



MASTER 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et Economie d'Agen

Promotion 2016-2018 « Simone VEIL »

**MOURIR HORS LES MURS : LA DIFFICILE MISE EN OEUVRE DE
LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MEDICAL**

Mémoire présenté par Anne-Valérie RIO

Sous la direction de Monsieur le Professeur Jean-Manuel LARRALDE,
Professeur de Droit Public à l'Université de Caen Normandie



MASTER 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et Economie d'Agen

Promotion 2016-2018 « Simone VEIL »

**MOURIR HORS LES MURS : LA DIFFICILE MISE EN OEUVRE DE
LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MEDICAL**

Mémoire présenté par Anne-Valérie RIO

Sous la direction de Monsieur le Professeur Jean-Manuel LARRALDE,
Professeur de Droit Public à l'Université de Caen Normandie

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, dans sa totalité ou en partie.

Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris des tableaux graphiques, cartes etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques etc.) »

REMERCIEMENTS

Dans le cadre de ce mémoire, je tiens à remercier l'ensemble des personnes m'ayant encouragée, soutenue, et accompagnée durant ces deux années de Master, dont ce mémoire est l'aboutissement.

Je tiens en premier lieu à remercier mon mari, Nicolas D., sans qui je n'aurais jamais pu me lancer dans cette riche aventure qu'a été ce Master. Sa disponibilité, son écoute et ses encouragements m'ont été les plus précieux tout au long de ces deux années. Je remercie également mes parents et beaux-parents, pour leur soutien, et les nombreux kilomètres parcourus vers la Normandie afin de venir garder notre fille, durant mes absences.

Je remercie également la direction du SPIP de Seine-Maritime, précédente et actuelle, pour m'avoir permis d'accéder à l'opportunité de suivre ce Master, ainsi que l'ensemble de l'équipe du SPIP du Havre, personnels administratifs et collègues CPIP pour m'avoir permis de m'y investir pleinement.

Une pensée également pour les élèves et collègues du Master, pour les belles rencontres et les discussions riches que nous avons pu avoir.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement M. Jean-Manuel LARRALDE, mon directeur de mémoire, pour avoir accepté de me suivre dans ce projet, ainsi que pour l'accompagnement et les conseils dont il a su me faire part. Merci également aux responsables du Master 2 « Droit de l'exécution des peines et droits de l'homme » pour leur aide quant à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire pour leur grande disponibilité et la richesse de leurs réflexions : Dr DEWULF, Mme GIL, M. OCHRYMCZUK, Mme HERSAN, Dr BARREZ, Dr BUR, Maître NOËL, et l'ensemble des personnels médicaux et de surveillance de l'UHSI de Rennes pour leur accueil chaleureux et leurs informations précieuses.

Et un grand merci également à Nolwenn C., Michaël J., Elodie B., et ma maman, mes lecteurs assidus et disponibles de ce mémoire.

ABRÉVIATIONS

Institutions et juridictions

ANM : Académie nationale de médecine

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Cass. : Cour de Cassation

CE : Conseil d'Etat

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHAP : Chambre de l'application des peines

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

CNEJ : Conseil national des compagnies d'experts de justice

Cons. Const. : Conseil Constitutionnel

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

Crim. : Chambre criminelle

InVS : Institut de Veille Sanitaire

JAP : Juge de l'application des peines

LDH : Ligue des droits de l'homme

OIP : Observatoire International des Prisons

ONFV : Observatoire national de la fin de vie

TAP : Tribunal de l'application des peines

Sources

AJ Pénal : Actualité Juridique pénal (Dalloz)

Conv. EDH : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

CPP : Code de procédure pénale

CSP : Code de la Santé Publique

D. : Recueil Dalloz

J.O.R.F : Journal officiel de la République Française

RSC : Revue de science criminelle et de droit pénal comparé (Dalloz)

RTDH : Revue trimestrielle des droits de l'homme

Administration pénitentiaire

AP : Administration pénitentiaire

CD : Centre de détention

CP : Centre pénitentiaire

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

USN1 : Unité sanitaire de niveau 1

Abréviations générales

Al. : Alinéa

Art. : Article

c/ : Contre

Cf. : *Confer*

Dir. : Sous la direction de

Ibid. : *Ibidem*

Id. : *Idem*

n° : Numéro

Op. cit. : *Opere citato*

p. : Page

Vol. : Volume

Autres

VIH : Virus d'immunodéficience
humaine

SOMMAIRE

Introduction p. 1

PARTIE I : L'ASPIRATION INITIALE DU LÉGISLATEUR POUR LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : UN MODÈLE HUMANISTE ET ÉVOLUTIF. p. 9

CHAPITRE 1 : L'esprit originel de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002. p. 9

CHAPITRE 2 : Les aménagements ultérieurs de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002. p. 22

PARTIE II : LE DÉVOIEMENT PROGRESSIF DE LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : L'ÉVOLUTION VERS UN DISPOSITIF SÉCURITAIRE ET RESTRICTIF. p. 34

CHAPITRE 1 : L'exclusion de la suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction. p. 34

CHAPITRE 2 : Les tentatives de prise en compte de l'état de santé par l'administration pénitentiaire, marqueur d'une nécessité d'aménagement du modèle actuel. p. 47

Conclusion p. 60

« Si avili qu'il soit, tout individu exige d'instinct
le respect de sa dignité d'homme »

DOSTOÏEVSKI, *Souvenirs de la maison des morts*, 1862.

INTRODUCTION

« *Il y a un moment où l'humanité doit prévaloir sur le crime* »¹, déclarait M. Robert Badinter en 2001 à propos de l'éventuelle libération de M. Maurice PAPON.

Cette phrase prononcée par l'ancien garde des Sceaux, est signe des atermoiements qui s'invitent lorsque l'institution pénitentiaire se trouve face à un détenu malade en fin de vie au sein d'un de ses établissements pénitentiaires. Car si la sanction d'un crime ou d'un délit a pour fonction la mise à l'écart de la société d'un individu afin de protéger cette dernière, « les mesures de contraintes dont la personne suspectée ou poursuivie peut faire l'objet [...] doivent [...] ne pas porter atteinte à la dignité de la personne »². Cet équilibre complexe sera d'autant plus prégnant et indispensable à maintenir qu'il s'agira de la mort d'une personne incarcérée. Et apparaît alors le questionnement connexe « de savoir où résiderait l'humanité »³, si l'on doit maintenir coûte que coûte un détenu incarcéré jusqu'à son décès, ou s'il convient de le laisser mourir hors les murs d'un établissement pénitentiaire. Cette dualité, cette quête d'équilibre sera ici questionnée à l'aune de la difficile mise en œuvre de la mesure de suspension de peine pour motif médical.

La dignité de la personne humaine évoquée ici dès l'article préliminaire du Code de Procédure Pénale, met en exergue le respect de ce concept, pour toute personne faisant l'objet de mesures contraignantes dans le cadre d'actes de procédure pénale, y compris dans le cadre d'une incarcération. Les personnes détenues se trouvant en état de vulnérabilité, « dans la mesure où elles se trouvent exposées à un danger dans des conditions qui les fragilisent »⁴, sont de fait directement concernées par la protection de leur dignité de personne humaine.

La notion de dignité de la personne humaine semble se définir comme un concept absolu ou comme une « valeur éminente »⁵ pour toute personne physique. Il s'agirait de « l'attribut fondamental de la personnalité humaine, qui la fonde à la fois comme sujet

¹ Déclaration sur la chaîne télé du Sénat le 11.01.2001.

² Art. préliminaire du Code de Procédure Pénale, III, al. 4.

³ HERZOG-EVANS Martine, *Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme* (Cass. Crim. 28.09.2005, n°05-81.010). AJ Pénal 2005, p. 461.

⁴ RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*. LGDJ, 7^{ème} édition, 2017, p. 108.

⁵ CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*. Puf, 12^{ème} édition, 2018, p. 515.

moral et sujet de droit »⁶. Aussi, afin de garantir le respect de ce concept absolu, les normes constitutionnelles, européennes et internationales viennent en affirmer la protection. Ainsi, la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme en son article 3, affirme que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants », et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne proclame en son article 1^{er}, « la dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée ». En droit interne, c'est en 1994, que le Conseil Constitutionnel a qualifié la sauvegarde de la dignité de la personne humaine de principe à valeur constitutionnelle, à l'occasion d'une décision du 27 juillet 1994 relative aux lois de bioéthique⁷. Quant au Conseil d'Etat, c'est l'année suivante en 1995, qu'il a inclus la sauvegarde de la dignité de la personne humaine comme une composante de l'ordre public⁸ à l'occasion d'une décision concernant les spectacles de « lancer de nains ». Et c'est précisément au nom de la dignité humaine, que s'impose l'obligation générale de protéger la santé des personnes détenues âgées et/ou malades.

Le concept de dignité de la personne humaine fait également écho à la notion d'humanisme, à la composante « humaine » de la prison qu'évoque Robert BADINTER en écrivant que « toute prison est d'abord une collectivité de personnels et de détenus, dont la condition est à la fois distincte et indissociable »⁹. L'humanisme est une philosophie omniprésente qui sous-tend les réflexions sur le milieu carcéral, et l'est encore davantage lorsqu'il est question de la mort des personnes détenues.

Trop souvent perçue comme la toute fin de vie ne comprenant que les derniers jours de vie de personnes atteintes de maladies graves, la notion de fin de vie s'avère plus complexe. Dans une campagne d'information sur la fin de vie, de juillet 2017, le Ministère des solidarités et de la santé désigne ainsi « les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection, maladie grave ou incurable »¹⁰. La définition précise qu'à ce stade « l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver

⁶ GUINCHARD Serge (Dir.), *Lexique des termes juridiques*. Editions Dalloz, 24^e édition, 2016-2017. p. 384.

⁷ Cons. const., 27 juillet 1994, n°94-343/344 DC, à propos de la loi relative au respect du corps humain et de la loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation, et au diagnostic prénatal.

⁸ CE Assemblée, 27 octobre 1995, Commune de Morsang-sur-Orge.

⁹ BADINTER Robert, *La Prison Républicaine*. Fayard, collection Divers Histoire, 1992, p. 10.

¹⁰ Définition du Ministère des solidarités et de la santé [<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>] (page consultée le 10 août 2018).

jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable »¹¹, et se réfère ainsi aux soins palliatifs. La démarche de soins palliatifs a quant à elle été définie par la loi du 9 juin 1999¹² comme étant « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage »¹³. Cette approche a donc pour principal objectif de chercher à préserver la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. La Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs, insiste quant à elle dans sa définition sur l'« approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale »¹⁴. L'objectif de ceux-ci étant de « soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle »¹⁵. La démarche palliative prend donc en compte la singularité de la personne, la considérant comme un être désirant jusqu'à la fin de sa vie.

La question de la fin de vie et de la suspension de peine pour motif médical, sera relative ici aux personnes détenues. Si l'on s'en tient à une définition large, le terme de détenu désigne « toute personne admise dans un établissement pénitentiaire indépendamment de la nature ou de la gravité de la mesure prononcée contre elle »¹⁶. Cette définition exclut ainsi les personnes condamnées placées en milieu libre ou les personnes de la société civile. Au sens juridique, l'établissement pénitentiaire désigne le lieu où s'exécutent les décisions judiciaires privatives de liberté, que ce soit avant ou après un jugement, que ce soit une détention provisoire ou une peine. Et le Code de procédure pénale (CPP) précise, dans ses articles 724¹⁷ et D 148¹⁸, qu'un établissement

¹¹ Définition du Ministère des solidarités et de la santé [<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>] (page consultée le 10 août 2018).

¹² Loi N°99-477, du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. J.O.R.F, 10 juin 1999.

¹³ Art. L1B CSP.

¹⁴ Définition de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs. [<http://www.sfaf.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>] (page consultée le 10 août 2018).

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ GUINCHARD Serge (Dir.), *Op. cit.* p.2 note 6. p. 318.

¹⁷ Art. 724, al. 2 CPP : « Un acte d'écrou est dressé pour toute personne qui est conduite dans un établissement pénitentiaire ou qui s'y présente librement ».

¹⁸ Art. D 148, al. 1^{er} CPP : « Tout établissement pénitentiaire est pourvu d'un registre d'écrou ».

pénitentiaire est celui qui peut procéder à l'acte d'écrou du détenu. Seulement, la notion « d'établissement pénitentiaire » reste large, puisque la personne pourra être détenue dans une maison d'arrêt, un centre de détention, une maison centrale, en centre de semi-liberté, ou dans une structure particulière. Le profil des détenus varie également, puisqu'il peut s'agir d'individus majeurs ou mineurs, d'hommes ou femmes, de prévenus ou de condamnés. L'étude se concentrera ici exclusivement aux personnes détenues hébergées, et plus particulièrement aux condamnés qui représentent l'ensemble majoritaire¹⁹.

La suspension de peine est « une mesure juridictionnelle qui permet de reporter l'exécution de la peine à une date tantôt déterminée, tantôt indéterminée »²⁰. Elle peut intervenir à différents stades de la procédure, mais restera le plus souvent mise en œuvre par les juridictions de l'application des peines. Ce mécanisme fût créé par la loi du 11 juillet 1975²¹ avec l'idée sous-jacente de prise en considération de la personne humaine et de la situation personnelle du condamné. Les conditions de mise en œuvre restaient toutefois restreintes, car la suspension de peine de droit commun ne s'applique qu'en matière correctionnelle, et lorsque le reliquat de la peine d'emprisonnement restant à subir est inférieur ou égal à deux ans²². Aussi, cela posait difficulté notamment pour la population pénale malade et en fin de vie condamnée à de longues peines. En effet, ces derniers « ne pouvaient prétendre qu'à la libération conditionnelle, voie qui leur était fermée s'ils ne répondaient pas à ses conditions d'exécution minimale de la peine ou de manifestation d'efforts de resocialisation »²³. Ne restait plus alors que la procédure du recours en grâce, mais celle-ci s'avérait peu satisfaisante car « n'était que très

¹⁹ Ministère de la Justice, Sous-direction de la Statistique et des Etudes. *Les chiffres-clés de la Justice 2017*. Octobre 2017, p. 28 : selon les chiffres clés de la Justice 2017, les condamnés représentaient 75,25% des personnes sous écrou.

²⁰ HERZOG-EVANS Martine. *Droit de l'exécution des peines*. Dalloz, collection Dalloz Action. 5^{ème} édition, 2016/2017. p. 642.

²¹ Loi N°75-624, du 11 juillet 1975, modifiant et complétant certaines dispositions de droit pénal. J.O.R.F, 13 juillet 1975.

²² Art. 720-1 CPP : En matière correctionnelle, lorsqu'il reste à subir par la personne condamnée une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, cette peine peut, pour motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social et pendant une période n'excédant pas quatre ans, être suspendue ou exécutée par fractions [...].

²³ HERZOG-EVANS Martine, *La suspension de peine médicale de Maurice Papon*. Recueil Dalloz 2002, p. 2893.

parcimonieusement accordée par le président de la République »²⁴. D'autre part, « le droit européen se faisait de plus en plus pressant »²⁵, notamment au travers de recommandations du Conseil de l'Europe²⁶, et l'Assemblée Nationale notait qu' « il semble nécessaire de revoir les procédures de grâce médicale ; rien ne justifie que cette décision relève encore actuellement du président de la République »²⁷. C'est dans ce contexte qu'apparut en 2002, le dispositif de suspension de peine pour motif médical.

On aurait pu croire que cette innovation suffise à solutionner la question de la mort hors les murs des établissements pénitentiaires français. Pourtant, il n'en est rien, puisqu'aujourd'hui encore, chaque année, « une centaine de personnes détenues meurent des suites d'une maladie somatique dans les prisons françaises »²⁸. De même, la recherche PARME²⁹ s'intéressant à la situation des personnes détenues malades relevant de soins palliatifs, menée à l'échelle nationale dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français, a recensé sur une période de trois mois « une cinquantaine de personnes détenues dont le pronostic vital était engagé dans l'année »³⁰. Ce recensement a révélé un nombre de cas certes rares au regard de la population carcérale, mais cependant plus fréquents que ne l'attendaient les acteurs institutionnels.

Et bien au-delà d'un simple constat, ces chiffres posent des questions éthiques, notamment sur « notre perception de la « bonne mort » »³¹. Les professionnels de santé

²⁴ MOUTOUH Hugues, La santé d'une personne privée de liberté est un facteur à prendre en compte dans les modalités de l'exécution de sa peine d'emprisonnement (CEDH 14.11.2002, Mouisel c/ France, n°67263/01). Recueil Dalloz 2003, p. 303.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Comme la recommandation n° R (98) 7, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

²⁷ MERMAZ Louis (présidée par), Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur la situation dans les prisons françaises, Rapport n°2521, *La France face à ses prisons*. 28 juin 2000. p. 252.

²⁸ CHASSAGNE Aline, GODARD-MARCEAU Aurélie, AUBRY Régis. La fin de vie des patients détenus. Des temporalités incertaines dans un espace contrôlé. *Anthropologie & Santé*, n°15, novembre 2017. p. 1.

²⁹ Etude menée entre 2011 et 2014, réalisée par Mme Aline CHASSAGNE-JACQUOT et Mme Aurélie GODARD MARCEAU, ingénieures de recherche, du Centre d'investigation clinique du CHRU de Besançon, et coordonnée par la Pr Régis AUBRY. Cette étude a associé médecins, sociologues, anthropologues et philosophes, et a été financée par la Fondation de France.

³⁰ Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, *La réalité des soins palliatifs dans les prisons françaises : l'étude PARME*. Décembre 2016. [<https://www.chu-besancon.fr/la-recherche/actualites-recherche/actualite/la-realite-des-soins-palliatifs-dans-les-prisons-francaises-letude-parme.html>] (page consultée en novembre 2017).

³¹ CHASSAGNE Aline. *Op. cit.* note 28. p. 2.

et de surveillance eux-mêmes ont pu exprimer lors de l'étude PARME, leurs questionnements en terme de sens de la peine et d'enfermement dans ces situations³². Pour la plupart d'entre eux, « si le détenu meurt en prison ou en unités dédiées, il meurt avec son identité de détenu »³³, il leur semble donc important de permettre aux personnes de mourir libres. « Cela renvoie à des valeurs que porte notre société sur ce que doit être un « style de mort acceptable » »³⁴. Et les détenus eux-mêmes expriment cette crainte de mourir en prison en ces termes, « je ne voudrais pas crever là-dedans. C'est ça qui fait le plus peur »³⁵, « mourir, c'est beau, c'est bien, mais mourir ici... Ce n'est pas pour moi, c'est pour la famille. [...] pour la famille c'est le déshonneur [...] il vaut mieux mourir...dehors »³⁶, « oui cela me fait peur, je ne veux pas mourir ici. [...] je veux mourir dans ma famille »³⁷. La plupart des personnes incarcérées redoutent ainsi de décéder en prison, seuls et avec l'identité de détenu.

La réflexion quant à la fin de vie des personnes détenues et à leur présence au sein des établissements pénitentiaires français pose également la question du sens de la peine. Dès 1764, M. Cesare BECCARIA énonçait les principes qui devaient selon lui s'attacher à une peine, à savoir qu'elle soit « publique, prompte, nécessaire, la moins sévère possible dans les circonstances données, proportionnée au délit et déterminée par la loi »³⁸. M. Michel FOUCAULT dénonce quant à lui l'objectif nouveau de « fabriquer des corps à la fois dociles et capables »³⁹ tout cela accompagné d'une observation permanente de l'individu. Aujourd'hui, s'« il est communément admis que l'incarcération doit se réduire à la privation de la liberté d'aller et de venir »⁴⁰, la question de son sens n'en reste pas moins au cœur des débats actuels. En témoigne l'intitulé du discours du Président de la

³² Cf. dessin de RODHO, dessinateur de presse, à l'occasion d'un article concernant l'étude PARME en Annexe 1.

³³ MINO Jean-Christophe, *L'accompagnement de personnes détenues en fin de vie reste impensé*. Centre national Fin de vie et Soins palliatifs. 28 mai 2015. [<http://www.spfv.fr/actualites/laccompagnement-personnes-detenu>] (page consultée en novembre 2017).

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Jacques, 75 ans, condamné à 15 ans, incarcéré depuis 3 ans. RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline, *Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. DAP. n°41, septembre 2016. p. 2.

³⁶ Edmond, 66 ans, condamné à 20 ans, incarcéré depuis 12 ans. *Ibidem*.

³⁷ Jean-Pierre, 60 ans, condamné à 11 ans, incarcéré depuis 2ans et demi. *Ibid*.

³⁸ BECCARIA Cesare. *Des délits et des peines (traduction de Maurice Chevallier)*. Flammarion, collection GF, mai 2006. p. 179.

³⁹ FOUCAULT Michel. *Surveiller et punir*. Editions Gallimard, collection Tel, mai 1993. p. 344.

⁴⁰ CERE Jean-Paul, *Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade*. Recueil Dalloz 2001, p. 2335.

République le 6 mars 2018, « Plan sur le sens et l'efficacité des peines »⁴¹ au cours duquel il était développé que la peine devait punir, mais aussi protéger la société, et enfin éduquer. Cette question reste d'autant plus présente actuellement que « la France connaît une situation de surpopulation carcérale préoccupante »⁴², et qu'il semble illusoire de résoudre cette problématique sans une réflexion globale de la société quant à l'équilibre complexe à trouver entre « fonction expiatoire et punitive »⁴³ de la peine, et la « dimension de réinsertion »⁴⁴ de celle-ci. M. Robert BADINTER énonce toutefois les freins existants face à une telle réflexion, en expliquant que « dans les sociétés modernes, la prison doit assurer cette fonction d'expiation. Le simple enfermement, aussi cruel soit-il, ne suffit pas à convaincre la société de la réalité de la souffrance subie par le détenu »⁴⁵. Et c'est ce que M. BADINTER avait appelé la loi d'airain, qui pèse sur les prisons et vient limiter toute évolution de celles-ci, puisque selon cette théorie il est impensable dans une société contemporaine d'admettre ou de permettre un meilleur traitement à un détenu qu'au plus pauvre des hommes libres.

Ainsi cette étude amène à se demander si la mise en œuvre actuelle de la suspension de peine pour motif médical à l'égard des détenus malades en fin de vie, permet aujourd'hui encore de garder un sens à la peine à laquelle ces personnes ont été condamnées. Et au sens de la peine vient s'ajouter la question du respect des valeurs fondamentales de nos sociétés, au premier rang desquelles on trouve la protection de la dignité de la personne humaine.

Néanmoins, si pour certains, « le maintien en détention d'une personne gravement malade peut sembler, à bon droit, [...] incompatible avec l'objectif du respect de la dignité humaine »⁴⁶, on peut également se demander dans quelle mesure, une systématisation des libérations de personnes détenues malades en fin de vie ou dont l'état se trouve

⁴¹ Discours tenu à l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire le 6 mars 2018, par M. Emmanuel MACRON, Président de la République.

⁴² CERE Jean-Paul, HERZOG-EVANS Martine, PECHILLON Eric, *Exécution des peines. Juillet 2017 – avril 2018*. Recueil Dalloz 2018, p. 1175.

⁴³ PACAUD Valentin, *Pourquoi se suicide-t-on autant dans les prisons françaises ?* Les Inrockuptibles. 10 août 2018. [<https://www.lesinrocks.com/2018/08/10/actualite/pourquoi-se-suicide-t-autant-dans-les-prisons-francaises-111112803/>] (page consultée le 10 août 2018)

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ BADINTER Robert. *Op. cit.* p.2 note 9. p. 390.

⁴⁶ MOUTOUH Hugues. *Op. cit.* p.5 note 24.

incompatible avec la détention, ne viendrait pas priver de sens certaines condamnations. En outre, il convient de s'interroger sur d'éventuelles alternatives pouvant venir renforcer à l'avenir le dispositif de suspension de peine pour motif médical existant.

Car si l'aspiration initiale du législateur pour la suspension de peine pour motif médical s'est basée sur des valeurs humanistes et s'est avérée modulable au fil des réformes pénales (**Partie I**), ces dernières s'orientant progressivement vers davantage de sécurité pour la société, sont venues en restreindre l'accès et ainsi conduire progressivement au dévoiement du dispositif (**Partie II**).

PARTIE I : L'ASPIRATION INITIALE DU LÉGISLATEUR POUR LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : UN MODÈLE HUMANISTE ET ÉVOLUTIF.

La loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴⁷, porte en son sein dès sa création, les valeurs humanistes insufflées par ses concepteurs (**Chapitre 1**). En outre, cette loi fera preuve au fil du temps de sa capacité d'adaptation au travers des différents aménagements et précisions qui lui seront apportés (**Chapitre 2**).

CHAPITRE 1 : L'esprit originel de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002.

La loi créant le dispositif de suspension de peine pour motif médical, doit ce caractère humaniste originel, notamment au contexte sociodémographique et politique de l'époque (**Section 1**). C'est cette conjoncture, ce contexte si particulier, qui conduira à une telle innovation législative (**Section 2**).

Section 1 : Un contexte sociodémographique et politique spécifique.

Au cours des années 1990 et 2000, on ne peut que constater la persistance ainsi que le caractère accru de l'état de vulnérabilité de la population pénale incarcérée par rapport à la population générale (§ 1). Les hommes politiques en prendront progressivement conscience au fur et à mesure que grandira leur intérêt pour la matière pénitentiaire (§ 2).

§ 1 : Une vulnérabilité accrue de la population pénale incarcérée.

Le caractère vulnérable de la population pénale présente au sein des établissements pénitentiaires français se caractérise par différents marqueurs, et notamment par le vieillissement de celle-ci (**A**) ainsi que par son état de santé précaire (**B**).

⁴⁷ Loi N° 2002-303, du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ». J.O.R.F, 5 mars 2002.

A- Une population pénale vieillissante.

Au cours de l'année 2016, les condamnés âgés de 60 ans et plus étaient au nombre de 17 839⁴⁸, soit un ratio de 3,06% sur la totalité des personnes condamnées. Et parmi la population écrouée au 1^{er} janvier 2017, on comptait 21 523 personnes de 40 ans et plus⁴⁹, soit 27,31%, chiffre en augmentation de 2,7% rien que sur les douze derniers mois. Et même si cette réalité connaît une certaine stabilisation depuis le début des années 2000, il suffit de regarder vingt à trente ans en arrière pour mesurer l'ampleur de l'évolution. Ainsi, dès 2013, l'administration pénitentiaire constatait qu'en l'espace de trois décennies, le nombre de personnes écrouées âgées de plus de 50 ans avait été multiplié par 5,2 (et même par 7,4 pour les plus de 60 ans)⁵⁰ faisant ainsi évoluer l'âge moyen de la population carcérale de 30,1 à 34,4 ans. Elle notait alors que « la population dite « âgée » n'était plus une population marginale en prison »⁵¹.

Si le vieillissement de la population incarcérée ne peut être nié, plusieurs facteurs ont pu être identifiés afin d'expliquer ce phénomène. Car le seul facteur démographique du vieillissement de la population générale ne peut justifier à lui seul cette évolution. Pour exemple, on note qu'entre 1991 et 2013, le nombre de personnes de plus de 50 ans a été multiplié par 1,4 dans la population générale⁵², tandis qu'il a été multiplié par 3,4 parmi les personnes écrouées⁵³. Parmi les facteurs influant sur le vieillissement de la population carcérale, on peut noter l'augmentation croissante de personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel. Car, on constate que la moitié des auteurs d'infractions sexuelles détenus sont âgés de plus de 50 ans⁵⁴. Depuis les années 1990, la pénalisation des crimes et délits sexuels s'est accentuée. Cette recrudescence des condamnations concernant les infractions à caractère sexuel peut être mise en lien avec la libération progressive de la parole des victimes depuis les années 1990. Ainsi, M. Xavier LAMEYRE, magistrat, écrit-il en 2004, que « durant ce dernier quart de siècle, le nombre

⁴⁸ Ministère de la Justice. *Op. cit.* p.4 note 19. p. 18.

⁴⁹ *Idem.*, p. 28.

⁵⁰ BRILLET Emmanuel, *Viellisse(s) carcérale(s)*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°38, octobre 2013, p. 1.

⁵¹ *Ibidem.*

⁵² *Idem.*, p. 2.

⁵³ JANUEL Pierre, *Le Sénat se penche sur les soins des personnes détenues*. Dalloz Actualité, 4 octobre 2017.

⁵⁴ KENSEY Annie, *Viellir en prison*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°10, novembre 2001.

annuel de viols constatés par les services de police et de gendarmerie ayant été multiplié par six tandis que le nombre annuel des délits sexuels l'était presque par trois, le nombre de personnes condamnées a cru dans des proportions semblables [...], et le nombre annuel de jugements pour viols a été multiplié par six »⁵⁵. D'autre part, l'allongement progressif des délais de prescription en matière de délits et crimes sexuels semble également pouvoir expliquer en partie la pénalisation croissante de ces comportements. Ainsi, la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité avait procédé une première fois à l'allongement des délais de prescription en matière de crimes sexuels sur mineurs, les portant ainsi à vingt ans à compter de la majorité de la victime. Et malgré certains questionnements, débats et remises en cause de cette logique⁵⁶, l'Assemblée Nationale a définitivement adopté le 1^{er} août dernier le projet de loi concernant les violences sexuelles et sexistes, prévoyant notamment un nouvel allongement des délais de prescription en matière de crimes sexuels commis sur mineurs, le portant désormais à trente ans. Mme Annie KENSEY, chercheur en démographie, exposera ainsi logiquement que « plus les victimes peuvent dénoncer les faits tardivement, plus les auteurs sont âgés quand cette dénonciation intervient »⁵⁷. Par ailleurs, facteur non négligeable dans le vieillissement de la population carcérale, est également celui de l'allongement des peines d'emprisonnement ou de réclusion criminelle. Car, en sus du constat que ces condamnations pour crimes sexuels entraînent pour une écrasante majorité un emprisonnement ferme, on observe un allongement de la durée moyenne de ces peines fermes. Pour exemple, la part des condamnés à des peines criminelles de plus de quinze ans est passée de 48,4% à 59,7% pour l'ensemble de la population carcérale entre 2001 et 2013, et même de 47,1% à 66,4% pour les plus de 50 ans⁵⁸.

Aussi, M. Xavier LAMEYRE explique que le « taux de poursuite élevé joint à une sévérité croissante des jugements situe maintenant les infractions sexuelles au point de

⁵⁵ LAMEYRE Xavier, *La préhension pénale des auteurs d'infractions sexuelles*. AJ Pénal 2004, p. 54.

⁵⁶ DARSONVILLE Audrey, *Prescription de l'action publique des crimes sexuels commis contre les mineurs : le droit face à l'émotion*. Dalloz Actualité, 27 janvier 2017. Et, BRAFMAN Julie, *Crimes sexuels sur mineurs : la prescription chamboulée par l'émotion*. Libération, 20 décembre 2017. [http://www.liberation.fr/france/2017/12/20/crimes-sexuels-sur-mineurs-la-prescription-chamboulee-par-l-emotion_1618069] (page consultée le 02.07.2018)

⁵⁷ KENSEY Annie. *Op. cit.* p.10 note 54.

⁵⁸ Direction de l'Administration Pénitentiaire, Sous-Direction des personnes placées sous main de justice, Bureau des études et de la prospective. *Séries Statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014*. Mai 2014.

plus grande intensité répressive du système pénal »⁵⁹ et que cette politique d'« enfermement majeur »⁶⁰ participe indéniablement au vieillissement de la population carcérale.

B- Une population pénale malade.

Depuis la loi du 18 janvier 1994⁶¹, relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge médicale des personnes détenues relève du régime hospitalier de droit commun. Et sa circulaire d'application, en date du 8 décembre 1994, énonce en objectif « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Cet objectif a ensuite été consacré à l'article L1110-1 du Code de la Santé Publique⁶² qui prévoit que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».

Un rapport récent du Sénat a permis de faire le point sur l'état de santé des personnes détenues⁶³, mais constate que ce n'est pas chose facile. Car si ce rapport note dès ses premières lignes que l'état de santé des détenus est dégradé par rapport à celui de la population générale, il précise immédiatement que cet état de santé est « encore imparfaitement connu »⁶⁴. En 1971 déjà, M. Michel FOUCAULT déclarait que « peu d'informations se publient sur les prisons : c'est une des régions cachées de notre système social, une des cases noires de notre vie »⁶⁵. Néanmoins, l'ensemble de la littérature en la matière fait état d'un « mauvais état sanitaire »⁶⁶, qui serait à mettre en lien avec les caractéristiques spécifiques de la population carcérale, telles que le faible niveau

⁵⁹ LAMEYRE Xavier. *Op. cit.* p.11 note 55.

⁶⁰ *Ibidem.*

⁶¹ Loi N° 94-43, du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale. J.O.R.F, 19 janvier 1994.

⁶² Art. L1110-1 CSP : Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

⁶³ LEFEVRE Antoine, *Soigner les détenus : des dépenses sous observation*. Rapport d'Information au nom de la commission des finances du Sénat. Rapport n°682. 26 juillet 2017. 76 pages.

⁶⁴ *Idem.*, p. 9.

⁶⁵ FOUCAULT Michel, lors d'une conférence de presse le 8 février 1971.

⁶⁶ BOUSSARD Sabine (sous la direction de). *Les droits de la personne détenue, Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*. Dalloz, collection Thèmes et Commentaires, 2013. p. 187.

scolaire⁶⁷, et la grande précarité voire pauvreté des personnes détenues⁶⁸. Cette tranche de la population a ainsi, avant même une éventuelle incarcération, « peu accès aux soins, et souffre de nombreuses addictions »⁶⁹. Autre problématique particulièrement prégnante, est celle de la prévalence des infections sexuellement transmissibles parmi les personnes détenues, spécifiquement le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite C. L'enquête Prévacar⁷⁰ de 2010 a permis pour la première fois de poser des chiffres. Ainsi, la prévalence du VIH a été estimée à 4,5 fois plus importante qu'en population générale⁷¹, correspondant à plus de 1200 personnes infectées parmi les 61 000 personnes détenues adultes au moment de l'étude⁷².

De surcroît, le rapport du Sénat rapporte que l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) soulignait dans sa synthèse de 2015, que « les conditions de vie en détention (surpopulation, promiscuité, sédentarité, hygiène réduite...) étaient peu propices au maintien de la santé des personnes détenues et pouvaient provoquer, réactiver ou aggraver certains problèmes de santé »⁷³.

§ 2 : L'intérêt des politiques pour la matière pénitentiaire.

A l'aube des années 2000, l'intérêt des hommes politiques pour la matière pénitentiaire ira grandissant, d'une part suite à la médiatisation des procès et incarcérations de personnalités politiques tels les membres d'Action Directe et Maurice PAPON (A), et d'autre part suite à la prise de conscience par la société et les parlementaires de l'état des prisons françaises (B).

⁶⁷ 60% des détenus incarcérés en France métropolitaine n'avaient pas un niveau dépassant l'instruction primaire (niveau évalué en 2007), selon COMBESSIE Philippe. *Sociologie de la prison*. Editions La Découverte, collection Repères. 3ème édition, 2016. p. 37.

⁶⁸ 57,7% des détenus en maison d'arrêt et 60,9% en établissement pour peine, vivaient en dessous du seuil de pauvreté, contre un taux de 14,5% des ménages dans la société française en 1985, selon COMBESSIE Philippe, *Ibidem*.

⁶⁹ BOUSSARD Sabine (sous la direction de). *Op. cit.* p.12 note 66. p. 187.

⁷⁰ Direction générale de la Santé, Sous-direction de la santé prévention des maladies chroniques, Bureau santé des populations. *Enquête PREVACAR Volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*. 2010. 88 pages.

⁷¹ *Idem.*, p. 8.

⁷² LEFEVRE Antoine. *Op. cit.* p.12 note 63. p. 13.

⁷³ *Idem.*, p. 15.

A- Les affaires politico-judiciaires des années 1980 à 2000.

L'histoire du groupe terroriste d'extrême gauche Action Directe s'est achevée par l'arrestation de ses quatre protagonistes en février 1987. Puis quatre procès ont eu lieu entre 1988 et 1994 les condamnant tous à perpétuité avec période de sûreté pour deux meurtres. Mais malgré ces condamnations définitives à de très longues peines, Joëlle AUBRON et Nathalie MENIGON restent incarcérées en maison d'arrêt pendant onze ans, souligne un article du journal Libération en 1998⁷⁴. Or, l'une d'elles (Nathalie MENIGON) aurait été victime d'un accident cardio-vasculaire, puis aurait sombré dans la dépression. L'article souligne alors des conditions de détention « anormales au regard des règles pénitentiaires », et que « les filles d'Action Directe [...] devraient avoir été transférées en centrale »⁷⁵. Les quatre membres historiques du groupe d'Action directe sont alors devenus peu à peu les symboles d'une autre cause, celle des conditions de détention, notamment celles à l'isolement en maison d'arrêt pendant plusieurs années consécutives.

Quant à Maurice PAPON, homme politique et haut-fonctionnaire français occupant jusqu'à des postes de préfet de police de Paris ou ministériels, fût rattrapé par son passé en 1981. En effet, le Canard Enchaîné publia le 6 mai 1981, pendant l'entre-deux tours de l'élection présidentielle, un article intitulé « Quand un ministre de Giscard faisait déporter des juifs. PAPON aide de camps. »⁷⁶, accusation portée contre Maurice PAPON pour la période pendant laquelle il occupait les fonctions de secrétaire général de la préfecture de Gironde (juin 1942 à août 1944). Il a ensuite été inculpé pour crimes contre l'humanité en 1983 puis 1988, puis fût renvoyé devant la Cour d'Assises en 1996. Condamné en avril 1998 à dix ans de réclusion criminelle, il verra sa demande de dispense de placement en détention rejetée, puis sera déchu de son pourvoi en cassation. Il sera incarcéré en octobre 1999, après son arrestation en Suisse, il est alors âgé de 89 ans. Dès

⁷⁴ SIMONNOT Dominique, *Pas de quartier pour les filles d'Action directe. Aubron et Ménigon sont soumises à un régime carcéral anormalement strict.* Libération. 17 août 1998. [http://www.liberation.fr/societe/1998/08/17/pas-de-quartier-pour-les-filles-d-action-directe-aubron-et-menigon-sont-soumises-a-un-regime-carcera_243797] (page consultée le 28 mai 2018)

⁷⁵ *Ibidem.*

⁷⁶ BRIMO Nicolas. *Quand un ministre de Giscard faisait déporter des juifs. PAPON aide de camps.* Le Canard Enchaîné. 6 mai 1981. [http://www.octobre-paris.info/wp-content/uploads/2017/08/Le_canard_enchaîne_6_mai_1981_article.jpg] (page consultée le 06.08.2018) en Annexe 2.

son incarcération, il fera valoir son état de santé dégradé et les conditions de détention aggravant cet état de santé précaire, afin d'obtenir sa sortie de détention.

B- Le choc de la réalité des prisons françaises.

A la suite de ces affaires marquant le monde politique français, et en parallèle de la détention de ces personnalités, les hommes politiques et la société toute entière seront confrontés brutalement à la réalité de l'état des prisons françaises. Et l'élément déclencheur en sera la parution de l'ouvrage de Mme Véronique VASSEUR, médecin, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, en janvier 2000⁷⁷. Car malgré l'investissement du secteur associatif intervenant en milieu carcéral (notamment le Genepi, la Ligue des droits de l'homme, la section française de l'OIP⁷⁸, etc.), et les dénonciations qu'ils ont pu porter s'agissant des conditions de détention, la prise de conscience nécessaire à l'évolution de la situation n'était pas intervenue. Ils trouvèrent alors en cette description crue et sans filtre du quotidien d'un soignant et ainsi du quotidien de la population carcérale, un porte-voix qui fera l'effet d'un pavé dans la mare, et « plus personne ne pouvait alors dire « on ne savait pas » »⁷⁹.

Les médias nationaux et la presse écrite se sont également fait l'écho de ce témoignage. Ainsi Le Monde publiera dès le 14 janvier 2000 une double page d'extraits du livre de Mme Véronique VASSEUR, le journal Libération titrera quant à lui, « L'horreur carcérale franchit les barreaux. Les témoignages du médecin chef de la Santé confirmés tous azimuts »⁸⁰, et le journal Le Monde publiera de nouveau en février 2000 « Voyage au bout de l'horreur dans les prisons françaises »⁸¹.

Cette onde médiatique se propagera alors jusque sur les bancs des hémicycles de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Ainsi, dès le début du mois de février 2000, les deux assemblées parlementaires ont voté une résolution portant création de commissions d'enquête parlementaire, une première depuis la création de la IIIème République. Ces

⁷⁷ VASSEUR Véronique. *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Lgf, collection Littérature, 2001. 215 pages.

⁷⁸ Observatoire international des prisons

⁷⁹ MOUESCA Gabriel, Président de l'OIP in VAN RENTERGHEM Marion. *Véronique Vasseur, cavale en politique*. Le Monde. 2 mai 2007. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/05/02/veronique-vasseur-cavale-en-politique_904399_3224.html] (page consultée le 02.07.2018)

⁸⁰ SIMONNOT Dominique. *Op. cit.* p.14 note 74.

⁸¹ PRIEUR Cécile, *Voyage au bout de l'horreur dans les prisons françaises*. Le Monde. 6 février 2000. [https://www.lemonde.fr/archives/article/2000/02/06/voyages-au-bout-de-lhorreur-dans-les-prisons-francaises_3680063_1819218.html?xtmc=prisons_francaises_veronique_vasseur&xtcr=32] (page consultée le 02.07.2018)

commissions d'enquête porteront alors leurs observations, visites, auditions et propositions sur les conditions de détention au sein des établissements pénitentiaires français. Après plusieurs mois d'investigations, les deux assemblées parlementaires rendent leur rapport intitulés respectivement « La France face à ses prisons » pour le rapport de l'Assemblée Nationale⁸², et « Prisons : une humiliation pour la République » pour le Sénat⁸³. Ces intitulés très différents, « cruellement évocateur »⁸⁴ pour l'un et plus policé pour l'autre, n'en font pas moins le même constat d'un délabrement des prisons françaises, d'une surpopulation particulièrement marquée dans les maisons d'arrêt, d'un arbitraire carcéral encore prégnant et du manque d'efficacité des contrôles effectués dans les établissements, en somme l'inhumanité du système carcéral.

De plus, les parlementaires voteront à l'occasion de la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, la possibilité pour tout parlementaire de visiter à tout moment et de façon inopinée les établissements pénitentiaires, et plus généralement tous lieux privatifs de liberté (locaux de garde à vue, centres de rétention, zones d'attente).

Ainsi, faisant le constat de la réalité de la population carcérale et de l'état des prisons françaises, et sans doute également marqué par les incarcérations de figures politiques dont l'état de santé était fragile ou se dégradant au cours de l'incarcération, le législateur se risquera à la création d'un dispositif innovant.

Section 2 : Une innovation législative.

Le caractère novateur dans la création de ce dispositif inédit de suspension de peine pour motif médical, tient à la fois à sa conception (§ 1) et à son contenu (§ 2).

⁸² MERMAZ Louis (présidée par), Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur la situation dans les prisons françaises, Rapport n°2521, *La France face à ses prisons*. 28 juin 2000. 330 pages.

⁸³ HYEST Jean-Jacques (présidée par), Commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, Rapport n°449, *Prisons : une humiliation pour la République*. 29 juin 2000. 224 pages.

⁸⁴ CERE Jean-Paul. *La prison*. Dalloz. 2ème édition, 2016. p. 144.

§ 1 : Une disposition innovante dans sa conception.

Dans le cadre de la création du dispositif de suspension de peine pour motif médical, le législateur se montrera ingénieux en intégrant celui-ci au sein d'un texte législatif du domaine de la santé (A), qui ne sera d'ailleurs présenté que par la commission des lois (B).

A- Une disposition en matière de procédure pénale au sein d'un texte législatif du domaine de la santé.

A l'issue des travaux parlementaires menés par les deux commissions de l'Assemblée Nationale et du Sénat, leurs rapports respectifs publiés en juin 2000 « soulignent la nécessité de réformer les prisons »⁸⁵. Lorsque le rapport de la commission de l'Assemblée Nationale évoque comme première proposition « la nécessité d'une loi pénitentiaire »⁸⁶, celui de la commission du Sénat suggère quant à lui « un plan d'urgence »⁸⁷ sous la forme d'un débat d'orientation sur la politique pénitentiaire, permettant ainsi d'agir rapidement et de distinguer les actions à mener à court terme des actions à mener à plus long terme.

Et devant le constat que « les prisons françaises [...] tendent à devenir des mouvoirs »⁸⁸, et que seule la grâce médicale permet à l'époque de libérer un détenu en fin de vie, le rapport du Sénat citera parmi les réformes à mener à court terme selon lui, l'instauration d'une possibilité de suspension de peine pour les condamnés « atteints d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital »⁸⁹. Il est rejoint par le rapport de l'Assemblée Nationale qui insiste quant à lui sur la nécessité de « prendre en compte le vieillissement de la population pénale, [...] notamment par la possibilité de suspension de peine »⁹⁰.

Malgré ce travail précis effectué durant plusieurs mois, le Sénat est conscient que les discussions sur la question des prisons françaises seront longues, et que compte tenu de l'ordre du jour chargé du Parlement, cela est difficilement envisageable dans l'immédiat.

⁸⁵ CERE Jean-Paul. *Op. cit.* p.16 note 84. p. 145.

⁸⁶ MERMAZ Louis (présidée par). *Op. cit.* p.16 note 82. p. 285.

⁸⁷ HYEST Jean-Jacques (présidée par). *Op. cit.* p.16 note 83. p. 186.

⁸⁸ *Idem.*, p. 195.

⁸⁹ HYEST Jean-Jacques (présidée par). *Op. cit.* p.16 note 83. p. 195.

⁹⁰ MERMAZ Louis (présidée par). *Op. cit.* p.16 note 82. p. 288.

L'audace sera alors, concernant la disposition de suspension de peine pour motif médical, de saisir l'opportunité de l'examen d'un projet de loi en matière de santé, afin d'y introduire cette disposition innovante concernant les détenus en fin de vie, sans attendre la loi pénitentiaire qui tardait alors à apparaître à l'ordre du jour du Parlement. Le projet de loi en question est celui relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, examiné à partir de septembre 2001.

B- La présentation d'un amendement au nom de la commission des lois.

Initialement, le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé ne faisait aucune référence à la création du dispositif de suspension de peine pour motif médical. Et ce n'est qu'à l'occasion du travail de la commission des lois, et de l'avis rendu en janvier 2002 par M. Pierre FAUCHON⁹¹, sénateur, qu'apparaît la proposition de compléter le projet de loi par une disposition permettant une suspension de peine pour les détenus en fin de vie. En avril 2001, le Sénat avait déjà voté une telle proposition de loi, mais le texte n'avait pas été inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée Nationale. Néanmoins, le Gouvernement avait repris cette disposition dans l'avant-projet de loi pénitentiaire. Toutefois, note M. Pierre FAUCHON dans l'avis de la commission des lois, il était acquis que « la discussion de ce projet de loi ne pourrait intervenir avant la fin de la législature en cours, de sorte que l'adoption éventuelle de dispositions [...] n'interviendrait pas avant des mois, sinon des années »⁹². On notera également qu'à la période d'examen de ce projet de loi, les trois demandes de grâce présidentielle pour motif médical présentées par Maurice PAPON avaient été rejetées⁹³, et qu'il avait été débouté de sa requête devant la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) contre son maintien en détention⁹⁴.

Le projet de loi alors étudié traite des droits des malades et prévoit dans son écriture n°4, à l'article 1er que « chacun a droit à une mort digne »⁹⁵. Aussi, la commission des lois proposera-t-elle d'insérer dans ce projet de loi traitant des droits des malades, « une

⁹¹ FAUCHON Pierre, Avis présenté au nom de la commission des Lois constitutionnelles, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Avis n°175. 16 janvier 2002. 89 pages.

⁹² *Idem.*, p. 35.

⁹³ Les 7 mars 2000, 24 octobre 2000, et 8 juin 2001, le Président Jacques Chirac rejette les demandes de grâce présidentielle pour motif médical.

⁹⁴ CEDH 07.06.2001, *Papon c/ France*, n°64666/01.

⁹⁵ Texte n°4 transmis au Sénat en première lecture le 9 octobre 2001 [<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pj101-004.html>] (page consultée le 24.03.2018)

mesure d'humanité à l'égard des détenus mourants »⁹⁶, permettant ainsi d'évoquer sans attendre la question des détenus en fin de vie. A l'appui de cette proposition, la commission avance deux arguments en forme de constat, à savoir qu'il est « difficile de percevoir le sens du maintien en détention d'un malade en phase terminale », et que « le personnel pénitentiaire n'est guère préparé à affronter ce type de situations »⁹⁷.

Et, au-delà de l'innovation formelle, la proposition de la commission des lois l'est aussi dans son contenu.

§ 2 : Une disposition innovante dans son contenu.

Quant au caractère novateur du contenu de cette disposition, il réside tout à la fois dans le spectre très large du public visé (**A**), que dans le caractère alternatif permettant de prétendre à la suspension de peine pour motif médical (**B**).

A- Un spectre très large de personnes concernées.

Une des particularités de ce nouveau dispositif de suspension de peine, pour motif médical, tient à « l'absence de condition de délai », « avantage évident de cette mesure »⁹⁸. Et cette absence de condition de délai, concerne autant la nature que la durée de la peine prononcée ou restant à subir. Ainsi, par l'insertion de l'article 720-1-1 CPP, par la loi N°2002-303 du 4 mars 2002, le législateur vient affirmer le caractère humaniste de cette mesure, où il ne sera tenu compte que de l'état de santé de la personne détenue. Cette mesure sera donc applicable qu'il s'agisse d'une peine correctionnelle ou criminelle, et sans aucune distinction tenant à la durée de la peine prononcée. De plus, cette mesure peut même être accordée pendant la période de sûreté, quels qu'en soient, ici encore, la durée et le reliquat. Enfin, cette mesure peut être sollicitée et octroyée à un condamné libre qui n'a pas encore été placé sous écrou. En effet, compte tenu de la « vocation humanitaire du texte qui siérait mal avec la réalisation d'un écrou suivi d'une

⁹⁶ FAUCHON Pierre. *Op. cit.* p.18 note 91. p. 35.

⁹⁷ *Idem.*, p. 38.

⁹⁸ CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Etienne, SANNIER Olivier, *Les aménagements de peine pour raison médicale.* AJ Pénal 2010, p. 318

libération »⁹⁹, la doctrine retiendra majoritairement cette solution, qui fût ensuite confirmée par la Cour de Cassation en 2007¹⁰⁰.

Le seul moment dans la procédure de suspension de peine pour motif médical, où l'on tiendra compte du quantum de peine restant à subir, est celui déterminant qui du Juge de l'application des peines (JAP) ou du Tribunal de l'application des peines (TAP) sera compétent pour prononcer cette mesure. Ainsi, le législateur a posé un principe général de compétence du JAP à l'al. 3 de l'Art. 720-1-1 CPP, précisant que le JAP sera compétent dans deux cas, à savoir lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans. Et par exception, l'al. 4 de l'Art. 720-1-1 CPP dispose que dans les autres cas, c'est le TAP qui sera compétent.

B- Le caractère alternatif de la pathologie engageant le pronostic vital, ou l'état de santé durablement incompatible avec la détention.

Outre, l'amplitude du public concerné par cette mesure innovante qu'est la suspension de peine pour motif médical, le législateur validera la proposition de la commission des lois prévoyant deux hypothèses de mise en œuvre de cette mesure.

En effet, si le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale était resté relativement flou en évoquant la possibilité de suspendre la peine afin de prendre en compte le vieillissement de la population pénale, le rapport publié par le Sénat évoquait quant à lui un dispositif plus restreint, en précisant que cette mesure concernerait les détenus atteints d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital. Pourtant, dans son avis, la commission des lois retiendra une conception large du dispositif, ouvrant ainsi cette mesure aux détenus malades dont le pronostic vital est engagé, mais aussi, et c'est ici encore plus innovant, aux détenus dont la santé rendrait durablement incompatible le maintien en détention.

⁹⁹ HERZOG-EVANS Martine. *Droit de l'exécution des peines*. Dalloz, collection Dalloz Action. 5^{ème} édition, 2016/2017. p. 648.

¹⁰⁰ ALLAIN Emmanuelle, *La liberté n'exclut pas la suspension de peine* (Cass. Crim. 21.02.2007, n°06-85.595). Dalloz Actualité, 27 mars 2007.

Et ce sont bien ces deux hypothèses qui seront votées par le législateur, et qui figureront donc à l'al. 1^{er} de l'Art. 720-1-1 CPP¹⁰¹, en excluant toutefois les personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées au sein d'un établissement psychiatrique. Cette double possibilité d'accès vient encore renforcer le caractère humaniste de cette nouvelle disposition du CPP, en ouvrant ce processus non seulement aux personnes en fin de vie dans le « souci humanitaire d'éviter à un détenu de décéder loin des siens en prison »¹⁰², mais également aux personnes atteintes de maladies graves afin de leur permettre de « se faire soigner dans des conditions plus adéquates, à l'extérieur »¹⁰³. Cette deuxième alternative permettant de bénéficier d'une suspension de peine pour motif médical va donc bien au-delà de la situation de la fin de vie, pour également prendre en compte la situation des personnes souffrant de maladies chroniques nécessitant des soins très réguliers et importants dans l'objectif d'éviter que la prison ne devienne un « mouvoir pour les malades du cancer, du SIDA... »¹⁰⁴. Et la Cour de cassation était venue confirmer en 2006 le caractère alternatif de ces deux hypothèses, en indiquant que les juges « ne sauraient exiger de celui dont l'état est bien incompatible avec la détention que son pronostic vital soit en outre engagé »¹⁰⁵.

Postérieurement au vote de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, plusieurs difficultés d'application ou d'accès au dispositif apparaîtront progressivement, et conduiront ainsi à des aménagements successifs.

¹⁰¹ Art. 720-1-1, al. 1^{er} CPP (version en vigueur au 05.03.2002) : La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou 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 qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

¹⁰² HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.20 note 99. p. 648.

¹⁰³ *Ibidem.*

¹⁰⁴ FAUCHON Pierre. *Op. cit.* p.18 note 91. p. 35.

¹⁰⁵ HERZOG-EVANS Martine, *Op. cit.* p.20 note 99. p. 652 à propos de la décision Cass. Crim. 15.03.2006, n°05-83.329.

CHAPITRE 2 : Les aménagements ultérieurs de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002.

Tenant compte de la réalité de la population pénale incarcérée, des évolutions de cette dernière au fil du temps, et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la mesure de suspension de peine pour motif médical, le législateur viendra progressivement étendre et faciliter l'accès à ce dispositif (**Section 1**). La jurisprudence quant à elle, viendra en préciser les contours (**Section 2**).

Section 1 : Les aménagements législatifs.

Les évolutions législatives intervenues postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002, tendent à la fois à étendre sur le fond le public visé par ce dispositif (§ 1), et à faciliter dans la forme les conditions d'octroi d'une telle mesure (§ 2).

§ 1 : Les extensions sur le fond.

Les modifications législatives intervenues sur le fond ont permis d'étendre l'accès au dispositif de suspension de peine pour motif médical, pour les personnes prévenues (**A**) et pour les personnes souffrant de troubles mentaux (**B**).

A- L'éligibilité des personnes prévenues à la suspension de peine.

L'article 720-1-1 CPP visant expressément une peine, il ne pouvait trouver à s'appliquer s'agissant de personnes se trouvant sous le régime de la détention provisoire. Ce constat devint rapidement problématique, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en considération du nombre de personnes incarcérées sous le régime de la détention provisoire. En effet, le rapport de la commission d'enquête du Sénat publié en juin 2000, fait déjà état de « près de 40% de prévenus au sein de la population pénale »¹⁰⁶ de 1989 à 1999. En vingt ans, ces chiffres ont diminué quelque peu, mais les prévenus représentaient toujours 25% des personnes écrouées au 01.01.2017¹⁰⁷, et 57,6% des placements sous écrou au cours de l'année 2016¹⁰⁸. Par ailleurs, cela paraît conduire à une certaine

¹⁰⁶ HYEST Jean-Jacques (présidée par). *Op. cit.* p.16 note 83. p. 106.

¹⁰⁷ Ministère de la Justice. *Op. cit.* p.4 note 19. p. 28.

¹⁰⁸ *Idem.* p. 29.

« inégalité de traitement »¹⁰⁹ entre détenus, et semble contrevenir aux visées humanistes de la loi du 4 mars 2002 et à l'objectif de respect de la dignité humaine que le législateur a souhaité garantir.

Aussi, afin de pallier ce vide juridique pour les détenus gravement malades au cours de la phase d'instruction, la Cour de Cassation avait enjoint en 2009 aux juridictions, de « vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est compatible avec cette détention »¹¹⁰. Néanmoins, la jurisprudence ne pouvant à elle seule régulariser l'utilisation du dispositif de suspension de peine pour motif médical s'agissant des personnes prévenues, la loi N° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, est venue ajouter l'Art. 147-1 CPP¹¹¹ permettant ainsi de prononcer une suspension de peine pour motif médical en cours de détention provisoire dans les mêmes conditions que celles prévues par l'Art. 720-1-1 CPP.

B- L'éligibilité des personnes souffrant de troubles mentaux.

A l'instar des personnes placées en détention provisoire, les personnes souffrant de troubles mentaux représentent un taux relativement important parmi les personnes incarcérées au sein des prisons françaises. Toutefois, le rapport publié en mars 2018 par la commission des lois de l'Assemblée Nationale suite aux groupes de travail sur la détention¹¹², souligne l'absence d'étude récente pouvant corroborer ces « constats empiriques établis par les équipes médicales »¹¹³ au sein des établissements pénitentiaires français. En effet, la dernière enquête épidémiologique nationale de référence remonte à

¹⁰⁹ Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. Les droits de l'homme dans la prison – Volume I.* La Documentation Française, 2007. p. 157.

¹¹⁰ LASSERRE-CAPDEVILLE Jérôme, *Obligation pour les juridictions du fond de vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est compatible avec cette détention* (Cass. Crim. 02.09.2009, n°09-84.172). AJ Pénal 2009, p. 452.

¹¹¹ Art. 147-1, al. 1 CPP : En toute matière et à tous les stades de la procédure, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention. La mise en liberté des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peut être ordonnée en application du présent article.

¹¹² BRAUN-PIVET Yaël, GOSSELIN Philippe, MAZARS Stéphane, VICHNIEVSKY Laurence, Groupes de travail de la commission des lois de l'Assemblée Nationale sur la détention, Rapport n°808, *Repenser la prison pour mieux réinsérer*. 21 mars 2018. 88 pages.

¹¹³ *Idem.*, p. 36.

2004¹¹⁴, mais permet tout de même d'avoir une vue d'ensemble. Ainsi, selon cette enquête, « près des deux tiers des détenus (63%) souffrent d'au moins un trouble psychiatrique »¹¹⁵, et la prévalence de troubles psychotiques parmi la population carcérale masculine serait de 21,4%¹¹⁶. Or, ne peut-on pas imaginer que les maladies psychiatriques puissent, de la même façon qu'une maladie somatique, également conduire à un état de santé incompatible avec la détention, ou qu'« une pathologie psychiatrique [...] soit aussi invalidante qu'une maladie somatique »¹¹⁷.

Pourtant, dans sa rédaction initiale, l'Art. 720-1-1 CPP excluait « les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux », l'idée étant qu'une hospitalisation d'office ne soit considérée comme une suspension de peine. Restait alors en suspens la question des malades psychiatriques non hospitalisés, pour qui l'état de santé aurait rendu le maintien en détention durablement incompatible.

La loi N° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales a alors précisé cette question, puisque désormais, la suspension de peine pour motif médical est applicable lorsque l'état de santé « physique ou mental » est durablement incompatible avec le maintien en détention. Néanmoins, cette disposition reste inapplicable pour les détenus « admis en soins psychiatriques sans leur consentement ». Et, comme le note l'Observatoire International des Prisons (OIP), « le dispositif n'a pas pris. C'est un flop »¹¹⁸, la question étant pour l'Administration pénitentiaire (AP) de « savoir si même une seule décision positive a été prise »¹¹⁹. Pour expliquer cette absence de mise en application du texte s'agissant des malades psychiatriques, plusieurs arguments sont avancés, tels la difficulté de recueillir le consentement de la personne, le risque de retour en détention si la personne se porte mieux grâce au cadre et aux soins apportés à l'extérieur, et la difficulté de faire aboutir de telles

¹¹⁴ FALLISARD Bruno (Dir.), Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes*. Rapport final, Janvier 2006. 43 pages.

¹¹⁵ *Idem.*, p. 15.

¹¹⁶ *Id.*, p.19.

¹¹⁷ CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Etienne, SANNIER Olivier. *Op. cit.* p.19 note 98.

¹¹⁸ CRÉTENOT Marie, *La libération pour troubles psychiatriques : une chimère juridique*. Dedans-Dehors n°99, mars 2018, p.35.

¹¹⁹ *Ibidem.*

procédures sans soutien extérieur ou avocat¹²⁰, ce qui est généralement le cas des détenus concernés.

En sus de l'extension du champ d'application du dispositif de suspension de peine pour motif médical, le législateur est également venu apporter des assouplissements du point de vue des conditions de forme à mettre en œuvre afin de bénéficier de cette mesure.

§ 2 : Les extensions sur la forme.

Quant aux modifications législatives sur la forme, prenant en compte les difficultés pratiques rencontrées par les professionnels, elles se sont alors attachées à faciliter la mise en œuvre du dispositif en supprimant l'exigence d'expertise en cas d'urgence dans un premier temps (A), puis en supprimant l'exigence de double expertise concordante dans un second temps (B).

A- La suppression de l'exigence d'expertise en cas d'urgence.

Dès 2004, des parlementaires alertaient M. le garde des Sceaux, ministre de la Justice, quant au faible nombre de détenus atteints de pathologies lourdes qui ont pu bénéficier de la loi N°2002-303 du 4 mars 2002¹²¹. Et à l'occasion de ses réponses écrites, M. le garde des Sceaux nommait parmi les difficultés existantes, « le manque d'experts médicaux dans certaines régions »¹²². De même, selon la publication de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) de 2007¹²³, seules 165 personnes auraient bénéficié d'une mesure de suspension de peine entre l'entrée en vigueur de la loi et le 31.12.2004¹²⁴, tandis qu'un collectif d'associations et de praticiens¹²⁵ évoque 436 demandes sur cette même période, soit un taux de refus de plus de 62%. La CNCDH note

¹²⁰ CRÉTENOT Marie. *Op. cit.* p.24 note 118.

¹²¹ Question n°44540 de M. Henri SICRE, J.O.R.F 27.07.2004, p.5652 [<http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-44540QE.htm>] (page consultée le 18.03.2018) ; et question n°15224 de M. Serge LAGAUCHE, J.O.R.F 23.12.2004, p. 2945 [http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ041215224&idtable=q297362|q232389|q164425|q150634&_nu=15224&rch=qs&de=19980808&au=20180808&dp=20+ans&radio=dp&aff=sep&tri=dd&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn] (page consultée le 18.03.2018).

¹²² *Ibidem.*

¹²³ Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Op. cit.* p.23 note 109.

¹²⁴ *Idem.*, p. 155.

¹²⁵ Le « Pôle suspension de peine », créé en 2002, s'est donné pour mandat de veiller au respect du droit pour les personnes détenues gravement malades à être soignées en dehors des établissements pénitentiaires et à mourir dans la dignité.

également « la lourdeur des procédures » d'octroi de la suspension de peine pour motif médical, « notamment en matière d'expertise »¹²⁶, aboutissant à ce que dans 25% des procédures¹²⁷, le délai d'étude soit supérieur à trois mois. Aussi, dans les cas d'urgence de personnes se trouvant en situation de fin de vie, ces délais paraissent évidemment beaucoup trop long pour ne pas aboutir au décès du détenu au sein de la prison.

C'est pourquoi, au travers la loi N° 2009-1436, du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire, le législateur a nettement assoupli les conditions de procédure « en cas d'urgence »¹²⁸. En effet, dans cette hypothèse, et lorsque le pronostic vital est engagé, la juridiction compétente pourra prononcer une suspension de peine sur la base d'un simple certificat médical émanant du médecin responsable de la structure sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel est écroué le détenu. Puis en 2014¹²⁹, le législateur englobera logiquement dans les cas d'urgence pour lesquels le certificat médical suffit au prononcé de la mesure, l'état de santé durablement incompatible avec la détention, en sus de l'hypothèse du pronostic vital du détenu engagé.

B- La suppression de la nécessité de double expertise médicale concordante.

Restait que dans la majorité des demandes de suspension de peine pour motif médical, il ne s'agissait pas nécessairement de cas d'urgence, ou du moins il semblait de l'avis général des intervenants judiciaires et médicaux en détention que les demandes ne devaient pas attendre l'urgence pour être étudiées. Et, de ce fait, l'exigence de double expertise concordante trouvait toujours à s'appliquer, avec les contraintes déjà évoquées du faible nombre d'experts et de facto de délais de procédure allongés. Par ailleurs, se posait aussi la difficulté d'expertises non concordantes dans leurs conclusions. La jurisprudence est alors venue préciser l'interprétation à avoir du texte législatif, en indiquant que « seul l'octroi de la mesure nécessite le recueil préalable de deux expertises distinctes établissant de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des

¹²⁶ Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Op. cit.* p.23 note 109. p. 156.

¹²⁷ *Ibidem.*

¹²⁸ Art. 720-1-1, al. 2 CPP (version en vigueur au 26.11.2009) : La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent. Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant.

¹²⁹ La loi N° 2014-896, du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. J.O.R.F, 17 août 2014.

situations énoncées à l'article 720-1-1 CPP »¹³⁰. Et a contrario, qu'« une seule expertise négative est nécessaire pour refuser l'octroi d'une suspension de peine médicale »¹³¹. De plus, la Cour de cassation précisait dans un arrêt du 27.06.2007, que « ce sont les conclusions de l'expertise et non son contenu global »¹³² que la juridiction doit prendre en compte pour fonder sa décision, et ce malgré une éventuelle incohérence entre le constat de l'expert et ses conclusions.

Enfin, « les experts étant rarement en accord dans les dossiers de suspension médicale de peine »¹³³, le législateur au travers de la loi N° 2014-896 du 15 août 2014, décida de supprimer définitivement toute exigence de double expertise médicale concordante. Une seule expertise médicale sera désormais nécessaire¹³⁴.

En sus des améliorations apportées au fil du temps par le législateur afin de répondre aux difficultés rencontrées en pratique, restaient certaines imprécisions juridiques ou questions d'interprétations que la jurisprudence est alors venue éclairer.

Section 2 : La mise en œuvre jurisprudentielle.

La confrontation du dispositif de suspension de peine pour motif médical à sa mise en œuvre pratique, a nécessité quelques précisions de la jurisprudence de droit interne (§ 2) tout en se référant et se conformant à la jurisprudence européenne en la matière (§ 1).

§ 1 : Les principes émanant de la jurisprudence européenne.

De longue date, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) s'est intéressée au droit à la santé des détenus sous le prisme de l'Art. 3 de la Convention

¹³⁰ LAVRIC Sabrina, *Suspension médicale de peine : l'expert n'est pas tenu d'examiner le condamné auquel l'octroi est refusé* (Cass. Crim. 24.10.2007, n°06-89.405). Dalloz Actualité, 4 décembre 2007.

¹³¹ PONCELLA Pierrette, *Chronique de l'exécution des peines. Années 2004-2005*. RSC 2006, p. 423.

¹³² HERZOG-EVANS Martine, *Lorsque le juge doit se fonder sur des expertises incohérentes* (Cass. Crim. 27.06.2007, n°06-87.460). AJ Pénal 2007, p. 494.

¹³³ HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.20 note 99. p. 657.

¹³⁴ Art. 720-1-1, al. 2 CPP (version en vigueur au 01.10.2014) : La suspension ne peut être ordonnée que si une expertise médicale établit que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent. Toutefois, en cas d'urgence, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant.

européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales¹³⁵, et particulièrement à la protection du détenu malade. La Cour a ainsi édicté des principes généraux (A) puis adapté sa jurisprudence concernant les détenus âgés malades (B).

A- Les principes généraux en matière de droit à la santé des détenus.

Au fil du temps, et particulièrement depuis les années 2000, la Cour a pu faire preuve d'une « démarche protectrice évolutive sur le terrain de l'article 3 »¹³⁶, en reconnaissant un droit à la santé des détenus.

Ainsi, conformément aux normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), il existe pour la Cour une obligation à la charge de l'administration pénitentiaire, « d'assurer un service de soins [...] dans des conditions similaires à la prise en charge en milieu libre »¹³⁷, pour l'ensemble des détenus. Ainsi, « un suivi médical doit être proposé à tout détenu »¹³⁸, et si nécessaire, le détenu doit pouvoir être hospitalisé afin de pouvoir bénéficier de soins médicaux adaptés auxquels il ne pourrait avoir accès au sein de la prison.

De plus, au travers de l'arrêt *Mouisel c/ France*¹³⁹, la Cour a pu préciser qu'au-delà de la double contrainte de soigner en prison et d'hospitaliser en cas de besoin, les autorités pénitentiaires doivent prendre, selon l'évolution de la maladie du détenu, « des mesures particulières »¹⁴⁰. Ces mesures peuvent consister en une hospitalisation, mais aussi en « tout autre placement dans un lieu où le condamné malade aurait été suivi et sous surveillance, en particulier la nuit »¹⁴¹. Et la Cour avait en outre précisé en 1994¹⁴², que la dangerosité du détenu ne peut justifier un retard dans la prise en charge médicale.

Néanmoins, pour qu'il y ait violation de l'Art. 3 de la Conv. EDH, la Cour applique sa jurisprudence générale, à savoir que la souffrance infligée « doit atteindre un degré de

¹³⁵ Art. 3 Conv. EDH : Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

¹³⁶ CERE Jean-Paul, *Le détenu malade : le traitement du droit européen*. AJ Pénal 2010, p. 325.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ CEDH 14.11.2002, *Mouisel c/ France*, n°67263/01.

¹⁴⁰ *Idem.*, §45.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² CEDH 28.01.1994, *Bonnechaux c/ Suisse*

gravité minimum, et l'attitude du requérant n'est pas neutre dans l'appréciation sur l'issue de la requête »¹⁴³ par la Cour.

Il existe également, un autre principe général posé par la Cour, et ce en matière de peines perpétuelles. En effet, elle exige pour que celle-ci soit conforme à l'Art. 3 de la Conv. EDH, qu'elle soit *de jure et de facto* compressible¹⁴⁴. Puis, par l'arrêt *Vinter c/ Royaume-Uni*¹⁴⁵, la Cour est venue préciser que le droit interne doit prévoir « à la fois une possibilité d'élargissement et une possibilité de réexamen »¹⁴⁶, exigeant ainsi qu'il existe un « droit à l'espoir »¹⁴⁷ d'une sortie de détention pour toute personne détenue.

B- La spécificité des détenus âgés malades.

Parallèlement aux principes généraux posés en matière de droit à la santé des détenus, la Cour est venue préciser sa jurisprudence spécifiquement pour les détenus âgés malades, au travers notamment de deux décisions marquantes de l'année 2001.

Une première décision a été rendue en mai 2001¹⁴⁸, et concluait à l'irrecevabilité de la requête. Comme vu *supra*, la Cour exige qu'un seuil minimal de gravité soit franchi pour que le mauvais traitement engendre une violation de l'Art. 3 de la Conv. EDH. De plus, « ce seuil minimum de gravité est relatif et les juges européens apprécient *in concreto* les différentes situations »¹⁴⁹. La Cour précisa ici, que la réponse des juges « ne peut provenir à l'évidence que d'une analyse des données de la cause »¹⁵⁰.

La seconde décision rendue à peine un mois plus tard concerne la France¹⁵¹, et l'affaire Papon déjà évoquée. Elle concluait également à l'irrecevabilité de la requête, après une « appréciation pragmatique de la situation dénoncée par le requérant »¹⁵². Ici, la Cour rappelle qu'« en soi, la détention d'une personne âgée et malade ne constitue pas un

¹⁴³ CERE Jean-Paul, *Le maintien en détention de malades graves constitue un traitement inhumain et dégradant* (CEDH 14.11.2002, *Mouisel c/ France*, n°67263/01). RTDH 2003, p. 1007.

¹⁴⁴ CEDH 12.02.2008, *Kafkaris c/ Chypre*, n°21906/04.

¹⁴⁵ CEDH 09.07.2013, *Vinter c/ Royaume-Uni*, n°66069/09.

¹⁴⁶ RENUCCI Jean-François, *La Cour européenne fixe sa jurisprudence sur les peines perpétuelles et ravive des tensions* (CEDH 09.07.2013, *Vinter c/ Royaume-Uni*, n°66069/09). D. 2013, p. 2081.

¹⁴⁷ LENA Maud, *La perpétuité réelle française ne constitue pas une peine inhumaine ou dégradante* (CEDH 13.11.2014, *Bodein c/ France*, n°40014/10). Dalloz Actualité, 17 novembre 2014.

¹⁴⁸ CEDH 29.05.2001, *Sawoniuk c/ Royaume-Uni*, n°63716/00.

¹⁴⁹ RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*. LGDJ, 7^{ème} édition, 2017. p. 107.

¹⁵⁰ CERE Jean-Paul, *Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade* (CEDH 07.06.2001, *Papon c/ France*, n°64666/01). D. 2001, p. 2335.

¹⁵¹ CEDH 07.06.2001, *Papon c/ France*, n°64666/01.

¹⁵² CERE Jean-Paul, *Op. cit.* note 150.

traitement inhumain et dégradant, à moins que la détention en provoque une aggravation de l'état de santé ou crée des sentiments constants d'angoisse, d'infériorité et d'humiliation suffisamment forts »¹⁵³. Or, en l'espèce, Maurice PAPON bénéficiait d'un suivi médical régulier et adapté, et avait été hospitalisé à plusieurs reprises lorsque cela avait été nécessaire. La cour conclut donc que « la situation du requérant n'atteignait pas, en l'état, un niveau suffisant de gravité pour rentrer dans le champ d'application de l'Art. 3 Conv. EDH »¹⁵⁴.

Ces deux décisions ne doivent toutefois pas être comprises comme une absence de protection des personnes âgées en détention. Au contraire la Cour affirme ici, que la situation des détenus âgés et malades entre dans le champ de protection de l'Art. 3 de la Conv. EDH, et « peut poser problème sous l'angle de cet article »¹⁵⁵. La Cour appréciera alors au cas par cas la situation des requérants, les réponses médicales apportées à celle-ci par l'administration pénitentiaire, et vérifiera que les conditions de détention respectent les exigences de l'Art. 3.

§ 2 : Les précisions de la jurisprudence de droit interne.

A l'aune des principes posés par la jurisprudence européenne, les juridictions de droit interne, tant judiciaires (A) qu'administratives (B) sont venues préciser les contours de l'application de l'Art. 720-1-1 CPP.

A- La jurisprudence interne issue des juridictions judiciaires.

Malgré le faible nombre de demandes de suspension de peine pour motif médical, les juridictions de premier et de second degré furent rapidement confrontées à la mise en œuvre de ce dispositif, puis progressivement la Cour de cassation.

Tout d'abord, dans l'hypothèse du pronostic vital engagé, la lettre de l'Art. 720-1-1 CPP ne précisait ni n'exigeait que la mort soit prochaine. Il suffisait selon le texte que le pronostic vital soit engagé. Toutefois, la jurisprudence s'est montrée très restrictive à l'égard du prononcé de suspensions de peine pour motif médical, et refusait régulièrement de l'octroyer lorsque le pronostic vital n'était engagé qu'à long ou moyen terme. Ainsi,

¹⁵³ RENUCCI Jean-François. *Op. cit.* p.29 note 149. p. 111.

¹⁵⁴ CERE Jean-Paul. *Op. cit.* p.29 note 150.

¹⁵⁵ *Ibidem.*

pour la jurisprudence, « seul un pronostic vital immédiatement engagé permet l'obtention de la mesure »¹⁵⁶. Et la chambre criminelle de la Cour de cassation, dans un arrêt de 2005¹⁵⁷, va non seulement confirmer cette approche, mais ira même plus loin en exigeant non seulement qu'un délai puisse être déterminé mais en outre que « c'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital »¹⁵⁸. Or, il convient de noter que les médecins ne sont pas toujours en mesure de déterminer avec précision dans quels délais la personne va décéder. Et compte tenu des délais de procédure avant les assouplissements intervenus par la loi du 15.08.2014, la doctrine notait que cette exigence risquait d'aboutir à ce que « nombre de condamnés n'auront que le temps de sortir de l'établissement pénitentiaire pour décéder au dehors, faute pour une décision d'avoir été prise à temps »¹⁵⁹.

Ensuite, dans la seconde hypothèse où l'état de santé du détenu est durablement incompatible avec le maintien en détention, la jurisprudence se concentrera sur l'appréciation de l'offre de soins disponible en prison, mais aussi sur les conditions concrètes de détention. En effet, dans un arrêt de 2009¹⁶⁰, la Cour de cassation avait reproché à la Chambre de l'application des peines (CHAP) de n'avoir recherché si « les conditions effectives » de la détention étaient durablement incompatibles avec son état de santé. Cette cassation semblait ainsi recommander à l'avenir aux juridictions d'effectuer « un examen minutieux de la réalité des conditions de détention subies par les malades »¹⁶¹ en sus des modalités de prise en charge médicale.

B- La jurisprudence interne issue des juridictions administratives.

En parallèle de la Cour de cassation, le Conseil d'Etat est lui aussi venu apporter certaines précisions, puisque les juridictions administratives se sont vues saisies par des

¹⁵⁶ HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.20 note 99. p. 652.

¹⁵⁷ Cass. Crim. 28 septembre 2005, n°05-81.010.

¹⁵⁸ *Ibidem.*

¹⁵⁹ HERZOG-EVANS Martine, *Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme* (Cass. Crim. 28.09.2005, n°05-81.010). AJ Pénal 2005, p. 461.

¹⁶⁰ Cass. Crim. 07 janvier 2009, n°08-83.364.

¹⁶¹ CERE Jean-Paul, HERZOG-EVANS Martine, PECHILLON Eric, *Exécution des peines. Janvier 2008 – février 2009*. Recueil Dalloz 2009, p.1376.

requérants, afin de leur demander d'ordonner au service public hospitalier de leur trouver un lieu de séjour.

En effet, s'agissant de l'hébergement, les juridictions exigent la plupart du temps qu'un hébergement adapté soit présenté avant d'octroyer une suspension de peine pour motif médical. Toutefois, Maître Etienne NOËL, avocat au barreau de Rouen, a pu mettre en œuvre un montage innovant dès 2006¹⁶², consistant à ce que la juridiction « admette le requérant au bénéfice de la mesure de suspension de peine, mais suspende sa mise à exécution à l'obtention d'un logement »¹⁶³. Dans la continuité d'une telle décision, et sans succès dans ses démarches auprès de divers établissements de santé, le requérant avait alors saisi les juridictions administratives en référé afin que celles-ci contraignent la structure hospitalière en charge de son suivi de l'admettre dans un de ses services. C'est ainsi que le Conseil d'Etat fut amené à se prononcer en 2007¹⁶⁴ sur ce dossier. Le juge administratif rappellera ici les obligations incombant au service public hospitalier au titre des Art. L 6112-1¹⁶⁵ et L 6112-2 CSP, notamment celle de veiller à la continuité des soins. Dans le cas d'espèce, le Conseil d'Etat ne retient pas la condition d'urgence puisque le pronostic vital du détenu n'était pas engagé. De plus, le délai pour agir n'était pas écoulé pour un tel recours. L'Assistance publique –Hôpitaux de Paris (AP-HP) échappe donc de peu ici « à l'injonction du juge mais il ne peut plus fuir ses responsabilités »¹⁶⁶. Car le Conseil d'Etat affirme dans cette décision, « que si l'AP-HP fait valoir que l'état de santé du requérant ne nécessite ni un service de soins aigus en médecine gériatrique, ni une hospitalisation de long séjour, il lui appartient néanmoins d'orienter ce patient vers une structure adaptée à son état »¹⁶⁷. Mais l'AP-HP n'y échappera pas une seconde fois quelque mois plus tard. En effet, en juin 2007, le Tribunal Administratif (TA) de Paris¹⁶⁸ reconnaîtra que l'urgence était bien établie, en se fondant sur les certificats médicaux

¹⁶² TAP Créteil, 24.10.2006.

¹⁶³ CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Etienne, SANNIER Olivier. *Op. cit.* p.19 note 98.

¹⁶⁴ CE 09.03.2007, n°302182.

¹⁶⁵ Art. L6112-1 CSP : Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

¹⁶⁶ PECHILLON Eric, *Mise en œuvre d'une suspension de peine : le juge administratif est compétent en référé* (CE 09.03.2007, n°302182). AJ Pénal 2007, p.191.

¹⁶⁷ *Op. cit.* note 164.

¹⁶⁸ TA Paris 13.06.2007, n°0707596.

établis, et « affirmera fermement que l'AP-HP est tenue de trouver un hébergement à un détenu malade ayant bénéficié d'une suspension médicale de peine »¹⁶⁹.

A première vue, la création du dispositif innovant de suspension de peine pour motif médical, qui a su s'adapter aux difficultés prégnantes rencontrées sur le terrain et se préciser au fil du temps, notamment au travers de la jurisprudence, devait permettre de faire face au défi du vieillissement de la population pénale et de la mort en prison. Néanmoins, la réalité s'est avérée beaucoup plus complexe que cela, et les enjeux sociétaux actuels sont venus gommer progressivement l'empreinte humaniste de ce dispositif.

¹⁶⁹ HERZOG-EVANS Martine, *L'AP-HP doit trouver un hébergement au malade ayant bénéficié d'une suspension médicale de peine* (TA Paris 13.06.2007, n°0707596). AJ Pénal 2007, p.447.

PARTIE II : LE DÉVOIEMENT PROGRESSIF DE LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : L'ÉVOLUTION VERS UN DISPOSITIF SÉCURITAIRE ET RESTRICTIF.

Malgré des valeurs humanistes et un caractère évolutif persistant, on remarquera que certaines dispositions intervenues a posteriori sont venues restreindre l'accès à ce dispositif innovant (**Chapitre 1**), obligeant ainsi l'administration pénitentiaire à s'adapter aux publics mourants qu'elle se devait alors de prendre en charge au sein de ses établissements (**Chapitre 2**).

CHAPITRE 1 : L'exclusion de la suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction.

Très rapidement après la mise en œuvre du dispositif de suspension de peine pour motif médical, est apparue une restriction importante. En effet, la loi du 12 décembre 2005¹⁷⁰ est venue interdire la suspension de peine en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction. Cette modification de la lettre initiale du dispositif de suspension de peine semble être le fruit d'une exigence galopante de sécurité au sein de la société (**Section 1**), qu'il a alors fallu traduire concrètement au travers d'évaluations de dangerosité (**Section 2**).

Section 1 : La gestion du risque en réponse aux exigences sociétales de sécurité.

Aujourd'hui, les exigences sécuritaires de la société, et leur traduction politique, sont telles (§ 1), qu'elles se répercutent directement, notamment en ce qui concerne la matière pénitentiaire (§ 2).

¹⁷⁰ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales. J.O.R.F, 13 décembre 2005.

§ 1 : L'exigence d'une société sans risque.

L'évolution des sociétés, vers une société du risque zéro (A), a vraisemblablement participé à la création d'un terreau favorable au développement du populisme pénal (B).

A- D'une société du risque zéro ...

Il convient de noter avant toute chose, une différence essentielle entre les deux termes de « risque » et « danger ». Car lorsque le premier renvoie à « un danger sans cause, accidentel »¹⁷¹, le second qui vient du latin *dominarium* implique quant à lui « la présence d'une volonté adverse qui contraint l'individu »¹⁷². Néanmoins, M. Jean-Jacques VITRAN, membre du bureau national de la Ligue des droits de l'homme (LDH) précise qu'aujourd'hui, il n'y a plus « de risques sans cause ni responsabilité »¹⁷³. Et, au fur et à mesure des crises venant frapper nos sociétés, et d'une prise de conscience progressive par la population des dangers technologiques, environnementaux, liés à la santé, aux transports, ou au terrorisme, etc., cette quête du risque zéro n'aura de cesse de s'accroître. Au cœur de cette recherche du risque zéro, « l'angoisse existentielle de notre fin programmée qui exacerbe le besoin de sécurité »¹⁷⁴. Or, outre le fait que « la notion de risque zéro paraît à l'évidence fortement marquée par l'utopie »¹⁷⁵, il convient de préciser qu'il s'agit d'une notion à double face. Car, si une première face peut être qualifiée d'objective, puisqu'elle sera « évaluée par des probabilités »¹⁷⁶, la seconde totalement subjective sera « affaire de perception, d'imagination, de représentation sociale et de politique »¹⁷⁷. Et c'est par l'influence de cette subjectivité que l'on peut davantage comprendre la différence de perception du risque. Par exemple, on trouvera des fumeurs qui assument un risque scientifiquement établi, là où la société ne peut supporter certains risques que la science n'a pourtant pas pu évaluer en terme d'importance, de causes ou de facteurs aggravants.

¹⁷¹ VITRAN Jean-Claude. *La dictature du risque zéro*. Hommes et Libertés, n°154, avril-mai-juin 2011, p. 23.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ CHEVALLIER-LE GUYADER Marie-Françoise, *Le risque zéro entre peur, précaution et utopie sociale*. Institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie, 8 février 2013. [<https://www.ihest.fr/les-formations/le-cycle-national/cycles-nationaux-precedents/cycle-national-2012-2013/programme/le-risque-zero-entre-peur>] (page consultée le 10 août 2018).

¹⁷⁶ *Ibidem*.

¹⁷⁷ *Ibid.*

La perception du niveau de risque par la population pourra alors en être réellement biaisée lorsque les hommes politiques, appuyés éventuellement par certains médias, « se transforment en gestionnaires des risques et en réactifs compassionnels »¹⁷⁸.

B- ... au populisme pénal.

Lorsqu'il évoque le « populisme pénal » en 2005, M. Denis SALAS, magistrat, déplore « l'obsession sécuritaire qui ronge petit à petit une philosophie pénale construite sur un équilibre entre tendance à la répression et tendance à la clémence »¹⁷⁹. Selon l'auteur, il semble que cela conduise le pays à en oublier « les voies d'une authentique sécurité »¹⁸⁰. Car il explique que l'insécurité qui est à la base un problème pour la société, va progressivement devenir une solution pour certains dirigeants politiques sachant pertinemment qu'ils ne pourraient influencer sur le cours des choses durant leur mandat. Ainsi, l'expression de « populisme pénal » évoquerait l'idée selon laquelle « le pouvoir [...] instrumentaliserait la demande sécuritaire au point d'en faire un outil politique »¹⁸¹, et construirait alors « l'imaginaire d'insécurité sociale dont il se repaît pour exister »¹⁸². C'est ainsi que M. Michel POLLET, professeur d'histoire moderne, parlera quant à lui de populisme pénal « contre l'Etat de droit »¹⁸³ en titrant ainsi son article. Car s'agissant précisément de la recherche de risque zéro et du besoin de sécurité de la population, M. Denis SALAS indique qu'elle se trouve désormais davantage fondée sur la peur que sur une recherche de bien-être commun, ce qui a conduit progressivement à perdre de vue « les idéaux humanistes et démocratiques qui ont fondé le droit de punir »¹⁸⁴. Or, la perte de ces idéaux conduit indéniablement à réduire le délinquant « à un risque dont il faut se préserver », et à faire une place de plus en plus grande à la victime au sein du procès pénal.

¹⁷⁸ VITRAN Jean-Claude. *Op. cit.* p.35 note 171.

¹⁷⁹ SALAS Denis. *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal.* Fayard, collection Pluriel, décembre 2010. 288 pages.

¹⁸⁰ SALAS Denis, *Gare au populisme pénal.* Libération. 24 juin 2005.

[http://www.liberation.fr/tribune/2005/06/24/gare-au-populisme-penal_524573] (page consultée le 21 avril 2018)

¹⁸¹ VITRAN Jean-Claude. *Op. cit.* p.35 note 171.

¹⁸² PORRET Michel. *Le populisme pénal contre l'Etat de droit.* Médiapart. 17 juillet 2012. [<https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/170712/le-populisme-penal-contre-letat-de-droit>] (page consultée le 21 avril 2018).

¹⁸³ *Ibidem.*

¹⁸⁴ SALAS Denis, *Op. cit.* note 180.

Tenant compte de ces données, il n'est alors pas surprenant, que cette volonté sécuritaire aie trouvé une retranscription lors des dernières réformes pénales, ainsi qu'en matière de politique pénitentiaire.

§ 2 : Les répercussions en matière de politique pénale et pénitentiaire.

La demande sécuritaire de la société relayée par certains politiques a favorisé l'inflation carcérale et le maintien de l'emprisonnement au paroxysme de la sanction pénale (A). On ne s'étonnera donc pas de l'ajout d'une limitation législative, dans le cas précis de la mesure de suspension de peine pour motif médical (B).

A- Le maintien de l'emprisonnement, comme peine de référence.

Au cours de l'année 2016, 287 511 des 582 142 condamnations pénales prononcées¹⁸⁵ étaient des condamnations à de la réclusion criminelle (1 102) ou à de l'emprisonnement (286 409), ce qui représente 49,38% des condamnations pénales sur l'année 2016. L'emprisonnement peut certes être prononcé pour tout ou partie ferme, et donc potentiellement faire l'objet d'un aménagement de peine postérieur. Néanmoins, cette possibilité reste à la discrétion du Parquet et des politiques pénales mises en œuvre. De plus, cela démontre la demande sociétale de voir prononcer initialement au moins, une peine d'emprisonnement. De même, l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, notait dans son rapport annuel pour l'année 2016¹⁸⁶, que l'évolution du nombre de personnes placées sous écrou avait été multiplié par 1,3 en dix ans.

Cette idée d'enfermement, d'éloignement, d'isolement de la personne de la sphère sociale dans un but d'amendement est ancienne. Ainsi dès la fin du 18^{ème} siècle, « la prison est devenue ce lieu d'exclusion de ceux qui ont trahi le pacte social et en même temps l'espace reclus dans lequel le condamné va devoir se réformer, s'amender »¹⁸⁷. De même, dès la réforme Amor de 1945, l'emprisonnement a « pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné ». Puis, l'alinéa 2 de l'article 728 CPP avant sa

¹⁸⁵ Ministère de la Justice. *Op. cit.* p.4 note 19. p. 18.

¹⁸⁶ Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, Rapport annuel. *Les personnes prises en charge par l'Administration Pénitentiaire.* Janvier 2017. 13 pages.

¹⁸⁷ SCHMITZ Julia (Sous la direction de), Actes du colloque *Le droit à la réinsertion des personnes détenues.* 28 et 29 janvier 2016, Toulouse I Capitole, p. 19.

modification par la loi de 1987¹⁸⁸ énonçait que le régime d'exécution des peines visait à « favoriser l'amendement des condamnés et à préparer leur reclassement social ». L'Art. 130-1 du Code Pénal, issu de la loi du 15 août 2014¹⁸⁹, fait de nouveau directement référence à la notion d'amendement du condamné, et procède même à une « interversion de l'ordre de la sanction »¹⁹⁰. En effet, cet article énonce que la peine a d'abord pour fonction de sanctionner, puis de favoriser l'amendement, et l'insertion ou la réinsertion. Malgré tout, la loi du 15 août 2014 est venue affirmer via l'article 132-19 CP, le caractère subsidiaire et en dernier recours de la peine d'emprisonnement, et par là même favoriser les alternatives à l'incarcération. En effet, cet article précise qu'une telle peine ne doit être prononcée que si nécessaire, en tenant compte de « la gravité de l'infraction, [...] de la personnalité de son auteur [...] et si toute autre sanction est manifestement inadéquate ». Cependant, reste que le législateur n'est pas maître de la mise en œuvre de ses préconisations législatives. Et d'autre part, ces peines alternatives à l'incarcération, restent toujours liées à l'emprisonnement en cas d'échec, ce qui conduisait M. Guillaume BEAUSSONIE, professeur de droit, à écrire que « la prison reste le cœur du système punitif français »¹⁹¹.

B- La limitation de l'accès à la suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction.

Initialement, la lettre de l'Art. 720-1-1 CPP n'exigeait pas des juridictions qu'elles vérifient si l'élargissement du condamné présentait un risque. On imagine en effet raisonnablement que, dans l'esprit du législateur, l'état du condamné malade était tel « que sa dangerosité s'en trouvait fortement réduite »¹⁹². La question restait tout de même présente, dans la mesure où pour des détenus malades mais non mourants, un risque pouvait persister.

C'est alors qu'une limitation a été apportée, en premier lieu par la jurisprudence. Pour exemple, s'agissant de l'affaire PAPON, le JAP avait rejeté la demande au motif

¹⁸⁸ Loi N°87-432, du 22 juin 1987, relative au service public pénitentiaire.

¹⁸⁹ Loi N° 2014-896, du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. J.O.R.F, 17 août 2014.

¹⁹⁰ SCHMITZ Julia (Sous la direction de). *Op. cit.* p.37 note 187.

¹⁹¹ BEAUSSONIE Guillaume, *Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales*. RSC 2014, p. 809.

¹⁹² HERZOG-EVANS Martine, *La suspension de peine médicale de Maurice Papon*. Recueil Dalloz 2002, p. 2893.

notamment que sa libération entraînerait un trouble à l'ordre public. A l'inverse la Cour d'Appel avait accordé la suspension de peine pour motif médical¹⁹³, estimant que compte tenu de son âge et de son état de santé, la libération de M. PAPON n'était « pas de nature à troubler l'ordre public »¹⁹⁴. Mme Martine HERZOG-EVANS, professeur de droit et de criminologie, écrira alors, que « malgré la violation de la loi que constitue l'ajout de la condition d'ordre public par rapport à la lettre de l'article 720-1-1, il nous semble que celui-ci est acceptable à condition d'être cantonné à sa composante minimale, la sécurité publique »¹⁹⁵, à savoir « la dangerosité propre du condamné et le risque de récidive qu'il présente »¹⁹⁶ et non « les réactions de l'opinion publique à la libération du condamné »¹⁹⁷. Le procureur général forma alors un pourvoi contre cette décision, mais la Cour de cassation rejettera ce pourvoi le 13 février 2003, en affirmant que l'Art. 720-1-1 CPP « ne fixe aucune condition tenant à la nature des infractions sanctionnées ou à l'existence d'un risque de trouble à l'ordre public »¹⁹⁸. Dans la même lignée, une circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces en date du 7 mai 2003, appelait les Parquets à être vigilants aux détenus éligibles à une mesure de suspension de peine pour motif médical, et indiquait qu'ils pouvaient « examiner la question de l'opportunité d'une mesure de suspension de peine au regard des nécessités de l'ordre public »¹⁹⁹.

Lors du vote de la loi du 9 mars 2004²⁰⁰, l'Assemblée Nationale rejettera la proposition du Sénat visant à restreindre l'accès au dispositif de suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction. Néanmoins, l'Art. 707 CPP²⁰¹ issu de cette loi, grâce à une formulation relativement large, permettait toutefois aux juridictions de prendre en compte les « intérêts de la société » ainsi que le risque de récidive.

¹⁹³ CA Paris, 13^{ème} chambre B, 18 septembre 2002.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.38 note 192.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ Cass. Crim. 13.02.2003, n°02-86.531.

¹⁹⁹ HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.20 note 99. p. 661.

²⁰⁰ Loi N°2004-204, du 09 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, dite « loi Perben II ». J.O.R.F, 10 mars 2004.

²⁰¹ Art. 707, al.2 CPP (version en vigueur au 01.01.2005) : L'exécution des peines favorise, dans le respect des intérêts de la société et des droits des victimes, l'insertion ou la réinsertion des condamnés ainsi que la prévention de la récidive.

Et, malgré l'existence de cette disposition, le législateur viendra restreindre l'accès au dispositif de suspension de peine pour motif médical, au travers de la loi du 12 décembre 2005²⁰². En effet, sera insérée à l'Art. 720-1-1 CPP dès l'alinéa 1, la proposition qu'avait faite le Sénat en 2004, l'article commencera même par ces mots « sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction », signe s'il en était besoin de l'importance que le législateur souhaite que les juridictions portent à ce critère restrictif.

Afin de prendre en compte cette exigence nouvelle, les juridictions tenteront d'évaluer au mieux ce risque grave de renouvellement de l'infraction²⁰³, et se tourneront pour cela vers des évaluations de dangerosité.

Section 2 : La gestion du risque par l'évaluation de la dangerosité.

Devant l'exigence de motivation des décisions judiciaires, et dans le souci d'objectiver leur évaluation, les juridictions de l'application des peines se sont naturellement tournées vers les expertises d'évaluation de la dangerosité (§ 1). Toutefois, on ne peut ici faire l'impasse sur les limites et les enjeux de leur mise en œuvre actuelle (§ 2).

§ 1 : La nécessité d'objectiver les évaluations du risque grave de renouvellement de l'infraction.

Si l'on prend conscience des représentations et biais cognitifs en matière d'appréciation du risque de récidive des personnes incarcérées (A), notamment suite à une longue peine, ou suite à une infraction à caractère sexuel, il semble alors évident de tenter d'objectiver au maximum son appréciation de la dangerosité (B).

A- Les représentations et biais cognitifs en matière d'appréciation du risque.

Médiapart souligne dans un article du 12 juillet 2012²⁰⁴, que « les solutions populistes répondent au « bon sens populaire » : enfermer à vie des justiciables qui ont

²⁰² Loi n° 2005-1549, du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales. J.O.R.F, 13 décembre 2005.

²⁰³ Cf. entretien avec Mme GIL, Vice-Présidente du Service de l'Application des peines en Annexe 3.

²⁰⁴ PORRET Michel. *Op. cit.* p.36 note 182.

commis un crime grave »²⁰⁵, et ainsi « sécuriser l'espace public en luttant contre le « laxisme » de la justice et de la police »²⁰⁶. Il semble alors aisé de se laisser embarquer par cette logique, et M. LAMEYRE Xavier écrit à propos des auteurs d'infractions sexuelles, public particulièrement représenté parmi la population éligible à la suspension de peine pour motif médical, que « les juridictions de jugement et d'application des peines se départissent difficilement d'une forme de précaution judiciaire qui consiste à enfermer longtemps les auteurs dans l'espoir de protéger durablement les victimes »²⁰⁷. Il ajoutera, que pour oser et permettre leur retour au sein de la société, il convient de « résister à la démesure », et que « ceux qui font vivre l'institution judiciaire, n'oubliant pas les vertus cardinales de leur mission - courage, tempérance et prudence - ne soient pas assourdis par les solutions définitives prônées par l'opinion »²⁰⁸.

En 1997, le Ministère de la Justice consacrait un bulletin statistique à la récidive des crimes et délits sexuels²⁰⁹. Selon l'étude menée, « les taux de récidive des condamnés pour viol varient entre 2,5% et 4% selon l'année étudiée »²¹⁰, et l'auteur de préciser que « de tels taux relativisent l'idée selon laquelle la plupart des violeurs récidivent après leur libération »²¹¹. En 2010, une nouvelle publication chiffre le taux de récidive ou de réitération en matière de viol à 2,7%²¹². Ainsi, peut-on considérer aux vues de ces chiffres, que même s'il ne doit pas être occulté ou minimisé, le taux de récidive en matière d'infractions sexuelles est relativement peu élevé. M. Denis SALAS écrit quant à lui s'agissant des délinquants sexuels, que « pour eux, la prison est le plus souvent un lieu où il ne se passe rien. Or, nous savons que leur taux de récidive est infiniment plus faible que pour d'autres infractions et diminue quand il y a un véritable suivi »²¹³. Enfin, Mme Martine HERZOG-EVANS rappelle que conformément à l'idéal humanisme qui avait précédé la rédaction de l'Art.720-1-1 CPP en 2002, le législateur avait estimé que l'état

²⁰⁵ *Ibidem.*

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ LAMEYRE Xavier, *La préhension pénale des auteurs d'infractions sexuelles*. AJ Pénal 2004, p. 54.

²⁰⁸ *Ibidem.*

²⁰⁹ BURRICAND Carine, *La récidive des crimes et délits sexuels*. Infostat Justice, Bulletin d'information de la sous-direction de la statistique, des études et de la documentation n°50, décembre 1997.

²¹⁰ *Ibidem.*

²¹¹ *Ibid.*

²¹² CARRASCO Valérie, TIMBART Odile, *Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération*. Infostat Justice, Bulletin d'information statistique n°108, septembre 2010.

²¹³ SALAS Denis. *Op. cit.* p.36 note 180.

de santé du demandeur de la suspension de peine pour motif médical « est tel que sa dangerosité s'en trouve fortement réduite »²¹⁴.

Aussi, afin de se prémunir contre les représentations communes, et de ne pas verser vers « un déséquilibre entre l'objectif de « contrôle du crime » porté par la voix des victimes et l'ambition d'humanisation et d'individualisation à l'égard du condamné »²¹⁵, les juridictions tenteront d'objectiver leur appréciation au travers d'expertises.

B- Le recours aux expertises.

Si cette recherche d'objectivité et de neutralité, en faisant appel à un intervenant extérieur à la juridiction, qui aura ensuite la lourde tâche de déterminer si la personne détenue pourra prétendre à une mesure de suspension de peine pour motif médical est tout à fait louable, la première difficulté sera de déterminer précisément ce qu'il conviendra d'évaluer au travers des expertises. S'agissant ici d'expertises post-sentencielles, puisque la personne évaluée a déjà été reconnue coupable et condamnée, la question centrale posée à l'expert sera celle de « l'évaluation de la dangerosité criminologique et du risque de récidive »²¹⁶. Selon l'Académie nationale de médecine (ANM) et le Conseil national des compagnies d'experts de justice (CNEJ), « le concept de dangerosité a fait son entrée officielle dans le droit pénal français à l'occasion de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental²¹⁷ »²¹⁸, puis s'est étendu progressivement à l'ensemble de la population pénale au fil des textes de loi successifs en matière pénale. La dangerosité caractériserait « toute circonstance ou condition potentiellement dangereuse »²¹⁹. M. Roland COUTANCEAU, psychiatre, précise que la dangerosité criminologique se définit comme « l'évaluation d'un risque de récidive d'un sujet ayant commis un premier passage à l'acte, [...] une

²¹⁴ HERZOG-EVANS Martine. *Op. cit.* p.38 note 192.

²¹⁵ SALAS Denis. *Op. cit.* p.36 note 179.

²¹⁶ BARATTA Alexandre, *Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive*. L'information psychiatrique, Volume 87, n°8, octobre 2011, pages 657-662.

²¹⁷ Loi N° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. J.O.R.F, 26 février 2008.

²¹⁸ Académie Nationale de Médecine, Conseil National des Compagnies d'experts de justice. Rapport et recommandations au nom d'un groupe de travail. *Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*. 6 novembre 2012. p. 6.

²¹⁹ *Idem.* p. 5.

évaluation probabiliste d'un risque d'un autre passage à l'acte »²²⁰. A l'inverse, la dangerosité psychiatrique consiste à rechercher « la présence d'un trouble mental »²²¹.

A l'occasion d'un rapport rendu le 6 novembre 2012²²², l'ANM et le CNEJ confirment cette différence et l'évolution notable du rôle de l'expert au fil du temps. Car, là où dans l'ancien code pénal ou dans celui de 1994, le rôle principal de l'expert « était d'apprécier l'irresponsabilité pénale, et *de facto* la dangerosité psychiatrique, il s'agissait en fait d'établir un diagnostic »²²³. Désormais, « avec l'évaluation de la dangerosité l'expert établit un pronostic »²²⁴. Aussi, ce rapport rappelle qu'il s'agit « d'une des missions les plus difficiles qui puisse être confiée à un psychiatre »²²⁵, et il déplore que « le principe de précaution appliqué à l'humain, pourtant par définition imprévisible, conduise à concevoir une prévention absolue du risque. Les experts médecins étant désormais sollicités pour participer à cette utopie du risque zéro »²²⁶.

Ainsi, même si « le lien entre désordre mental et dangerosité n'est pas discutable »²²⁷, ce changement de paradigme laisse entrevoir ses limites.

§ 2 : Les limites de l'évaluation de la dangerosité via les expertises.

Les limites de la mise en œuvre actuelle des évaluations de la dangerosité via les expertises psychiatriques, tiennent à la fois au risque de surévaluation du niveau de dangerosité (A), et aux questionnements actuels quant aux moyens d'en améliorer l'objectivité (B).

²²⁰ COUTANCEAU Roland, *Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme*. L'information psychiatrique, Vol. 88, n°8, octobre 2012, pages 641-646.

²²¹ *Ibidem*.

²²² Académie Nationale de Médecine. *Op. cit.* p.42 note 218. 22 pages.

²²³ *Id.*, p. 6.

²²⁴ *Ibidem*.

²²⁵ *Idem.*, p. 15.

²²⁶ *Id.*, p. 5.

²²⁷ *Id.*, p. 9.

A- Le risque de surévaluation du niveau de dangerosité.

Dans un article de mars dernier²²⁸, l'OIP évoque le travail de thèse de Mme Aude LEROY²²⁹, sociologue, sur les procédures d'aménagement des longues peines. Celle-ci note que « les expertises psychiatriques sont plus facilement défavorables que favorables aux justiciables », car selon elle, « les psychiatres tout comme les juges de l'application des peines ouvrent en effet le parapluie, craignant de faire la une des médias à la suite d'une éventuelle récidive »²³⁰. De même, M. Alexandre BARATTA, expert psychiatre, explique que répondre dans une expertise « qu'un risque de récidive existe ou n'existe pas est un non-sens. En effet, un tel risque de récidive existe virtuellement chez tous les sujets condamnés. Prétendre que ce risque est nul va à l'encontre des données »²³¹ de la littérature en la matière.

M. Alexandre BARATTA explique que ces « évaluations sont dans la grande majorité des cas uniquement cliniques »²³². Or, la méthode clinique est aujourd'hui critiquée « quant à sa capacité à prédire la dangerosité »²³³, puisque des méta-analyses²³⁴ publiées par des chercheurs spécialistes²³⁵, ont démontré que « les évaluations cliniques ne seraient pas plus précises, concernant le risque de récidive d'un individu, que le simple hasard. Leur fiabilité ne dépasserait pas au mieux, un cas sur trois ; au pire un cas sur sept »²³⁶. De même, des chercheurs américains ont ainsi montré²³⁷ par des études plus récentes, que les évaluations « se fondant exclusivement sur leurs observations cliniques (comme c'est le cas en France), se trompent deux fois sur trois en accentuant le risque de récidive »²³⁸.

²²⁸ SAETTA Sébastien, *Comment les psy ont investi le pénal, et pourquoi c'est un problème*. Dedans-Dehors n°99, mars 2018, p. 40.

²²⁹ LEROY Aude, *Patientez en prison. La construction des itinéraires carcéraux en centre de détention*. 2016. Thèse soutenue le 18 novembre 2016 à Paris.

²³⁰ *Ibidem*.

²³¹ BARATTA Alexandre. *Op. cit.* p.42 note 216. p. 660.

²³² *Idem*. p. 661.

²³³ MOULIN Valérie, PALARIC Ronan, GRAVIER Bruno. *Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités ? L'information psychiatrique*, Volume 88, n°8, octobre 2012, pages 617-629.

²³⁴ Démarche scientifique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné.

²³⁵ Notamment des études de M. MONAHAN J. publiées en 1981 et 1994, de GROVE W.M. publiée en 1996, ou de BONTA J. en 1998

²³⁶ MOULIN Valérie, PALARIC Ronan, GRAVIER Bruno. *Op. cit.* note 233.

²³⁷ Monahan J., Seadman H.J., Appelbaum P.S. et al., 2001, *Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence*, New York, Oxford University Press. In SAETTA Sébastien, *Op. cit.* note 228.

²³⁸ SAETTA Sébastien. *Op. cit.* note 228.

Ainsi, le caractère aléatoire des prédictions cliniques sur la récidive aurait tendance à conduire les professionnels à « une surestimation de la dangerosité criminologique via des données psychopathologiques non associées statistiquement »²³⁹. C'est pourquoi, le discours du nécessaire développement d'études scientifiques en France, et de l'utilisation d'outils actuariels, se fait de plus en plus entendre.

B- Le questionnement quant aux moyens d'améliorer l'objectivité des évaluations de dangerosité.

Parmi les moyens évoqués pour l'amélioration de la fiabilité des évaluations en matière de dangerosité criminologique, de nombreux auteurs défendent la nécessité de développer les études et recherches en la matière. Car, « de nombreux travaux dénoncent les fondements peu scientifiques des évaluations prospectives de la dangerosité d'une personne »²⁴⁰, et Mme Martine HERZOG-EVANS le rappelle dans un article de 2012, actuellement encore, « l'évaluation « à la française », [...] ne repose pas sur les données acquises de la science »²⁴¹. Pourtant, le rapport de la commission santé-justice publié en 2005, préconisait déjà de développer et d'approfondir les études et recherches sur des sujets essentiels tels que « les indicateurs de toutes les formes de dangerosité », et « l'évaluation de ces dangerosités »²⁴². Et, M. Alexandre BARATTA explique pour sa part que des facteurs « non cliniques entrent dans l'estimation d'une telle dangerosité criminologique »²⁴³. Ainsi, selon lui, seule une recherche précise des facteurs de risque validés par la littérature scientifique permet l'obtention d'une réponse graduée et fiable. Pour exemple, il explique que s'agissant du déni des faits commis, de la minimisation ou banalisation de ceux-ci, du manque d'empathie envers la victime, ou encore du manque d'implication dans une démarche de soins, critères pourtant fréquemment retenus pour

²³⁹ BARATTA Alexandre. *Op. cit.* p.42 note 216. p. 660.

²⁴⁰ C. Mormont (dir.), *Les délinquants sexuels. Théories, évaluation et traitements*, Frison-Roche, coll. Psychologie vivante, p.67-75 ; N. Przygodzki-Lionet et C. Dupuis-Gauthier, *La dangerosité : émergence d'une notion et critiques d'un concept*, Forensic, n° 15, juill.-sept. 2003, p. 15-19 ; J.-L. Viaux, *Psychologie légale*, Frison-Roche, coll. Psychologie vivante, p. 117-142. In LAMEYRE Xavier, *La préhension pénale des auteurs d'infractions sexuelles*. AJ Pénal 2004, p. 54.

²⁴¹ HERZOG-EVANS Martine, *Outils d'évaluation : sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique*. AJ Pénal 2012, p. 75.

²⁴² BURGELIN Jean-François (présidée par), Rapport de la commission santé-justice. *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*. Juillet 2005. p. 32.

²⁴³ BARATTA Alexandre. *Op. cit.* p.42 note 216. p. 661.

évaluer la dangerosité, aucun d'eux n'a pu être à ce jour validé et relié au taux de récurrence par les études internationales.

Pourtant, à l'inverse, la promotion des outils actuariels découlant de ces études et recherches ne fait pas l'unanimité. En effet, la première difficulté évoquée est que la plupart des outils et bases de données « sont d'origine anglo-saxonne ou nord-américaine et ne sont donc pas validés sur une population française »²⁴⁴. Autre crainte régulièrement évoquée, est celle de la disparition de l'individu au profit d'une combinaison de facteurs, la clinique de la rencontre disparaissant au profit « d'une référence à une catégorie d'individus à risque dans une approche purement objectivante »²⁴⁵. Comme le souligne M. BARATTA, la solution réside peut-être alors dans une combinaison, entre une évaluation clinique « indispensable, mais pas suffisante »²⁴⁶, et la recherche d'autres facteurs non cliniques via les outils actuariels.

Cette restriction importante de l'accès au dispositif de suspension de peine pour motif médical, en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction, et les questionnements et limites qu'il pose en pratique, n'ont fait qu'accentuer le faible nombre de prononcés de cette mesure. Aussi, l'administration pénitentiaire n'a eu alors d'autre choix que de tenter de s'adapter à cette population carcérale vieillissante, parfois dépendante, voire mourante.

²⁴⁴ MOULIN Valérie, PALARIC Ronan, GRAVIER Bruno. *Op. cit.* p.43 note 233. p. 623.

²⁴⁵ *Idem.*, p.625.

²⁴⁶ BARATTA Alexandre. *Op. cit.* p.42 note 216. p. 660.

CHAPITRE 2 : Les tentatives de prise en compte de l'état de santé par l'administration pénitentiaire, marqueur d'une nécessité d'aménagement du modèle actuel.

Devant la recrudescence du nombre de personnes incarcérées vieillissantes, malades chroniques, dépendantes, voire mourantes, l'administration pénitentiaire tente de prendre en compte les spécificités de ces publics (**Section 1**), ce qui pose naturellement la question de savoir si des alternatives au dispositif de suspension de peine pour motif médical ne seraient pas nécessaires (**Section 2**).

Section 1 : Les tentatives de prise en compte de l'état de santé par l'administration pénitentiaire.

Afin de s'adapter aux difficultés quotidiennes des personnes vieillissantes souffrantes, en perte d'autonomie, et en fin de vie, l'administration pénitentiaire tente d'aménager les conditions de détention (§ 1), ou lorsque la personne détenue nécessite davantage de soins médicaux ou des examens plus poussés, envisage un transfert vers une Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) (§ 2).

§ 1 : Les tentatives d'aménagement des conditions de détention.

Parmi les initiatives d'améliorations les plus fréquemment rencontrées au sein des établissements pénitentiaires concernant les détenus malades et/ou vieillissants, on peut noter l'aménagement du lieu de vie (A) et l'amélioration de la prise en charge au quotidien (B).

A- Les tentatives d'aménagement du lieu de vie.

Face à un détenu vieillissant malade, dont on observe le plus souvent des difficultés importantes pour se mouvoir, très rapidement se pose la question de l'adaptabilité de la cellule. Ainsi, précisément ici, plus que la question de la réponse médicale apportée à l'état de santé, c'est celle des simples conditions matérielles de détention qui est abordée. Car sur ce terrain là aussi, la CEDH se montre vigilante à ce que les conditions de détention restent conformes à la dignité humaine, s'agissant d'un

droit « absolu »²⁴⁷ pour la Cour. Elle a ainsi considéré qu'un détenu ne pouvant se déplacer et notamment quitter sa cellule par ses propres moyens constituait un traitement dégradant au sens de l'Art. 3 de la Conv. EDH.

Dans un document de septembre 2016²⁴⁸, la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) indique que depuis 2000, l'administration « a engagé des réformes et des aménagements visant à améliorer les conditions d'hébergement et de détention des personnes détenues en situation de grande fragilité physique »²⁴⁹. Pourtant, les rédacteurs reconnaissent quelques lignes plus bas, que la situation varie beaucoup selon les établissements pénitentiaires à l'architecture très diverse. Pour exemple, selon une étude de la DAP²⁵⁰, sur 189 établissements, seuls 90 « indiquent bénéficier de places aux normes PMR²⁵¹ et/ou de cellules adaptées »²⁵², dont la plupart sont des établissements récents ou rénovés. A l'inverse, s'agissant des bâtiments anciens, « la situation est moins favorable aux personnes en perte d'autonomie, malades et en fin de vie »²⁵³. M. Philippe COMBESSIE, sociologue, note ainsi que les architectes des plus anciennes prisons « n'ont en général pas prévu les déplacements, en prison, des personnes à mobilité réduite »²⁵⁴. On y trouve donc peu de cellules PMR, la plupart étant exigües, et peu ou pas d'ascenseurs mais de nombreux escaliers. Les personnes âgées en perte d'autonomie, se déplacent donc peu à l'intérieur de l'établissement, elles ne vont que dans certains lieux de la détention, et pour certains, « la cellule est un lieu refuge »²⁵⁵. Tout cela accentue encore l'évolution de la maladie, et participe à favoriser la perte d'autonomie des personnes vieillissantes malades.

²⁴⁷ CERE Jean-Paul, *La détention d'une personne handicapée constitue un « traitement dégradant »* (CEDH 24.10.2006, *Vincent c/ France*, n°6253/03). AJ Pénal 2006, p. 500.

²⁴⁸ RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline, *Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°41, septembre 2016. 7 pages.

²⁴⁹ *Idem.*, p. 3.

²⁵⁰ DAP, Bureau PMJ2, « Bilan de l'enquête dépendance », 2013, p 4.

²⁵¹ Personnes à mobilité réduite

²⁵² RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline, *Op. cit.* note 248. p. 3.

²⁵³ *Ibidem.*

²⁵⁴ COMBESSIE Philippe. *Sociologie de la prison*. Editions La Découverte, collection Repères. 3ème édition, 2016. p. 34.

²⁵⁵ TOURAUT Caroline, DESESQUELLES Aline, *La prison face au vieillissement, Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*. Mission de Recherche Droit et Justice (GIP). Synthèse du rapport final. Mai 2015. p. 9.

B- Les tentatives d'amélioration de la prise en charge quotidienne.

Parallèlement au constat du faible nombre de cellules aménagées pour les détenus malades et/ou en fin de vie, on remarque également que l'intervention de personnels extérieurs pour aider ces détenus à réaliser leur toilette ou le ménage de la cellule s'avère très compliquée. Pourtant, une des avancées majeures de la loi pénitentiaire de 2009, a été la reconnaissance du droit pour les détenus aux prestations de soutien offertes par les départements, notamment celles relatives à l'intervention d'auxiliaires de vie. Néanmoins, la DAP reconnaît elle-même que « ce dispositif est très complexe à mettre en œuvre »²⁵⁶, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la constitution du dossier administratif et financier peut s'avérer longue et fastidieuse, d'autant que les détenus auront besoin de l'aide du personnel de l'administration pénitentiaire, pas toujours formé à ces démarches. Ensuite, la question du coût peut également poser difficulté, en cas de reste à charge pour le détenu, se trouvant le plus souvent avec de très faibles ressources. Enfin, l'administration territoriale elle-même, peu habituée à ce type de prise en charge, peut se montrer réticente à la mise en place de ces prestations. Ainsi, la cadre de santé de l'Unité sanitaire de niveau 1 (USN1) du Centre pénitentiaire (CP) du Havre, rencontrée en juin dernier nous expliquait que le projet de convention quadripartite travaillée entre l'établissement, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le Groupe hospitalier du Havre représentant l'USN1 et une association proposant des prestations d'aide à la personne²⁵⁷, n'a jamais pu aboutir et être signée, faute d'accord entre les parties sur les modalités de mise en œuvre pratique²⁵⁸. Autre difficulté mentionnée par la cadre de santé ainsi que dans le document de la DAP²⁵⁹ est, la crainte, les réticences, voire la peur de certains soignants extérieurs à intervenir au sein d'un établissement pénitentiaire auprès de personnes incarcérées parfois pour de très longues peines²⁶⁰. Cette difficulté est d'autant plus prégnante, qu'il s'agit alors de soins portant à l'intimité de la personne.

Il arrive alors régulièrement que ce soit les codétenus eux-mêmes qui accompagnent les détenus vieillissants malades dans leurs gestes du quotidien, ce qui soulève alors de nombreuses questions éthiques. Le rapport de la mission de recherche droit et justice paru

²⁵⁶ RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline. *Op. cit.* p.48 note 248. p. 3.

²⁵⁷ Cf. modèle de la convention quadripartite en Annexe 4.

²⁵⁸ Cf. entretien avec l'équipe soignante de l'USN1 du CP du Havre en Annexe 5.

²⁵⁹ RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline, *Op. cit.* p.48 note 248. p. 4.

²⁶⁰ Cf. entretien avec l'équipe soignante de l'USN1 du CP du Havre en Annexe 5.

en 2015²⁶¹, mentionne d'ailleurs que « les professionnels expriment quasi unanimement leur malaise face à cette situation tant elle soulève de questions »²⁶². En effet, au-delà du fait que ces codétenus de « bonne volonté » ne sont pas toujours rémunérés, il convient de préciser qu'ils sont rarement formés pour effectuer « des gestes qui nécessitent pourtant des précautions afin de ne pas blesser la personne ou la placer dans une position susceptible d'être douloureuse »²⁶³. Enfin, « la dissymétrie des relations aidé-aidant porte potentiellement un certain nombre de risques »²⁶⁴, se trouvant nécessairement accrus dans l'espace clos que représente la prison. Ainsi, les risques de chantage ou de racket sur la personne aidée, mais aussi le risque d'emprise sur l'aidant, se trouvent démultipliés.

Devant les limites de l'adaptation des lieux, et celles en terme de prise en charge au quotidien, mais sans que les conditions d'accès au dispositif de suspension de peine pour motif médical ou à tout autre aménagement de peine soient nécessairement remplies, l'administration pénitentiaire envisagera parfois un transfert vers une structure hospitalière pénitentiaire.

§ 2 : Les transferts en structure hospitalière pénitentiaire.

Lorsqu'un détenu nécessite des soins médicaux poussés ou des examens spécifiques, les équipes médicales au sein des établissements pénitentiaires peuvent proposer un transfert vers une UHSI. Toutefois, on observe de nombreux freins à ces transferts (A), et lorsqu'il s'agit de la prise en charge d'une personne en fin de vie, cela peut en outre poser des difficultés de prise en charge à l'UHSI (B).

A- Les freins aux transferts en UHSI.

C'est l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées²⁶⁵ qui a créé ce nouveau type d'unités. La première unité fût inaugurée en février 2004 à Nancy, et on en dénombre huit à ce jour²⁶⁶. Ce sont des unités de médecine polyvalente de court séjour

²⁶¹ TOURAUT Caroline, DESEQUELLES Aline. *Op. cit.* p.48 note 255.

²⁶² *Idem.*, p. 11.

²⁶³ RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline. *Op. cit.* p.48 note 248. p. 4.

²⁶⁴ *Ibidem.*

²⁶⁵ Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. J.O.R.F, 31 août 2000. Cf. document en Annexe 6.

²⁶⁶ A Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Toulouse.

intégrées dans des Centres hospitaliers universitaires (CHU), « avec un double statut : unités fonctionnelles de leur hôpital, mais aussi enceintes pénitentiaires »²⁶⁷. Leur objectif initial est de recevoir des détenus souffrant de pathologies somatiques nécessitant une hospitalisation d'une durée supérieure à 48 heures. Et les patients seront alors pris en charge conjointement par les médecins de l'unité et les spécialistes de l'hôpital.

Mais il n'est pas toujours évident pour les équipes médicales des USN1 de convaincre les détenus d'accepter leur hospitalisation au sein des UHSI. Parmi les freins évoqués lors des refus de transferts vers les UHSI, on observe tout d'abord, l'éloignement géographique. En effet, Mme Aline CHASSAGNE ayant conduit l'étude PARME précise que « l'hospitalisation en UHSI n'est pas un transfert anodin en ce qui concerne le lien de la personne détenue avec sa famille »²⁶⁸. Ainsi, les familles sont soumises à des contraintes géographiques, car certaines vivent parfois loin de l'UHSI. Ainsi, au cours de cette étude, les chercheurs ont pu noter que « les visites des proches restent généralement rares et sont espacées dans le temps »²⁶⁹. Toutefois, comme a pu le préciser le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) suite à la visite d'une UHSI, celles-ci permettent souvent des aménagements plus souples que la détention, en terme « d'organisation et de durée des parloirs »²⁷⁰. Par ailleurs, même en l'absence de famille, ces transferts peuvent être source d'une perte de repères *a minima* pour le détenu, voire d'un sentiment de déracinement. Autre motif de refus des transferts vers les UHSI, est le sentiment de sur-enfermement ressenti par certains détenus. En effet, pour ceux qui pouvaient encore se déplacer au sein de l'établissement pénitentiaire ou de leur coursive, ils observent que les possibilités de mouvement sont plus réduites au sein d'une UHSI, et ce d'autant plus pour les détenus venant d'établissements pour peine. Car au sein de l'UHSI, les portes des chambres restent fermées, et les activités au sein de l'unité se faisant rares, le détenu n'aura que la promenade, ou éventuellement le parloir comme occasion de sortie. Enfin, le fait de ne pouvoir fumer dans les chambres des UHSI²⁷¹,

²⁶⁷ MINO Jean-Christophe, *La médecine pénitentiaire et la prise en charge des patients en fin de vie*. Centre national Fin de vie et Soins palliatifs. 28 mai 2015. [<http://www.spfv.fr/actualites/medecine-penitentiaire-et-prise>] (page consultée en novembre 2017).

²⁶⁸ CHASSAGNE Aline, GODARD-MARCEAU Aurélie, AUBRY Régis. *La fin de vie des patients détenus. Des temporalités incertaines dans un espace contrôlé*. Anthropologie & Santé, n°15, novembre 2017. p. 10.

²⁶⁹ *Idem.*, p. 11.

²⁷⁰ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport de visite de l'UHSI rattachée à l'hôpital Nord de Marseille*. Avril 2009. p. 8.

²⁷¹ Cf. Livret d'accueil de l'UHSI de Rennes en Annexe 7.

comme au sein de toute structure hospitalière, est également source de nombreux refus d'hospitalisation. Comme cela a pu m'être montré lors de ma visite de l'UHSI de Rennes, une cour de déambulation y a été aménagée afin que les détenus puissent y fumer, mais il s'agit de la seule existant en France au sein d'une UHSI. Et, les détenus ne peuvent s'y rendre à leur guise, ils restent soumis aux disponibilités du personnel de surveillance, et aux contraintes de mouvement de ces derniers.

B- La difficile prise en charge des soins palliatifs en UHSI.

Outre les freins qui peuvent être observés aux transferts de détenus vers les UHSI, se pose la question de la mise en œuvre d'une démarche de soins palliatifs au sein de ces unités.

En effet, un point sur lequel le médecin rencontré à l'UHSI de Rennes a souhaité insister, est que le champ d'application de ces unités est la médecine de court séjour, c'est-à-dire pour un temps d'hospitalisation entre dix et douze jours en principe, et ce n'est en aucune manière une unité de soins de suite et de réadaptation ou de soins palliatifs²⁷². Ainsi pour ce médecin, les UHSI ne doivent pas recevoir de patients relevant d'un service de soins palliatifs, ni faire de soins palliatifs. En effet, il estime que les personnes incarcérées ne doivent pas mourir incarcérées, que ces unités à prédominance carcérale ne sont pas prévues pour cela, et il précise que cela lui pose également question du point de vue du sens de la peine²⁷³. Il reconnaît toutefois que certains patients leur étant adressés pour effectuer des examens plus poussés, il n'est pas rare alors de leur diagnostiquer une maladie grave voire mortelle lors de leur séjour au sein de l'UHSI, et de les maintenir alors hospitalisés pour des durées relativement longues au sein de l'unité²⁷⁴.

Selon la loi du 9 juin 1999²⁷⁵, les soins palliatifs sont définis comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage »²⁷⁶. Cette définition met donc l'accent sur l'importance du relationnel (équipe soignante et entourage), du regard de l'autre et du

²⁷² Cf. entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes en Annexe 8.

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ Loi N°99-477, du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. J.O.R.F, 10 juin 1999.

²⁷⁶ Art. L1B CSP.

sentiment d'être entouré au cours des derniers moments de sa vie. Or, lors des échanges avec les soignants réalisés par les chercheurs de l'étude PARME, ceux-ci ont pu faire entrevoir leur grande difficulté à mettre en œuvre ce type de prise en charge au sein d'une UHSI. Ainsi, une cadre de santé expliquait que la contrainte d'ouverture des portes par le personnel de surveillance avait des conséquences directes sur l'accès au patient, et « plus particulièrement sur le travail relationnel »²⁷⁷. En effet, selon elle, les infirmiers ne s'autorisaient pas à demander l'ouverture d'une porte pour un entretien d'aide « parce que du point de vue de l'administration pénitentiaire, faire un entretien d'aide ce n'est pas faire du soin [...], pour eux, c'est discuter avec le détenu donc ce n'est pas considéré comme du soin »²⁷⁸. A l'occasion de cette étude²⁷⁹, un infirmier confiait également son mal-être, expliquant que solliciter un surveillant pour l'ouverture d'une porte, que ce dernier reste derrière la porte, « ça parasite tout. [...] Un soin palliatif ça ne se passe pas comme ça ». Dès lors, les contraintes inhérentes à la mission sécuritaire de l'administration pénitentiaire telles qu'appliquées aujourd'hui au sein des UHSI, semblent difficilement conciliables avec les objectifs de l'accompagnement de fin de vie. On peut ainsi observer des tentatives d'amélioration de la prise en charge des personnes vieillissantes malades ou mourantes. Toutefois, il ne semble pas que cela suffise à prendre en charge l'ensemble des détenus concernés de façon satisfaisante au regard du droit à la dignité des personnes. La question peut alors se poser de la nécessité d'alternatives aux dispositifs actuels.

Section 2 : La nécessité d'alternatives au modèle actuel de suspension de peine pour motif médical ?

Parmi les alternatives envisageables pour les détenus vieillissants malades, on peut dans un premier temps s'interroger sur l'éventualité d'une meilleure accessibilité (§ 1), puis dans un second temps, sur les perspectives d'adaptation du système pénitentiaire actuel afin d'accueillir et de prendre en charge dignement ces personnes (§ 2).

²⁷⁷ CHASSAGNE Aline, GODARD-MARCEAU Aurélie, AUBRY Régis. *Op. cit.* p.51 note 268. p. 7.

²⁷⁸ *Ibidem.*

²⁷⁹ *Ibid.*

§ 1 : Les perspectives d'extension de l'accès à la suspension de peine pour motif médical.

Parmi les possibilités perçues vers une plus grande accessibilité du dispositif de suspension de peine pour motif médical, on peut imaginer une plus grande souplesse du critère de l'engagement du pronostic vital à court terme (**A**), ou une perception plus large de la notion d'état de santé incompatible avec la détention (**B**).

A- Vers la révision de l'exigence de l'engagement à court terme du pronostic vital.

L'exigence posée par la Cour de cassation en 2005, selon laquelle « c'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital »²⁸⁰, restreint en réalité la mise en œuvre pratique du dispositif de suspension de peine pour motif médical à la seule considération de décéder hors les murs. Comme le souligne, M. Jean-Claude BOUVIER, magistrat, « cette approche conduit à réserver la mesure aux seules personnes mourantes »²⁸¹. Car, comme l'indique Mme Martine HERZOG-EVANS, « bien souvent, les médecins ne sont pas en mesure de déterminer, d'une manière suffisamment précise, dans quels délais une personne va décéder »²⁸². De même, les médecins rencontrés évoquent tous leur difficulté de pouvoir établir lors d'une expertise ou sur un certificat médical que le pronostic vital du détenu est engagé à court terme²⁸³. Car comme le notait un rapport du Sénat paru en juillet 2017, si l'ensemble de la littérature en la matière dénonce un état de santé dégradé des personnes détenues par rapport à celui de la population générale, cet état de santé est « encore imparfaitement connu »²⁸⁴. Les médecins ne disposent donc pas d'études épidémiologiques fiables sur lesquelles se baser afin de poser un diagnostic étayé quant à la question du délai restant à vivre à la personne détenue en fonction de sa pathologie. Par ailleurs, la cadre de santé rencontrée à l'UHSI nous expliquait qu'« un patient en fin de vie a des choses à régler (voir des membres de sa famille, certains amis, se rendre dans

²⁸⁰ Cass. Crim. 28.09.2005, n°05-81.010.

²⁸¹ BOUVIER Jean-Claude. *Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait*. Délibérée, juin 2017, p. 54.

²⁸² HERZOG-EVANS Martine, *Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme* (Cass. Crim. 28.09.2005, n°05-81.010). AJ Pénal 2005, p. 461.

²⁸³ Cf. entretien avec l'équipe soignante de l'USN1 du CP du Havre en Annexe 5 et entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes en Annexe 8.

²⁸⁴ LEFEVRE Antoine, *Soigner les détenus : des dépenses sous observation*. Rapport d'Information au nom de la commission des finances du Sénat. Rapport n°682. 26 juillet 2017, p. 9.

certains lieux, réaliser certains souhaits, régler des questions administratives, etc.) avant de partir, ce d'autant plus qu'il est incarcéré »²⁸⁵. Or, elle estime que cela ne se fait pas en 48 heures, et qu'il conviendrait que les personnes puissent quitter le milieu carcéral au minimum quinze jours et dans l'idéal deux mois avant de décéder, afin de partir plus sereinement et plus dignement selon elle²⁸⁶. Pourtant l'ensemble des professionnels rencontrés nous ont fait part de nombreuses situations dans lesquelles les détenus ou patients n'ont quitté l'établissement pénitentiaire ou l'UHSI que quelques jours, voire quelques heures avant de décéder.

Aussi, ce critère pose donc question à nombre de professionnels, et l'on pourrait imaginer comme le proposait le groupe de travail santé-justice en 2013, de « laisser au juge (et donc au médecin) la possibilité d'ouvrir des perspectives qui ménagent la notion de pronostic vital engagé, celui-ci étant compris comme « une fin inéluctable, malgré les soins » »²⁸⁷.

B- Vers une perception plus large de la notion d'état de santé incompatible avec la détention.

Selon l'expérience relatée du Dr Yvain AUGER, chef de service de l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière, les choses sont encore plus compliquées « lorsqu'un patient présente un état de santé durablement incompatible avec la détention [...] sans que son pronostic vital soit engagé à court terme »²⁸⁸. Il cite ainsi pour exemple deux patients, dont l'un porteur d'un cancer en cours de chimiothérapie avec une altération de l'état général, et le second dément. Car se pose alors la question de l'évaluation de cette incompatibilité de l'état de santé avec la détention, et de la référence prise comme repère entre les situations qui seraient compatibles et celles qui ne le seraient pas. Dès 2009, la Cour de cassation avait précisé que cette appréciation devait se faire en recherchant si « les conditions effectives »²⁸⁹ de détention étaient durablement incompatibles avec son état de santé. Pourtant, les professionnels rencontrés et notamment Maître Etienne NOËL, déplorent le peu d'hypothèses où les experts recherchent effectivement les conditions concrètes de

²⁸⁵ Cf. entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes en Annexe 8.

²⁸⁶ *Ibidem*.

²⁸⁷ Groupe de travail Santé Justice, Rapport à Mme la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale*. 20 novembre 2013. p. 16.

²⁸⁸ MINO Jean-Christophe. *Op. cit.* p.51 note 267.

²⁸⁹ Cass. Crim. 07.01.2009, n°08-83.364.

détention au quotidien de la personne en se rendant dans la cellule de cette dernière²⁹⁰. Il lui arrive alors de solliciter une contre-expertise afin de constater sur place les conditions effectives de détention. Par ailleurs, si certaines juridictions estiment que la détention doit être entendue comme « détention ordinaire »²⁹¹, il n'est pas rare que les juridictions se réfèrent à la prise en charge de façon globale, comprenant ainsi les conditions de détention ordinaires mais aussi au sein d'établissements hospitaliers ou d'une UHSI²⁹², comme le note le groupe de travail santé-justice dans son rapport de 2013. A l'inverse, Maître NOËL défend l'idée selon laquelle un détenu dont l'état de santé nécessite des séjours réguliers en milieu hospitalier ou en UHSI est le signe d'une incompatibilité de son état avec la détention, et devrait donc pouvoir bénéficier d'une suspension de peine pour motif médical²⁹³. Enfin, selon le médecin psychiatre rencontrée, un point d'amélioration important selon elle, serait la réelle prise en compte de l'état psychiatrique des détenus pouvant rendre leur état de santé incompatible avec la détention, et ainsi les faire bénéficier d'une suspension de peine pour motif médical²⁹⁴. C'est d'ailleurs ce que Mme Adeline HAZAN, actuelle CGLPL, a pu rappeler à l'occasion du colloque organisé le 25 juin dernier par le Sénat²⁹⁵.

Mais au-delà de ces nécessités d'évolutions législatives ou jurisprudentielles, qui ne semblent pour l'heure pas à l'ordre du jour, se pose donc la question de l'adaptation du système pénitentiaire à la prise en charge de ces publics.

§ 2 : Les perspectives d'adaptation du système pénitentiaire à la prise en charge de ces publics ?

S'agissant de l'adaptabilité du système pénitentiaire, deux visions semblent s'opposer, celle de la création d'unités ou quartiers dédiés au sein des établissements (A), et celle de leur prise en charge par les UHSI (B).

²⁹⁰ Cf. entretien avec Maître NOËL en Annexe 9.

²⁹¹ CHAP de Caen 18.04.2013, n°13/00117.

²⁹² Groupe de travail Santé Justice. *Op. cit.* p.55 note 287. p. 7 et 11.

²⁹³ Cf. entretien avec Maître NOËL en Annexe 9.

²⁹⁴ Cf. entretien avec l'équipe soignante de l'USN1 du CP du Havre en Annexe 5.

²⁹⁵ Colloque « psychiatrie en prison » organisé le 25.06.2018 au Sénat par Mme Esther BENBASSA, sénatrice Europe écologie les verts (EELV) de Paris en partenariat avec l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP).

A- Vers la création d'unités spécifiques pour personnes âgées au sein des établissements pénitentiaires français ?

Il s'agit en effet d'une solution retenue par certains pays. Ainsi, en Angleterre « les textes législatifs incitent à maintenir en prison les personnes détenues quel que soit leur état de santé, [...] ainsi plusieurs prisons ont aménagé des « cellules palliatives » »²⁹⁶. Et dans ce cas précis, les cellules sont plus grandes qu'habituellement et peuvent accueillir des proches. De même, dans l'Etat d'Indiana aux États-Unis, « une unité de soins palliatifs a été spécialement conçue pour les personnes détenues, et est gérée par d'autres détenus volontaires, qui sont formés à l'accompagnement des personnes en fin de vie »²⁹⁷.

M. Jean-Claude BOUVIER écrivait en juin 2017, espérer que les réflexions entreprises concernant l'accueil et l'hébergement à la sortie de personnes vieillissantes malades, voire mourantes ²⁹⁸, « fasse reculer la tentation de la création d'établissements pénitentiaires spécifiques accueillant durablement les personnes âgées, malades ou dépendantes »²⁹⁹. Mais, c'est pourtant ce type d'initiatives que l'on voit poindre également en France aujourd'hui. Ainsi, le centre de détention (CD) de Toul ouvrait ses portes à un journaliste en juillet dernier³⁰⁰, afin de faire visiter cette aile si particulière située au deuxième étage de l'établissement, baptisée « le couloir de la mort », puisqu'y sont hébergés des détenus âgés et dépendants. Les cellules, dont quatre sont médicalisées, y sont plus spacieuses que des cellules classiques, et les détenus disposent de la clé de leur cellule, ceux-ci pouvant circuler librement au cours de la matinée ainsi que l'après-midi. La directrice de l'établissement explique que les activités ont également été adaptées, l'établissement proposant par exemple des ateliers mémoire, de la gym douce, du pilate ou du jardinage. Toutefois, on distingue rapidement les limites de telles unités spécifiques, notamment lorsque l'auxiliaire d'étage ou la directrice de l'établissement évoquent le cas d'un détenu souffrant de la maladie d'Alzheimer : « il est un peu limité,

²⁹⁶ MINO Jean-Christophe. *Op. cit.* p.51 note 267.

²⁹⁷ *Ibidem.*

²⁹⁸ Réflexions entreprises notamment par le groupe de travail santé-justice.

²⁹⁹ BOUVIER Jean-Claude. *Op. cit.* p.54 note 281.

³⁰⁰ FOURNIER Catherine, *Ateliers mémoire, cellules adaptées, aides-soignants... Comment la prison s'adapte à ses vieux détenus.* France Info, Grand Format, 4 juillet 2018. [https://www.francetvinfo.fr/societe/prisons/grand-format-ateliers-memoire-cellules-adaptees-aide-soignants-comment-la-prison-s-adapte-a-ses-vieux-detenus_2848791.html] (page consultée le 24 juillet 2018)

il se trompe parfois de cellule », « la seule personne qu'il identifie, c'est Jacky (l'auxiliaire) », « c'est même un peu compliqué car il panique quand on l'emmène chez le juge et qu'il n'est pas là »³⁰¹. De plus, la directrice précise qu'il n'y a pas de présence médicale les nuits et les week-ends. De même, l'avocat d'un détenu de cette aile émet des réserves quant à ce type d'unités spécifiques, indiquant qu' « on peut avoir des doutes sur la capacité de la justice à respecter la dignité humaine dans ce cadre »³⁰². Enfin, on peut légitimement s'interroger sur le fait de savoir si la création de telles unités dédiées au sein des établissements, ne viendrait pas favoriser l'inapplication du dispositif de suspension de peine pour motif médical.

B- Vers la création de lits de soins palliatifs au sein des UHSI ?

Plusieurs arguments semblent valider la création de lits de soins palliatifs au sein des UHSI. Le premier étant que de fait, lorsque « le maintien en établissement n'est plus possible, l'UHSI peut prendre le relais et certaines personnes malades détenues y restent hospitalisées plusieurs mois »³⁰³. Ainsi, Mme Aline CHASSAGNE, ingénieur d'étude et de recherche en sociologie, indique que dans le cadre de l'étude PARME, « plus de la moitié des personnes en fin de vie rencontrées [...], étaient hospitalisées depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois dans les UHSI »³⁰⁴. De plus, elle a pu noter au cours de cette étude que ce lieu peut apporter aux personnes atteintes de pathologies lourdes et en fin de vie, « un confort, voire du « ré » confort »³⁰⁵, d'autant que les UHSI sont perçues par la plupart des détenus « comme un véritable hôpital, ils s'y sentent bien souvent patients, et une relation de confiance peut être nouée entre eux et les médecins »³⁰⁶.

A l'inverse, certains auteurs ou professionnels d'UHSI défendent l'idée que ces structures ne peuvent être le lieu d'un accompagnement en fin de vie. C'est notamment l'opinion défendue par le médecin rencontré à l'UHSI de Rennes³⁰⁷. De même, le Dr Yvain

³⁰¹ *Ibidem.*

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ CHEVANDIER Christian, LARRALDE Jean-Manuel, TOURNIER Pierre-Victor. *Enfermements, justice et libertés, Aujourd'hui et hier, ici et ailleurs*. L'harmattan, collection Criminologie, 2014. p. 234.

³⁰⁴ MINO Jean-Christophe. *Op. cit.* p.51 note 267.

³⁰⁵ CHEVANDIER Christian, LARRALDE Jean-Manuel, TOURNIER Pierre-Victor. *Op. cit.* note 303.

³⁰⁶ Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, *La réalité des soins palliatifs dans les prisons françaises : l'étude PARME*. Décembre 2016. [<https://www.chu-besancon.fr/la-recherche/actualites-recherche/actualite/la-realite-des-soins-palliatifs-dans-les-prisons-francaises-letude-parme.html>] (page consultée en novembre 2017).

³⁰⁷ Cf. entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes en Annexe 8.

AUGER, exerçant à l'UHSI de Paris, note des difficultés d'accès aux patients pour l'équipe soignante ou éventuellement l'équipe mobile de soins palliatifs, cet accès étant rendu plus compliqué du fait des contraintes pénitentiaires et sécuritaires³⁰⁸. De plus, il note que lorsqu'il y a une famille, des amis, « leur présence au chevet du malade n'est pas possible dans une UHSI comme elle le serait dans un autre service, *a fortiori* comme à domicile ». Les infirmiers et la cadre de santé rencontrés à l'UHSI de Rennes évoquent également la difficulté d'une prise en charge palliative au sein de ces structures, celles-ci ne permettant pas, la plupart du temps, de mettre en œuvre une réelle démarche palliative au sens de la loi du 9 juin 1999, faisant intervenir une équipe interdisciplinaire et mettant l'accent sur le relationnel³⁰⁹.

Aussi, selon le Dr Yvain AUGER, les situations de patients en fin de vie au sein des UHSI « doivent donc rester l'exception »³¹⁰.

³⁰⁸ MINO Jean-Christophe. *Op. cit.* p.51 note 267.

³⁰⁹ Cf. entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes en Annexe 8.

³¹⁰ MINO Jean-Christophe, *Op. cit.* p.51 note 267.

CONCLUSION

Nous l'avons vu au cours de cette étude, la mesure de suspension de peine pour motif médical a toute légitimité à exister au sein de notre arsenal législatif actuel. Face au constat d'une population carcérale vieillissante, malade, parfois dépendante, démente, voire mourante, le législateur se montra réactif, innovant mais surtout humaniste en créant le dispositif de suspension de peine pour motif médical.

Néanmoins, il reste indéniable que cette mesure n'a jamais pris son envol. Limitée dans sa mise en œuvre par les restrictions législatives et jurisprudentielles posées ultérieurement, les juridictions de l'application des peines se sont également montrées frileuses au prononcé d'un dispositif qui semblait remettre en cause leur liberté d'appréciation. Se sont également ajoutées à ces difficultés, la méconnaissance et la lourdeur de la procédure de suspension de peine pour motif médical, ainsi que l'obstacle souvent insurmontable d'obtenir une solution d'hébergement à l'extérieur.

Dès lors, il paraît indéniable qu'une mise en œuvre d'ampleur de ce dispositif ne pourra se faire sans une approche volontariste de l'ensemble des acteurs concernés. Ainsi, un travail de concert des ministères de la justice et de la santé nous semble indispensable, notamment en vue d'un plan d'action conséquent de développement et de création de structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, ou en fin de vie. Le développement de ce dispositif ne pourra non plus atteindre le niveau escompté, sans une prise de conscience majeure de la société. Car bien au-delà du domaine pénitentiaire, c'est de la dignité des personnes âgées dépendantes ou en fin de vie, et des valeurs portées par notre société, dont il est question ici.

Cette problématique paraît d'autant plus actuelle, que les difficultés de prise en charge de ces publics s'accroissent en même temps que celles liées à la surpopulation carcérale. Autre public en croissance constante, qui pose également les questions du sens de la peine et de la prise en charge en milieu pénitentiaire, est celui des détenus souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Or, ils nous semblent également devoir bénéficier du développement de ce dispositif. Ainsi, il est à espérer que nous n'en soyons qu'aux balbutiements de cette mesure, nous mettant face à des questionnements juridiques, médicaux, mais surtout éthiques.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Dessin de RODHO, dessinateur de presse, à l'occasion d'un article concernant l'étude PARME sur le site internet du CHU de Besançon.

Annexe 2 : Article de presse : BRIMO Nicolas. *Quand un ministre de Giscard faisait déporter des juifs. PAPON aide de camps*. Le Canard Enchaîné. 6 mai 1981.

Annexe 3 : Entretien avec Mme GIL, Vice-Présidente du Service de l'application des peines du Havre – le 26.02.2018.

Annexe 4 : Modèle de la convention quadripartite pour la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées détenues au Centre Pénitentiaire du Havre.

Annexe 5 : Entretien avec l'équipe soignante de l'Unité Sanitaire de niveau 1 du Centre Pénitentiaire du Havre – le 29.06.2018.

Annexe 6 : Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. J.O.R.F, 31 août 2000.

Annexe 7 : Livret d'accueil de l'UHSI de Rennes.

Annexe 8 : Entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes - le 03.07.2018.

Annexe 9 : Entretien avec Maître NOËL, avocat au barreau de Rouen – le 04.06.2018.

Annexe 1 : Dessin de RODHO, dessinateur de presse, à l'occasion d'un article concernant l'étude PARME sur le site internet du CHU de Besançon.



Quand un ministre de Giscard faisait déporter des juifs PAPON AIDE DE CAMPS

« **L**a victoire du candidat socialiste conduirait à une collectivisation brutale ou rampante qui ferait de nous la Pologne de l'Occident. » Le 29 avril dernier, à Bourges, lors d'un meeting de Giscard, Maurice Papon, ministre du Budget et député RPR du Cher, n'a pas fait dans la finesse. Son zèle, il est vrai, avait été déçupé par une promesse que venait de lui faire le citoyen-candidat : en cas de victoire, Maurice Papon sera chargé du dossier brillant de la taxe professionnelle, qui déplaît tant aux petits patrons. Il est le seul ministre à avoir droit à un si grand honneur.

La France, « Pologne de l'Occident » ? Il y eut, effectivement, une époque où la France était une des « Polognes » de l'Allemagne nazie. En ce temps-là, du 1^{er} juin 1942 jusqu'à la Libération, la préfecture de Bordeaux (zone occupée) avait pour secrétaire général un certain Maurice Papon. Et, sous son règne, 1 690 Israélites, bordelais ou réfugiés, partirent pour les camps de la mort.

LORSQUE Maurice Papon est choisi pour occuper le poste de secrétaire général de la préfecture de la Gironde, il a la surprise de constater que les archives politiques-administratives sont le Front populaire, on le considère comme « socialiste ». Pendant l'Occupation, Papon monte en grade à toute allure. Le 16 novembre 1940, il est sous-chef de bureau à l'ad-

Plus d'une vingtaine de documents rédigés en français ou en allemand, et signés de la main de Maurice Papon, le prouvent. Il en est un petit nombre de ces juifs en péril. Reste que rien ne l'obligeait à accepter ce poste de haute responsabilité, dans une préfecture étroitement contrôlée par les Allemands, et que rien ne l'empêchait d'en démissionner.

Pourquoi ces documents sont-ils restés inconnus jusqu'à aujourd'hui ? Pour deux raisons : à la Libération, la résistance bordelaise était décapitée. Les combattants de la première heure étaient morts ou se battaient ailleurs. Quant aux archives de la préfecture de la Gironde, des 1945, elles ont été soigneusement « nettoyées ». Malheureusement pour Maurice Papon, des archives allemandes et celles d'autres administrations ont été mieux conservées.

Il serait vraiment dommage pour la science historique de ne pas en faire profiter les curieux...

16 décembre courant et de vous prier de vouloir bien me faire parvenir, d'extrême urgence, la liste de tous les juifs (hommes, femmes et enfants) en France, dont le nom, le prénom, l'adresse, le lieu de naissance, la date de naissance, la nationalité et l'adresse des intéressés. On sait de ce genre de listes.

Voyages organisés à la française

À l'époque, les Allemands ne semblent pas se plaindre de Maurice Papon. Le 21 juillet 1943, dans un rapport rédigé par le directeur de la police de Bordeaux, on peut lire : « Papon paraît avoir noué nombre de sentiments monarchistes. Aujourd'hui, il se présente comme un partisan du maréchal Pétain et du gouvernement Laval ». Quelques juifs, de Bordeaux

ME FAIRE ÇA
TRENTE SEPT ANS
APRÈS... MOI
J'AVAIS OUBLIÉ !



Le ministre du Budget s'explique

en même temps que leurs parents, sont tenus en libéré grâce à une lettre de Papon adressée aux autorités allemandes. Le 13 mars 1944, l'administration : Papon obtient qu'une juive française ne quitte pas la France pour l'Allemagne.

De 1942 à 1944, malgré ces quelques interventions de Papon, 1 690 Israélites, d'après les listes nominatives établies par les Allemands, furent envoyés pour Drancy, puis pour l'Allemagne. Trois pour cent seulement des déportés qui transitent par le camp de Drancy reviennent des camps de la mort.

Les Allemands auraient-ils pu obtenir ce résultat sans la collaboration de la police et de la gendarmerie françaises ? Sans l'aide des préfetures françaises, de celle de la Gironde, et de son secrétaire général ?

Carrière bien pleine

À la Libération, Maurice Papon, comme tout le personnel de direction de la préfecture de la Gironde, est suspendu, par un arrêté du commissaire de la République, Cusin. Le 22 août 1944, le commissaire de la République, le nomme pour un poste de contacts avec la Résistance à travers l'organisation NAP (« Noyau de l'administration publique ») et il peut se prévaloir d'interventions en faveur de juifs internés.

administration centrale, au ministère de l'Intérieur. Le 8 février 1941, sous-préfet de 1^{re} classe. Le 1^{er} juin 1942, sous-préfet hors classe et secrétaire général de la préfecture de la Gironde. Papon est, au 1^{er} juin 1942, sous-préfet

Bordeaux est alors en zone occupée. Cela signifie que les hauts fonctionnaires français n'y sont nommés qu'après enquête préalable et, bien sûr, avec l'accord des Allemands.

A peine arrivé à Bordeaux, où il rejoint le préfet de région, Maurice Sabatier, Maurice Papon doit aussi s'occuper de ce qu'on appelle pudiquement « les affaires juives ». Plusieurs centaines d'Israélites sont alors détenus au camp de Mérignac-Beaudésert où ils sont gardés non par des Allemands, mais par des Français. Le 18 juillet 1942, un premier convoi composé de 285 prisonniers juifs quitte Mérignac pour le camp de Drancy dans la région parisienne, d'où ils repartiront pour l'Allemagne.

Le 31 juillet, le lieutenant mazi Doberschütz, qui est chargé, à Bordeaux, de « régler », la « question juive », exige de la préfecture une nouvelle livraison. Le 24 août, Maurice Papon prend contact avec Jean Leguay, délégué à Paris du secrétaire général pour la Police nationale de Vichy. Jean Leguay (aujourd'hui inculpé de crimes contre l'humanité) lui présente « il y a lieu d'exécuter les instructions des SS ». Une note manuscrite de Papon, adressée au préfet de la Gironde le 28 août 1942, Papon signe donc une réquisition pour le lieutenant-colonel commandant la 18^e légion de gendarmerie. Il lui demande de « provoquer la réunion du nombre de gendarmes nécessaires pour escorter un convoi d'Israélites du camp d'internement de Mérignac au camp d'in-

interne.

Dès qu'il apprend la nomination de Papon, le comité départemental de Libération, dirigé par Gabriel Delannay, résiste de la première heure et fut violemment. Le lendemain, le 23 août 1944, le commissaire de la République revient sur sa décision et publie un nouvel arrêté : Maurice Papon n'aura été préfet des Landes que vingt-quatre heures. Un cas unique.

Remis à la disposition du commissaire de la République, Papon est nommé préfet de la Gironde par l'administration centrale. Maurice Papon peut dès lors poursuivre sa brillante carrière. Aux Antilles d'abord puis en Algérie, où il est nommé préfet de police de Paris. A ce poste, il est le chef des policiers qui le 17 octobre 1961, marseillais, tuent et noient dans la Seine des dizaines d'Algériens désarmés qui manifestaient dans Paris. Ce fut, on l'a trop oublié, une ratonnade plus féroce qu'aucune de celles qu'on a pu voir en Algérie. Papon était encore là quand, le 8 février 1962, sa police tua neuf manifestants français au métro Charonne. Et, toujours là au moment de l'affaire Ben Barka.

Bien plus tard, Giscard fera de Maurice Papon son ministre du Budget. Alibour'hui, recommander Papon est devenu un devoir pour Giscard. Son argument-massue : « Je suis un gaulliste de la première heure. » De la première heure de la Libération, sans doute ?

Nicolas Brimo

UNION
SERVICE
DE LA GIRONDE

ÉTAT FRANÇAIS
PRÉFECTURE DE LA GIRONDE

LE PRÉFET RÉGIONAL, FERRET de la GIRONDE
Chevalier de la Légion d'Honneur.

VU l'ordonnance allemande en date du 28 Octobre 1940, relative aux entreprises juives.

VU la lettre de M. le Directeur Régional du Commissariat Général à l'Administration des Indes, en date du 28 Octobre 1940, tendant à la détermination, sous l'influence desquelles, de l'immeuble situé à Bordeaux, de race juive, ayant appartenu à M. [REDACTED].

A.R.H. 3. T. 8.

ARRÊTÉ : M. l'immeuble situé à Bordeaux, ayant appartenu à M. [REDACTED], est déclaré « immeuble juif » et sera affecté à l'usage de l'Etat.

ARRÊTÉ : M. le Directeur Régional du Commissariat Général à l'Administration des Indes, est chargé de l'exécution de l'arrêté.

Bordeaux, le 17 Mars 1941
Le Préfet Régional,
M. A. FERRET

Ce second document est un arrêté, pris à la demande du Commissariat général aux questions juives, et concerne un immeuble appartenant à un israélite bordelais. Nous avons masqué le nom de la personne concernée.

ÉTAT FRANÇAIS
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LA GIRONDE
CABINET
DU PRÉFET

Au nom du Peuple Français,

Conformément aux lois des 10 juillet et 3 août 1791, en vertu des décrets des 4 octobre 1891 et 30 mai 1903 :

PRÉFET RÉGIONAL
Nous, Préfet de la Gironde, Chevalier de la Légion d'honneur

REQUERONS Monsieur le Chef d'Escadron de Gendarmerie de provoquer la réunion du nombre de gendarmes nécessaires pour escorter au camp de Drancy les transférés du Camp de BERLONAY au camp de DRANCY, le 2 Février 1943.

et qu'il nous fasse part de l'exécution de ce qui est par nous requis au nom du Peuple Français.

Bordeaux, le 1er Février 1943
Pour le PRÉFET RÉGIONAL,
Le SECRETAIRE GÉNÉRAL,

Voici un premier document signé de la main de Maurice Papon, alors secrétaire général de la préfecture de la Gironde. Il date du 1^{er} février 1943 et concerne un ordre de réquisition de gendarmes français pour escorter un convoi d'Israélites déportés.

Annexe 3 : Entretien avec Mme GIL, Vice-Présidente du Service de l'application des peines du Havre – le 26.02.2018

Êtes-vous souvent confrontée à des demandes de suspension de peine pour motif médical ?

Concernant le Centre Pénitentiaire du Havre, non pas particulièrement. Cela serait sans doute plus significatif pour un établissement pénitentiaire avec une population pénale plus âgée. Mais dans le cas d'un établissement comme le CP du Havre, où la population pénale reste relativement jeune, il n'y a finalement que peu de demandes de ce type.

La plupart du temps lorsque j'y suis confrontée, cela concerne des personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel.

Certains détenus éligibles à la suspension de peine pour motif médical (SPM) le sont aussi à la libération conditionnelle (LC). Et dans ce cas, il peut être plus intéressant de solliciter une LC, tout cela se discute entre le détenu et son avocat. Cela peut permettre un examen plus rapide de la personne, et d'éviter la lenteur de la procédure pour SPM. Tout dépend également du profil et de la dangerosité de la personne.

Pourquoi une libération conditionnelle plutôt qu'une suspension de peine pour motif médical ?

Car la procédure est moins longue, les critères moins drastiques, il n'est pas nécessaire d'avoir une expertise par exemple. Cela permet aussi plus de latitude, notamment via les obligations particulières assorties à la mesure de libération conditionnelle. Et surtout, la personne exécute sa peine contrairement à la suspension de peine pour motif médical. La personne est suivie dans les deux cas par le SPIP. Mais pour la suspension de peine pour motif médical, il convient d'effectuer une expertise régulièrement, afin de vérifier que les critères sont toujours remplis.

Et pour des hypothèses où le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, l'état de santé n'est pas durablement incompatible avec la détention puisqu'il peut suivre ses soins, mais qu'humainement c'est quand même mieux qu'il puisse passer ces deux dernières années avec sa famille, on passera par la LC.

Répartition compétence JAP / TAP ?

Désormais, depuis la loi de 2014, le JAP se trouve compétent lorsque la peine prononcée est inférieure ou égale à 10 ans, ou en cas d'urgence, ou lorsque le reliquat de la peine restant à subir est inférieur ou égal à 2 ans.

Qui vous saisit ?

Le plus souvent, je reçois un certificat médical émanant du médecin de l'Unité Sanitaire. Dans ce cas, je demande à la CAP suivante, en présence du SPIP et d'un représentant de la direction d'établissement, qu'en est-il de la situation générale de tel détenu, pour recouper le maximum d'informations sur la personne concernée.

Et si, les différents intervenants confirment l'état préoccupant de la personne, le JAP ouvre un dossier. Néanmoins, un dossier ne sera pas systématiquement ouvert à chaque réception de certificat médical émanant de l'Unité Sanitaire.

Le JAP peut se saisir d'office de toute façon, donc cela ne pose en général pas problème. Il est même arrivé que ce soit le greffe ou la direction de l'établissement qui m'alerte.

La décision peut être prise suite au débat contradictoire ou hors débat contradictoire.

Le tout est de ne pas se laisser aller à la pression du milieu médical, des services du Préfet, du médical, de l'UCSA, de l'établissement, des différents intervenants. C'est toujours urgent, mais il faut faire attention.

Par contre, le fait d'être alerté parallèlement et simultanément par différents services (l'UCSA, tant le cadre infirmier que le médecin, le SPIP...), est un signe d'urgence en général.

Le motif de saisine est-il le plus souvent fondé sur le pronostic vital engagé ou sur l'état de santé incompatible avec la détention ? Et sur ces deux hypothèses, y en a-t-il une plus difficile à déterminer ?

Je dirais 50-50.

Pour le pronostic vital, elle se base sur le certificat médical, mais aussi sur l'état apparent de la personne lors d'audiences. Elle peut se rendre à l'hôpital. Elle convoque toujours les personnes, parfois même en visioconférence, pour les voir et se faire une idée de l'état de la personne. Lorsqu'elle les a vu, elle décide alors de lancer ou non l'expertise.

La difficulté du pronostic vital engagé à court terme ?

Estime qu'il faut un pronostic vital engagé à court terme. Mais parfois, les médecins entre eux ne sont pas d'accord sur le terme du décès, à court, moyen ou long terme. Cela reste difficile à évaluer. Très souvent, les personnes décèdent très peu de temps après la suspension dans ces hypothèses.

La difficulté du degré de compatibilité de l'état de santé avec la détention ?

Tant que la personne peut bénéficier de soins en détention, l'état de la personne reste compatible avec la détention. Par exemple, dans l'hypothèse d'un cancer, pour lequel des séances de chimio sont nécessaires, si les séances ont lieu durant une semaine par mois, cela reste compatible avec la détention. Ex : cas d'un détenu souffrant d'un cancer, il est resté en détention pour suivre sa chimio. Et lorsque JAP a su que le pronostic vital était engagé dans les semaines à venir, une suspension de peine a été prononcée et la personne est décédée chez elle.

On est également attentif à la question de savoir si la personne pourrait être mieux soignée à l'extérieur. Car parfois, il y a un besoin de prise en charge rapide, et il peut y avoir des blocages du fait de la détention, on ne peut le nier, les extractions peuvent être compliquées, prendre du temps.

Les expertises :

Une seule expertise médicale est désormais exigée, sauf en cas d'urgence lorsque le pronostic vital est engagé, où un simple certificat médical suffit.

Le médecin de l'Unité Sanitaire ne peut effectuer les expertises, il s'agira d'un médecin expert externe à l'établissement pénitentiaire (sauf dans un cas d'urgence, où le seul certificat médical de l'Unité Sanitaire pourra suffire). Si le certificat rédigé en urgence indique que l'état de santé incompatible avec la détention, là le JAP diligente systématiquement une expertise.

Moi je pense que l'on ne doit pas se retrancher derrière les expertises. Il faut rechercher concrètement ce à quoi la personne peut prétendre en détention, il faut rechercher concrètement, il faut demander auprès de l'établissement.

Quels changements observés depuis cette modification législative de solliciter désormais une seule expertise ?

Le fait de passer à une seule expertise exigée n'a selon moi pas entraîné un nombre de demandes plus important. Le seul changement, est que les demandes sont désormais examinées plus rapidement.

Les difficultés :

Le faible nombre d'expert nous oblige parfois à en solliciter en dehors du département. C'est complexe et cela prend du temps.

L'importance du lieu d'accueil dans ce type de demandes ?

Effectivement, ce qui peut aussi faire la différence dans ce type de demandes, c'est le lieu où la personne sera accueillie à sa sortie (EHPAD, hôpital, famille). Et particulièrement lorsque le demandeur a été condamné pour une infraction à caractère sexuel.

Si dans le lieu d'hospitalisation qui va l'accueillir, des mineurs seront présents ? dans quelles conditions se passent les visites ? les mineurs ont-ils accès aux chambres ou les visites ont-elles lieu dans un espace collectif en présence de tierce personnes ?

Tout cela entre bien sûr en ligne de compte, et notamment lorsque le motif de demande de la suspension de peine est axé sur la caractère incompatible avec la détention. Car, oui l'état de santé de la personne peut être incompatible avec la détention. Mais si cette personne n'a pas d'autre lieu où aller en cas de sortie, c'est un souci.

C'est notamment compliqué pour les personnes souffrant de dégénérescence, d'un vieillissement, et de troubles du comportement sans trouble psychiatrique. Car ces personnes ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique car elles n'ont pas de maladie mentale. Et l'hôpital indique quant à lui que le patient ne peut être reçu dans un service hospitalier classique. Plus personne ne sait alors où orienter ces personnes.

Qui se charge de trouver, déterminer le lieu d'accueil / de sortie du détenu ?

C'est en premier lieu le service médical qui se charge de réfléchir aux structures pouvant accueillir le détenu en cas d'octroi de suspension de peine pour motif médical. Et il s'agit alors pour le service médical de faire consensus avec la structure d'accueil, de faire en sorte que tout se passe au mieux, afin que d'éventuelles situations futures puissent de nouveau être étudiées. L'idée étant de parvenir à un consensus, des réunions peuvent parfois être organisées à cet effet entre l'USN1, le SPIP, et les structures hospitalières.

Lien étroit avec l'Unité Sanitaire, et le JAP lorsqu'il est alerté sur un tel dossier, questionne toujours l'Unité Sanitaire sur ce point. Souvent, le JAP peut indiquer être

d'accord sur le principe de la suspension de peine pour motif médical ou de la libération conditionnelle pour motif médical, mais préciser que l'audience n'aura lieu que lorsqu'une proposition concrète de lieu d'accueil à la sortie sera faite.

Par contre, lorsque le lieu d'accueil est au sein de la famille, dans ce cas, le SPIP est là pour étudier au mieux et au plus près, les conditions de retour, notamment par rapport aux mineurs éventuellement présents au domicile, faire des propositions. Le SPIP est là pour faire le lien, pour centraliser l'ensemble des informations, les différents aspects de la personne. Compulser les informations, faire le lien entre l'ensemble des informations fournies.

La difficulté d'obtenir une place en institution ?

Souvent, j'acte la décision de suspension de peine pour motif médical sous réserve d'un lieu de sortie adapté. Après, on fixera par ordonnance, la date de sortie et le lieu au vue de ce que l'on va nous proposer. Cela on peut le faire, mais tant qu'on n'a pas le lieu, cela signifie que la personne reste en détention, et cela peut durer des mois.

Peut-on imposer à une structure hospitalière, d'accueillir une personne ?

On préfère la négociation, car dire on va vous imposer quelqu'un, cela mettrait tout le monde en difficulté. Mais dire que si l'on est obligé de le mettre au service des urgences, c'est problématique également. Donc on vous laisse un délai mais il faut absolument que vous nous proposiez quelque chose. Et souvent, on y arrive.

Les aides possibles en détention, en attendant la sortie ?

Oui, possibilité de temps de présence d'aides à domicile, et même en dehors d'une demande de suspension de peine. Egalement pour les personnes à qui la suspension de peine pour motif médical n'a pas été accordée car on estimait qu'il pouvait être soigné en détention, et qu'il était trop dangereux.

Dans ce cas, c'est le médecin de l'unité sanitaire qui constitue les dossiers de demande, au département, car les financements viennent du département.

Cela reste compliqué à mettre en place.

Le lien avec le service médical de l'établissement ?

Les relations sont importantes, et indispensables avec l'Unité Sanitaire. Les échanges se font alors plutôt facilement, par mail notamment.

Le médical, le médecin se concentre uniquement sur le domaine médical, ce qui est normal. Mais le Jap doit lui regarder l'ensemble des paramètres, afin de déterminer quelle est la décision la plus juste, la situation la plus faisable, la moins dangereuse.

Il arrive que le service médical alerte directement le JAP sur la situation d'un détenu. Cela est arrivé pour un détenu présentant des troubles cognitifs importants, il ne semblait pas savoir pourquoi il se trouvait en prison. L'UCSA a alors contacté le JAP pour signaler cet état durablement incompatible avec un maintien en détention selon eux. En l'espèce, la personne incarcérée avait été condamnée pour non-respect de ses déclarations au FIJAIS. Peut-être d'ailleurs, cela avait-t-il un lien avec les troubles de la mémoire et troubles cognitifs constatés.

Le JAP peut également être en contact avec les structures hospitalières accueillant la personne détenue. Cela a notamment été le cas pour un détenu ayant obtenu une suspension de peine pour motif médical à Fresnes, puis transférée à l'hôpital du Havre, mais qui posait problème pendant cette hospitalisation.

Le critère du risque grave de renouvellement de l'infraction :

Il n'y a pas de règle, c'est vraiment au cas par cas. Il faut prendre l'ensemble des éléments en compte, c'est l'équilibre que l'on recherche, une décision humaine, personnalisée, on essaie toujours de trouver la meilleure solution.

Mais c'est quand même primordial de regarder la dangerosité, voir si cela va poser souci ou pas, s'il y a un risque ou pas.

La dangerosité est examinée sous ses différents aspects, notamment, le risque de fuite. Il est arrivé de refuser une fois une suspension de peine pour risque de fuite.

On regarde aussi les antécédents judiciaires sur le casier, s'il y a eu des condamnations pour agression sexuelle même si les faits sont assez anciens. On pose la question de savoir si la personne reconnaît ou non les faits. Et on se pose la question de savoir si la personne serait encore en mesure de commettre de tels faits. Car on peut dire, oui mais avec son âge, il ne va pas s'amuser à .. Or, cela dépend, des faits de nature sexuels peuvent être réitérés malgré un grand âge. Des faits de trafic de stupéfiants également, même si moins de danger immédiat sur les personnes. Pour des faits de nature sexuelle, on regarde la typologie des victimes (enfants, personnes âgées), car dans l'hypothèse d'une sortie en maison de retraite c'est finalement prendre plus ou moins de risque.

Le plus souvent c'est dans le discours des personnes que l'on perçoit la dangerosité.

Les victimes de l'affaire pour laquelle la personne est incarcérée sont-elles consultées ?

Pour une suspension de peine pour motif médical, il n'y a pas d'obligation de prévenir les victimes. Par contre pour les LC, il y a une obligation. Mais cela m'arrive de faire des enquêtes victime pour savoir ce qu'il en est. Après, ça voudrait dire qu'on considère que c'est vis-à-vis de ces victimes là qu'il y a plus de risque, or pas forcément. Il convient plutôt de regarder l'éventualité de nouvelles victimes potentielles. Je ne peux pas dire que les victimes, ce n'est pas quelque chose que je ne prends pas en considération, mais j'ai presque envie de dire peu importe l'avis, moi je me place toujours en me disant est ce qu'il y a un risque pour ces victimes ou pour d'autres victimes potentielles ?

Quand on informe les victimes, peut avoir des courriers en retour, et ces courriers ne sont pas forcément négatifs. Parfois, cela m'arrive d'avoir des retours d'enquêtes victime favorables, des personnes nous disent qu'il a assez payé, qu'en l'ayant vu aux Assises, ils pensent que le laisser encore en prison ne servirait à rien. On a des réactions qui peuvent être très différentes.

Par contre, cela m'est arrivé de refuser des aménagements ou suspensions parce que le condamné veut revenir sur les lieux des faits, après c'est à lui de proposer quelque chose (qui donne toutes les garanties) ... Mais le plus souvent, pour les personnes âgées ou en fin de vie, elles sollicitent une sortie au sein d'une structure d'accueil, au sein d'une institution médicalisée.

Annexe 4 : Modèle de la convention quadripartite pour la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées détenues au Centre Pénitentiaire du Havre.



**CONVENTION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
DEPENDANTES ET/OU HANDICAPEES DETENUES AU CENTRE
PENITENTIAIRE DU HAVRE.**

Vu la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Vu les décrets n°2001-1087 du 20 novembre 2001 sur la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Entre

Le Centre Pénitentiaire du Havre.

représenté par Monsieur [redacted], Directeur,

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de Seine-Maritime (SPIP)

représenté par Madame [redacted], Directrice,

Le Groupe Hospitalier du Havre

représenté par Monsieur [redacted], Directeur Général,

Et

Le prestataire :

L'Association ADEO - 101, rue Dicquemare - LE HAVRE

Représentée par Madame [redacted], Directrice de l'association

Dument agréée par le préfet de la région Haute-Normandie et par le département de Seine-Maritime direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : L'objet.

Afin de répondre aux besoins de la population carcérale en perte d'autonomie, l'établissement pénitentiaire souhaite faire appel à l'association ADEO afin d'assurer aux personnes détenues et dépendantes le concours de personnel socio-sanitaire ou d'auxiliaire de vie qui prennent soin des personnes détenues handicapées par une aide durant la vie quotidienne en les accompagnant dans les actes essentiels (toilette complète, repas,...).

Article 2 : Le lieu d'intervention.

Les actes des personnels de l'association se dérouleront dans la cellule de la personne détenue sans la présence du personnel pénitentiaire sauf dans le cas où une personne détenue justifie de mesures de surveillance spécifique qui seront mises en œuvre dans le respect de la dignité des personnes et de la confidentialité des actes dispensés.

Article 3 : Les modalités de saisine de l'association et d'évaluation de l'intervention.

Le SPIP en lien avec l'UCSA contacte le responsable de secteur de l'association par voie téléphonique au standard de l'association du lundi au vendredi (8h – 12h et 13h30 – 17h30) et les samedis et dimanches en déposant un message sur le répondeur téléphonique de l'association, qui s'engage alors à traiter la demande dès le lundi matin.

Le SPIP organise une réunion de présentation de la situation sanitaire et administrative entre le SPIP, l'UCSA et le responsable secteur ADEO. Celui-ci rencontre ensuite, en présence de l'UCSA la personne détenue, lui présente l'association, lui remet un livret d'accueil de l'usager. conformément a la loi du 2 juin 2002 rénovant l'action médico-sociale. Un référent pénitentiaire, officier de santé, peut être présent lors d'une partie de cette rencontre afin de permettre la liaison nécessaire avec l'officier de bâtiment et le personnel de surveillance

Le responsable de secteur ADEO évalue les besoins de la personne, et lui propose un contrat d'intervention accompagné d'un devis de prestations et s'assure de l'intervention des personnels médico-sociaux ou auxiliaires de vie dans un délai maximum de 48h. Ce devis et cette proposition de contrat seront remis dans le même temps au SPIP.

Article 4 : Les jours et heures d'intervention

L'association ADEO pourra intervenir tous les jours de la semaine du lundi au vendredi de 8h 30 à 17h, ainsi que les samedis, dimanches, et jours fériés selon les mêmes horaires .

En tout état de cause, les horaires devront être définis en fonction des besoins de la personne détenue handicapée et des contraintes de l'établissement

Article 5 : Dispositions concernant l'intervention

Lors de la première intervention, l'auxiliaire de vie sera accueilli par le chef de service du SPIP, qui l'accompagnera jusqu'à la cellule de la personne détenue.

En début et fin de chaque intervention, l'auxiliaire de vie se rendra à l'UCSA afin de recevoir et transmettre à un personnel infirmier ou au cadre de santé les éventuelles informations actualisées concernant la personne prise en charge.

L'intervention se fera porte de cellule non verrouillée sauf si la situation ne le permet pas. Ce critère sera apprécié par l'officier du bâtiment.

Les produits d'entretien nécessaires sont fournis par GEPSA dans les conditions habituelles et le linge souillé sera remis, dans les conditions habituellement mises en place par GEPSA au service buanderie.

Article 6 : Dispositions concernant la facturation

L'intervention de l'association auprès des personnes détenues dépendantes prend effet à la signature du contrat d'intervention, les personnes détenues signataires bénéficient toutefois d'un délai de rétractation de 7 jours pour renoncer à l'intervention.

En cas de décision de résiliation prise par la personne incarcérée, celle-ci prendra en charge les frais occasionnés par les premières interventions conformément à l'engagement du prestataire d'intervenir dans un délai de 48 heures (cf. article 3).

L'association ADEO réalise une facture mensuelle établie à partir des fiches de présence signées par la personne détenue et transmise à l'attaché d'administration du Centre Pénitentiaire.

La prestation est due si l'intervention n'a pu être réalisée du fait des contraintes de l'établissement ou de tout autre motif qui empêcherait la réalisation de la prestation sans prévision possible.

Dans le cas d'une absence programmée (hospitalisation, extraction,...), le SPIP dès qu'il en a connaissance, se charge d'en informer l'association afin d'éviter tout déplacement inutile.

Le SPIP est habilité à instruire en s'assurant le concours de la Caisse d'Allocations Familiales, de la CPAM du Conseil Général et de la MDPH, toute demande de prestations de droit commun signalée par le service prestataire au bénéfice d'un détenu dépendant.

Le SPIP s'engage à mettre en œuvre les modalités de pris en charge dans le cadre de ces prestations par les instances compétentes et à privilégier le paiement direct de ces allocations à l'association qui sera réglée rétroactivement.. A défaut, les factures afférentes aux interventions

seront transmises par ADEO au service comptabilité du Centre Pénitentiaire qui mettra en œuvre les modalités de règlement en fonction des droits ouverts par la personne détenue.

Article 7 : Obligations de l'Administration Pénitentiaire.

En cas d'accident ou incident dont pourraient être victimes les axillaires de vie à l'occasion de leurs interventions, les frais afférents aux dommages seront pris en charge par l'Administration Pénitentiaire.

Article 8 : Obligations du prestataire.

- Mise à disposition du personnel :

L'association s'engage à mettre à disposition un personnel compétent et qualifié pour assurer sa prestation. Dans la mesure du possible, la même personne intervient pour un détenu donné, afin d'assurer une stabilité de sa prise en charge et de faciliter les accès à l'établissement.

- Sécurité.

Les salariés intervenant dans l'établissement devront se munir du dispositif de sécurité mis à leur disposition pour assurer leur prestation.

- Déontologie.

Les salariés sont soumis au règlement intérieur du Centre Pénitentiaire ils prendront donc au préalable connaissance de ce règlement.

Ils sont également soumis au secret professionnel. Aucun fait ou information connu d'eux à l'occasion de leurs interventions ne pourra être divulgué à l'extérieur de l'établissement, sauf s'ils estiment qu'il existe un risque pour eux-mêmes ou la personne détenue. Dans ce cas, ils en informeront préalablement et sans délai le directeur du Centre Pénitentiaire et le directeur de l'association qui jugeront de la conduite à tenir.

Article 9 : La mise à disposition de matériel.

Lorsque l'intervention nécessitera du matériel (chaise à proximité de la douche...) ou des aides médico-techniques (cannes anglaises...) l'établissement pénitentiaire s'engage à favoriser sa mise à disposition en lien avec l'UCSA qui établira une prise en charge médicale.

Le matériel courant nécessaire à la prestation est pris en charge par le détenu.

Article 10 : Durée, modifications et résiliation de la convention :

La présente convention prend effet à compter de sa date de signature.

Son évaluation est effectuée par les parties signataires tous les ans à la date anniversaire de sa signature et peut être modifiée avec l'accord des parties.

En cas de difficultés ou de manquements dans l'application du déroulement de la présente convention, l'une ou l'autre des parties peut en demander la résiliation à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis d'un mois, en dehors de toute question tenant à la sécurité des personnes et de l'établissement.

Article 12 : Suivi de l'intervention.

Dans le cas de fin d'intervention consécutive à un transfert ou une libération, l'Administration Pénitentiaire, via le SPIP est chargée de donner à l'association, avec l'accord de la personne détenue ou libérée, les éléments qui permettent d'assurer la continuité d'une éventuelle intervention socio-sanitaire.

Le Directeur du Centre Pénitentiaire Du Havre
M [REDACTED]
Le

La Directrice du Service Pénitentiaire
d'Insertion et de Probation de Seine -Maritime
M [REDACTED]
Le

Le Directeur du Groupe Hospitalier du Havre
M [REDACTED]
Le

Le Directeur de l'association ADEO
M [REDACTED]
Le

Annexe 5 : Entretien avec l'équipe soignante de l'Unité Sanitaire de niveau 1 du Centre Pénitentiaire du Havre – le 29.06.2018

En présence de deux médecins généralistes, d'un médecin psychiatre, et de la cadre de santé.

Au sein de cet établissement, êtes-vous souvent confrontés à des détenus en fin de vie, qui relèvent selon vous du dispositif de suspension de peine pour motif médical ?

De temps en temps, oui.

L'un des médecins mentionne : dernièrement, j'ai rédigé à deux reprises des certificats médicaux pour des détenus « en péril imminent », dont le pronostic vital était engagé à très court terme, et qui relevaient du cas d'urgence mentionné à l'Art. 720-1-1 CPP. Tous deux sont décédés dans les 48h qui ont suivi, l'un à l'hôpital, et l'autre à son domicile.

Une autre personne également, dont l'état était très dégradé a pu bénéficier d'une telle mesure, Le détenu souffrait d'un cancer, et le pronostic vital était engagé à court terme. Il est sorti au sein d'une structure hospitalière.

Qui alerte en général de l'état de santé préoccupant de ces personnes ?

En général, l'alerte est donnée à la fois par l'équipe médicale, et par le personnel de surveillance qui constate la dégradation de l'état de santé du détenu au quotidien, voire au fil des heures.

Êtes-vous plus souvent confrontés à des situations où les détenus sont en fin de vie, avec un pronostic vital engagé, ou à des détenus dont l'état de santé est durablement incompatible avec la détention ?

Le plus souvent il s'agit de la seconde hypothèse. Car nous constatons l'augmentation du nombre de détenus âgés au sein de l'établissement depuis son ouverture (2010). Et les principales problématiques rencontrées ici ne sont pas forcément la fin de vie, même si cela arrive, mais plutôt des cas de démence liée à l'âge, ou d'aggravation importante de l'état de santé, de diminution des facultés pour des détenus souffrant de polyopathologies.

Et le problème risque ainsi de se poser de plus en plus.

Autre difficulté rencontrée régulièrement, et qui le sera de plus en plus, est celle des détenus nécessitant des dialyses très régulières. Car plus aucun établissement pénitentiaire, pas même les UHSI, n'est aujourd'hui habilité à effectuer des dialyses. Auparavant cela était possible à Fresnes.

Il y aurait aujourd'hui au sein des établissements pénitentiaires français, 150 patients nécessitant des dialyses régulières. Alors ces patients doivent être transférés à l'hôpital

de proximité pour chaque dialyse, soit entre 2 et 4 fois par semaine, mobilisant ainsi du personnel pénitentiaire à chaque extraction.

Quelles difficultés rencontrez-vous face à ces situations ?

- Tout d'abord, lorsque la situation en relève pas de l'urgence, cela peut finalement prendre beaucoup de temps. En effet, il convient de signaler la situation au JAP, Puis attendre qu'une expertise soit réalisée. Le JAP recherchera alors un médecin spécialisé dans le domaine médical dont souffre le patient. Cela peut prendre du temps avant de trouver un médecin disponible qui accepte cette mission.

L'autre difficulté est que le plus souvent, ces patients ne seront pas vu au sein de leur cellule, ce qui peut créer une difficulté d'appréciation quant à la compatibilité de l'état de santé avec les conditions de détention. D'autant que les médecins effectuant ces expertises ne connaissent pas, le plus souvent, la réalité des conditions de détention et du quotidien en détention.

Et quand bien même, le JAP ne suivra pas forcément les conclusions de l'expertise. On a eu l'exemple ici, d'un détenu paraplégique, dont l'expertise concluait avec une incompatibilité avec la détention, et qui n'a pourtant pas obtenu de suspension de peine pour motif médical.

En outre, il reste très difficile de définir à quelle échelle de temps le pronostic vital de la personne est engagé. Indiquer qu'il est engagé oui, mais définir si c'est à court terme, moyen ou long terme, est compliqué. Il n'y a pas de science exacte.

- Autre difficulté, est celle de trouver un lieu d'hébergement pour la sortie.

Le plus souvent les patients concernés ne relèvent pas d'un retour à leur domicile (qu'ils n'ont parfois plus d'ailleurs), ni d'un retour chez un proche (si tant est qu'ils en ai encore qui acceptent de les accueillir).

Lorsqu'ils relèvent d'un service hospitalier, on a pu rencontrer des difficultés du fait de la réticence de service à accueillir des patients sortant de détention, et cela a parfois fait perdre beaucoup de temps.

Selon l'équipe médicale, il conviendrait alors de mettre en place des synthèses, afin de faciliter les échanges, lever les doutes et les craintes, sans toutefois qu'il y ai besoin de lever le secret médical. Selon eux, le fait que les équipes se parlent et se rencontrent permettrait de faciliter les choses.

Lorsqu'ils relèvent d'un accueil pour personnes âgées, c'est là le plus difficile. Car les places sont déjà en nombre très restreint pour tout un chacun à l'extérieur. Et il serait très mal perçu de permettre à un détenu de sortir dans ce type de structure en prenant la place d'une personne libre à l'extérieur qui attend depuis des mois.

Autre problématique soulevée par le médecin psychiatre, lorsque des patients âgés souffrant de démence ont initialement été condamné pour des actes de nature sexuelle, l'approche du corps et de la sexualité peut s'en trouver exacerbée. D'où des réticences de ces structures à prendre en charge ces patients. Pour ce médecin, c'est l'offre de prise en

charge pour personnes âgées en milieu libre qu'il conviendrait de démultiplier avant tout. Puis créer des structures spécifiques, fermées, protégeant ces patients d'eux-même.

- Enfin, durant le temps où ces patients âgés, souffrant de démence, ou dont l'état de santé se dégrade, sont incarcérés se pose la difficulté d'organiser les soins médicaux et particulièrement ceux de nursing au quotidien.

Pour exemple, lors de l'ouverture de l'établissement en 2010, un projet de convention quadripartite avait été étudié entre l'établissement, le SPIP, le GHH et une association. La cadre de santé avait été rencontrer l'ensemble du personnel de l'association acceptant d'intervenir au CP, afin de répondre à leurs questions, lever certaines de leurs craintes et de leurs peurs.

Néanmoins, elle déplore que cette convention n'ai jamais été signée, le processus de discussion entre les différents partenaires n'ayant jamais abouti. Il n'existe alors à ce jour, aucune convention pour des soins à la personne (comme les toilettes) pour les détenus du CP du Havre.

Pour elle, se pose d'ailleurs la question de savoir, si cette nécessité de nursing en cellule pour un patient détenu, ne serait pas le signe que l'état de santé n'est plus adapté à la détention, et donc de la nécessité d'une sortie de détention pour ce détenu quelle qu'en soit la modalité juridique (hospitalisation, aménagement de peine, ou suspension). Pour elle, la nécessité d'une intervention extérieure au quotidien pour effectuer la toilette d'un détenu pose la question du sens de la peine.

Quelles perspectives d'évolution selon vous ?

L'équipe évoque tout d'abord la nécessité d'une meilleure prise en compte des conditions réelles de détention et des contraintes inhérentes à celles-ci, lors des expertises.

La médecin psychiatre évoque surtout la prise en compte réelle des détenus souffrant de maladies psychiatriques, ou démentes, par le dispositif de suspension de peine pour motif médical.

Annexe 6 : Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. J.O.R.F, 31 août 2000.

31 août 2000

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

13471

IV. - Le premier alinéa de l'article 16 est modifié comme suit : « A l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu des notes obtenues aux trois épreuves de sélection, le président du jury établit trois listes de classement.

La première liste est réservée aux candidats répondant à l'une des conditions fixées par les six premiers tirets de l'article 3.

Une deuxième liste est réservée aux candidats titulaires d'un diplôme professionnel d'aide-soignant ou du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture et justifiant de trois ans d'exercice professionnel en l'une ou l'autre de ces qualités. Cette liste comporte un nombre de candidats au plus égal à 15 % du quota d'accès en formation, dont au maximum deux tiers, en cas de places laissées vacantes sur cette liste, peuvent être pourvues par les candidats remplissant les conditions pour être inscrits sur la première liste.

La troisième liste est réservée aux candidats titulaires d'un diplôme d'infirmier non validé en France pour l'exercice de cette profession, demandant à bénéficier d'une dispense de scolarité dans les conditions prévues à l'article 31 de l'arrêté du 30 mars 1992 susvisé.

En cas de regroupement d'instituts de formation en soins infirmiers, les classements sont établis en fonction des choix exprimés par les candidats. Ces listes comprennent une liste principale et une liste complémentaire. »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. - Le présent arrêté est applicable à compter des épreuves de sélection dans les instituts de formation en soins infirmiers organisés en 2001 au titre de la scolarité 2001-2002.

Art. 3. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 août 2000.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé.

L. ABENHAIM

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

NOR: MESH00226694

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre de la défense, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6112-1 et R. 711-19 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 381-30-6 ;

Vu le code de procédure pénale, et notamment les articles D. 391 à D. 397 et D. 399 ;

Vu le décret n° 99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions de l'Etat pour des projets d'investissement,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - La liste des établissements de santé prévue à l'article R. 711-19 (2^o, b) du code de la santé publique est établie comme suit :

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux pour les détenus des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ;

Centre hospitalier universitaire de Lille pour les détenus de la région Nord - Pas-de-Calais ;

Hospices civils de Lyon pour les détenus des régions Auvergne, Franche-Comté et Rhône-Alpes, et des départements de la Côte-d'Or et de Saône-et-Loire ;

Assistance publique de Marseille pour les détenus des régions Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Centre hospitalier universitaire de Nancy pour les détenus des régions Alsace et Lorraine et du département de la Haute-Marne ;

Centre hospitalier universitaire de Rennes pour les détenus des régions Bretagne, Basse-Normandie et Pays de la Loire ;

Centre hospitalier universitaire de Toulouse pour les détenus des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ;

Etablissement public de santé national de Fresnes, en complémentarité avec l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, pour les détenus des régions Centre, Champagne-Ardenne, à l'exception du département de la Haute-Marne, Ile-de-France, Haute-Normandie et Picardie et des départements de la Nièvre et de l'Yonne.

Art. 2. - Dans chacun des établissements de santé mentionnés à l'article 1^{er} ci-dessus, y compris l'AP-HP et à l'exception de l'éta-

blissement public de santé national de Fresnes, est créée une unité spécifiquement destinée à l'accueil des personnes incarcérées, dénommée « unité hospitalière sécurisée interrégionale » et placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier.

Art. 3. - I. - Les dépenses d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'hospitalisation des détenus dans les établissements de santé mentionnés au 2^o de l'article R. 711-19 du code de la santé publique sont prises en charge par l'Etat selon les modalités suivantes :

1^o Travaux de construction ou d'aménagement, équipement médical et mobilier des locaux à usage de soins et connexes (dépenses relevant de l'établissement de santé) ;

Ils bénéficient de subventions de l'Etat inscrites au chapitre 66-11 (Subventions d'équipement sanitaire) et versées dans les conditions définies par le décret du 16 décembre 1999 susvisé ;

2^o Travaux et équipements supplémentaires rendus nécessaires du fait de la prise en charge de personnes détenues, y compris les aménagements et les installations spécifiques concernant les accès (dépenses relevant de l'administration pénitentiaire) ;

Ils sont financés par une subvention de l'Etat inscrite au chapitre 66-20 (Subventions d'équipement pour établissements post-pénaux et sanitaires). Cette subvention couvre la totalité de la dépense et est accordée dans les conditions définies par le décret du 16 décembre 1999 susvisé.

II. - La maîtrise d'ouvrage est assurée par chacun des établissements de santé mentionnés à l'article 1^{er} ci-dessus. L'avant-projet sommaire (APS) de chaque opération sera soumis à l'approbation conjointe du ministre chargé de la justice et du ministre chargé de la santé. Avant la mise en service, chaque unité d'hospitalisation interrégionale sécurisée fera l'objet, par les services déconcentrés de ces deux ministères et par ceux du ministère de l'intérieur, d'une visite de conformité aux dispositions prévues par le cahier des charges visé à l'article 4 du présent arrêté.

Art. 4. - Les aménagements visés à l'article 3 sont réalisés conformément au cahier des charges, défini conjointement par les ministres de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de l'intérieur, de la défense, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, et annexé au présent arrêté.

Art. 5. - Pour chaque unité hospitalière sécurisée interrégionale, un protocole détermine les effectifs attribués, d'une part, par l'administration pénitentiaire pour assurer la garde des détenus au sein de ces unités et, d'autre part, par les forces de police ou de gendarmerie, pour assurer la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de l'accès de celle-ci. En ce qui concerne l'escorte aller et retour des détenus de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé et celle des détenus à l'intérieur de l'établissement de santé lorsqu'ils doivent accéder à un autre service, charge variable selon les jours, le protocole pose le principe d'un effectif de police ou de gendarmerie proportionnel aux besoins du moment. Il fixe également les modalités de gestion de la situation administrative et pénale des détenus pendant la durée de leur hospitalisation.

Ce protocole est établi par référence à un protocole type déterminé conjointement par les ministres de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de l'intérieur, de la défense et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

Il est signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le préfet de la région et du département et le directeur régional des services pénitentiaires, du lieu d'implantation de l'unité, et le directeur de l'établissement de santé. Il prend effet à la date d'ouverture de chaque unité hospitalière sécurisée interrégionale.

Art. 6. - L'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales devra intervenir dans les meilleurs délais et, au plus tard, avant le 31 décembre 2003, sous réserve des arbitrages qui seront faits, chaque année, dans le cadre du budget de l'Etat et de la loi de financement de la sécurité sociale.

Art. 7. - Le directeur des hôpitaux et le directeur de la sécurité sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité, le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice, le directeur général de la police nationale au ministère de l'intérieur, le directeur général de la gendarmerie nationale au ministère de la défense et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 24 août 2000.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

MARTINE AUBRY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre de l'intérieur,

JEAN-PIERRE CHEVIGNEMENT

Le ministre de la défense,

ALAIN RICHARD

La secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés,

DOMINIQUE GILLOT

La secrétaire d'Etat au budget,

FLORENCE PARLY

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES POUR L'AMÉNAGEMENT DES UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES

1. Implantation générale de l'unité

L'implantation des unités destinées à l'hospitalisation des détenus est réalisée au sein des services actifs de l'hôpital et le plus près possible du plateau technique. Toute implantation excentrée, loin des pôles actifs de l'établissement, est exclue.

La situation en étage et en extrémité de bâtiment est à privilégier. Hormis la zone de dépôt des détenus, l'implantation en rez-de-chaussée est, autant que faire se peut, à éviter.

Quel que soit l'emplacement choisi, il n'est pas prévu de cour de promenade spécifique pour les besoins de l'unité.

Pour des raisons de sécurité, l'emplacement sera choisi en excluant les vis-à-vis proches, faisant face ou surplombant l'unité, qu'ils soient construits (bâtimens, pylônes) ou naturels (butte, colline).

2. Fonctionnalité générale

Le principe de fonctionnement d'une unité est le suivant :

Une unité de soins classique, lieu d'hébergement des détenus et de réalisation des soins, dont toutes les circulations internes sont sous contrôle du personnel pénitentiaire :

Un accès unique dont le contrôle est assuré par un poste de contrôle central protégé, situé à l'entrée de l'unité, et destiné aux personnels de police ou de gendarmerie :

Un périmètre extérieur dont la sécurité est renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur.

La notion de sécurité dans et pour les unités se décline en quatre points principaux dont découlent les mesures matérielles à prendre pour assurer cette sécurité :

- prévenir toute tentative d'évasion des détenus hospitalisés ;
- protéger les détenus d'une éventuelle agression extérieure ;
- prévenir toute entrée en force dans l'unité provenant de l'extérieur ;
- surveiller et prévenir toute tentative d'agression d'un détenu à l'encontre du personnel (soignant ou de garde) et toute tentative d'autodestruction.

Ces unités étant des établissements recevant du public, elles devront respecter tous les règlements et normes s'y appliquant, en particulier le règlement de sécurité contre les risques d'incendie. En ce qui concerne la réglementation pénitentiaire, une deuxième issue - dite de secours - sera créée à l'autre extrémité de l'unité. Son ouverture, non automatique, sera effectuée manuellement en cas de sinistre par les personnels pénitentiaires qui, seuls, en détiendront la clef. La serrure de cette porte sera munie d'un seul canon placé côté intérieur. D'autre part, cette issue sera sous surveillance vidéo, intérieure et extérieure, et munie d'une alarme à l'ouverture, reliée au poste de contrôle central.

De même pour l'application des règles d'hygiène et de salubrité publique, le règlement sanitaire départemental type (chapitre IV « Hébergement collectif ») s'applique à ces unités tant que de nouvelles dispositions réglementaires ne sont pas publiées.

3. Spécifications fonctionnelles et architecturales des locaux pour une unité type de 16-21 lits

L'unité est réalisée selon le schéma fonctionnel, tel que décrit à l'annexe 6-1, en distinguant trois secteurs principaux :

La zone d'entrée et de contrôle ;

Les locaux de parloir ;

L'unité de soins proprement dite.

3.1. La zone d'entrée et de contrôle

C'est la zone de contrôle de l'ensemble des accès placée sous l'autorité des personnels de police ou de gendarmerie. Toute personne ou véhicule devant entrer ou sortir de l'unité doivent passer par cette zone et y être contrôlés.

Elle est conçue selon le schéma fonctionnel figurant en annexe 6-2.

3.1. a) Accès des véhicules de transport des détenus

Une zone particulière sera réservée pour le départ et l'arrivée des véhicules de transfert entre les établissements pénitentiaires et l'UHSI. Cette zone sera constituée d'un volume fermé, sécurisé, clos par une porte permettant l'accès des véhicules et placée sous surveillance extérieure vidéo, avec liaison par interphone au poste de contrôle central. La porte d'accès à l'unité, placée intérieurement et extérieurement sous surveillance vidéo, est équipée d'une condamnation télécommandée à partir du poste de contrôle central.

Le dimensionnement de ce sas devra permettre d'effectuer, portes fermées :

Le stationnement d'un véhicule utilitaire sécurisé traditionnel de transport ;

La manutention d'un détenu sur brancard sans manœuvre spéciale du détenu.

3.1. b) Accès piétons par le sas d'accès unique (10 m²)

Le sas d'accès unique permet au personnel de police ou de gendarmerie d'effectuer le contrôle de toute personne entrant ou sortant de l'UHSI. Ce sas permet l'accès piétons depuis l'extérieur à travers le sas véhicule. Il donne accès à l'unité proprement dite et aux locaux parloirs.

Le sas d'accès à l'unité sera entièrement commandé électriquement depuis le poste de contrôle central (interphonie, avec vidéo-surveillance si nécessaire). Les serrures électriques du sas seront asservies et devront aussi pouvoir fonctionner manuellement en mode dégradé. L'installation d'un détecteur de masse métallique dans le sas sera prévue.

Des casiers « type consigne » seront installés dans ce sas d'accès pour permettre de déposer des objets appartenant aux visiteurs (4 casiers demi-hauteur).

3.1. c) Le poste de contrôle central (15 m²)

Occupé 24 heures sur 24 par le personnel de police ou de gendarmerie, ce poste est situé à l'entrée de l'unité. Il devra avoir une vue directe sur la totalité du sas ainsi que de part et d'autre des portes dudit sas. Il sera équipé d'un hygiaphone et d'un passe documents, donnant sur l'intérieur du sas. Le vitrage de ce poste sera pare-balles.

L'accès à ce poste s'effectuera par une porte située à l'intérieur de l'unité.

L'agent en poste sera chargé :

- du contrôle des entrées et des sorties de l'unité ;
- de la gestion des systèmes de surveillance périmétrique (vidéo, alarmes...).

Des liaisons téléphoniques et radioélectriques relieront ce poste au commissariat central ou à la gendarmerie.

3.1. d) Les bureaux des chefs de poste (administration pénitentiaire et police ou gendarmerie)

Deux bureaux, de 10 m² chacun, pour les responsables des personnels pénitentiaires et de police ou gendarmerie seront prévus. Ils seront positionnés, pour le premier, à l'intérieur de l'unité d'hospitalisation et, pour le second, à proximité du poste de contrôle central.

3.1. e) Les locaux du personnel de surveillance et de sécurité

Destinés aux personnels de surveillance et de sécurité, des locaux accessibles depuis la circulation intérieure de l'unité seront prévus pour :

Les personnels de police ou de gendarmerie :

- un local de détente (15 à 20 m²) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;
- un vestiaire femmes (effectif 5 femmes).

Les personnels de l'administration pénitentiaire :

- un local de détente et de repos (15 à 20 m²) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;
- un vestiaire femmes (effectif 2 femmes).

L'ensemble de ces personnels :

- des sanitaires (hommes et femmes) avec lavabos et WC.

Les locaux de détente seront équipés d'une kitchenette, avec un groupe filtrant, et d'un plan de travail avec 2 ou 3 prises électriques.

Les vestiaires seront équipés d'armoires individuelles de rangement.

3.1. f) Armurerie (4 m²)

Une salle de rangement et de décharge des armes des personnels de police ou de gendarmerie contenant une armoire spécifique blindée de rangement des armes et un bac de décharge des armes est à prévoir. L'accès à cette salle se fera par le poste de contrôle central.

3.2. Les locaux de parloirs (16 m²)

Aux termes de l'article D.387 du code de procédure pénale, les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux détenus admis à l'hôpital dans toute la mesure du possible. Le détenu pourra notamment recevoir la visite de ses proches. Ces visites seront organisées dans des locaux appropriés : les parloirs. La zone parloir comprendra :

- Des boxes monofamille, à raison d'un pour 10 lits ;
- Un local fouille.

3.2. a) Le box monofamille

Son accès s'effectue :

Pour les visiteurs : depuis le sas d'accès par une porte commandée électriquement depuis le poste de contrôle central, après avoir, au préalable, déposé dans les casiers réservés à cet effet dans le sas d'entrée tout objet, sac, etc. ;

Pour les détenus : par le local fouille relié à l'unité par une circulation.

Le box monofamille, de dimensions suffisantes pour recevoir un fauteuil roulant, sera équipé d'une table (0,60 x 0,60 m) et de quatre chaises.

Les deux portes, celle donnant sur le local fouille et celle permettant l'accès au box, seront équipées d'un oculus à vitrage anti-effraction.

Une liaison interphonique sera prévue entre le box et le poste de contrôle central.

La surveillance de ce ou ces boxes sera effectuée par le personnel pénitentiaire.

Par ailleurs, un des boxes sera équipé d'un dispositif de séparation amovible dans le cas où, pour des raisons de sécurité, le détenu ne doit entrer en contact physique avec ses visiteurs.

3.2. b) Le local fouille

Il permet que soient effectuées les fouilles à corps des détenus avant et après les visites. Ces fouilles seront assurées par le personnel pénitentiaire.

Son accès s'effectue depuis une circulation allant à l'unité de soins. Il donne directement sur le box monofamille. Les deux portes, commandées manuellement, sont équipées d'un oculus à vitrage anti-effraction.

Le local fouille comportera un lavabo.

3.3. L'unité de soins

La partie sanitaire de l'UHSI ne diffère en rien d'une unité d'hospitalisation traditionnelle en terme d'équipement technique et médical. En conséquence, l'ensemble des dispositions légales et réglementaires s'appliquant à la réalisation et à l'exploitation de telles unités s'applique à cette unité.

Toutefois, les chambres seront conçues et aménagées de la façon suivante :

Toutes les chambres possèdent un bloc sanitaire intégrant un lavabo, une douche et un WC ;

Ce bloc sanitaire est isolé de la chambre par un cloisonnement traditionnel avec une porte pleine non condamnable par l'utilisateur. Il sera situé de façon à ne pas gêner la surveillance visuelle totale de la chambre à partir de l'oculus sécurisé (15 cm x 100 cm minima) installé dans la porte d'accès à la chambre, ou d'une baie vitrée de surveillance située en partie haute (entre 1,30 m et 1,80 m) de la cloison entre la chambre et le couloir de circulation, si la porte ne dispose pas d'éléments de transparence ;

La porte de la chambre offrira une largeur de passage de 1,10 m minimum ;

Un placard (non destructible) sera intégré dans le local, mais positionné de façon à ne pas gêner la surveillance visuelle totale de la chambre à partir de l'oculus sécurisé ;

Un meuble de protection des dispositifs médicaux de surveillance et de perfusion sera prévu.

4. Spécifications techniques particulières des installations

4.1. Sécurité incendie

Pour la sécurité incendie, une sortie unique de dégagement, d'une largeur en unités de passage correspondant à la capacité retenue

pour l'unité, sera prévue à l'opposé de l'entrée principale. Cette sortie de secours sera fermée par une porte à serrure de sûreté mécanique avec un seul canon côté intérieur, munie d'une alarme signalant son ouverture au poste de contrôle central, et placée sous surveillance vidéo reliée à ce même poste.

La résistance mécanique de cette porte devra être identique à celle de la porte d'accès à l'unité.

4.2. Structure et cloisonnement, faux plafond

A l'intérieur de l'unité, toutes les cloisons devront avoir une résistance mécanique équivalente à un parpaing plein de 10 cm d'épaisseur.

Les chambres d'hospitalisation ne devront pas comporter de faux plafond : en cas d'absolue nécessité, seul un faux plafond fixe et résistant sera admis.

4.3. Portes, fenêtres, volets roulants

4.3. a) Portes intérieures

La structure de l'ensemble (huisserie + ouvrant) pour les chambres et autres locaux sera renforcée : trois paumelles, âme pleine multi-plis type porte coupe-feu, serrure de sûreté à un seul cylindre situé à l'extérieur pour les chambres.

Toutes les portes des locaux accessibles aux détenus seront à ouverture vers l'extérieur des locaux. Les serrures des portes d'accès à l'unité depuis l'extérieur, y compris celles donnant sur le sas de contrôle, seront à commande électrique (manœuvrable manuellement en mode dégradé) depuis le poste de contrôle central, avec ferme-porte hydraulique et interphone bidirectionnel.

4.3. b) Fenêtres et menuiseries extérieures

L'ensemble des fenêtres extérieures de l'unité sera traité anti-effraction, que ce soit le châssis (paumelles, fixations...) ou le vitrage. Elles seront impérativement barreaudées avec les caractéristiques suivantes : acier haute résistance de type Z.120 M12, barreaux en profilé plein de section 2 cm et à espacement de 11 cm maximum. Ceux-ci pourront être remplacés par des claustra bétons.

Si les locaux sont équipés d'une ventilation mécanique, les châssis pourront être fixes. Dans ces conditions, une possibilité d'aération naturelle est envisageable en partie supérieure des châssis avec limiteur d'ouverture.

4.3. c) Volets roulants

Toutes les fenêtres extérieures des chambres seront équipées de volets roulants en métal ou PVC.

4.4. Plomberie, chauffage

Les installations de ventilation, climatisation, conditionnement d'air seront conçues de façon à ne pas permettre l'introduction dans l'installation de produits ou gaz nocifs.

Cette remarque s'applique de façon identique aux installations de plomberie.

4.5. Remarques générales

Les appareils et équipements techniques et sanitaires, que ce soit dans les chambres ou les locaux de soins, devront être robustes, fixés solidement aux parois et à bords arrondis. Les réseaux de distribution d'eau et d'évacuation devront être le moins apparents possible ; il en est de même pour les réseaux de distribution de chauffage.

4.6. Installations électriques

(Courants forts. - Courants faibles
Câblage informatique. - Vidéo)

Le tableau général basse tension de l'unité, afin de ne pas être accessible aux détenus, sera placé dans le poste de contrôle central sous armoire fermant à clef. Les tableaux divisionnaires éventuels seront placés soit dans des gaines techniques fermées à clef, soit dans les locaux du personnel soignant. L'éclairage de sécurité prévu au règlement de sécurité incendie sera installé selon les règlements en vigueur, avec batteries, le cas échéant, ou éléments de commande placés dans des locaux inaccessibles aux détenus.

L'unité sera équipée d'une alimentation électrique de secours d'une puissance suffisante pour garantir le fonctionnement des appareils médicaux, des équipements de sécurité et de surveillance ainsi que l'éclairage des locaux. Cette alimentation sera assurée par un groupe électrogène placé dans un local sécurisé.

Les chambres d'hospitalisation seront équipées d'une prise TV mais pas de téléphone.

Pour le poste de contrôle central et les bureaux des chefs de poste, des prises électriques en nombre suffisant et des dessertes téléphoniques si nécessaire seront installées.

Le câblage informatique sera identique à celui du reste de l'hôpital et raccordé de façon active à celui-ci.

L'unité disposera, en dehors des liaisons téléphoniques de sécurité avec l'extérieur de l'établissement, de liaisons téléphoniques internes traditionnelles avec le reste de l'établissement, sans contrôle des conversations par les personnels de surveillance et de garde.

Un appel malade traditionnel avec gestion de la présence infirmière sera installé. Les boîtiers de présence en chambre seront installés à l'extérieur des chambres. Le tableau général avec renvoi de phonie sera installé au poste infirmier et la partie présence seule sera renvoyée en parallèle au bureau du chef de poste pénitentiaire.

4.7. *Éléments divers de sécurité*

4.7. a) *Sécurité périmétrique*

Suivant le positionnement géographique de l'unité, un système de détection périmétrique, associé à un équipement vidéo, pourra être installé à l'extérieur du bâtiment, afin d'assurer le contrôle des façades et des accès.

Le renvoi s'effectuera au poste de contrôle central.

4.7. b) *Sécurité interne*

Les portes donnant dans le sas d'accès unique à l'unité seront asservies entre elles afin de ne pas permettre l'ouverture simultanée de deux portes.

Lorsque la vue directe ne sera pas possible, un système vidéo, associé à une interphonie, devra permettre à l'agent du poste de contrôle central d'identifier les personnes avant l'ouverture.

Tous ces matériels seront à prévoir selon les directives des directions régionales des services pénitentiaires du ministère de la justice.

5. **Spécifications techniques de l'équipement médical et mobilier**

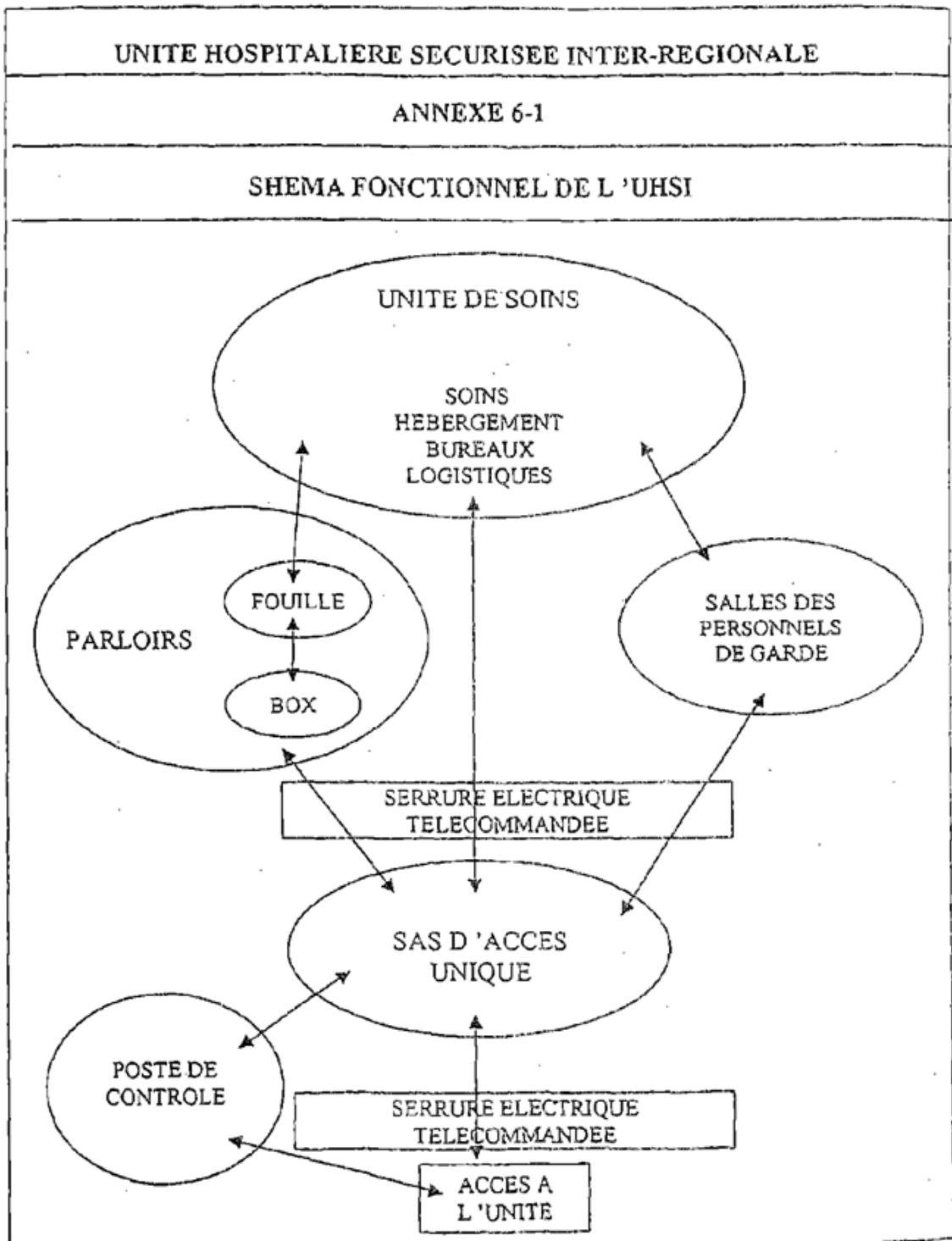
L'équipement médical et mobilier sera réalisé dans les mêmes conditions que pour une unité d'hospitalisation traditionnelle.

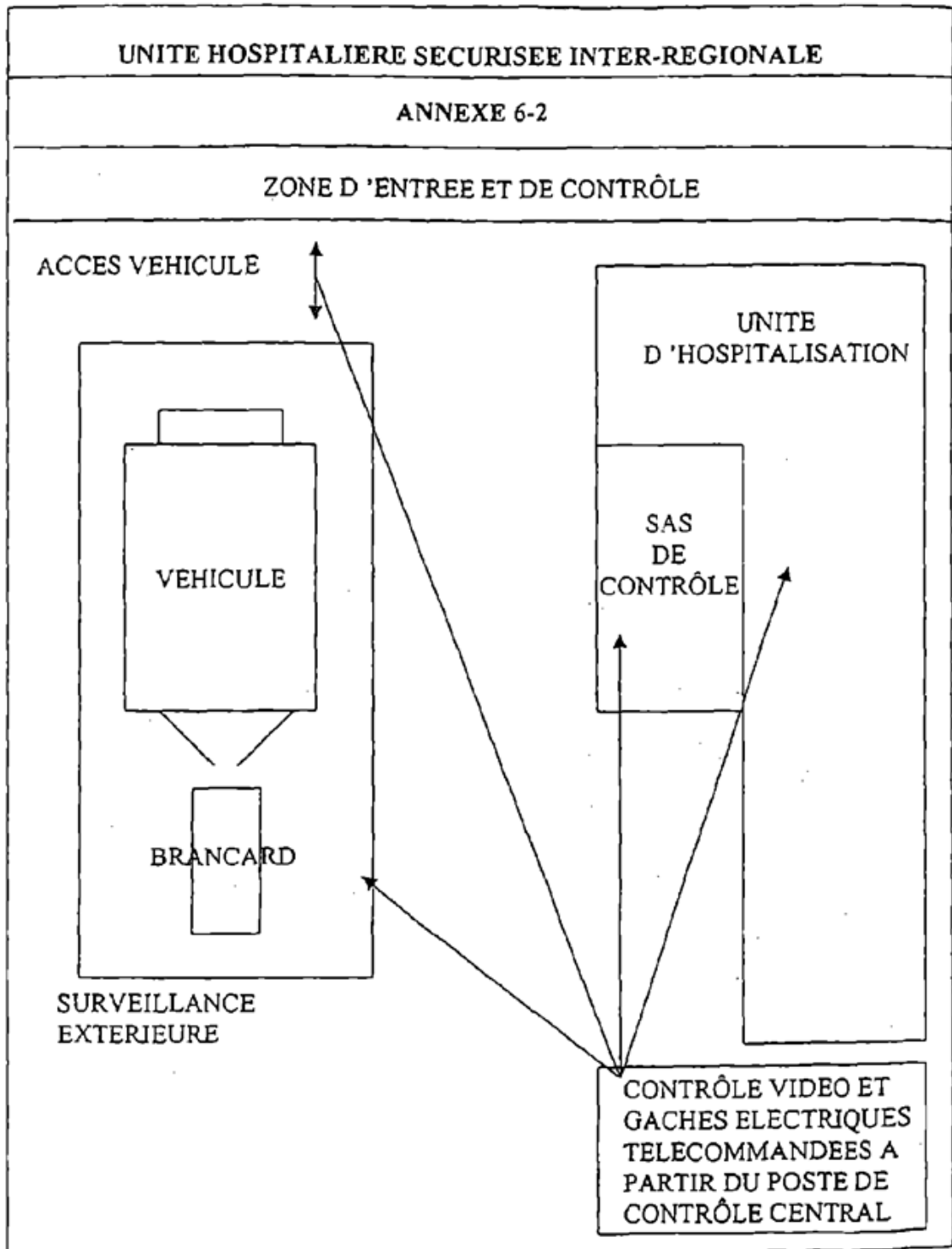
6. **Annexe**

6.1. *Schéma fonctionnel de l'unité de soins*

6.2. *Zone d'entrée et de contrôle*

6.3. *Programme détaillé de la zone d'hospitalisation*





UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTER-REGIONALE

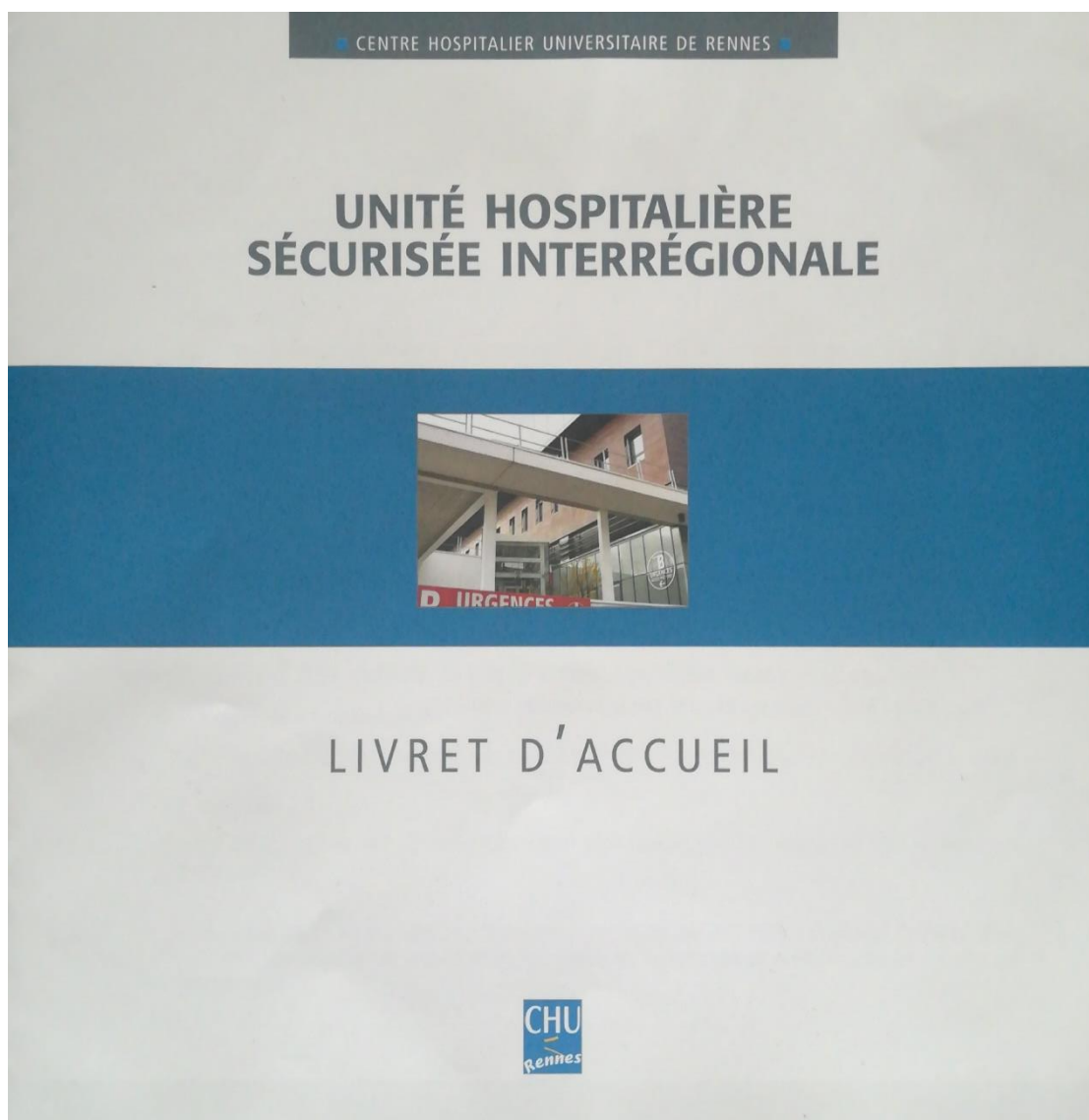
ANNEXE 6-3

PROGRAMME DETAILLE DE LA ZONE D'HOSPITALISATION

A. Chambres individuelles	N	16 m ²
Prévoir 2 chambres (23 m ²) à deux-lits, pour 20 lits		
B. Poste infirmier : zone administrative et zone préparation propre séparées	1	25 m ²
C. Préparation sale	1	8 m ²
D. Bureau médical	2	12 m ²
E. Bureau internes psychologue assistante sociale	1	12 m ²
F. Secrétariat médical, accueil, rendez-vous, archives	1	22 m ²
G. Bureau cadre soignant	1	12 m ²
H. Pièce de soins, explorations, petits actes chirurgicaux (équipée techniquement comme une salle de déchocage ou un poste de réanimation)	1	25-30 m ²
H2. Zone préparation produits dangereux	1	6 m ²
I. Rangement consommables, pharmacie	1	20-25 m ²
I2. Rangement équipements, linge	1	5-10 m ²
J. Détente personnel de soins	1	12 m ²
K. Vestiaires et sanitaires personnels hommes et femmes avec douches	2	10 m ²
L. Office alimentaire	1	15 m ²
M. Utilité linge sale, déchets	1	8 m ²
N. Utilité sale nettoyage, vidoir, ménage	1	6 m ²
N2. Utilité propre, lavage linge détenus	1	6 m ²
P. Salle de jour placée sous surveillance visuelle directe des personnels pénitentiaires (pour les UHSI comprenant des lits de long séjour)	1	15 m ²
Q. Sanitaire et douche handicapés	1	8 m ²

Les surfaces indiquées sont des surfaces utiles

Annexe 7 : Livret d'accueil de l'UHSI de Rennes.



Madame, Monsieur,

Votre état de santé nécessite une prise en charge hospitalière. Vous êtes donc admis au sein de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale [UHSI].

Ce service de soins fait parti du CHU de Rennes.

Votre admission pénale impose cependant le respect de certaines règles de fonctionnement dont l'application est assurée par le personnel pénitentiaire.

Repas

Les repas sont généralement servis aux heures suivantes :

- Petit déjeuner : 8h
- Déjeuner : 12h
- Dîner : 18h

Le service diététique est garant de la qualité nutritionnelle des repas servis et du respect des prescriptions médicales.

Tous les couverts distribués doivent être rendus lorsque votre plateau est desservi.

Hygiène

Afin de ne pas nuire aux conditions de votre séjour, nous vous demandons de respecter les règles d'hygiène et de sécurité de l'unité. Nous vous informons qu'en cas de dégradation volontaire de votre chambre ou du mobilier, le CHU de Rennes pourrait mettre à votre charge les frais de remise en état.

Tabac

En application de la loi anti tabac, nous vous rappelons qu'il est interdit de fumer au sein de l'UHSI.

Des moyens de substitution peuvent vous être prescrits à votre demande.

Cours de déambulation

L'UHSI est dotée d'une cours de promenade. L'accès est restreint et réglementé par l'administration pénitentiaire.

Courrier

Le personnel soignant n'est pas habilité à recevoir votre courrier. Vous devez vous adresser au personnel pénitentiaire.

Votre état de santé est la première préoccupation de l'ensemble de l'équipe soignante de l'UHSI. Pour qu'il reste une priorité, un respect strict des consignes qu'elles soient médicales ou de sécurité est indispensable.

VOTRE ACCUEIL

L'UHSI est composée de 19 chambres individuelles. Toutes les chambres sont équipées de douches. Vous disposez d'un interphone qui vous permettra d'entrer en contact avec l'équipe soignante.

Ce service hospitalier est sous l'autorité de deux administrations :

- La santé, avec l'équipe soignante du CHU de Rennes, qui assure les soins requis par votre état de santé ayant motivé votre admission.
- La justice, avec une équipe pénitentiaire présente au sein de l'UHSI, qui assure la sécurité au cours de votre hospitalisation.

Comme dans tout service hospitalier, la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui vous concernent est garantie.

Dès votre admission et tout au long de votre hospitalisation, vous serez donc en contact avec différentes catégories de personnels.

VOTRE HOSPITALISATION

Vous serez accueilli par un membre de l'équipe soignante de l'UHSI. Votre prise en charge est assurée 24h/24.

L'équipe soignante, placée sous la responsabilité d'un médecin chef de service et d'un cadre de santé, est composée de médecins, d'infirmières, d'aides soignants, d'agents de service et d'une secrétaire. Un kinésithérapeute et une diététicienne sont présents toutes les semaines.

Chaque professionnel du service est identifié par un badge précisant son nom et sa fonction. Chacun, dans son rôle, vous entoure en assurant votre suivi médical. L'équipe est également à votre disposition pour vous apporter les informations souhaitées sur l'évolution de votre état de santé et répondre à vos interrogations.

Le personnel médical

Il est votre interlocuteur privilégié pour vous informer sur votre état de santé. Il est en contact avec les médecins qui vous soignent à l'UCSA et également avec les autres professionnels à qui vous avez déjà confié votre santé.



Du lundi au samedi, un médecin passera dans les chambres de l'unité.

À la fin de votre séjour, tous diagnostics, bilans biologiques et modifications thérapeutiques seront transmis par courrier au médecin de l'UCSA dont vous dépendez.

Le personnel paramédical

Comme dans tous services des soins, il pratique les soins, administre les différents traitements sur prescription médicale et assure les missions d'hygiène et de restauration nécessaires.

Le déroulement des soins peut changer d'un jour sur l'autre en raison de certaines contraintes réglementaires.

Pour des raisons réglementaires de sécurité, ni les dates des examens, consultations ou interventions qui se déroulent à l'extérieur de l'unité ne pourront vous être communiquées à l'avance.

VOTRE SÉJOUR AU QUOTIDIEN

L'hôpital est un établissement de santé. A ce titre il est avant tout un lieu de soins organisé pour assurer une prise en charge optimale de l'ensemble des patients. Lieu d'hébergement spécifique, il devient néanmoins un lieu de vie tout le long de votre hospitalisation. Voici quelques points de repères destinés à faciliter votre séjour au quotidien :

Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI

INFORMATIONS PRATIQUES

comment venir contacts

Unité hospitalière sécurisée
interrégionale (UHSI)
Hôpital Pontchaillou
Suivre "centre urgences
réanimations" • porte B
2, rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes cedex 9

Métro :

station Pontchaillou
Bus : lignes 2 - 31
arrêt Anatole France



UNITÉ HOSPITALIÈRE SÉCURISÉE INTERRÉGIONALE

Hôpital Pontchaillou - Centre urgences réanimation - porte B

2, rue Henri Le Guilloux

35033 Rennes cedex 9

Tel : 02 99 28 99 73

Méto : station Pontchaillou

Bus : lignes 2 - 31 - arrêt Anatole France



Annexe 8 : Entretien avec le personnel de l'UHSI de Rennes - le 03.07.2018.

1/ Accueil par le personnel de surveillance et le CPIP référent à l'UHSI.

L'UHSI a ouvert en novembre 2012, il s'agissait de la dernière UHSI ouverte. Elle compte 19 lits.

C'est le personnel de surveillance de l'UHSI qui effectue les transferts des détenus de leur établissement d'origine vers l'UHSI, une équipe y est dédiée H24. Cette équipe est également chargée de ce qu'ils appellent « les transferts internes », à savoir de l'UHSI vers les autres services du CHU pour des examens ou des consultations spécifiques.

A leur arrivée, les détenus sont écroués au CP de Rennes-Vezin.

L'ensemble du personnel de surveillance est volontaire pour venir travailler au sein de l'UHSI. Ils doivent au préalable visiter l'unité, et effectuer une formation spécifique. Les personnels de surveillance rencontrés ont tous fait part de leur satisfaction de travailler au sein de l'UHSI, et sont globalement satisfaits de leurs conditions de travail. Certains souhaiteraient par contre davantage de communication entre les personnels soignants et de surveillance, afin par exemple d'être informés un peu plus en amont de la sortie des détenus.

Ils me précisent que l'UHSI de Rennes dispose d'une cour de déambulation, permettant aux détenus fumeurs de sortir pour fumer une cigarette. C'est la seule existant en France. Ce projet a été initié face au constat d'un grand nombre de refus d'hospitalisations du fait que l'UHSI soit non-fumeur, comme toute structure hospitalière. Les détenus ne peuvent toutefois pas y accéder à leur guise. Il leur faut appeler le surveillant, qui répondra au mieux selon les mouvements en cours et ses disponibilités.

L'unité dispose en outre d'une cour de promenade, d'une salle d'activité mais le personnel reconnaît qu'aucune activité n'y est organisée puisque les détenus ne sont pas censés rester longtemps au sein de l'UHSI, seuls quelques livres y sont mis à disposition des détenus.

Les chambres de l'unité ressemblent en tout point à une chambre d'hôpital, si ce n'est que les portes sont fermées à clé, et que seuls les surveillants disposent de ces clés, et qu'il y a des barreaux aux fenêtres.

2/ Visite de l'UHSI.

3/ Entretiens avec deux infirmiers travaillant à l'UHSI.

Le vécu des détenus de leur transfert en UHSI : Ils perçoivent l'UHSI comme plus contraignante que la détention. Car il n'y a pas de sport, pas d'école, pas d'activité, pas de rendez-vous UCSA, ils demeurent donc enfermés 24h/24, et n'ont plus aucun contact ou très peu avec d'autres détenus, ils ne parlent avec quasiment personne. Autre difficulté très importante, l'interdiction de fumer dans les chambres.

Autre difficulté récurrente évoquée par les patients, est l'absence d'octroi de RSP pour le temps passé à l'UHSI. En effet, le JAP considère qu'ils n'ont pas démontré d'efforts sérieux de réadaptation sociale, (pas de travail ni d'école, cela n'est pas proposé au sein de l'UHSI ; pas de soins psychologiques ou psychiatriques, l'UHSI ne dispose que d'un 0,2 ETP de psychologue ; pas d'indemnisation des victimes, les dossiers ne suivant pas la plupart du temps), et n'accorde donc la plupart du temps, aucune RSP.

La confrontation aux patients en situation de fin de vie : Ils expliquent tous deux être de plus en plus souvent confrontés à des situations de patients en fin de vie. Le plus souvent, il s'agit de patients souffrant de cancers.

Le diagnostic n'est le plus souvent pas posé lors de l'arrivée des patients au sein de l'UHSI. Ils apprennent donc ici leur état de santé réel. Les patients ne parlent pas forcément de leur décès à venir, de la mort avec les soignants, cela dépend des patients.

Depuis l'ouverture, 10 décès auraient eu lieu au sein même de l'UHSI.

Les soins palliatifs en UHSI : L'idée étant dans le cadre d'un accompagnement à la fin de vie de privilégier le relationnel, l'éducation, l'accompagnement, et pas forcément le soin technique. Au sein d'unités de soins palliatifs, des diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes ... peuvent apporter des soins spécifiques. Mais l'UHSI n'est pas le lieu idéal pour cela, tout cela n'y est pas possible le plus souvent.

Au sein de l'UHSI, des aménagements sont possibles pour les patients se trouvant en fin de vie, les portes ne sont alors pas fermées à clé, et les familles peuvent venir rendre visite au patient en chambre. Dans ces hypothèses, le médecin rédige un certificat médical à cet effet.

Les suspensions de peine pour motif médical : Ils déclarent qu'il y en a régulièrement, même de plus en plus, mais observent dans la plupart des cas que la sortie de l'UHSI n'intervient que quelques jours avant le décès du patient.

L'un d'eux déclare que l'équipe médicale et paramédicale reste tributaire du temps judiciaire. Ainsi, il faut régulièrement faire des examens complémentaires pour prouver au judiciaire le diagnostic posé par le médical.

L'organisation de la sortie des patients : C'est le médecin qui se charge de rechercher la structure d'accueil. Les patients sortant de l'UHSI vers une autre structure hospitalière sont souvent orientés vers une structure de long séjour ou vers un service de soins palliatifs à Bain de Bretagne.

Il est également arrivé que certains patients n'ayant ni famille, ni amis à l'extérieur ne souhaitent pas quitter l'UHSI, et veuille y rester pour décéder. Un patient a même souhaité retourner dans son établissement d'origine, auprès de la seule famille qui lui restait pour y décéder.

4/ Entretien avec un des médecins travaillant à l'UHSI.

Il travaille depuis 30 ans en milieu carcéral, et à l'UHSI depuis son ouverture.

L'UHSI dispose d'un psychologue à 0,20 ETP, et il leur arrive de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs.

Les admissions au sein de l'UHSI : les demandes d'admission sont faites de médecin à médecin, c'est-à-dire, du médecin de l'USN1 vers le médecin responsable de l'UHSI. Ce dernier doit donner son accord pour le transfert du patient. Ce dernier doit également donner son accord.

Le champ de compétence de l'UHSI : le médecin insiste sur le fait que le champ d'application de ces unités est la médecine de court séjour, c'est-à-dire pour un temps d'hospitalisation entre dix et douze jours en principe, et ce n'est en aucune manière une unité de soins de suite et de réadaptation ou de soins palliatifs. Pour lui, l'administration ne peut faire hospitaliser quelqu'un sur le seul motif qu'il est en fin de vie. Il reconnaît que des médecins d'autres UHSI peuvent tenir un discours différent.

Ainsi pour ce médecin, les UHSI ne doivent pas recevoir de patients relevant d'un service de soins palliatifs, ni faire de soins palliatifs. Car il pense tout simplement que ce n'est pas correct de mourir en détention, le milieu carcéral n'est pas prévu pour cela, et parce que cela lui pose question relativement au sens de la peine.

Il reconnaît toutefois que certains patients leur étant adressés pour effectuer des examens plus poussés, il n'est pas rare alors de leur diagnostiquer une maladie grave voire mortelle lors de leur séjour au sein de l'UHSI, et de les maintenir alors hospitalisés pour des durées relativement longues au sein de l'unité.

La confrontation aux cas de suspension de peine pour motif médical : Depuis l'ouverture de l'UHSI en 2012, il pense avoir sollicité entre 35 et 40 suspensions de peine pour motif médical, relevant la plupart du cas d'urgence prévu par l'Art. 720-1-1 CPP, avec peu de refus de la part des juridictions. Il estime que dans ces hypothèses, il y a une bonne communication ainsi qu'une bonne réactivité du SPIP ainsi que du JAP. Il note tout de même qu'il est très difficile d'évaluer à quel délai le pronostic vital est réellement engagé. Lui parle davantage d'engagement du pronostic à bref délai, mais cela reste difficile à établir et les situations évoluent parfois très rapidement.

Parmi les 3 derniers patients ayant obtenu une suspension de peine, le dernier est décédé 10 jours avant sa sortie tandis que les deux précédents sont décédés dans le mois qui a suivi.

La majorité des situations rencontrées relèvent selon lui de la cancérologie.

Il lui est arrivé de rencontrer des patients qui refusaient de solliciter une suspension de peine pour motif médical. Il pense notamment à un détenu condamné à une très longue peine d'incarcération, pour qui la détention était sa vie, et ses seuls amis se trouvaient en détention.

L'organisation de la sortie des patients : Lorsque l'équipe soignante évalue que les patients ne peuvent retourner au sein d'un établissement pénitentiaire, ce sont eux qui recherchent et organisent la sortie avec l'établissement médicalisé qui l'accueillera. Compte tenu des pathologies les plus fréquemment rencontrées, l'équipe soignante a noué des contacts privilégiés avec un service de soins palliatifs non loin du CHU de Rennes, ainsi qu'avec un service de long séjour.

5/ Entretien avec la cadre de santé de l'UHSI.

Elle exerce en qualité d'infirmière depuis 1998, et en qualité de cadre depuis 2008. Elle a principalement exercé dans des services de médecine interne, et de gériatrie aigüe où elle se trouvait confrontée de fait à la fin de vie, même s'il ne s'agissait pas de services de soins palliatifs proprement dit.

Elle travaille à l'UHSI depuis mars 2017, en binôme avec une collègue. Sa mission est d'organiser l'unité, d'y mettre les moyens (humains et matériels), les compétences nécessaires afin d'assurer la sécurité des soins.

La confrontation aux patients en situation de fin de vie : Elle indique que l'équipe soignante est très attentive à ces patients au sein de l'UHSI. Car même si des aménagements sont possibles (possibilité que les familles viennent en chambre, porte de chambre fermée par un loquet et non fermée à clé), tout n'est pas possible comme dans un service classique hospitalier en terme de soins palliatifs. Pour elle, c'est compliqué de décéder à l'UHSI. Et c'est compliqué pour le personnel pénitentiaire d'avoir une personne mourante ici.

Toutefois, elle reconnaît que certains patients sont rassurés de savoir le personnel soignant présent H24, contrairement à un établissement pénitentiaire classique.

Elle estime qu'« un patient en fin de vie a des choses à régler (voir des membres de sa famille, certains amis, se rendre dans certains lieux, réaliser certains souhaits, régler des questions administratives, etc.) avant de partir, ce d'autant plus qu'il est incarcéré ». Pour elle, cela ne se fait pas en 48 heures, dans l'idéal il faudrait que les personnes puissent quitter la prison ou l'UHSI au minimum quinze jours avant de décéder, deux mois même ce serait bien, afin de partir plus sereinement et plus dignement.

Les demandes de suspension de peine pour motif médical : Elle estime que l'équipe médicale et le médecin réagit rapidement et anticipe au maximum ces hypothèses. L'ensemble de l'équipe se réunit ainsi chaque lundi pour faire le point sur les patients présents à l'unité.

La communication avec le JAP se fait sans difficulté.

Il s'agit principalement de patients souffrant de cancer. Et la difficulté est que l'on ne peut jamais prévoir un décès, il est très difficile de prédire à quelle échéance le patient va décéder. Leur état peut très vite se dégrader, se détériorer.

L'organisation de la sortie des patients : Cela nécessite d'organiser et d'anticiper, car la personne doit sortir dans un lieu adapté. Elle estime que cette démarche est peut-être plus facile depuis une UHSI que depuis les USN1.

Les perspectives d'évolution ? Pour elle, les UHSI sont nécessaires. Elle n'est pas forcément pour l'idée d'ouverture de lits de soins palliatifs au sein des UHSI, et encore moins en détention. Dans ces situations, lorsqu'un retour en détention serait trop difficile, incompatible avec l'état de santé, il convient d'envisager une libération.

Annexe 9 : Entretien avec Maître NOËL, avocat au barreau de Rouen – le 04.06.2018.

Les freins les plus importants à l’octroi de la mesure de suspension de peine pour motif médical ? Selon lui,

- Les expertises :

Car, l’état de santé incompatible avec la détention doit s’entendre au regard d’une détention ordinaire, et non au regard d’une structure hospitalière sécurisée. Or, trop souvent selon lui, les expertises ne recherchent pas suffisamment les conditions concrètes de détention. Les experts voient la personne, consultent le dossier médical, et c’est tout. Il ne se rendent pas en détention, sauf si cela est expressément demandé.

Pour essayer de résoudre cette difficulté, il a proposé avec un collègue magistrat et un médecin, une mission type d’expertise, qui pourrait être donnée aux experts par les juridictions. L’idéal étant que l’expert se rende dans la cellule de la personne détenue. Mais cela n’est pas possible quand la personne est hospitalisée.

Parfois, il lui arrive de solliciter une contre-expertise auprès de la juridiction, afin que l’expert se rende en cellule et précise les aménagements nécessaires. Mais même avec une telle expertise, il arrive que la mesure de suspension de peine ne soit pas accordée en précisant les aménagements nécessaires de la cellule, sans toutefois aucune certitude que les dits aménagements seront réellement effectués.

- Les juridictions d’application des peines :

Selon lui, les juridictions se fient trop aveuglément aux conclusions d’expertise. Souvent par manque d’habitude à gérer ce type de contentieux.

- Les avocats :

Car les avocats n’ont pas l’habitude non plus de ces procédures, et ils ne s’en emparent pas. Par exemple des avocats ne pensent pas à solliciter la suspension de peine ab initio. Selon lui, les avocats sont particulièrement méconnaissant en matière d’exécution des peines.

La suspension de peine vs la libération conditionnelle ?

La problématique pour les longues peines est l’examen préalable obligatoire de la dangerosité. Or, cela prend entre 6 et 8 mois entre l’évaluation du CNE et l’avis de la CPMS. C’est extrêmement long.

Par exemple, un de ses clients, a fait deux infarctus durant le trajet pour se rendre au CNE. Dans cette hypothèse, il a modifié la demande de LC en demande de suspension de peine pour motif médical.

Avant août 2011, effectuait beaucoup de demandes de LC pour raisons médicales, mais fait aujourd’hui beaucoup plus de demandes de suspensions de peine pour motif médical.

La plupart des demandes de suspension de peine pour motif médical concernent-elles plus souvent l'hypothèse du pronostic vital engagé ou de l'état de santé incompatible avec la détention ?

La jurisprudence ayant limité l'acceptation du pronostic vital engagé, au court terme, cela a nettement restreint le dispositif.

Il sollicite donc beaucoup plus souvent de SPM sous le motif de l'état de santé incompatible avec la détention. Mais le plus souvent, les situations se recourent.

Et l'urgence peut être sollicitée à la fois pour pronostic vital engagé (le plus souvent d'ailleurs), mais peut aussi l'être pour état de santé incompatible avec la détention.

Le projet de sortie :

Désormais, possibilité de mise en œuvre différée, en attendant l'hébergement. La problématique est que cette pratique est encore peu connue. Mais il s'agit d'un frein important aux octrois de suspensions de peine pour motif médical.

En théorie, le service médical se charge de rechercher un lieu d'accueil adapté. Mais le plus souvent, il s'agit de travailler en pluridisciplinarité entre le service médical, le SPIP, et l'avocat.

Il lui est arrivé de faire une procédure devant le Conseil d'Etat, en référé-suspension, obligeant l'AP-HP à respecter la continuité des soins entre l'établissement et l'extérieur. Et ainsi, mettre à la charge des services médicaux la recherche du lieu d'accueil à la sortie.

Le risque grave de renouvellement de l'infraction :

Il y a un examen de proportionnalité, entre l'état de santé et la dangerosité. Mais cela ne représente pas l'argument majoritaire des refus de suspension de peine pour motif médical, selon lui.

Cela reste tout de même problématique, et assez contradictoire quand on estime que le pronostic vital est engagé ou que l'état de santé est incompatible avec la détention, d'avancer le fait que la personne représente encore un risque grave pour la société.

Les cas de retrait de suspension de peine :

Pas de possibilité de retrait pour mauvais comportement, pour mauvaise conduite. Uniquement, au cas où l'état de santé est de nouveau compatible avec la détention.

Les évolutions possibles ?

- Il faudrait une formulation du texte qui exclut le seul court terme.

- Il faudrait réfléchir beaucoup plus pour que dans les faits, les suspensions de peine soient accordées pour les personnes souffrant de troubles mentaux, y compris lorsque les personnes sont hospitalisées sous contrainte.
- Certaines juridictions peuvent se retrancher derrière la possibilité de séjours réguliers à l'UHSI, pour maintenir un semblant de compatibilité de l'état de santé avec la détention selon eux. Or, pour Maître NOËL, si une personne reste hospitalisée longtemps en UHSI, ou y fait des séjours à répétitions, c'est que son état de santé est incompatible avec la détention ordinaire. On doit prendre en compte les conditions effectives de détention, donc les juridictions doivent apprécier les conditions de détention *in concreto*.
- Maître NOËL ne pense pas que le législateur est actuellement enclin à modifier le texte de suspension de peine pour motif médical. Là où éventuellement, une évolution législative reste envisageable, serait pour la conditionnelle des détenus de plus de 70 ans, pour que cela soit possible même en cas de période de sûreté, de la même façon que pour la suspension de peine. Mais compte tenu du contexte actuel, il ne pense pas que cela soit possible prochainement.
- Eventuellement, que le texte vienne préciser état de santé durablement incompatible avec les conditions « effectives » de détention.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux :

CHAGNOLLAUD DE SABOURET Dominique (Dir.), *Dictionnaire élémentaire du droit*. Editions Dalloz, 2016. 656 pages.

CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*. Puf, 12^{ème} édition, 2018. 1091 pages.

GUINCHARD Serge (Dir.), *Lexique des termes juridiques*. Editions Dalloz, 24^e édition, 2016-2017. 1134 pages.

JEANCLOS Yves, *Dictionnaire de droit criminel et pénal. Dimension historique*. Economica, 2010. 240 pages.

LONG Marceau, WEIL Prosper, BRAIBANT Guy, DELVOLVÉ Pierre, GENEVOIS Bruno, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*. Editions Dalloz, 20^{ème} édition, 2015. 996 pages.

RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*. LGDJ, 7^{ème} édition, 2017. 549 pages.

Ouvrages spéciaux :

BADINTER Robert. *La Prison Républicaine*. Fayard, collection Divers Histoire, 1992. 432 pages.

BECCARIA Cesare. *Des délits et des peines (traduction de Maurice Chevallier)*. Flammarion, collection GF, mai 2006. 179 pages.

BOUSSARD Sabine (sous la direction de). *Les droits de la personne détenue, Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*. Dalloz, collection Thèmes et Commentaires, 2013. 341 pages.

CERE Jean-Paul. *La prison*. Dalloz. 2^{ème} édition, 2016. 157 pages.

CHEVANDIER Christian, LARRALDE Jean-Manuel, TOURNIER Pierre-Victor. *Enfermements, justice et libertés, Aujourd'hui et hier, ici et ailleurs*. L'harmattan, collection Criminologie, 2014. 309 pages.

COMBESSIE Philippe. *Sociologie de la prison*. Editions La Découverte, collection Repères. 3^{ème} édition, 2016. 112 pages.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. Les droits de l'homme dans la prison – Volume I*. La Documentation Française, 2007. 200 pages.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Défendre en justice la cause des personnes détenues*. La Documentation Française, 2014. 264 pages.

Ecole Nationale de la Magistrature. *Mémento de l'application des peines*. Pôle de formation, processus de décision et de formalisation de la justice pénale. Septembre 2017, 664 pages.

FASSIN Didier. *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*. Seuil, collection La couleur des idées, 2015. 612 pages.

FOUCAULT Michel. *Surveiller et punir*. Editions Gallimard, collection Tel, mai 1993. 360 pages.

HERZOG-EVANS Martine. *Droit de l'exécution des peines*. Dalloz, collection Dalloz Action. 5^{ème} édition, 2016/2017. 1572 pages.

SALAS Denis. *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*. Fayard, collection Pluriel, décembre 2010. 288 pages.

SAUVADET Thomas et MOIGNARD Benjamin (dossier coordonné par). *Espaces d'enfermement*. Espaces et sociétés, 162 n°3/2015. 222 pages.

VASSEUR Véronique. *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Lgf, collection Littérature, 2001. 215 pages.

Rapports / Etudes :

Académie Nationale de Médecine, Conseil National des Compagnies d'experts de justice. Rapport et recommandations au nom d'un groupe de travail. *Evaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*. 6 novembre 2012. 22 pages.

BRAUN-PIVET Yaël, GOSSELIN Philippe, MAZARS Stéphane, VICHNIEVSKY Laurence, Groupes de travail de la commission des lois de l'Assemblée Nationale sur la détention, Rapport n°808, *Repenser la prison pour mieux réinsérer*. 21 mars 2018. 88 pages.

BRILLET Emmanuel, *Vieillesse(s) carcérale(s)*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°38, octobre 2013. 6 pages.

BURGELIN Jean-François (présidée par), Rapport de la commission santé-justice. *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*. Juillet 2005. 193 pages.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport de visite de l'UHSI rattachée à l'hôpital Nord de Marseille*. Avril 2009. 13 pages.

Direction de l'Administration Pénitentiaire, Sous-Direction des personnes placées sous main de justice, Bureau des études et de la prospective. *Séries Statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014*. Mai 2014. 73 pages.

Direction générale de la Santé, Sous-direction de la santé prévention des maladies chroniques, Bureau santé des populations. *Enquête PREVACAR Volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*. 2010. 88 pages.

FALLISARD Bruno (Dir.), Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes*. Rapport final, Janvier 2006. 43 pages.

FAUCHON Pierre, Avis présenté au nom de la commission des Lois constitutionnelles, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Avis n°175. 16 janvier 2002. 89 pages.

Groupe de travail Santé Justice, Rapport à Mme la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale*. 20 novembre 2013. 28 pages.

HYEST Jean-Jacques (présidée par), Commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, Rapport n°449, *Prisons : une humiliation pour la République*. 29 juin 2000. 224 pages.

KENSEY Annie, *Vieillir en prison*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°10, novembre 2001. 4 pages.

LECERF Jean-René (présidée par), Commission sur le livre blanc, *Livre blanc sur l'immobilier pénitentiaire* remis à Jean-Jacques Urvoas, Garde des sceaux, Ministre de la Justice. 4 avril 2017. 140 pages.

LEFEVRE Antoine, *Soigner les détenus : des dépenses sous observation*. Rapport d'Information au nom de la commission des finances du Sénat. Rapport n°682. 26 juillet 2017. 76 pages.

MERMAZ Louis (présidée par), Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur la situation dans les prisons françaises, Rapport n°2521, *La France face à ses prisons*. 28 juin 2000. 330 pages.

Ministère de la Justice, Sous-direction de la Statistique et des Etudes. *Les chiffres-clés de la Justice 2017*. Octobre 2017. 35 pages.

Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, Rapport annuel. *Les personnes prises en charge par l'Administration Pénitentiaire*. Janvier 2017. 13 pages.

RIDEL Laurent et TOURAUT Caroline, *Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Direction de l'Administration Pénitentiaire. n°41, septembre 2016. 7 pages.

SCHMITZ Julia (Sous la direction de), Actes du colloque *Le droit à la réinsertion des personnes détenues*. 28 et 29 janvier 2016, Toulouse I Capitole. 164 pages.

TOURAUT Caroline, DESESQUELLES Aline, *La prison face au vieillissement, Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*. Mission de Recherche Droit et Justice (GIP). Synthèse du rapport final. Mai 2015. 12 pages.

URVOAS Jean-Jacques, Garde des Sceaux. *En finir avec la surpopulation carcérale. Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel*. 20 septembre 2016, 68 pages.

Articles de doctrine et de jurisprudence :

ALLAIN Emmanuelle, *La liberté n'exclut pas la suspension de peine* (Cass. Crim. 21.02.2007, n°06-85.595). Dalloz Actualité, 27 mars 2007.

CERE Jean-Paul, *Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade* (CEDH 07.06.2001, *Papon c/ France*, n°64666/01). Recueil Dalloz 2001, p. 2335.

CERE Jean-Paul, *La détention d'une personne handicapée constitue un « traitement dégradant »* (CEDH 24.10.2006, *Vincent c/ France*, n°6253/03). AJ Pénal 2006, p. 500.

CERE Jean-Paul, *Le détenu malade : le traitement du droit européen*. AJ Pénal 2010, p. 325.

CERE Jean-Paul, *Le maintien en détention de malades graves constitue un traitement inhumain et dégradant* (CEDH 14.11.2002, *Mouisel c/ France*, n°67263/01). RTDH 2003, p. 1007.

CERE Jean-Paul, HERZOG-EVANS Martine, PECHILLON Eric, *Exécution des peines. Janvier 2008 – février 2009*. Recueil Dalloz 2009, p.1376.

CERE Jean-Paul, HERZOG-EVANS Martine, PECHILLON Eric, *Exécution des peines. Juillet 2017 – avril 2018*. Recueil Dalloz 2018, p. 1175.

CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Etienne, SANNIER Olivier, *Les aménagements de peine pour raison médicale*. AJ Pénal 2010, p. 318.

BEAUSSONIE Guillaume, *Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales*. RSC 2014, p. 809.

DARSONVILLE Audrey, *Prescription de l'action publique des crimes sexuels commis contre les mineurs : le droit face à l'émotion*. Dalloz Actualité, 27 janvier 2017.

HERZOG-EVANS Martine, *L'AP-HP doit trouver un hébergement au malade ayant bénéficié d'une suspension médicale de peine* (TA Paris 13.06.2007, n°0707596). AJ Pénal 2007, p.447.

HERZOG-EVANS Martine, *La suspension de peine médicale de Maurice Papon*. Recueil Dalloz 2002, p. 2893.

HERZOG-EVANS Martine, *Lorsque le juge doit se fonder sur des expertises incohérentes* (Cass. Crim. 27.06.2007, n°06-87.460). AJ Pénal 2007, p. 494.

HERZOG-EVANS Martine, *Outils d'évaluation : sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique*. AJ Pénal 2012, p. 75.

HERZOG-EVANS Martine, *Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme* (Cass. Crim. 28.09.2005, n°05-81.010). AJ Pénal 2005, p. 461.

JANUEL Pierre, *Le Sénat se penche sur les soins des personnes détenues*. Dalloz Actualité, 4 octobre 2017.

LAMEYRE Xavier, *La préhension pénale des auteurs d'infractions sexuelles*. AJ Pénal 2004, p. 54.

LASSERRE-CAPDEVILLE Jérôme, *Obligation pour les juridictions du fond de vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est compatible avec cette détention* (Cass. Crim. 02.09.2009, n°09-84.172). AJ Pénal 2009, p. 452.

LAVRIC Sabrina, *Suspension médicale de peine : l'expert n'est pas tenu d'examiner le condamné auquel l'octroi est refusé* (Cass. Crim. 24.10.2007, n°06-89.405). Dalloz Actualité, 4 décembre 2007.

LENA Maud, *La perpétuité réelle française ne constitue pas une peine inhumaine ou dégradante* (CEDH 13.11.2014, *Bodein c/ France*, n°40014/10). Dalloz Actualité, 17 novembre 2014.

MOUTOUH Hugues, *La santé d'une personne privée de liberté est un facteur à prendre en compte dans les modalités de l'exécution de sa peine d'emprisonnement* (CEDH 14.11.2002, *Mouisel c/ France*, n°67263/01). Recueil Dalloz 2003, p. 303.

PECHILLON Eric, *Mise en œuvre d'une suspension de peine : le juge administratif est compétent en référé* (CE 09.03.2007, n°302182). AJ Pénal 2007, p.191.

PONCELLA Pierrette, *Chronique de l'exécution des peines. Années 2004-2005*. RSC 2006, p. 423.

RENUCCI Jean-François, *La Cour européenne fixe sa jurisprudence sur les peines perpétuelles et ravive des tensions* (CEDH 09.07.2013, *Vinter c/ Royaume-Uni*, n°66069/09). Recueil Dalloz 2013, p. 2081.

RENUCCI Jean-François, *Le maintien en détention peut constituer une violation de l'article 3 de la Conv. EDH* (CEDH 14.11.2002, *Mouisel c/ France*, n°67263/01). Recueil Dalloz 2003, p. 524.

Reuves et périodiques :

AUTER Marie. *Fin de vie en prison : autopsie d'une anomalie*. Dedans-Dehors n°94, décembre 2016, pages 40-43.

BARATTA Alexandre, *Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive*. L'information psychiatrique, Volume 87, n°8, octobre 2011, pages 657-662.

BES François. *Détenus en fin de vie : l'ambivalence de Perben*. Dedans-Dehors n°34, novembre 2002, pages 4-5.

BES François. *Prise en charge sanitaire des détenus, Nouvel état des lieux accablant*. Dedans-Dehors n°93, octobre 2016, pages 35-38.

BOUVIER Jean-Claude. *Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait*. Délibérée, juin 2017, pages 53-58.

BRIMO Nicolas. *Quand un ministre de Giscard faisait déporter des juifs. PAPON aide de camps*. Le Canard Enchaîné. 6 mai 1981. [http://www.octobre-paris.info/wp-content/uploads/2017/08/Le_canard_enchaine_6_mai_1981_article.jpg] (page consultée le 06.08.2018)

BRAFMAN Julie, *Crimes sexuels sur mineurs : la prescription chamboulée par l'émotion*. Libération, 20 décembre 2017. [http://www.liberation.fr/france/2017/12/20/crimes-sexuels-sur-mineurs-la-prescription-chamboulee-par-l-emotion_1618069] (page consultée le 02.07.2018).

BURRICAND Carine, *La récidive des crimes et délits sexuels*. Infostat Justice, Bulletin d'information de la sous-direction de la statistique, des études et de la documentation n°50, décembre 1997.

CARRASCO Valérie, TIMBART Odile, *Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération*. Infostat Justice, Bulletin d'information statistique n°108, septembre 2010.

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, *La réalité des soins palliatifs dans les prisons françaises : l'étude PARME*. Décembre 2016. [<https://www.chu-besancon.fr/la-recherche/actualites-recherche/actualite/la-realite-des-soins-palliatifs-dans-les-prisons-francaises-letude-parme.html>] (page consultée en novembre 2017).

CHASSAGNE Aline, GODARD-MARCEAU Aurélie, AUBRY Régis. *La fin de vie des patients détenus. Des temporalités incertaines dans un espace contrôlé*. Anthropologie & Santé, n°15, novembre 2017. 20 pages.

CHEVALLIER-LE GUYADER Marie-Françoise, *Le risque zéro entre peur, précaution et utopie sociale*. Institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie, 8 février 2013. [<https://www.ihest.fr/les-formations/le-cycle-national/cycles-nationaux-precedents/cycle-national-2012-2013/programme/le-risque-zero-entre-peur>] (page consultée le 10 août 2018).

COUTANCEAU Roland, *Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme*. L'information psychiatrique, Volume 88, n°8, octobre 2012, pages 641-646.

CRÉTENOT Marie, *La libération pour troubles psychiatriques : une chimère juridique*. Dedans-Dehors n°99, mars 2018, p.35.

FOURNIER Catherine, *Ateliers mémoire, cellules adaptées, aides-soignants... Comment la prison s'adapte à ses vieux détenus*. France Info, Grand Format, 4 juillet 2018. [https://www.francetvinfo.fr/societe/prisons/grand-format-ateliers-memoire-cellules-adaptees-aide-soignants-comment-la-prison-s-adapte-a-ses-vieux-detenus_2848791.html] (page consultée le 24 juillet 2018)

KHALLOUF Amid. *Zoom sur l'UHSI de Marseille*. Dehans-Dehors n°94, décembre 2016, pages 36-39.

Le Un. *Prisons, la faute à qui ?* n°178, 15 novembre 2017.

LINGLET Salomé. *Fin de vie en prison : est-ce normal ?* Courrier de l'ACAT, n°335, novembre-décembre 2015, pages 14-15.

MAHI Lara. *De(s)patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant*. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé. Mars 2015. 18 pages.

MINO Jean-Christophe, *L'accompagnement de personnes détenues en fin de vie reste impensé*. Centre national Fin de vie et Soins palliatifs. 28 mai 2015. [<http://www.spfv.fr/actualites/laccompagnement-personnes-detenu>] (page consultée en novembre 2017).

MINO Jean-Christophe, *La médecine pénitentiaire et la prise en charge des patients en fin de vie*. Centre national Fin de vie et Soins palliatifs. 28 mai 2015. [<http://www.spfv.fr/actualites/medecine-penitentiaire-et-prise>] (page consultée en novembre 2017).

MOULIN Valérie, PALARIC Ronan, GRAVIER Bruno. *Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers ?* L'information psychiatrique, Volume 88, n°8, octobre 2012, pages 617-629.

PACAUD Valentin, *Pourquoi se suicide-t-on autant dans les prisons françaises ?* Les Inrockuptibles. 10 août 2018.

[<https://www.lesinrocks.com/2018/08/10/actualite/pourquoi-se-suicide-t-autant-dans-les-prisons-francaises-111112803/>] (page consultée le 10 août 2018)

PORRET Michel, *Le populisme pénal contre l'Etat de droit*. Médiapart. 17 juillet 2012. [<https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/170712/le-populisme-penal-contre-letat-de-droit>] (page consultée le 21 avril 2018)

PRIEUR Cécile, *Voyage au bout de l'horreur dans les prisons françaises*. Le Monde. 6 février 2000. [https://www.lemonde.fr/archives/article/2000/02/06/voyages-au-bout-de-lhorreur-dans-les-prisons-francaises_3680063_1819218.html?xtmc=prisons_francaises_veronique_vasseur&xtcr=32] (page consultée le 02.07.2018)

SAETTA Sébastien, *Comment les psy ont investi le pénal, et pourquoi c'est un problème*. Dedans-Dehors n°99, mars 2018, p. 40.

SALAS Denis, *Gare au populisme pénal*. Libération. 24 juin 2005. [http://www.liberation.fr/tribune/2005/06/24/gare-au-populisme-penal_524573] (page consultée le 21 avril 2018)

SIMONNOT Dominique, *Pas de quartier pour les filles d'Action directe. Aubron et Ménigon sont soumises à un régime carcéral anormalement strict*. Libération. 17 août 1998. [http://www.liberation.fr/societe/1998/08/17/pas-de-quartier-pour-les-filles-d-action-directe-aubron-et-menigon-sont-soumises-a-un-regime-carcera_243797] (page consultée le 28 mai 2018)

SIMONNOT Dominique, *L'horreur carcérale franchit les barreaux. Les témoignages du médecin chef de la Santé confirmés tous azimuts*. Libération. 20 janvier 2000. [http://www.liberation.fr/societe/2000/01/20/l-horreur-carcerale-franchit-les-barreaux-les-temoignages-du-medecin-chef-de-la-sante-confirmes-tous_313873] (page consultée le 02.07.2018)

VAN RENTERGHEM Marion. *Véronique Vasseur, cavale en politique*. Le Monde. 2 mai 2007. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/05/02/veronique-vasseur-cavale-en-politique_904399_3224.html] (page consultée le 02.07.2018)

VITRAN Jean-Claude. *La dictature du risque zéro*. Hommes et Libertés, n°154, avril-mai-juin 2011, p. 23.

Mémoires et thèses :

BELDA Béatrice. *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté*. Thèse, Université de Montpellier I. Bruylant, collection Droit de la convention européenne des droits de l'homme, 2010. 745 pages.

BELHIMER Sadia. *Le détenu est-il un patient comme les autres ?* Mémoire, Master 2 Droit de l'Exécution des Peines et Droits de l'Homme. Institut de Droit et Economie d'Agén. 2012, 59 pages.

GACHI Kaltoum. *Le respect de la dignité humaine dans le procès pénal*. Thèse, Université Panthéon-Assas (Paris II). L.G.D.J, collection Bibliothèque des sciences criminelles, 2012, 546 pages.

PECHILLON Éric. *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*. Thèse, Université de Rennes I. L.G.D.J, collection Bibliothèque de droit public, 1998. 627 pages.

Textes de référence :

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. J.O.R.F, 31 août 2000.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. 7 décembre 2000.

Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. 4 novembre 1950

Décret N° 94-929, du 27 octobre 1994, relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Loi N°75-624, du 11 juillet 1975, modifiant et complétant certaines dispositions de droit pénal. J.O.R.F, 13 juillet 1975.

Loi N° 94-43, du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale. J.O.R.F, 19 janvier 1994.

Loi N°99-477, du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. J.O.R.F, 10 juin 1999.

Loi N° 2002-303, du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ». J.O.R.F, 5 mars 2002.

Loi N°2004-204, du 09 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, dite « loi Perben II ». J.O.R.F, 10 mars 2004.

Loi N° 2005-1549, du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales. J.O.R.F, 13 décembre 2005.

Loi N° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. J.O.R.F, 26 février 2008.

Loi pénitentiaire N° 2009-1436, du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire. J.O.R.F, 25 novembre 2009.

Loi N° 2014-896, du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. J.O.R.F, 17 août 2014.

Sitographie :

blogs.mediapart.fr

www.assemblee-nationale.fr

www.chu-besancon.fr

www.conseil-constitutionnel.fr

www.conseil-etat.fr

www.echr.coe.int

www.francetvinfo.fr

www.ihest.fr (Institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie)

www.justice.gouv.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.lemonde.fr

www.liberation.fr

www.senat.fr

www.sfap.org (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)

www.solidarites-sante.gouv.fr

www.spfv.fr (Centre National Fin de Vie et Soins Palliatifs)

Filmographie :

A l'ombre de la République, de Stéphane MERCURIO. Production Iskra. 2011.

Après l'ombre, de Stéphane MERCURIO. Production Iskra. 2017.

TABLE DES MATIERES

Remerciements

Abréviations

Sommaire

INTRODUCTION 1

**PARTIE I : L'ASPIRATION INITIALE DU LÉGISLATEUR POUR LA
SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : UN MODÈLE
HUMANISTE ET ÉVOLUTIF..... 9**

CHAPITRE 1 : L'esprit originel de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002. 9

Section 1 : Un contexte sociodémographique et politique spécifique. 9

§ 1 : Une vulnérabilité accrue de la population pénale incarcérée. 9

A- Une population pénale vieillissante. 10

B- Une population pénale malade. 12

§ 2 : L'intérêt des politiques pour la matière pénitentiaire. 13

A- Les affaires politico-judiciaires des années 1980 à 2000. 14

B- Le choc de la réalité des prisons françaises. 15

Section 2 : Une innovation législative. 16

§ 1 : Une disposition innovante dans sa conception. 17

A- Une disposition en matière de procédure pénale au sein d'un texte
législatif du domaine de la santé. 17

B- La présentation d'un amendement au nom de la commission des lois.
..... 18

§ 2 : Une disposition innovante dans son contenu. 19

A- Un spectre très large de personnes concernées. 19

B- <u>Le caractère alternatif de la pathologie engageant le pronostic vital, ou l'état de santé durablement incompatible avec la détention.</u>	20
---	----

CHAPITRE 2 : Les aménagements ultérieurs de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002.
..... 22

Section 1 : Les aménagements législatifs. 22

§ 1 : Les extensions sur le fond. 22

A- L'éligibilité des personnes prévenues à la suspension de peine. 22

B- L'éligibilité des personnes souffrant de troubles mentaux. 23

§ 2 : Les extensions sur la forme. 25

A- La suppression de l'exigence d'expertise en cas d'urgence. 25

B- La suppression de la nécessité de double expertise médicale concordante. 26

Section 2 : La mise en œuvre jurisprudentielle. 27

§ 1 : Les principes émanant de la jurisprudence européenne. 27

A- Les principes généraux en matière de droit à la santé des détenus. ... 28

B- La spécificité des détenus âgés malades. 29

§ 2 : Les précisions de la jurisprudence de droit interne. 30

A- La jurisprudence interne issue des juridictions judiciaires. 30

B- La jurisprudence interne issue des juridictions administratives. 31

PARTIE II : LE DÉVOIEMENT PROGRESSIF DE LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MÉDICAL : L'ÉVOLUTION VERS UN DISPOSITIF SÉCURITAIRE ET RESTRICTIF. 34

CHAPITRE 1 : L'exclusion de la suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction. 34

Section 1 : La gestion du risque en réponse aux exigences sociétales de sécurité. 34

§ 1 : L'exigence d'une société sans risque. 35

A- D'une société du risque zéro 35

B- ... au populisme pénal. 36

§ 2 : Les répercussions en matière de politique pénale et pénitentiaire. 37

A- Le maintien de l'emprisonnement, comme peine de référence. 37

B- La limitation de l'accès à la suspension de peine pour motif médical en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction. 38

Section 2 : La gestion du risque par l'évaluation de la dangerosité. 40

§ 1 : La nécessité d'objectiver les évaluations du risque grave de renouvellement de l'infraction. 40

A- Les représentations et biais cognitifs en matière d'appréciation du risque. 40

B- Le recours aux expertises. 42

§ 2 : Les limites de l'évaluation de la dangerosité via les expertises. 43

A- Le risque de surévaluation du niveau de dangerosité. 44

B- Le questionnement quant aux moyens d'améliorer l'objectivité des évaluations de dangerosité. 45

<u>CHAPITRE 2</u> : Les tentatives de prise en compte de l'état de santé par l'administration pénitentiaire, marqueur d'une nécessité d'aménagement du modèle actuel.	47
<u>Section 1</u> : Les tentatives de prise en compte de l'état de santé par l'administration pénitentiaire.	47
<u>§ 1</u> : Les tentatives d'aménagement des conditions de détention.	47
A- <u>Les tentatives d'aménagement du lieu de vie.</u>	47
B- <u>Les tentatives d'amélioration de la prise en charge quotidienne.</u>	49
<u>§ 2</u> : Les transferts en structure hospitalière pénitentiaire.	50
A- <u>Les freins aux transferts en UHSI.</u>	50
B- <u>La difficile prise en charge des soins palliatifs en UHSI.</u>	52
<u>Section 2</u> : La nécessité d'alternatives au modèle actuel de suspension de peine pour motif médical ?	53
<u>§ 1</u> : Les perspectives d'extension de l'accès à la suspension de peine pour motif médical.	54
A- <u>Vers la révision de l'exigence de l'engagement à court terme du pronostic vital.</u>	54
B- <u>Vers une perception plus large de la notion d'état de santé incompatible avec la détention.</u>	55
<u>§ 2</u> : Les perspectives d'adaptation du système pénitentiaire à la prise en charge de ces publics ?	56
A- <u>Vers la création d'unités spécifiques pour personnes âgées au sein des établissements pénitentiaires français ?</u>	57
B- <u>Vers la création de lits de soins palliatifs au sein des UHSI ?</u>	58
CONCLUSION	60
Table des annexes	62
Bibliographie	97
Table des matières	110

MOURIR HORS LES MURS : LA DIFFICILE MISE EN OEUVRE DE LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF MEDICAL

A l'heure des questionnements actuels sur le sens de la peine, la place de la prison au sein de notre société, et quant aux moyens à mettre en œuvre afin d'endiguer le phénomène de surpopulation carcérale, les détenus âgés, malades, voire mourants au sein des prisons françaises restent invisibles. Pourtant, le traitement de cette tranche de la population carcérale et la façon dont on envisage leur sortie de détention renvoient directement à la notion de dignité humaine.

L'humanisme de la mesure de suspension de peine pour motif médical semblait en faire lors de sa création la réponse idéale. Cependant, cette mesure a progressivement perdu les valeurs qu'elle portait initialement, et donc de son intérêt. L'objectif de cet écrit est donc de comprendre cette évolution, et les enjeux qu'elle sous-tend, avant de tenter d'en percevoir les aménagements possibles à l'avenir.

Mots-clés : Suspension de peine – Fin de vie - Droits de l'homme – Dignité – Sens de la peine – Détenus âgés - Soins palliatifs – Art. 720-1-1 du Code de procédure pénale

At the time of the current questions on the meaning of the sentence, the place of the prison within our society, and as for the means to be employed to restrain the phenomenon of prison overpopulation, the elderly, sick or even dying prisoners within the French prisons remain invisible. However, the treatment of this group of the prison population and the way we consider their release from detention refer directly to the concept of human dignity.

The humanism of the measure of suspension of sentence for medical reasons seemed to make it the ideal answer when it was created. Nevertheless, this measure has progressively lost the values it initially carried, and therefore its interest. The aim of this writing is then to understand this evolution, and the issues it underlies, before attempting to perceive the possible adjustments in the future.

Keywords: Suspension of sentence – End of life – Human rights – Dignity – Meaning of sentence – Elderly prisoners – Palliative care – Art. 720-1-1 of the criminal procedure code