

La question de la mort en prison

René Monami

Psychologue clinicien

Avec la participation de l'équipe soignante : Manuella, Sandra et Séverine.

La mort en prison est un sujet qui, aujourd'hui, nous interpelle d'autant plus qu'il est parfois abordé, non sans réserve et ambivalence, par les personnes détenues elles-mêmes. Que peut bien nous évoquer ce terme auquel la réalité quotidienne ne manque pas de nous confronter ? Que peuvent nous en dire les personnes détenues, interrogeant par là-même les accompagnements soignants et psychologiques ? Le contexte en maison centrale, où nous rencontrons des personnes incarcérées pour de longues peines et parfois condamnées à perpétuité, nous met face à ce vécu de la mort en prison. Et c'est ce vécu des personnes détenues mais également celui des soignants qui nous ont conduit à cette réflexion que nous avons souhaité partager avec vous.

La question de la mort, bien que n'étant pas souvent au premier plan, plane dans cette atmosphère de l'incarcération – faut-il rappeler la plupart des motifs qui ont pu conduire nombre d'entre eux dans ces murs ? La mort de l'autre, la mort de soi, les angoisses et les cauchemars, les histoires de vie où des parts de soi sont vécues comme mortes... tout cela suinte au quotidien et génère de manière plus ou moins intense la mise en place de mécanismes de défense pour tenir. Mais tenir quoi, ou plutôt qui ?

La clinique nous invite à reprendre ces questions, tissant ce lien ténu qui alimente la rencontre avec l'autre et suscite ce sentiment de responsabilité dont parlait si brillamment Emmanuel Levinas (1986).

LE SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL

M. L. arrive à la centrale d'E. dans le cadre d'un transfert qu'il n'avait pas souhaité et qui l'éloigne de sa famille. Il fait alors état d'idées suicidaires. Il évoque son parcours et son incarcération et focalise sur deux événements qui se sont passés dans son précédent lieu d'incarcération. En maison d'arrêt, au vu du nombre de détenus dans une cellule, les tensions et les conflits sont réguliers. M. L. nous raconte alors qu'un jour il a assisté au lynchage d'un codétenu : « *Ils s'y sont mis à plusieurs.* » Il était prostré sur son lit, à l'autre bout de la cellule, sans rien pouvoir faire, poursuit-il. Ils se sont acharnés sur ce codétenu, les surveillants ne sont pas intervenus, et lui non plus. La personne est décédée.

Il a ensuite partagé sa cellule avec un autre codétenu, D., qui n'allait pas bien, se plaignait souvent et disait qu'il allait arriver quelque chose. M. L. écoutait sans en faire plus cas, et, une nuit, D. s'est suicidé. Cette nuit-là, il a entendu un bruit, il s'est levé et a découvert son codétenu qui venait de se pendre. Il a essayé de le décrocher, il a crié pour que des surveillants viennent l'aider, mais c'était trop tard, D. venait d'expirer.

Ces témoignages et événements que nous entendons régulièrement en tant que psychologues forment le terreau d'un travail d'approfondissement pour la personne détenue à condition de pouvoir mobiliser ses capacités d'élaboration de l'angoisse de séparation, de perte et de mort. La perte de l'autre et la perte de soi se font écho, fragilisant ainsi les mécanismes de défense mis en place tant au cours de la vie à l'extérieur qu'au sein de la prison.

L'Observatoire international des prisons (OIP) note ce constat accablant que les deux tiers des décès en prison sont des suicides. La prévention du suicide, rappelée par le Conseil de l'Europe à la France comme devant constituer une question de santé publique, peine à se déployer dans cette délicate articulation entre les deux ministères (Santé et Justice). Bien qu'une attention particulière soit portée sur la prévention du risque suicidaire en prison depuis 1996 à la suite d'un groupe de travail mixte entre santé et justice, la réalité de la vie en détention reste complexe et tendue.

Les idées suicidaires font partie du quotidien en prison, et le suicide est une réalité à laquelle nous sommes confrontés en tant que soignants ou psychologues.

Une soignante évoque son arrivée à la centrale quelques années auparavant. Elle avait dû intervenir en urgence dans le quartier disciplinaire (QD) à la suite d'une pendaison : « *J'ai dû le réanimer longtemps jusqu'à l'arrivée du SAMU...* [parlant du patient], *sans succès.* » La violence de ces actes conduisant à la mort (pendaison, mutilations diverses...) ne laisse

personne indifférent, ni les services pénitentiaires, ni les personnes détenues, ni les services de soins. Dans ce sens, la prise en compte de la prévention du suicide en prison, notamment à la suite des travaux du professeur Jean-Louis Terra ¹, a pu favoriser une sensibilisation particulière et permettre une formation spécifique sur le sujet. Des espaces de parole ont également pu être réactivés autour de ces questions bien souvent déniées par tous.

Qu'est-ce qui peut mener au suicide ? L'entrée en prison constitue un moment fragile, le risque de vacillement pour la personne est alors accru. Mais il en va de même pour la sortie qui, comme nous l'avons évoqué dans un précédent article (Dancoine, Morgenthaler, Monami, 2016), met au jour ces moments de transition qui peuvent faire chanceler le sujet. La longueur de la peine (pour certains la perpétuité), les conditions de la peine, certains troubles psychiques, l'isolement radical avec rupture de la famille et des proches, la charge de la culpabilité et de la honte, une certaine prise de conscience insupportable et impossible à assumer... sont autant d'éléments qui précipitent la personne dans un autre recours à l'acte, cette fois-ci pas contre l'autre, mais contre soi. Cela fait écho ici à la parole d'une personne incarcérée : « *Je ne pourrai plus faire de mal à autrui mais à moi ...* »

En 2019, Serge Raymond écrivait à ce sujet : « *Construire une réflexion sur les questions de suicide, du meurtre et du deuil dans le climat contemporain de fragilisation des institutions républicaines relève aujourd'hui d'un authentique défi. L'émoussement des valeurs, conséquence de ce chaos, évacue les préoccupations relatives au sujet, à son individualité, à son altérité, pour faire apparaître un organisme vivant dépouillé de son humanité et de paroles singulières. La particularité de l'acte suicidaire est de se voir toujours approché, expliqué et commenté par des tiers, [...] rarement [...] par le suicidant lui-même.* » Les signes sont là, silencieux ou clastiques, incompris ou insupportables, ne rencontrant plus d'écho, le suicidant est usé par l'habitude, la fatigue ou l'indifférence de l'entourage, ou encore enfermé en soi et ne pouvant plus percevoir la main tendue. Cet acte n'est pas moins une parole qui, à ce moment, sonne fort et très fort autour du corps gisant. Pour reprendre une question de Serge Raymond : « *Qui tue-t-on quand on tue ou quand on se tue ?* », je poursuivrai en demandant : « Qu'est-ce qui est cherché à être tué par cet acte ? » La souffrance, l'insupportable, le manque, « le manque du manque », quelque chose en soi qui appelle et qui finit par répondre de cette manière à l'absence de parole ? Ce même « qui » qui donne sa parole retentissante, laissant au-delà de nos constructions mentales un acte-parole difficile à comprendre.

LA MALADIE ET LA MORT

« *Je ne veux pas mourir en prison* », me dit régulièrement M. P. en consultation.

Ces dernières années, à la maison centrale, nous avons rencontré plusieurs situations de personnes en fin de vie en raison de maladies, comme le cancer notamment. Une soignante nous conte une situation qui l'a marquée, celle d'une personne détenue (un patient) qui est tombée malade. Rapidement le diagnostic d'un cancer généralisé est posé et « *il est parti en deux mois* ». Citons le cas de cette autre personne détenue en fin de peine, qui, lors d'un parloir, tombe subitement et décède, suscitant débats, interrogations et angoisses pour l'ensemble des détenus. Les consultations qui ont suivi cet événement ont été marquées par cette angoisse de mort qui se réactivait tant à travers des tentatives de rationalisation que par des signes de traumatismes qui réapparaissaient, voire des somatisations. Ainsi, la maladie ou la fragilité peuvent être insidieuses, à l'arrière-plan, non diagnostiquées et surgir dans ce quotidien contraint qu'est le lieu d'incarcération. La situation de M. F., qui demande à monter à l'infirmerie pour des maux de dos, illustre ces maux cachés et cette fragilité sous-jacente ; il aura une rupture aortique et décèdera avant l'arrivée du SAMU.

D'autres personnes vont voir leur santé se dégrader progressivement et nécessiter plus de soins, aussi bien somatiques que psychiques. La situation de M. M. s'inscrit dans une autre temporalité et une appropriation de la maladie. « *On ne meurt jamais d'une maladie, mais de ses conséquences* », m'a-t-il dit un jour lors d'une consultation. En effet, d'une santé fragile dont il avait conscience, il vivait avec ses maux et adaptait son quotidien en conséquence. C'était un homme d'environ 1,70 m, visage émacié, très maigre, voûté, à la démarche fragile. Il souffrait d'ostéoporose et se plaignait régulièrement de ses problèmes osseux, de décalcification (il avait une reconnaissance de la maladie par la MDPH). Une scoliose décelée dès l'adolescence signait sa manière de marcher. Il évoquait des problèmes respiratoires, d'asthme, qui pouvaient le handicaper par moment et qui, avec les années, s'étaient dégradés. Rongé par la honte et la culpabilité qui l'opressaient, la perspective de sortir l'enchantait et l'inquiétait à la fois. La conscience de ses actes lui revenait régulièrement depuis des années et hantait ses nuits. L'inscription de la souffrance dans le corps semblait être la seule page lisible et éventuellement reconnaissable par l'autre, telles une attente désespérée et une manière d'hypothéquer sa vie. Les difficultés respiratoires se sont

accentuées, d'infection en surinfection. Extraction et hospitalisation n'y auront pas suffi, il décédera de son affection en cellule.

QUELS ACCOMPAGNEMENT ET ALTERNATIVE ?

La maladie est présente dans la trajectoire de tout un chacun. Elle s'est vue draper de différentes interprétations : tentative de guérison pour Sigmund Freud, écart à la norme révélant une adaptation à la vie, et donc signe d'un état de santé pour Georges Canguilhem, voire d'un état de pathologie qu'il s'agit de corriger, modifier et soigner par les moyens acquis par les différentes sciences.

Dans le milieu carcéral, la maladie apparaît dans des conditions singulières, héréditaires, contextuelles et-ou traumatiques, qui nous interrogent dans leur caractère quelquefois « prématuré », comme le soulignent certains soignants. Les conditions de vie et ce dont chaque personne détenue est traversée appellent à ce questionnement quant à son rapport à la mort.

L'accompagnement des personnes en fin de vie s'avère difficile en prison, et le mot est sans doute faible pour tenter de décrire cette forme particulière de prise en charge dans un cadre carcéral. Dans un premier temps, ce cadre ambulatoire, comme nous le rappelle une soignante, trouve ses limites du fait de n'être pas autorisé à intervenir durablement dans leur cellule, qui est pourtant leur lieu de vie. Bien évidemment, cela arrive dans des moments d'urgence ou très ponctuellement. De plus, le lieu même de la prison ne permet pas l'utilisation d'un fauteuil roulant ou l'installation d'un lit médicalisé dans la cellule, alors que des propositions ne manquent pas, aussi bien concernant le partenariat avec des équipes extérieures que l'idée d'aménager des cellules adaptées à un accompagnement de fin de vie, à défaut d'autres alternatives (hôpitaux, sortie).

Par ailleurs, rappelons que les soins sont délivrés majoritairement par des « soignantes ». Le rapport au corps dans certains soins invasifs et intimes rencontre parfois des résistances en prison. La neutralité que nous nommons « bienveillante » est mise à mal lorsque la collision entre les motifs de la condamnation – par exemple concernant des abus sexuels ou des viols sur enfants perpétrés par des individus aux personnalités particulièrement perverses – et l'acte de prodiguer un soin, voire une toilette (intime), n'est plus contenable pour l'infirmière. Les fantasmes autour de la « condamnation », véhiculés et parfois entretenus, révèlent aussi

des contre-transferts à tonalités négatives qui peuvent impacter la prise en charge du professionnel.

L'intervention de collègues libéraux ou de services extérieurs comme l'hospitalisation à domicile (HAD) reste compliquée, ces personnels étant souvent peu sensibilisés à la population carcérale et à ces formes de prise en charge particulières, sans compter les multiples portes qui les séparent de l'accès à la personne détenue (entre la première porte d'entrée et la porte de la cellule, nous ne comptons pas moins d'une douzaine de portes quand il n'y en a peut-être qu'une ou deux pour un client en privé). Des soignantes soulignent que la coordination des soins est difficile à mettre en place, et que certains enjeux conflictuels, personnels et-ou institutionnels peuvent freiner ces accompagnements, voire être l'argument de non-prise en charge. L'intervention de soignants extérieurs est assurée essentiellement par des hommes, puisqu'à la centrale nous accueillons un public d'hommes. L'équipe soignante nous raconte que la mise en place d'une intervention d'équipe mobile a été laborieuse, alors que l'état de la personne nécessitait manifestement une mobilisation plus rapide.

En effet, il nous faut constater que les soins apportés aux personnes détenues dans le cadre de la fin de vie rencontrent bien des freins et réactivent les représentations et les contre-transferts « négatifs » : « *Avec ce qu'il a fait, il ne mérite pas...* », « *Il peut bien souffrir avec ce qu'il a fait...* », « *Il paye ce qu'il a fait souffrir à ...* », etc.

Des hospitalisations au sein de l'unité hospitalière sécurisée régionale (UHSI) sont régulièrement réalisées et permettent un accompagnement plus adapté pour la personne : cadre de soins continus, toilettes, repas, lit médicalisé, éventuellement visites...

Des mesures permettant d'envisager une sortie existent. La loi du 4 mars 2002, qui a donné suite à un décret dans ce sens, en énonce le cadre : « *Une suspension de peine peut-être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou de la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi (après deux expertises médicales distinctes) qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur santé est durablement incompatible avec le maintien en détention...* ». Certains ont pu obtenir une libération pour raison médicale après une expertise, afin de finir leurs jours à l'hôpital ou auprès de leur famille. Leur décès est souvent survenu très rapidement après la sortie ou juste avant. Mettre en œuvre ce cadre de libération nécessite du temps et la coordination d'acteurs de différents champs. L'évolution et la létalité

de la pathologie soumet le patient à une autre temporalité. Le diagnostic, les examens, l'expertise, le pronostic vital engagé, l'évolution, la décision du juge... représentent un long cheminement qui peut durer plusieurs mois. D'autres freins surviennent dans ce parcours, comme l'absence de possibilité d'hébergement à l'extérieur, la perte de contact avec la famille, l'isolement de la personne... Ce sont des moments charnières d'une grande intensité qui mettent les soignants à l'épreuve.

Le risque de décès postcarcéral reste important. Dans la semaine qui suit la sortie, il est multiplié par 30 pour les hommes et 70 pour les femmes. La réinsertion reste compliquée. Les causes non naturelles sont l'homicide, le suicide et l'overdose, et les causes naturelles sont les maladies cardio-vasculaires, hépatiques, le cancer et le VIH.

Apprendre le décès d'un codétenu n'est pas sans effet et réactualise une conscience plus aiguë de la réalité existentielle. La question de la mort réapparaît, celle de la mort de l'autre et de sa propre mort. Ce sont des moments pivots en psychothérapie où la personne peut réaliser un approfondissement et revisiter ainsi son histoire, son sens, les faits et sa situation actuelle.

CLINIQUE ET ÉTHIQUE

La mort en prison évoque la clinique de la perte, de la séparation, de l'angoisse de mort, mais aussi des pulsions et des désirs qui sous-tendent ce rapport à la finitude. Nous ne reviendrons pas sur l'élaboration de ces concepts, mais nous les mettrons en perspective dans ce nouage particulier de la clinique en détention.

De cette pulsion de vie / mort qui s'est manifestée dans le recours à l'acte à un moment de l'existence de la personne, par une voie de décharge, aujourd'hui elle fait signe sous un autre angle. L'angle des réviviscences ou des souvenirs, à travers la maladie grave, la mort d'un proche ou d'un codétenu. Il s'agit là d'une fenêtre qui se rouvre sur cette réalité et oblige à la considérer.

Dans ce temps, il y a de moins en moins de voies pour échapper à ce « qui suis-je ? » qui renvoie plus profondément à ce qui fait symptôme, mais aussi à cette dimension de soi. C'est peut-être à ce moment-là, lorsque la personne détenue se confronte à cette part de soi, que l'écho de l'entourage et des acteurs du soin se doivent d'être présents. Sous le jour de l'accompagnement, de l'écoute, des traitements et de la présence, ce travail de

reconnaissance de l'humain nécessite de trouver toute sa latitude.

Les témoignages de soignantes nous interpellent lorsque nous évoquons ce sujet avec elles :

« *Pourquoi ne pas les libérer plus rapidement ?* », « *Le détenu est une personne avant tout* », « *La prison n'est pas un lieu pour mourir* », « *Quel sens ?* », « *Leur permettre de mourir dignement ne serait-il pas aussi une leçon de vie pour eux ?* »...

Le personnel pénitentiaire n'est pas moins sollicité dans le rapport à la fin de vie des personnes détenues, certains font état de leur manière d'être touchés dans ce moment particulier où les émotions contradictoires s'entrechoquent.

Ces questions, celles de la « dignité », du « droit à mourir dignement », ne manquent pas de questionner les espaces d'éthique, les avis et recommandations concernant le rapport à la mort, quels que soient l'âge de la personne et les circonstances dans lesquelles elle se trouve, mais également la réalité vécue qui se déploie toujours de manière singulière. Dans le même temps, c'est cet écart qui garantit la vie et qui engage ce que chacun peut y mettre de soi pour accompagner l'autre.

Force est de constater que, dans ces moments, les tensions peuvent être telles qu'il se produit des blocages, des résistances, tant de la personne détenue que des protagonistes ou du fonctionnement des institutions en présence. Dans un système carcéral où les moments de tensions peuvent être vécus avec force violence, la maladie et la mort dans ces conditions renvoient non seulement au sentiment d'impuissance, mais aussi à celui d'injustice. Les limites du soin et les conditions y afférant glissent vers ce vécu de maltraitance, parfois souligné par la personne détenue ou qui peut être vécu par les soignants.

Par ailleurs, dans ce moment particulier où le pronostic vital est engagé, il peut aussi arriver que les représentations, les projections, s'effritent et laissent l'humain face à l'humain, soit entre codétenus ou entre personnes détenues et professionnels de la justice ou du soin. C'est un temps où ce que vit l'autre peut faire écho de manière radicale à ce que nous vivons ou rencontrons dans nos propres existences.

Que nous soyons en prison ou ailleurs, cette pratique qui consiste en l'accompagnement de l'autre nous ramène à la clinique. Elle touche au sens étymologique du terme et à la présence qui réalise le cœur même de la pratique du soignant et du thérapeute. Philippe Carrière disait : « *Il ne faut pas perdre de vue que c'est le contact humain qui permet d'éviter le suicide. Et c'est donc l'abandon du contact humain qui pousse au suicide*³. » Cette posture réaffirme ce qu'il y a de plus humanisant en soi et en l'autre et permet de dépasser la

question du lieu où l'on traverse l'événement de la mort.

Pour finir, revenons à M. M., nostalgique de son « chez lui ». Son projet de sortie était de retourner en bord de mer, il souhaitait faire le chemin de Compostelle, avoir une maison avec un jardin... Entre rêve et réalité, cela tenait une partie de son être dans les moments difficiles. Quelques jours avant de mourir – je le verrai encore deux fois en détention, car il ne lui était plus possible de se déplacer –, il me raconte son quotidien, il aurait voulu repartir dans sa ville, il évoque sa fatigue et ses angoisses, la maladie, dit en avoir « *marre de tout ça* », qu'il « *voudra[it] que cet enfer s'arrête* » et me conte son rêve : « *un fleuve... un canal... entre un mur et l'eau* », il se réveille angoissé.

Quelle sortie...

Notes

1. Terra J.-L., 2003, « Prévention du suicide des personnes détenues », Rapport de mission.
2. Loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002 et appliquée par un décret du 26 avril 2002.
3. Philippe Carrière est psychiatre en Bretagne. Il a exercé comme chef de service au service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Châteauroux-Saint-Maur. Il s'agit là d'un extrait de « C'est l'abandon du contact humain qui pousse au suicide », entretien réalisé par Laure Anelli pour l'Observatoire international des prisons (OIP), <https://oip.org>.

Bibliographie

Canguilhem G., 1966, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2015.

Dancoine J., Morgenthaler L., Monami R., 2016, « Longue peine et fin de peine entre humeur et liberté. Un réaménagement psychique », *Le Journal des psychologues*, 334 : 42-48.

Levinas E., 1986, *Éthique comme philosophie première*, Payot et Rivages, 1998.

Raymond S., 2019 « Du meurtre et du suicide », *Le Journal des psychologues*, 372 : 50-55.