lalande, Giguère, 2009 ; Gagné *et al.*, 2011.

14. Toujours selon le même rapport, pour les autres provinces canadiennes, entre 1995 et 2005, le taux moyen de suicide s'élève à 5,87/10 000 détenus (Lalande, Giguère, 2009, 9-10, 46). À cet égard, il faut noter que les taux de suicides répertoriés au Québec ont historiquement été supérieurs à ceux observés ailleurs au Canada. Il en va de même pour les prisons.

15. Des chercheurs estiment que les taux de suicide en prison ne sont pas si disproportionnés comparativement à ceux retrouvés dans la collectivité dès lors que des populations similaires plus spécifiques sont comparées : par exemple les hommes entre 20 et 35 ans (Hayes, 1995 ; White *et al.*, 2002). Au Québec, les données disponibles mettent à mal cette hypothèse : les taux de suicide des hommes et des jeunes hommes en milieu carcéral restent tout de même beaucoup plus élevés que dans le reste de la population (Daigle, Côté, 2002 ; Lalande, Giguère, 2009 ; Gagné *et al.*, 2011). À titre indicatif, entre 2007 et 2009, pour la population en général, le taux de suicide chez les hommes de 35 à 49 ans s'établissait à 3,39/10 000 et celui des 20-34 ans à 2,32/10 000 personnes (Gagné *et al.*, 2011, 1).

16. Nous rappelons que les coroners au Québec ont soit une formation de juriste (avocat, notaire), soit une formation médicale.

17. Quelques cas se sont produits dans les prisons des postes de police de la ville de Montréal.

18. Nous sommes conscients de l'existence possible d'autres cas de « morts volontaires » non répertoriés par les coroners ou qui furent classifiés autrement que par un verdict de suicide (Morissette, Bourdeau, 1983 ; Dooley, 1990 ; Liebling, 1992). Car, comme le notent Morissette et Bourdeau (1983, 8), *le suicide est un acte honteux qu'il faut dissimuler, puisqu'il est souvent associé à un échec ou à une maladie mentale. Cette attitude était sans doute plus marquée autrefois, en raison d'une plus grande influence de la religion [...] [qui] s'est atténuée au cours des années soixante [...].*

19. ANQ-MTL-Suicide-1895-38 ; ANQ-MTL-Suicide-1896-258 ; ANQ-MTL-Suicide-1898-383 ; ANQ-MTL-Suicide-1913-850 ; ANQ-MTL-Suicide-1918-1555 ; ANQ-MTL-Suicide-1922-226 ; ANQ-MTL-Suicide-1922-918 ; ANQ-MTL-Suicide-1929-1057 ; ANQ-MTL-Suicide-1930-2219 ; ANQ-MTL-Suicide-1931-416 ; ANQ-MTL-Suicide-1932-258 ; ANQ-MTL-Suicide-1940-2353 ; ANQ-MTL-Suicide-1942-1910 ; ANQ-MTL-Suicide-1948-1838.

20. Étymologiquement, « meurtrier de soi-même ».

21. Étymologiquement « qui n'est pas maître de ses facultés intellectuelles, de son esprit ».

22. ANQ-MTL-Suicide-1909-709 ; ANQ-MTL-Suicide-1909-764 ; ANQ-MTL-Suicide-1911-589 ; ANQ-MTL-Suicide-1912-307 ; ANQ-MTL-Suicide-1913-1082 ; ANQ-MTL-Suicide-1915-332 ; ANQ-MTL-Suicide-1916-223 ; ANQ-MTL-Suicide-1916-376 ; ANQ-MTL-Suicide-1916-789 ; ANQ-MTL-Suicide-1917-656 ; ANQ-MTL-Suicide-1921-488 ; ANQ-MTL-Suicide-1925-1242 ; ANQ-MTL-Suicide-1926-84.

23. ANQ-MTL-Suicide-1917-656.

24. ANQ-MTL-Suicide-1917-656.

25. ANQ-MTL-Suicide-1901- 818 et ANQ-MTL-Suicide-1911-637.

26. ANQ-MTL-Suicide-1893-362.
27. ANQ-MTL-Suicide-1900-462 ; ANQ-MTL-Suicide-1942-388 ; ANQ-MTL-Suicide-1942-2138 ; ANQ-MTL-Suicide-1943-48 ; ANQ-MTL-Suicide-1944, 46 ; ANQ-MTL-Suicide-1946-1172 ; ANQ-MTL-Suicide-1947-408 ; ANQ-MTL-Suicide-1948-537.
28. ANQ-MTL-Suicide-1941-430.
29. Peu de lettres de détenus qui se suicident (sinon aucune) sont retrouvées dans les dossiers du coroner. Sans doute parce que l'immense majorité de ces détenus sont analphabètes. Tous ou presque viennent d'un milieu très modeste.
30. ANQ-MTL-Suicide-1942-388.
31. ANQ-MTL-Suicide-1916-223.
32. ANQ-MTL-Suicide-1895-38.
33. ANQ-MTL-Suicide-1901-818. La tentative de suicide sera punissable d'emprisonnement au Canada jusqu'en 1972.
34. ANQ-MTL-Suicide-1915-332.
35. ANQ-MTL-Suicide-1931-416.
36. ANQ-MTL-Suicide-1911-589.
37. ANQ-MTL-Suicide-1915-332.
38. ANQ-MTL-Suicide-1917-656.
39. *Ibidem*.
40. ANQ-MTL-Suicide-1916-223.
41. ANQ-MTL-Suicide-1901-818.
42. ANQ-MTL-Suicide-1909-764.
43. ANQ-MTL-Suicide-ANQ-MTL-Suicide-1895-38 ; ANQ-MTL-Suicide-1925-1242 ; ANQ-MTL-Suicide-1926-448.
44. ANQ-MTL-Suicide-1895-38.
45. ANQ-MTL-Suicide-1925-1242.
46. *Ibidem*.
47. ANQ-MTL-Suicide-1926-448.
48. Il faut également noter qu'entre 1836 et 1913, la prison de Montréal constitue selon Fecteau un vaste entrepôt de la misère, sorte d'institution totale sporadique où viennent échouer, toujours très temporairement, mais souvent avec une constance tenace, les ivrognes d'habitude, les maris déserteurs, les prostituées et immigrants plus ou moins de passage (Fecteau et al., 2006, 349). Pas surprenant donc que l'on retrouve plusieurs défunts qui avaient été auparavant incarcérés pour ivresse.
49. On notera une surreprésentation des verdicts de suicides pour des prévenus et des personnes accusées ou condamnées pour des délits jugés mineurs selon le *Code criminel canadien*, comme par exemple : ivresse, vagabondage, flânerie illégale, etc. Entre 1892 et 1950, près du tiers des suicides répertoriés dans les institutions d'enfermement concernent des prévenus et/ou des détenus temporaires.
50. Il est l'un des acteurs incontournables de la scène médico-légale montréalaise. Il a étudié la médecine légale à Paris de 1908 à 1910 et, en 1914, il devient expert titulaire à la morgue de Montréal ; il fonde dans la même ville le Laboratoire provincial de recherches médico-légales, le premier du genre en Amérique du Nord. Il en est le directeur jusqu'à sa mort en 1931. Voir D'Astous-Massé (2010, 50).
51. ANQ-MTL-Suicide-1893-362.
52. ANQ-MTL-Suicide-1918-1555.
53. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y avait pas déjà à cette époque une réaction sociale parfois virulente à l'égard des stupéfiants (par exemple, la lutte à l'opium). Voir notamment Carstairs (2005) ; Malleck (2012).
54. Il semble qu'au-delà des définitions des psychiatres et de l'utilisation, par les coroners, des termes « aliénation mentale », « folie » ou « troubles mentaux », les verdicts tiennent également

compte des mots employés par les proches des défunts, soit du contexte entourant la mort de l'individu. Par exemple, entre 1892 et 1901, pour la population en général, on retrouve dans les verdicts des mots tels que « découragement, folie, aliénation mentale, irresponsabilité, jalousie, troublé, aberration mentale, état maniaque, dérangement, dépit ». À partir de 1915, on retrouve les mots « folie, aliénation, dépression mentale, découragement, désespoir, troubles mentaux, folie passagère, affection mentale, délire, nervosité, jalousie » puis à partir de 1940, on peut lire « moment de folie, dépression mentale ». Ces différents qualificatifs nous suggèrent que le langage psychiatrique et juridique est polysémique et qu'il tenait davantage compte des événements de la vie et des façons populaires de les rapporter que de simples catégories diagnostiques rigides.

55. La même logique argumentative peut sans doute s'appliquer en ce qui a trait aux références faites à la consommation d'alcool du défunt.

56. ANQ-MTL-Suicide-1941-430 ; ANQ-MTL-Suicide-1942-388 ; ANQ-MTL-Suicide-1943-48 ; ANQ-MTL-Suicide-1944, 46 ; ANQ-MTL-Suicide-1946-1172 ; ANQ-MTL-Suicide-1947-408.

57. À noter que l'intensification de la psychiatrisation se fait également à l'égard de bien d'autres « problèmes sociaux ».

---

## RÉSUMÉS

Au Québec, une enquête du coroner est entreprise dès qu'une mort survient sur le territoire afin d'établir si celle-ci est due à des causes naturelles ou non. C'est le cas lors des décès dans les institutions carcérales. Dans le présent article, nous étudierons plus spécifiquement comment le suicide en prison *devient* ce que les acteurs sociaux et les rapports officiels en disent dans l'enquête du coroner. Nous disposons à cet effet d'un corpus empirique de première main : les enquêtes des coroners du district judiciaire de Montréal qui ont conclu à des décès par suicide entre 1892 et 1950. Notre étude permet de saisir comment les diverses explications du suicide en institution carcérale se construisent au fil de l'enquête des coroners, par les informations qu'ils colligent et notent dans leurs rapports, mais aussi par les témoignages qu'ils recueillent et les mots utilisés par les uns et les autres pour décrire les événements entourant la mort (et le mort). Nous verrons notamment qu'un « suicide » peut connaître des interprétations différentes selon les acteurs sociaux appelés à le commenter et l'expliquer, de même que selon la période dans laquelle il est nommé. Nous constaterons aussi que les verdicts de suicide dans les institutions carcérales montrent que le statut de détenu comme paria rend concevable la « volonté suicidaire » aux yeux du coroner (et de ses témoins), alors que ce n'est pas le cas pour les verdicts touchant la population générale.

In Quebec, a coroner's investigation is initiated as soon as a death occurs in the territory to determine if it is due to natural causes or not. This is the case with deaths occurring in penal institutions. In this paper, we will explore more specifically how suicides in prison are defined and perceived by social actors and the official reports mentioned in the coroner's inquest. To do so, we have an empirical corpus firsthand: coroners' inquests in the judicial district of Montreal that have concluded to suicide deaths between 1892 and 1950. Our study allows us to understand how the various explanations of suicide in prison institution are constructed through the Coroner's investigations, the information they collected in the reports, but also by the evidence they used and the words selected to describe the events surrounding the death (and death). We

will see that a "suicide" can invoke different interpretations according to social actors that comment and explain the act, and depending on the historical period in which it is named. We will also see that the determination of a suicide verdict in penal institutions show that the prisoner status as a pariah makes conceivable the "suicidal will" in the eyes of the coroner (and his witnesses), whereas this is not the case for verdicts made for the general population.

## INDEX

**Mots-clés** : suicide, enquêtes, coroner, Montréal, institutions carcérales, prisons, prison

**Keywords** : suicide, inquests, Montreal, penal institutions, prison, prisons

## AUTEURS

### PATRICE CORRIVEAU

Département de criminologie, Université d'Ottawa, Ontario, Canada, K1N8E9. Contact :  
pcorrive@uottawa.ca

### JEAN-FRANÇOIS CAUCHIE

Département de criminologie, Université d'Ottawa, Ontario, Canada, K1N8E9. Contact :  
jcauchie@uottawa.ca

### ISABELLE PERREAULT

Département de criminologie, Université d'Ottawa, Ontario, Canada, K1N8E9. Contact :  
iperreault@uottawa.ca