



La libération des personnes incarcérées pour raison de santé : mythe ou réalité ?

Patrick Grafiadis

► To cite this version:

Patrick Grafiadis. La libération des personnes incarcérées pour raison de santé : mythe ou réalité ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01734366

HAL Id: hal-01734366

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734366>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Patrick GRAFIADIS
Né le 7 avril 1977

le 28 juin 2007

**LA LIBERATION DES PERSONNES INCARCEREES POUR RAISON DE
SANTÉ :
MYTHE OU REALITE ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur H. COUDANE	Président
M. le professeur Y. MARTINET	juge
M. le Professeur J.D. de KORWIN	juge
M. le Docteur P. PETON	Directeur
M. le Docteur M. SEGONDY	juge
Mme la juge A. POZZO DI BORGO	Invitée

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :
du 2^{ème} Cycle :
du 3^{ème} Cycle :
de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER
Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI
Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –
Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

- 1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Docteur François ALLA
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Docteur Pierre GILLOIS

- 47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Docteur François SCHOONEMAN
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Anne KENNEL
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Docteur Christophe PHILIPPE

- 48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

- 49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**
5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)
Docteur Jean PAYSANT

- 54^{ème} Section : **DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

- 05^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**
Monsieur Vincent LHUILLIER

- 32^{ème} section : **CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**
Monsieur Jean-Claude RAFT

- 40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**
Monsieur Jean-François COLLIN

- 60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**
Monsieur Alain DURAND

- 61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

- 64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

- 65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON - Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET -
Professeur Jean FLOQUET - Professeur Claude CHARDOT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain BERTRAND -
Professeur Daniel BURNEL - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur Le Professeur Henry COUDANE

Professeur de médecine légale (option clinique)

Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Nous vous en sommes reconnaissants.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement clair et précis. Tout au long de nos études, nous avons apprécié et admiré la richesse de vos connaissances, votre sens clinique et votre pédagogie.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profond respect et de notre plus vive admiration.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Yves MARTINET

Professeur de pneumologie

Merci d'avoir accepté de faire partie des membres de notre jury de thèse.

Votre enseignement, votre disponibilité et le soutien dont vous avez pu faire preuve tout au long de nos études resteront en mémoire.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude et le témoignage de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de médecine interne

Nous vous remercions d'avoir eu l'aimable gentillesse de bien vouloir juger notre travail.

Nous avons toujours été séduits par la bienveillance avec laquelle vous dispensez votre enseignement et l'écoute dont vous avez toujours fait preuve pour vos étudiants.

Acceptez de trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Patrick PETON

Praticien hospitalier

Chef de service de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de diriger notre thèse.

Votre soutien, vos conseils et votre disponibilité malgré vos multiples tâches nous ont permis de mener à bien ce travail.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de nos sentiments les plus sincères et le témoignage de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Michael SEGONDY

Praticien Hospitalier

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de juger notre thèse.

Votre pratique de la médecine au sein du service des urgences de l'hôpital central nous a beaucoup appris, tant humainement que techniquement.

Vous avez démontré qu'il était possible d'allier efficacité et bonne humeur en toutes circonstances.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profond respect.

A NOTRE INVITEE

Madame la juge Anne POZZO DI BORGO

Juge de l'application des peines

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury de thèse.

Merci d'avoir été aussi disponible malgré vos obligations et pour l'attention que vous avez portée à ce travail.

Acceptez de trouver dans cette thèse l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Je remercie:

Mes grands parents qui ne sont plus de ce monde, qui resteront toujours dans mon cœur et dont l'histoire de leur vie force le respect.

Mes parents. Vous m'avez enseigné de vraies valeurs, une véritable éthique. Ce sont ces valeurs qui m'ont guidé dans ce travail et me guident dans ma vie. Vous m'avez permis d'étudier dans les meilleures conditions qui soient. Je vous dois tout et je vous aime. Merci.

Cécile, ma sœur adorée. Tu m'as soutenu dans tous mes projets universitaires ou extra-universitaires et tu viens de mettre au monde « *la première future mannequin prix Nobel* » comme tu dis. Constance est magnifique, c'est notre rayon de soleil à tous.

Émilie. Merci pour tes précieux conseils, pour la patience dont tu fais preuve à mon égard et pour m'épauler dans tous mes projets, même les plus farfelus!...enfin, merci de m'aimer comme je suis. Tu seras toujours dans mon cœur.

Erika et Pierre, Nany et Jean-Claude, Anne et Eric.

Arlette, François, Benjamin, Caroline, Aurélie, Christophe, Wilfrid, Benoît, Jeanne et Alix, Victorine et Jules.

L'UHSI de Brabois, notamment Madame le Docteur Rachida Ferry pour ses conseils éclairés et Madame Cécile Wiethaler qui a toujours été très disponible malgré mes demandes incessantes.

Madame le Docteur Bresciani de l'UCSA de Toul.

Monsieur Marko du Centre de détention de Toul.

Monsieur Jean-François Fyot.

Le personnel de l'administration de la faculté de médecine de Nancy qui, en plus d'être toujours agréable et à l'écoute, a fait preuve d'efficacité (si, si, ça existe...).

L'équipe de l'Unité 4 du CPN de Laxou.

Les équipes du Centre Alexis Vautrin.

L'équipe de médecine B de l'hôpital de Saint Dié des Vosges.

Mes amis de fac, qui ont fait de ces années d'études des moments cultes : Charles, Pouny, Alex, Alexis, Romain, Emilia, Baptiste, Stéphane, Bertouille, DJ Loix, Jean-Hugues, ...

Et en dehors de la fac : Ronan, Jéjé, Mamath, PO, Nico, Bertrand, le grand Ben, Arnaud Gauchard (big sound !), Anne Thouvenin (big bottles !), j'en oublie, désolé !

Maud pour ses traductions.

Môôônnnsieur le Docteur Stanislas Villeroy de Gallau, gynécologue obstétricien émérite, marathonien chevronné carburant à la molécule OH (je plaisante...) qui m'a appris à poser un spéculum les yeux bandés, une main dans le dos et sur un pied...

Madame Marie-Julie L. qui, par son égoïsme ahurissant, m'a permis de passer 6 mois de stage excellents dans le service des urgences de Saint-Dié des Vosges.

Et enfin TORM, pour permettre au monde de ZoRG de reprendre ses droits...

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

1/ GÉNÉRALITÉS.....	21
A) Les chiffres.....	21
B) Les différents établissements pénitentiaires.....	22
2/ LA MÉDECINE ET L'UNIVERS CARCÉRAL.....	25
A) Les conditions de vie du détenu.....	25
B) La médecine en prison.....	27
C) L'hospitalisation des détenus.....	31
a) Les Unités d'hospitalisation sécurisées Interrégionales (UHSI).....	31
b) Les chambres sécurisées à l'hôpital.....	32
D) Un cas particulier : les cellules aménagées.....	32
E) Éthique et milieu carcéral.....	33
3/ LES ASPECT JURIDIQUES DES AMÉNAGEMENTS DE PEINE.....	36

A) Les dispositions législatives.....	36
a) L'article 720-1-1 du code de procédure pénale.....	36
b) La libération conditionnelle.....	43
c) Le choix des aménagements de peine.....	43
B) la procédure de suspension de peine.....	44
a) Rôle du médecin intervenant auprès des personnes détenues.....	44
b) Les expertises médicales.....	46
c) La commission de l'application des peines.....	48
d) La procédure des débats contradictoires.....	48
e) Le juge de l'application des peines et le tribunal de l'application des peines.....	49
C) Les autres pays.....	51
a) L'Allemagne.....	51
b) L'Angleterre et le pays de Galles.....	52
c) La Belgique.....	53
d) Le Danemark.....	54
e) L'Espagne.....	54
f) L'Italie.....	55

g) Le Canada : le Québec.....	57
-------------------------------	----

4/ LES DOSSIERS.....59

A) Dossier numéro 1.....	59
--------------------------	----

B) Dossier numéro 2.....	61
--------------------------	----

C) Dossier numéro 3.....	64
--------------------------	----

D) Dossier numéro 4.....	65
--------------------------	----

E) Dossier numéro 5.....	66
--------------------------	----

F) Dossier numéro 6.....	67
--------------------------	----

G) Dossier numéro 7.....	68
--------------------------	----

H) Dossier numéro 8.....	70
--------------------------	----

I) Dossier numéro 9.....	71
--------------------------	----

J) Dossier numéro 10.....	73
---------------------------	----

K) Dossier numéro 11.....	74
---------------------------	----

L) Dossier numéro 12.....	74
---------------------------	----

M) Dossier numéro 13.....	76
---------------------------	----

N) Dossier numéro 14.....	76
---------------------------	----

O) Synthèse.....	77
5/ LES PERSPECTIVES D'AVENIR.....	78
A) Une fin de vie digne.....	78
a) Le malade en fin de vie.....	78
b) la psychologie du détenu.....	79
c) les structures d'accueil.....	81
B) L'ordre et la sécurité publics.....	82
a) L'ordre public.....	83
b) La sécurité publique : le problème du risque de réitération.....	84
c) Les victimes et leurs familles.....	85
C) Le maintien du secret professionnel.....	87
a) Au sein de la prison.....	87
b) A l'hôpital.....	88
c) Dans le cadre des relations du personnel médical avec les autorités judiciaires et pénitentiaires.	89
D) En conclusion: peut-on affiner cette législation?.....	89
a) Le choix des experts et leur sensibilisation à l'univers carcéral.....	90

b) La discrétion médiatique.....	90
c) Les structures d'accueil.....	91
d) Éviter la surmédicalisation des cellules.....	91
e) Diminuer les contraintes de lieu et de temps.....	92
f) Limiter le risque de récidive.....	93
g) Instaurer une campagne d'information sur la réalité du milieu carcéral.....	94
BIBLIOGRAPHIE.....	96

En France, il n'existe pas de limite d'âge pour l'exécution d'une condamnation. Les détenus âgés ne peuvent donc pas s'en prévaloir pour obtenir une libération. En revanche, l'état de santé peut être pris en compte.

Nous étudierons dans un premier temps, après avoir décrit les liens qui unissent l'univers carcéral et la médecine, les dispositions législatives actuelles relatives aux aménagements de peine dont peuvent bénéficier les détenus malades. Puis, nous aborderons l'aspect médical à travers des dossiers de patients issus de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de l'hôpital de Nancy Brabois en Meurthe et Moselle et qui ont accédés à ces libérations pour raison médicale. Enfin, la dernière partie soulèvera les problèmes éthiques qu'engendrent de telles mesures et les perspectives d'avenir de cette législation.

1/ GÉNÉRALITÉS.

A) Les chiffres.¹

Au 1^{er} avril 2007:

60 771 personnes écrouées détenues en métropole et outre-mer :

- la part des prévenus c'est-à-dire les personnes en attente d'un jugement est de 30 %;
- le nombre de femmes écrouées détenues est de 2 215 soit : 3,6 %;
- le nombre de personnes mineures s'établit à 746 soit : 1,2 %.

Le nombre de places opérationnelles est de : **50 207**

La densité carcérale :

- 10 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 200 %;
- 42 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 150 et inférieure à 200 %;
- 51 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 120 et inférieure à 150 %;
- 36 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 100 et inférieure à 120 %;

- 87 établissements ou quartiers ont une densité inférieure à 100 %.

2519 personnes écrouées, non hébergées en métropole et outre-mer :

- le nombre de personnes placées sous surveillance électronique est de **2087**
- le nombre de personnes placées à l'extérieur, sans hébergement est de **432**

Au total, 63 290 personnes sous écrou.

B) Les différents établissements pénitentiaires.²

Il existe actuellement 188 établissements pénitentiaires (115 maisons d'arrêt, 73 établissements pour peine et 4 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) mis en service en 2007).

En France, le code de procédure pénale fait une double distinction :

- entre les établissements :
 - les établissements pour peines (pour les condamnés);
 - les maisons d'arrêt (en principe pour la détention provisoire).
- entre les condamnés, selon la peine prononcée et la peine restant à subir.

On distingue les établissements suivants (on appelle centres pénitentiaires les établissements comportant des quartiers à régime distinct comme les maisons centrales ou les centre de détention) :

- **Maisons centrales**, ou quartiers classés maisons centrales, pour les condamnés à une ou plusieurs peines dont la durée totale est supérieure à 5 ans. Ces établissements fermés comportent un régime de sécurité, permettant aussi de développer les possibilités de réinsertion sociale.

- **Centres de détention**, ou quartiers classés centres de détention à vocation nationale, ou régionale, principalement orientés vers la réinsertion sociale.

Les centres de détention à vocation nationale : pour les mêmes peines que les maisons centrales.

Les centres de détention à vocation régionale : pour les condamnés à une ou plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale n'excède pas 5 ans, ou à des peines

inférieures à 7 ans, si la durée restant lors de la dernière condamnation est inférieure à 5 ans.

- **Les maisons d'arrêt.** Elles sont destinées à la détention provisoire et, à titre exceptionnel, aux condamnés à un emprisonnement inférieur ou égal à un an, dans un quartier distinct, si le justifie la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité, et aux condamnés à qui il reste moins d'un an à subir. Dans un quartier distinct sont détenus les condamnés de moins de 21 ans, les condamnés admis au régime spécial et les femmes.

- **Les établissements ou quartiers à vocation sanitaire,** avec spécialisation (ex: pour les détenus tuberculeux ou cardiaques).

En cas de condamnation pour meurtre ou assassinat, précédés ou accompagnés de viol, de tortures ou de barbarie, sur mineur de 15 ans, ou pour viol, agression sexuelle, exhibition sexuelle, atteinte sexuelle sur mineur de 15 ans, et en cas d'injonction de soins au titre d'un suivi socio-judiciaire quel qu'en soit le motif, la peine s'exécute dans un établissement pénitentiaire permettant un suivi médical et psychologique adapté.

- **Les centres ou quartiers de semi-liberté.**

Un cas particulier : le détenu particulièrement signalé

Certains prisonniers ont le statut de détenu particulièrement signalé (DPS). Lorsque c'est le cas, leurs déplacements au sein de la prison sont limités, leur surveillance accrue. Enfin, ils ont interdiction de travailler (mais peuvent participer aux activités) et changent souvent de prison. Ce statut n'est applicable qu'aux personnes violentes, ou/et susceptibles de s'évader, ainsi qu'à celles impliquées dans le terrorisme. Ces détenus peuvent être placés en détention normale ou au quartier d'isolement.

Le quartier d'isolement (QI) étant soumis à un régime de vie plus strict. À noter que le placement au QI bénéficie à ceux dont la sécurité risque d'être menacée en raison

d'une trop grande médiatisation de leur affaire (comme dans certaines affaires de pédophilie).

2/ LA MÉDECINE ET L'UNIVERS CARCÉRAL.

Avant d'aborder les différents aspects relatifs aux aménagements de peine pour raison médicale, il convient de préciser quelles sont les conditions de vie du détenu ainsi que l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire.

A) Les conditions de vie du détenu.

Afin de garantir aux personnes incarcérées des conditions de vie dignes au sein des prisons, certaines règles d'hygiène ont été prévues par le code de procédure pénale :

- **Article D. 349** : L'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de sécurité, tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments.³

- **Article D. 350** : Les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage, le chauffage et « l'aération ».⁴

- **Article D. 351** : Dans tout local où les détenus séjournent, les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que ceux-ci puissent lire et travailler à la lumière naturelle. L'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais. La lumière artificielle doit être suffisante pour permettre aux détenus de lire ou de travailler sans altérer leur vue. Les installations sanitaires doivent être propres et décentes. Elles doivent être réparties d'une façon convenable et leur nombre proportionné à l'effectif des détenus.⁵

Si ces règles sont « relativement » respectées au sein des centres de détention, bien que 70 % des détenus vivent à plusieurs dans une cellule, elles le sont beaucoup moins dans les maisons d'arrêt.

L'article 714 du code de procédure pénale dispose que « *les personnes mises en examen prévenus et accusés soumis à la détention provisoire la subissent dans une maison d'arrêt.* »⁶

Les maisons d'arrêt avaient pour but premier d'accueillir, comme le stipule cet article, les personnes mises en examen, prévenus ou accusés.

Les règles d'hygiène mentionnées ci-dessus ne sont pas, pour la plupart, respectées dans les maisons d'arrêt. Les établissements construits avant la seconde guerre mondiale n'ont pas été conçus avec l'eau chaude en cellule. Par exemple, la maison d'arrêt de Fresnes n'a pas connu d'évolution majeure depuis sa construction, pourtant novatrice, en 1898, permettant, via un château d'eau, l'acheminement de l'eau courante en cellule. L'absence d'eau chaude et de douche en cellule oblige les détenus à se rendre aux « douches collectives ».

Ces douches collectives sont souvent dans un état de dégradation manifeste (salpêtre, moisissures, mousses, carrelage abîmé, présence de cafards, etc.). Leur état de propreté est souvent pour le moins douteux. Les locaux de ventilation s'avèrent inexistant.

Dans les cellules, les toilettes sont isolées par une modeste cloison, d'une hauteur d'à peine un mètre, pour des raisons « sécuritaires » : le détenu doit pouvoir être vu, à tout moment, par le personnel de surveillance, à travers l'œilleton.

Mais cette contrainte, éventuellement justifiable dans le cadre d'un encellulement individuel, a des conséquences délétères en cas d'encellulement collectif : le détenu est obligé de faire ses besoins naturels devant les autres, ne disposant d'aucune intimité. Le sentiment d'un grand nombre de détenus est celui de l'humiliation permanente.

La hauteur de la cloison des toilettes ne fait pourtant pas partie des règles édictées par le code de procédure pénale. Il convient tout de même de préciser que la majeure partie des maisons d'arrêt ont rehaussé la hauteur de ces cloisons.

De plus, les draps sont normalement lavés tous les quinze jours par l'administration pénitentiaire. Un nouvel occupant doit, en outre, trouver à son arrivée des draps et des couvertures propres.

En réalité, ces normes varient fortement d'un établissement à un autre. Ainsi, les draps sont changés une fois par semaine à la maison d'arrêt de Saint-Malo, mais seulement une fois par mois à celle de Rochefort. De même, la maison d'arrêt de Melun change les couvertures une fois par mois à la demande, mais celles de la maison d'arrêt de Reims ne sont changées qu'une fois par an.

Les maisons d'arrêt disposent de laveries. Pour les plus petites, elles peuvent être amenées à conclure une convention avec la laverie de l'hôpital voisin, ce qui paraît une mesure de bonne gestion.

En revanche, le linge personnel est « à la charge du détenu et de sa famille » et c'est le « parloir » qui est le lieu d'échange entre le linge sale et le linge propre.

La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis représente à cet égard une exception : la sortie du linge est interdite.

Les détenus « sans famille » doivent laver leur linge en cellule, ce qui nécessite de l'eau chaude, ou éventuellement sous la douche (exemple de Fleury-Mérogis), puis le faire sécher devant les barreaux.

La tendance actuelle, tout à fait positive, est d'installer, comme dans la plupart des centres de détention, des buanderies à disposition des détenus. Mais ces buanderies posent de lourds problèmes d'organisation : un local est tout d'abord nécessaire ; il devra être fermé, en dehors des heures prévues pour le nettoyage, afin d'éviter tout acte de vandalisme. Enfin, « l'activité » buanderie nécessite une surveillance supplémentaire.⁷

B) La médecine en prison.

Avant 1994, la médecine en prison s'appelait la « médecine pénitentiaire », terme impropre résultant de la contraction de « médecine en milieu pénitentiaire ». La prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration. Un ou plusieurs médecins vacataires étaient désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement. Une infirmerie devait être installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était affectée, à temps complet ou à temps partiel, un infirmier ou une infirmière. La loi du 18 janvier 1994⁸ a permis de faire « rentrer l'hôpital dans les prisons ». Le législateur a eu pour objectif d'intégrer la population pénale dans le système de santé selon deux axes principaux : le premier est

d'accorder au détenu une couverture sociale, le second de lui permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre, au travers du service public hospitalier. L'accès aux soins est assuré par une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Les UCSA sont des unités des établissements hospitaliers publics. Un protocole, signé par le directeur de la prison et le directeur de l'hôpital, sous l'égide des services régionaux du Ministère de la Justice et du Ministère de la Santé, précise les règles d'organisation et de fonctionnement.

Les UCSA sont constituées par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comportent des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elles sont par ailleurs pleinement intégrées dans l'organisation de l'établissement de santé. Cette appartenance hospitalière se caractérise par une connexion très forte avec les divers services hospitaliers. Le praticien responsable de l'UCSA est chargé d'organiser le suivi médical des personnes détenues. Les médecins chargés des prestations de médecine générale au sein des UCSA assurent les consultations nécessaires au suivi des personnes détenues et des consultations spécifiques en milieu pénitentiaire. Ils ont notamment la charge de l'examen médical d'entrée, de la visite au quartier d'isolement, de la visite des personnes détenues placées au quartier disciplinaire, du suivi des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif, de l'examen médical des personnes détenues soumises à des mesures de contraintes physiques.⁹

L'hospitalisation d'urgence ou de très court séjour est orientée en première intention sur l'hôpital signataire du protocole (hôpital de « proximité »), les autres hospitalisations devant être effectuées dans un hôpital de référence figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres de la justice, de l'intérieur, de la défense et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire est encore à l'heure actuelle soumis à de fortes contraintes. Tout d'abord, les locaux sont le plus souvent inadaptés car beaucoup d'établissements ont installé leur UCSA dans les anciennes infirmeries, peu rénovées pour la plupart avec des locaux souvent exigus, et parfois placés en haut d'un escalier étroit rendant l'accessibilité difficile aux personnes à mobilité réduite.

Ensuite, l'accès aux soins reste soumis à la bonne volonté du personnel de surveillance. En effet, l'intermédiaire d'un surveillant reste nécessaire pour qu'un

détenu puisse accéder aux soins, et se rendre en consultation à l'UCSA. Certains médecins se plaignent de ce « filtre », qui ne prend pas suffisamment en compte l'état de santé du détenu. Les surveillants ont tendance à relativiser la nécessité d'un entretien médical. Effectivement, dans un grand nombre de cas, le détenu exprime la demande d'être écouté, pour bénéficier d'une « occupation » rompant avec la monotonie de sa journée en cellule et faire part de sa solitude et de ses angoisses.

La question de la permanence des soins et des cas d'urgence est également essentielle. Dans la plupart des établissements, la fin de la « journée pénitentiaire » a lieu à 17 heures. Très rares sont les sites où est assurée une permanence des soins sur place la nuit et le week-end. D'ailleurs l'Académie de médecine déplore que *« le suivi d'un traitement prescrit pour être réparti sur 24 heures a les plus grandes chances d'être interrompu. La spécificité d'une surveillance continue telle que celle d'un diabète de type I ne peut être assurée. La survenue d'un événement médical aigu nocturne relève du dispositif civil de type S.O.S. médecin, pour autant qu'ait été identifié (par qui ? le codétenu ?) et signalé l'état anormal du détenu »*.¹⁰

Formulé en décembre 2003, ce constat illustre les limites auxquelles se heurte l'objectif de la loi du 18 janvier 1994 *« d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population »*. En cas d'urgence, les procédures d'alerte et d'accès aux cellules rallongent considérablement les délais d'intervention. Outre qu'il doit entendre les appels du détenu en détresse ou ceux de ses codétenus, le surveillant de garde doit évaluer seul la gravité de la situation, demander le cas échéant à un gradé - seul habilité à ouvrir la cellule - de se déplacer, et enfin, contacter le médecin régulateur du Centre 15 qui dépêchera un médecin sur place. Prenant conscience des déficiences inhérentes à ce processus qui place le surveillant dans un rôle d'intermédiaire entre le détenu et le médecin régulateur, les ministères de la Santé et de la Justice ont modifié la procédure, depuis avril 2004. Le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*⁹ invite désormais chaque établissement pénitentiaire *« à mettre en place un dispositif permettant à la personne détenue concernée de communiquer directement par téléphone avec le médecin régulateur du Centre 15 ou de l'établissement de santé »*. Cette disposition doit permettre *« de mieux cerner les cas d'urgence vitale et d'éviter ainsi de prendre du retard dans la dispensation des soins pouvant entraîner des conséquences graves pour les personnes détenues »*.

Enfin, les transferts prison/hôpital sont encore très complexes. La compétence de l'UCSA étant par définition limitée aux « soins ambulatoires », elle ne peut répondre à tous les besoins.

Pour cette raison, les établissements les plus importants proposent des consultations spécialisées : des médecins spécialistes se rendent en prison; mais la plupart du temps, si le détenu doit être examiné par un spécialiste, il devra se rendre, sous escorte et surveillance, à l'hôpital de rattachement. Ces consultations de spécialistes, tout comme les hospitalisations de courte durée, peuvent être organisées à l'hôpital de proximité. Encore faut-il que le patient puisse y être conduit, dans un contexte où les déplacements des détenus sont subordonnés aux impératifs de sécurité. En effet, ces transferts sont difficiles à organiser car ils nécessitent la coordination de trois administrations différentes : celle de l'établissement pénitentiaire, celle de l'hôpital et celle des forces de sécurité accompagnant le détenu (police ou gendarmerie). Ils sont coûteux en temps et en personnel. Enfin, les hôpitaux d'accueil sont souvent réticents à l'idée d'accueillir des détenus en consultation.

Afin d'expliquer les fréquentes annulations d'extractions médicales, les pouvoirs publics arguent généralement du manque de disponibilité tant des forces de police que des services pénitentiaires pour assurer les escortes. « *Près de 50 % des extractions ont été annulées* » en 2003, consigne le rapport d'activité du centre pénitentiaire de Clairvaux (Aube) où « *ce type d'incident est l'élément majeur du dysfonctionnement de la prise en charge médicale de la population carcérale* ». Le rapport d'activité 2004 de la maison d'arrêt de Vannes (Morbihan) relate la situation rencontrée au mois d'octobre : « *alors même que les différents rendez-vous de consultations hospitalières étaient pris en concertation avec la pénitentiaire et en fonction de leurs disponibilités, sur 30 consultations prévues, 19 ont été annulées parfois le jour même. Du 8 au 20 novembre, ce sont 20 consultations sur 20 qui ont été annulées* ». A la maison d'arrêt de Loos (Nord), en 2004, le taux d'annulation s'élevait à 72 %. Durant l'année 2003, au centre de détention de Riom (Puy-de-Dôme), ce sont « *les séances de dialyse d'un détenu trois fois par semaine* » qui « *empêchaient les extractions médicales pour d'autres détenus dans les mêmes créneaux horaires et réduisaient fortement l'accès aux soins* ». La même année, le rapport d'activité de la maison d'arrêt de Nîmes

(Gard) indique que les extractions sont parfois « *reportées jusqu'à huit fois* » et que « *les attentes peuvent durer un an* », ajoutant : « *cela peut entraîner des conséquences graves notamment en ce qui concerne les personnes suspectées d'être atteintes de l'hépatite C puisque le test n'est réalisable qu'à l'hôpital* ». ¹¹

C) L'hospitalisation des détenus.

a) Les unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales (UHSI).

Le gouvernement s'est efforcé de « *rationaliser les hospitalisations de détenus* ». Un schéma national d'hospitalisation des détenus, imaginé à la suite de la mission conjointe à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) en date du 24 août 2000, a défini sept unités interrégionales d'hospitalisation sécurisées (UHSI), implantées en CHU, destinées à concentrer l'ensemble des hospitalisations de détenus, en dehors des situations d'urgence.

Ces UHSI ont été conçues de la manière suivante :

- une unité de soins classique, lieu d'hébergement des détenus et de réalisation des soins, dont toutes les circulations sont sous contrôle visuel total et permanent direct, ou, à défaut, par l'intermédiaire d'un système de caméras;
- un accès unique dont le contrôle est assuré par un poste central protégé, situé dans l'unité et sous la responsabilité de fonctionnaires du ministère de l'intérieur;
- un périmètre extérieur dont la sécurité est renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur.

La sécurisation au sein des unités d'hospitalisation est à la charge de l'administration pénitentiaire, les personnels et les infrastructures nécessaires étant à la charge de la direction des hôpitaux. Une modification de cette fonction est actuellement envisagée avec un transfert de compétences de la police nationale vers l'administration pénitentiaire.

Quant aux escortes, elles s'effectueront avec la Gendarmerie Nationale quand il s'agit d'une hospitalisation vers l'UHSI ou d'un retour vers l'établissement pénitentiaire. Par contre, les transferts de l'établissement pénitentiaire vers l'hôpital de proximité seront assurés par le personnel pénitentiaire.

b) Les chambres sécurisées à l'hôpital.

La loi n° 94-34 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confie au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des détenus.¹²

Les examens nécessitant le recours à un plateau technique, ainsi que les interventions chirurgicales sont assurés dans un établissement hospitalier.

Lorsque l'hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée, elle est réalisée dans l'établissement de santé signataire du protocole avec l'établissement pénitentiaire.

L'hospitalisation des détenus doit s'effectuer dans une chambre réservée à cet effet, dite « chambre sécurisée ». Cette chambre doit être conforme à un cahier des charges précis axé essentiellement sur la sécurité (chambre située à l'étage et proche du plateau technique, présence d'un sas d'entrée, aménagement intérieur évitant toute évasion ou tentative de suicide, etc.)

Bien que cette mesure, datant de mai 2001, soit obligatoire, tous les établissements susceptibles de recevoir un détenu dans l'urgence ne possèdent pas ce type de chambre.

D) Un cas particulier : les cellules aménagées.

L'accueil en détention de personnes dépendantes, âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues (vieillesse de la population pénale, allongement des peines privatives de liberté, impact des conditions de vie en détention). Les nouveaux établissements pénitentiaires intègrent désormais l'implantation de cellules de détention adaptées à l'accueil de personnes handicapées à hauteur d'au moins une cellule par établissement. Le nombre de personnes concernées étant faible, la prise en charge des personnes détenues dépendantes et/ou handicapées relève d'un traitement individualisé s'ajustant à leurs besoins.

Le concours de personnels socio-sanitaires ou d'auxiliaires de vie permettrait de proposer une prise en charge adaptée et faciliterait l'intervention et le travail des personnels pénitentiaires.

Pour tous les actes relevant de l'intimité de la personne, le recours à une tierce personne s'imposerait afin d'éviter la sollicitation d'un codétenu. Dans quelques établissements pénitentiaires, des conventions sont déjà signées avec le département et une association de maintien à domicile. Il appartient aux établissements pénitentiaires de prendre contact avec les associations de maintien à domicile de leur département afin de préparer une convention, concrétisant les modalités d'intervention de tierces personnes, tout en intégrant les obligations induites par les contraintes pénitentiaires.

Dans la pratique, la gestion de détenus dépendants ou handicapés est extrêmement difficile et coûteuse. Le médecin UCSA, qui est souvent seul, devra gérer des patients de plus en plus grabataires et instaurer des traitements lourds nécessitant une surveillance plus poussée. Il paraît utopiste de croire que la gestion de plusieurs malades de ce type au sein du même établissement soit possible tant la tâche du personnel soignant est déjà importante.

De plus, l'émergence de ce type de cellule pourrait être délétère pour les détenus qui pourraient bénéficier d'un aménagement de peine sur le motif de l'incompatibilité physique du maintien en détention.

E) Éthique et milieu carcéral.¹³

Les détenus - malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique caractérisée - doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesures de prévention ou d'hygiène générale.

Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination¹⁴, ni en raison de leur détention ou de ses causes, ni en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou de mauvais traitements qu'il doit signaler aux autorités compétentes, sauf exception avec le consentement de la personne concernée¹⁵.

Cette attention doit s'exercer dès la visite d'admission, notamment vis-à-vis de questions sanitaires particulièrement pertinentes dans ce milieu :

- infections sexuellement transmissibles, à VIH, à un virus d'hépatite, au bacille tuberculeux, etc.;
- toxicomanies sous leurs différentes formes, dont on peut rapprocher des consommations excessives d'alcool ou de psychotropes;
- affections psychiatriques avec augmentation importante du nombre de détenus atteints de pathologies mentales en prison par suite d'une psychiatrie ouverte qui expose à une prise en charge insuffisante de ces patients, à leur marginalisation et à leur délinquance. La raréfaction des non-lieux psychiatriques aggrave cette situation en responsabilisant abusivement des délinquants souffrant de troubles mentaux psychotiques.

Le médecin n'est pas censé connaître systématiquement les raisons de l'incarcération afin d'éviter toute forme de discrimination. La connaissance du contexte individuel et des antécédents du patient reste cependant souhaitable pour la prise en charge médicale, surtout psychiatrique, comme pour tout patient. Quels que soient les éléments transmis - principalement par le détenu - au praticien, ce dernier doit s'abstenir de tout jugement à son endroit et le soigner le mieux possible, conformément à l'éthique médicale.

Quels que soient les antécédents sociaux ou médico-légaux du détenu, il doit être respecté en tant qu'individu et dispensé de tout traitement dégradant, comme de tout comportement indigne. Dans toute la mesure du possible, comme pour un individu libre, il sera fait appel à sa responsabilité et à sa coopération, en sachant qu'elles sont souvent imparfaites, en vue de développer l'autonomie du détenu vis-à-vis de sa maladie.

Le consentement du détenu est indispensable comme ailleurs, peut être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte supplémentaire. Il peut être refusé, alors qu'un traitement s'impose avec un important enjeu, pour faire pression sur le médecin, sur le système pénitentiaire ou judiciaire et essayer d'obtenir un avantage.

Les grévistes de la faim voient leur comportement respecté jusqu'au moment où ils mettent leurs jours en danger, ce qui impose alors une attitude médicale active. Encore plus qu'ailleurs, l'observance est problématique et difficile à vérifier.

Enfin, le problème du respect du secret professionnel fera l'objet d'un chapitre à part entière.

3/ LES ASPECTS JURIDIQUES DES AMÉNAGEMENTS DE PEINE.

Nous décrirons dans un premier temps les différentes dispositions législatives dont peut se prévaloir un détenu malade ou dont l'état somatique rend l'incarcération difficile, puis nous étudierons un peu plus en détail la procédure relative à la suspension de peine issue de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale ainsi que le recours à la libération conditionnelle. Enfin, nous aborderons brièvement quelques dispositions législatives relatives aux détenus malades ou âgés en vigueur dans d'autres pays.

A) Les dispositions législatives.

a) L'article 720-1-1 du code de procédure pénale.

L'article 720-1-1 du code de procédure pénale, introduit à la suite de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soins, stipule que : *« la suspension de peine peut (...) 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 incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux ».*

Il précise que *« la suppression de peine ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une de ces situations »*.¹⁶

L'article 720-1-1 est destiné à répondre à la situation des personnes en fin de vie ou présentant une altération telle de leur état de santé qu'elles ne peuvent plus être maintenues en détention. Il permet, si les deux expertises médicales distinctes aboutissent aux mêmes conclusions, de faire cesser l'exécution de la peine d'emprisonnement lorsque la personne détenue, du fait de la dégradation de son état somatique, n'est plus en mesure de construire un sens à la peine qu'elle exécute.

La mesure de suspension de peine pour raison médicale s'applique sans condition par rapport à la nature ou à la durée de la peine. Mais l'exécution de la peine n'est que suspendue et celle-ci reprend son cours s'il est mis fin à cette mesure soit parce que ses conditions ne sont plus remplies, soit parce que les obligations fixées par la décision ne sont pas respectées.

Alors que les autres mesures d'aménagement de peine sont conditionnées par des notions d'absence de dangerosité ou de réinsertion, celle-ci a une réelle autonomie. Le législateur, à travers l'article 720-1-1, voulait avant tout une loi à vocation humanitaire et a privilégié la défense des droits des détenus par rapport au maintien de l'ordre et de la sécurité publics. En effet, à part l'état de santé du condamné incompatible avec la détention ou un pronostic vital engagé, rien ne venait limiter cette disposition. Récemment, le décret n° 2006-385 du 30 mars 2006 modifiant le code de procédure pénale et relatif au traitement de la récidive des infractions pénales apporte deux modifications à l'article 720-1-1.

La première intéresse l'introduction de l'article en précisant que « *Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelque soit la nature...etc.* »¹⁷

Cet ajout législatif permet au magistrat de recouvrer son pouvoir d'appréciation. Sur la base de ce critère du risque de renouvellement, qu'une expertise psychiatrique pourrait soulever, le juge pourrait rejeter la demande de suspension formulée par le détenu alors que les deux expertises médicales seraient concordantes quant au pronostic vital engagé ou concernant l'incompatibilité de l'état du détenu avec la détention. Le magistrat était auparavant complètement lié par les experts.

La seconde exige désormais une expertise médicale semestrielle pour les détenus condamnés pour crime et ayant bénéficié d'une suspension de peine pour raison médicale. Cette expertise médicale est « *destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies (...)* ».

La loi de mars 2002 a été mise en place afin de permettre une meilleure protection des droits fondamentaux et rejoindre finalement les concepts de la Commission Européenne des Droits de l'Homme en considérant tout d'abord le détenu comme un Homme à part entière, comme l'a pu écrire J. Vernet dans son article « *La sauvegarde du droit des détenus* »¹⁸, et comme une personne ayant une accessibilité au droit.

Le respect et la dignité de l'être humain sont donc des notions qui transparaissent à travers cet article, notion que l'on retrouve dans la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain et qui « *assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte de celle-ci et garantit le respect de l'être humain* »¹⁹

Contrairement aux autres mesures, cet article s'applique donc à toutes les peines privatives de liberté sans prendre en compte la nature, la durée de la peine ou le reliquat de peine restant à exécuter. Il en est de même pour la période de sûreté gérée par l'article 720-2 du code de procédure pénale²⁰ qui a été mise en place afin de protéger la société des détenus les plus dangereux, ceux-ci ne pouvant la réintégrer qu'après un certain délai.

Mais il convient aussi de préciser que, bien que l'article 720-1-1 ne prend pas en compte la nature de l'infraction, les personnes condamnées pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné de viol, de torture ou d'acte de barbarie ou condamné pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 du Code pénal, doivent se soumettre à une expertise psychiatrique préalablement à l'octroi d'une mesure de suspension de peine en application des dispositions de l'article 722 alinéa 5 du code de procédure pénale. Cette expertise doit être réalisée par trois experts lorsque la personne a été condamnée pour meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de quinze ans.⁹

L'article 720-1-1 est donc unique en son genre car tous les détenus sans exception peuvent en bénéficier. Aussi, quand cet article évoque le pronostic vital c'est-à-dire la fin de vie, celui-ci est simplement « calqué » sur la grâce médicale. Par contre, l'incompatibilité de détention liée à l'état de santé est une notion nouvelle liée au vieillissement croissant de la population carcérale. En effet, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans a triplé durant les 15 dernières années pour atteindre 3,5%, soit plus de 2 000 détenus en 2005. En 2003, on recensait plus de 300 septuagénaires et une quinzaine d'octogénaires incarcérés. Si on élargit aux personnes détenues âgées de plus de 50 ans, leur proportion a doublé durant les 15 dernières années atteignant plus de 12%, soit plus de 7 000 détenus en 2005. Ce nombre croissant est notamment dû à l'augmentation des condamnations pour délits sexuels, qui concernent particulièrement ces classes d'âge, et surtout à l'augmentation des

condamnations à de longues peines. De plus, ces personnes sont particulièrement exposées aux handicaps et aux maladies du vieillissement.

Au nombre croissant de personnes atteintes de handicaps liés à l'âge qui surviennent en cours de détention en raison de l'augmentation des condamnations à de longues peines s'ajoute le nombre de personnes déjà atteintes de handicap au moment de leur emprisonnement : plus de 5 000 personnes étaient atteintes de handicap en 2003 au moment de leur incarcération. La prise en charge du handicap demeure, dans les faits, impossible, notamment dans les maisons d'arrêt.²¹

Par principe de précaution à l'égard de la société, le législateur a prévu, pour les détenus condamnés à de lourdes peines dont une sortie de prison anticipée serait plus délicate, que « *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 3 ans, cette suspension est ordonnée par le juge de l'application des peines. Autrement, elle est prononcée par le tribunal de l'application des peines.* »²². Le tribunal de l'application des peines, qui regroupe plusieurs juges de l'application des peines, a donc pour but de limiter les erreurs de jugement à travers cette collégialité.

En pratique, une décision de suspension de peine n'est prononcée que dans des cas où le détenu concerné est en fin de vie ou que son état physique n'est plus compatible avec la détention et n'engage donc pas la responsabilité du juge vis-à-vis de la sécurité publique.

Par contre, l'article 720-1-1 exclu de son champ d'application d'une part les condamnés atteints de troubles mentaux et d'autre part, ceux en situation de détention provisoire.

- La pathologie mentale :

Elle est omniprésente dans l'univers carcéral. En effet, le rapport du Sénat affirme que les détenus présentant une pathologie mentale représentent aujourd'hui près de 30 % de la population carcérale²³. Soit le détenu entrant est déjà atteint d'une pathologie psychiatrique, soit les conditions d'incarcération (surpopulation, absence d'hygiène, promiscuité, rupture des liens conjugaux et familiaux, déresponsabilisation, attente d'un jugement ou d'un transfert, inactivité, violences, rackets...) aboutissent à de véritables décompensations de troubles psychiatriques sous-jacents alors que ce dernier n'a jamais présenté à l'extérieur des signes de maladie mentale.²⁴

Ce nombre croissant de détenus atteints de pathologies psychiatriques en prison résulte du fait que les experts aboutissent de moins en moins à la conclusion d'irresponsabilité pénale de ces détenus comme le stipule l'article 122-1 du code pénal²⁵. De plus, la sécurité au sein des établissements psychiatriques français ne peut être correctement assurée car, comme la plupart des structures de soins, ces derniers manquent cruellement de moyens financiers et humains.

Selon une étude conjointe des ministères de la Santé et des Affaires sociales sur la santé mentale en prison, une personne sur deux qui rentre en prison souffre d'un trouble psychiatrique et une sur cinq a déjà été suivie auparavant par les services de psychiatrie. A partir d'une étude épidémiologique menée sur 2300 entrants en prison en juin 2001, l'étude évalue à 55 % la proportion de personnes souffrant d'au moins un trouble psychiatrique, de gravité plus ou moins importante. Sur cette population souffrante, 55 % des individus présentent des troubles de l'anxiété, 54 % des troubles addictifs (alcool, drogues), 42 % des troubles psychosomatiques et 42 % des troubles du comportement (impulsivité, passage à l'acte,...). En 2004, une enquête épidémiologique demandée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) révélait la présence de 14% de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus) dont 7% (plus de 4 000 détenus) atteints de schizophrénie.²¹

Le principal problème relatif à l'incarcération des détenus psychologiquement fragiles est le taux anormalement élevé de suicide. En 1995, il y a eu 680 tentatives de suicide (pendaisons : 317, automutilations graves : 108, produits toxiques : 138, auto strangulations : 11, feu et divers : 106). En 1996, 138 détenus sont morts par suicide.

En 1998, 953 grèves de la faim d'au moins 7 jours, et 13 de plus de 3 mois, 1006 tentatives de suicide, et 1362 automutilations. En 2002 : 120 suicides dans les prisons françaises pour 104 en 2001.

Au niveau national il y aurait globalement trois tentatives de suicide par jour, trois décisions de grève de la faim par jour et un suicide réel tous les trois jours.²⁶

Le repérage des personnes en détresse est très insuffisant pour prévenir le suicide car il ne présente aucun caractère systématique. L'exploration attentive de l'idéation, de l'intentionnalité et de la programmation suicidaires n'est faite que lorsque la personne en parle spontanément. Ainsi, seulement un quart des personnes décédées par suicide avaient été repérées comme suicidaires.

On assiste à un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison. L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement, et en particulier de la notion de responsabilité pénale ; perte du sens même du soin et du rôle de soignant ; et même perte du sens du rôle de surveillant.

Source de souffrances pour la personne malade (« *la prison en soi est un facteur d'aggravation des troubles mentaux* » soulignait le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2001), la pathologie mentale est aussi source de souffrance et de confusion pour les codétenus confrontés quotidiennement à la « folie », insupportable et contagieuse.

Le rapport Jean-Louis Terra sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire remis aux ministères de la Santé et de la Justice le 10 décembre 2003 proposait d'instaurer « *un climat propice aux confidences sur leur souffrance pour tous les détenus. Une telle atmosphère impose de réduire au maximum le stress et l'anxiété des personnes détenues notamment grâce à de bonnes relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire, à des conditions de vie décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien de liens familiaux* ». ²⁷

- Le cas particulier des prévenus :

La personne en détention provisoire, qu'elle soit mise en examen, en attente de comparution, ou en instance d'appel ou de pourvoi en cassation, est totalement exclue du champ d'application des dispositions de l'article 720.1.1 du code de procédure

pénale de la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades, qui a pour but d'adapter aux situations de fin de vie le caractère libératoire pour raison médicale.

Pourtant certaines d'entre elles, malades ou très âgées, risquent de mourir en prison avant même d'avoir été jugées. Comme l'a rappelé Patrick Bloche, député de Paris, dans une question écrite adressée au garde des Sceaux, « *seul le juge d'instruction peut alors ordonner la mise en liberté de la personne détenue. Ainsi, contrairement aux détenus condamnés dont la demande de suspension de peine pour raison médicale dépend du juge d'application des peines, la décision de mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire n'est pas détachée des enjeux liés au travail de l'instruction* ». ²⁸

La possibilité d'une suspension de détention est donc laissée à l'appréciation du juge d'instruction. A ce statut particulier, hors du champ d'application de la loi concernant les personnes en fin de vie – ou plus largement les personnes dont l'« état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » ou ayant une « pathologie engageant le pronostic vital » – s'ajoutent les conditions de vie généralement indignes des personnes en détention provisoire, incarcérées en maison d'arrêt où la surpopulation, la promiscuité et l'hygiène sont incompatibles avec la mise en place de soins palliatifs et d'un véritable accompagnement humain en fin de vie.

Certains détenus en fin de vie engagent des procédures en faisant référence, par exemple, à la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui interdit des traitements dégradants. Mais les procédures sont longues et le plus souvent incompatibles avec l'espérance de vie de ces prévenus. D'autant que le justiciable détenu qui se pourvoit en Cassation reste un prévenu. Cette situation paradoxale encourage le prévenu à ne pas utiliser les voies de recours afin d'être condamné le plus rapidement possible, bénéficiant alors du droit de demander l'application de la loi du 4 mars 2002.

Cette discrimination crée un problème éthique majeur. Une personne en fin de vie devrait être traitée comme telle, sans référence à sa situation judiciaire de prévenue (mise en examen, en attente de comparution, en instance d'appel ou de pourvoi en cassation) ou de condamnée. Le paradoxe étant toujours qu'une personne prévenue est présumée innocente.

b) La libération conditionnelle.

D'après l'article 729 du code de procédure pénale *« la libération conditionnelle tend à la réinsertion des condamnés et à la prévention de la récidive. Les condamnés ayant à subir une ou plusieurs peines privatives de liberté peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment lorsqu'ils justifient soit de l'exercice d'une activité professionnelle, soit de l'assiduité à un enseignement ou à une formation professionnelle ou encore d'un stage ou d'un emploi temporaire en vue de leur insertion sociale, soit de leur participation essentielle à la vie de famille, soit de la nécessité de subir un traitement, soit de leur efforts en vue d'indemniser leurs victimes. »*²⁹

Il est à noter qu'une libération conditionnelle ne peut être octroyée que si au moins la moitié de la peine est exécutée. De plus, l'article 720-2 du code de procédure pénale³⁰ stipule qu'une libération conditionnelle est paralysée par la période de sûreté.

Pour les détenus en état de récidive, la condition de délai posée par le texte est celle de l'exécution des deux tiers de la durée de la peine à subir.

Il existe en outre une disposition spécifique pour les parents d'enfants de moins de dix ans³¹ dès lors qu'ils exercent l'autorité parentale sur ceux-ci et résident habituellement avec eux. Il suffit alors que la peine ou son reliquat soit inférieur ou égal à 4 ans pour pouvoir prétendre à une telle mesure.

Ces derniers points pourraient faire penser que les demandes de libération conditionnelle sont moins requises car plus difficiles à obtenir. Cependant, dans la pratique, la demande de libération conditionnelle est une procédure plus fréquemment adoptée par un détenu car elle ne nécessite pas deux expertises médicales et est de ce fait, beaucoup plus rapide.

*« Cette situation est alors paradoxale : la suspension médicale a été mise en place pour combler les lacunes de la libération conditionnelle médicale qui vient finalement combler les lacunes de la suspension médicale de peine. »*³²

c) Le choix des aménagements de peine.

Les personnes détenues nécessitant un traitement médical peuvent bénéficier d'autres mesures d'aménagement de peine que l'article 720-1-1 du code de procédure pénale relatif aux suspensions de peine ou que la libération conditionnelle :

la semi-liberté, le placement extérieur, le placement sous surveillance électronique. Le choix du type d'aménagement doit être fait en concertation avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et, éventuellement, son avocat. Il n'est pas du ressort du médecin de préciser le type d'aménagement de peine à demander. En tout état de cause, la décision appartient à l'autorité judiciaire.

En pratique, lorsqu'un détenu est malade ou que son état de santé nécessite une extraction du milieu carcéral, les demandes s'orienteront principalement vers la suspension de peine ou la libération conditionnelle.

B) la procédure de suspension de peine.

a) Rôle du médecin intervenant auprès des personnes détenues.

Dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale décrite dans la note jointe de la direction de l'administration pénitentiaire en date du 28 octobre 2002, le médecin traitant de la personne condamnée (c'est-à-dire le médecin de l'UCSA ou éventuellement le médecin qui l'accueille dans un service hospitalier) envisage avec elle cette possibilité dès lors qu'il estime que son état de santé est tel qu'elle pourrait bénéficier de cette mesure.³³

- lorsque la personne détenue manifeste la volonté d'engager la procédure :

D'une manière générale le médecin informe la personne détenue de la gravité de son état de santé en veillant à ce que le soutien et l'accompagnement psychologique nécessaires lui soient apportés. Il lui fait connaître avec les précautions d'usage qu'elle est susceptible de bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine et lui remet un certificat médical descriptif de son état de santé, afin qu'elle puisse faire valoir sa situation.

Ce certificat peut notamment indiquer que le pronostic vital est engagé ou que l'état de santé de la personne condamnée est durablement incompatible avec son maintien en détention. Un double de ce certificat est conservé dans le dossier médical. Ce certificat ne se substitue pas aux expertises prévues à l'article 720-1-1 du code de procédure pénale

Afin d'introduire la procédure, la personne condamnée transmet ce certificat au juge de l'application des peines (JAP) ou au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) ou à son avocat ou à sa famille ou encore au directeur de l'établissement pénitentiaire afin de constituer son dossier d'aménagement de peine.

- lorsque la personne détenue refuse d'engager la procédure :

Dans le cas où la personne détenue, bien que consciente de son état de santé, refuse de s'engager dans la procédure de demande de suspension de peine pour raison médicale le médecin lui remet néanmoins un certificat médical dans les mêmes conditions que précédemment. Dans ce cas également, un soutien psychologique et un accompagnement doivent lui être proposés.

En outre, après en avoir informé la personne condamnée, il avise par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire qu'il estime que l'état de santé de cette personne « *n'est pas compatible avec son maintien en détention* » conformément aux dispositions de l'article D. 382 du code de procédure pénale.³⁴

- lorsque la personne détenue est hors d'état d'exprimer sa volonté :

Dans le cas où le patient est dans l'incapacité de s'engager dans la procédure de demande de suspension de peine pour raison médicale ou de comprendre la gravité de son état de santé, le médecin remet le certificat descriptif, ne comportant pas d'éléments diagnostics, à la personne susceptible d'intervenir au mieux, dans l'intérêt du malade. Conformément aux dispositions introduites par la loi du 4 mars 2002, il s'agit de « *la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance (...) (qui) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci sauf opposition de sa part* ».

Il avise en outre, par écrit le chef d'établissement pénitentiaire qu'il estime que l'état de santé de la personne condamnée « *n'est pas compatible avec son maintien en détention* ».

Dans tous les cas quand il l'estime nécessaire le médecin avise l'autorité judiciaire de l'urgence de la situation afin que celle-ci prenne toutes les mesures utiles pour accélérer la procédure.

Les associations de lutte contre le sida relayées par le Conseil National du Sida (CNS) ont attiré l'attention sur l'application de la suspension de peine. Le CNS appelle à la création d'un droit d'alerte permettant aux proches du détenu ainsi qu'aux personnes quotidiennement à son contact de saisir les autorités judiciaires et de solliciter un examen médical du détenu. De même il est souhaité une large diffusion de l'information sur les modalités et la procédure de la suspension de peine auprès des détenus et de chaque intervenant en maison d'arrêt, centre de détention, etc. Le CNS estime qu'il faudrait créer une procédure d'urgence.³⁵

b) Les expertises médicales.

Afin de déterminer si un détenu peut bénéficier d'un aménagement de peine conformément à l'article 720-1-1, le juge de l'application des peines va ordonner deux expertises médicales distinctes dont les conclusions seront alors déterminantes pour la décision finale.

La sollicitation d'expertise peut être faite par:

- le détenu lui-même si celui-ci est en mesure de le faire;
- la famille du détenu;
- le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) qui est le service déconcentré de l'administration pénitentiaire dans chaque département, placé sous l'autorité du directeur régional des services pénitentiaires. C'est le SPIP qui assure le contrôle et le suivi des peines exécutées en milieu ouvert et en milieu fermé;
- l'avocat dans certains cas exceptionnels car ce dernier n'intervient en pratique qu'une fois la demande établie.

C'est le juge de l'application des peines qui désignera les deux experts.

Ces derniers lui remettront un rapport médical détaillé et il n'envisagera une suspension de peine que si les deux expertises sont concordantes c'est-à-dire s'ils estiment que la demande de suspension de peine pour raison médicale est justifiée. Il en est de même pour un refus d'aménagement de peine.

Ces expertises ont été mises en place afin d'amoindrir les risques d'erreur d'appréciation du juge et d'éviter les décisions prises sur d'autres critères que l'état de santé du détenu.

Le choix des experts est véritablement un élément clé de la procédure et ne dépend que du juge de l'application des peines. Les échanges entre le corps médical et les magistrats sont à l'heure actuelle bien plus importants ce qui permet à ces derniers d'orienter désormais le choix des experts en fonction de la pathologie du détenu.

Par ailleurs, bon nombre de médecins experts ne connaissent pas ou peu l'univers carcéral ce qui peut entacher leurs estimations, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer la compatibilité d'un état de santé avec l'environnement pénitentiaire.

De plus, ces « divergences » sont à considérer avec précaution. En effet, celles-ci ne peuvent être que partielles et pourtant considérées comme concordantes par le juge. Dans le cas de Joëlle Aubron par exemple (un des membres d'Action Directe arrêtée en 1987 et condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité pour « assassinat et actes terroriste »), les deux expertises avaient été jugées concordantes bien que n'aboutissant pas exactement aux mêmes conclusions car le juge, à travers la description de la pathologie de J. Aubron faite par les deux médecins, estimait qu'il ressortait clairement des deux expertises que le pronostic vital était engagé.³⁶

De même, un refus de suspension peut être prononcé uniquement parce que les deux experts, bien que d'accord sur l'issue fatale de la maladie, ne le sont pas tout à fait sur la proximité du décès au moment de l'expertise.

La notion de « *pronostic vital engagé* » est donc au cœur de ce débat. Celle-ci peut poser problème dans ce sens qu'elle ne se réfèrera jamais à des délais précis. Malheureusement, c'est bien ce concept de délai qui rend le travail des juges extrêmement difficile surtout quand il s'agit de libérer pour raison médicale un détenu « à risque » c'est-à-dire un détenu dont on redoute une récidive une fois sa peine suspendue.

c) La commission de l'application des peines.

La commission de l'application des peines est présidée par le juge de l'application des peines. Le procureur de la République et le chef de l'établissement sont membres de droit. Il existe une commission d'application des peines dans chaque prison, afin d'assister le juge de l'application des peines (JAP) dans certaines de ses décisions. La commission d'application des peines continue à intervenir dans les décisions relatives aux réductions de peine, permissions de sortir et autorisations de sortie sous escorte. Elle sera également consultée par la juridiction régionale de la libération conditionnelle. Mais les autres mesures d'aménagement des peines que sont le placement à l'extérieur, la semi-liberté, le fractionnement et la suspension de peine, le placement sous surveillance électronique et la libération conditionnelle relevant du JAP ne seront plus examinées par cette commission. Elles deviennent des mesures juridictionnelles et bénéficient à ce titre d'un régime procédural correspondant à la notion de procès équitable.³⁷

d) La procédure des débats contradictoires.

Les jugements concernant les mesures de placement à l'extérieur, de semi-liberté, de fractionnement et suspension des peines, de placement sous surveillance électronique et de libération conditionnelle sont rendus, après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, à l'issue d'un débat contradictoire tenu en chambre du conseil. Ce débat est présidé par le juge de l'application des peines, assisté d'un greffier et l'audience se tient en présence du procureur. Au cours de ce débat le juge de l'application des peines entend les réquisitions du ministère public et les observations du condamné ainsi que, le cas échéant, celles de son avocat. Si le condamné est détenu, ce débat peut se tenir dans l'établissement pénitentiaire. Le juge de l'application des peines peut, avec l'accord du procureur de la République et celui du condamné ou de son avocat, octroyer l'une de ces mesures sans procéder à un débat contradictoire.³⁸

Les décisions doivent être motivées et sont susceptibles d'appel devant la chambre des appels correctionnels. L'appel du parquet, s'il est formé dans les vingt-quatre heures, suspend l'exécution de la décision.³⁹

Cette *juridictionnalisation* ne crée pas un droit à l'individualisation des peines mais offre des droits substantiels : l'accès au juge, la garantie d'un débat contradictoire, l'assistance d'un avocat, le droit d'interjeter l'appel.

Pour la première fois, une loi définit la compétence territoriale du JAP, qui bénéficie désormais de l'appui d'un greffier spécialisé et chargé de constituer un dossier individuel pour chaque condamné, distinct de celui de l'administration pénitentiaire. Les mesures d'aménagement des peines peuvent être demandées par le condamné envers qui le juge a une obligation de répondre.

Ce processus de *juridictionnalisation* redéfinit les liens unissant le JAP aux instances pénitentiaires et différencie de façon plus précise les missions respectives des différents acteurs professionnels.

e) Le juge de l'application des peines et le tribunal de l'application des peines.

Il existe deux juridictions distinctes en fonction de la durée de la peine ou du reliquat de peine à effectuer:

- Un juge unique (JAP) pour les peines inférieures ou égales à 10 ans ou si le reliquat de peine est inférieur ou égal à 3 ans;

- Le tribunal de l'application des peines (TAP) constitué par plusieurs JAP pour les peines supérieures à 10 ans.⁴⁰

Il est à noter que le juge peut à tout moment décider de replacer un détenu en détention.

Pour les actes criminels, une expertise sera réalisée tous les 6 mois selon l'article 720-1-1 du code de procédure pénale.

Pour les détenus ayant été condamnés pour des actes à caractères sexuels, une expertise psychiatrique complétera systématiquement les deux expertises médicales.

De plus, il y a possibilité pour la juridiction d'assortir la mesure d'aménagement de peine d'une ou plusieurs conditions qui, si elles ne sont pas respectées par le détenu, mettront fin à sa mise en liberté.

Il peut être demandé au détenu :

- d'établir sa résidence ou être hospitalisé dans un lieu ou un établissement déterminé par la juridiction;
- de tenir le juge de l'application des peines informé de son lieu de résidence ou d'hospitalisation et l'informer de toute modification;
- de fixer sa résidence ou son lieu d'hospitalisation dans les limites territoriales déterminées par la juridiction;
- de ne pas sortir des limites territoriales déterminées par la juridiction et, le cas échéant, remettre son passeport;
- de se soumettre à toute expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines;
- de recevoir les visites du travailleur social du service pénitentiaire d'insertion et de probation et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de l'exécution de ses obligations;
- de répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou du travailleur du service pénitentiaire d'insertion et de probation si son état de santé lui permet de se déplacer;
- de s'abstenir d'entrer en relation de quelque manière que cela soit avec les victimes de l'infraction pour laquelle il est condamné;
- de s'abstenir de fréquenter ou d'entrer en relation avec certaines personnes ou certaines catégories de personnes.

A tout moment, le procureur de la République peut saisir le juge de l'application des peines afin qu'il ordonne une expertise médicale pour vérifier si le condamné remplit toujours les critères prévus à l'article 720-1-1.

C) Les autres pays.

Le Conseil de l'Europe s'est prononcé sur un certain nombre de règles relatives au milieu carcéral⁴¹ et des recherches furent effectuées sur l'octroi de la libération conditionnelle dans des pays voisins en se basant sur deux critères : l'âge des détenus et leur état de santé⁴².

a) L'Allemagne.

-La libération conditionnelle :

Elle est susceptible d'être accordée lorsque les deux tiers de la peine ont été purgés, voire seulement la moitié pour les primo délinquants condamnés à des peines n'excédant pas deux ans, tandis que les condamnés à perpétuité doivent avoir purgé quinze ans pour pouvoir en bénéficier.

Le code pénal énumère les principaux éléments dont il doit être tenu compte lors de la prise de décision : la personnalité du condamné, ses antécédents, son comportement pendant la détention, ses conditions de vie, les circonstances de l'infraction. Il ne mentionne ni l'âge ni l'état de santé.

-La suspension de l'exécution des peines privatives de liberté :

Le code de procédure pénale prévoit que l'exécution d'une peine privative de liberté peut, dans la mesure où une telle décision n'entraîne aucun danger pour la sécurité publique, être suspendue dans trois cas :

- lorsque le détenu est atteint d'une maladie mentale;

- lorsque, à cause d'une autre maladie, la poursuite de la détention met en danger à court terme la vie du détenu;

- lorsque le détenu gravement malade, ne peut être traité dans le cadre pénitentiaire.

La suspension de l'exécution de la peine ne peut donc être prononcée que lorsque l'état de santé du détenu est particulièrement grave. L'intéressé est alors transféré dans un établissement de soins approprié. En revanche, lorsque l'état de santé est moins grave, l'intéressé est transféré dans un établissement qui relève de l'administration pénitentiaire et où il continue à purger sa peine. La décision de suspension est prise par le ministère public, qui est compétent pour l'exécution des peines. La durée de la suspension n'est pas limitée, car elle dépend du rétablissement du condamné. Le cas échéant, la suspension peut donc être renouvelée.

b) L'Angleterre et le pays de Galles.

-La libération conditionnelle :

Elle est accordée automatiquement aux détenus qui ont purgé la moitié de leur peine si la durée de celle-ci est comprise entre un et quatre ans et les deux tiers si la durée de la peine dépasse quatre ans.

Les récidivistes doivent avoir purgé les trois quart de leur peine pour bénéficier d'une libération conditionnelle.

Les détenus condamnés à perpétuité ne peuvent bénéficier de cette mesure qu'après l'expiration de la période de sûreté, qui est prévue dans le jugement, et après avis du Conseil de la libération conditionnelle. Ce Conseil de la libération conditionnelle instruit toutes les demandes de libération conditionnelle et se compose de spécialistes des questions juridiques, psychiatriques et pénitentiaires.

Cette loi prévoit que le ministre de l'intérieur, après avoir consulté le Conseil de la libération conditionnelle, peut accorder la libération conditionnelle à un détenu

condamné à une peine de durée limitée, à n'importe quel moment de son incarcération, « *lorsque des circonstances exceptionnelles justifient la libération du détenu pour des raisons humanitaires* ».

L'article 30 de la loi de 1997 sur les condamnations pénales prévoit également la possibilité de faire bénéficier les détenus condamnés à perpétuité de la libération conditionnelle « *pour des raisons humanitaires* ».

c) La Belgique.

-La libération conditionnelle :

Elle peut être appliquée aux condamnés qui ont purgé le tiers de leur peine, la durée de la peine déjà exécutée devant excéder trois mois. Les récidivistes peuvent bénéficier de cette mesure à condition d'avoir purgé les deux tiers de leur peine sans que la durée de la peine déjà exécutée soit inférieure à six mois et supérieure à quatorze ans. En cas de condamnation à perpétuité, il faut avoir purgé dix ans (quatorze ans pour les récidivistes).

La loi relative à la libération conditionnelle précise que le condamné doit pouvoir présenter un programme de reclassement faisant apparaître « *sa volonté et son effort de réinsertion dans la société* » et qu' « *il ne peut y avoir de contre-indications impliquant un risque sérieux pour la société* ».

Elle ne mentionne ni l'âge ni l'état de santé.

Aucune autre mesure n'est susceptible de permettre aux détenus âgés ou atteints de maladie grave d'être libérés avant la fin de leur peine.

d) Le Danemark.

-La libération conditionnelle :

Elle est susceptible d'être accordée lorsque les deux tiers de la peine ont été purgés voire seulement la moitié si des « *circonstances exceptionnelles* » la justifient.

Le code pénal prévoit que la libération conditionnelle est décidée lorsqu'elle n'est « *pas inopportune* » et que l'avenir matériel de l'intéressé est assuré.

Les directives du ministère de la Justice sur la libération des détenus précisent que le critère d'opportunité doit être apprécié par rapport au risque de récidive.

Elle n'évoque pas l'âge élevé du détenu.

-l'exécution de la peine en dehors de l'institution pénitentiaire :

La loi sur l'exécution des peines prévoit que, dans certains cas, une personne condamnée à une peine privative de liberté peut exécuter tout ou une partie de sa peine à l'hôpital, dans une institution spécialisée, voire à domicile.

Cette possibilité suppose que d'une part, le condamné a besoin de soins particuliers, qui peuvent lui être prodigués à l'extérieur de la prison et d'autre part, que le placement ou le maintien en détention n'est pas souhaitable, notamment compte tenu de l'âge ou de l'état de santé de l'intéressé.

e) L'Espagne.

-La libération conditionnelle :

Elle est susceptible d'être accordée aux détenus qui :

- ont été placés dans un établissement relevant du régime pénitentiaire « ouvert » (par opposition aux régimes « ordinaire » et « fermé »), parce qu'ils ont été considérés comme aptes à bénéficier d'un régime de semi-liberté;

- se sont bien conduits pendant leur détention, de sorte qu'il est possible d'envisager leur réinsertion;

- ont purgé les trois quarts de leur peine.

A titre exceptionnel, les détenus qui ont continuellement travaillé en prison peuvent obtenir la libération conditionnelle après l'exécution des deux tiers de leur peine.

Le code pénal précise, dans son article 92, que les détenus qui ont soixante dix ans ou qui les auront pendant l'exécution de leur peine ainsi que ceux qui sont atteints de maladies incurables peuvent obtenir une libération conditionnelle lorsqu'ils remplissent seulement les deux premières conditions.

- La suspension de l'exécution des peines privatives de liberté :

Le code pénal prévoit la possibilité de suspendre l'exécution des peines privatives de liberté pour les primo délinquants condamnés à des peines n'excédant pas deux ans. Cette suspension est de deux à cinq ans pour les peines inférieures à deux ans et de trois mois à un an pour les peines plus légères.

Toutefois, aucune condition n'est exigée lorsque le condamné est atteint d'une maladie incurable, sauf si le délit a été commis pendant une suspension de peine accordée pour le même motif.

f) L'Italie.

-La libération conditionnelle :

Si la durée de la peine restant à purger n'excède pas cinq ans, la libération conditionnelle peut être accordée aux condamnés qui ont exécuté la moitié de leur peine, ce qui doit représenter au moins trente mois de détention. En cas de récidive, la durée minimale à exécuter est portée à quatre ans et doit correspondre au moins aux trois quarts de la peine.

Les terroristes et les auteurs de crimes mafieux ne peuvent prétendre à la libération conditionnelle qu'après avoir exécuté les deux tiers de leur peine. Les détenus condamnés à la prison à vie peuvent obtenir la libération conditionnelle à condition d'avoir purgé au moins vingt-six ans.

Le code pénal précise que, pour pouvoir bénéficier de la libération conditionnelle, les condamnés doivent, par leur comportement pendant la détention, donner l'assurance de leur repentir.

Il ne mentionne ni l'âge ni l'état de santé.

- La suspension de l'exécution des peines privatives de liberté.

Le code pénal prévoit :

- le sursis à exécution obligatoire pour les détenus atteints du Sida ou d'une autre maladie particulièrement grave, quand ils sont dans une phase avancée de la maladie incompatible avec la détention;

- le sursis à exécution facultatif pour les détenus qui ont présenté une demande de grâce ainsi que pour ceux qui sont atteints d'une infirmité physique grave.

- L'exécution de la peine en dehors de l'institution pénitentiaire :

Le bénéfice de ces mesures ne peut être accordé aux auteurs de certains délits (association de malfaiteurs pour trafic de stupéfiants, séquestration et extorsion de fonds) que s'ils collaborent avec la justice.

L'assignation à domicile a été introduite en 1986 par une loi qui a modifié la loi relative au système pénitentiaire et à l'exécution des peines.

Dans la mesure où la peine infligée ou restant à purger n'excède pas quatre ans, l'article 47 ter de la loi de 1975 accorde aux condamnés âgés de plus de soixante ans

qui sont handicapés, même partiellement, ainsi qu'à ceux qui sont gravement malades, la possibilité d'exécuter leur peine à domicile ou dans un établissement de soins.

L'affectation sous probation à un service social prévoit la possibilité de confier au service social local les personnes condamnées à une peine n'excédant pas trois ans, afin qu'ils purgent le reste de leur peine. Cette mesure ne peut être appliquée qu'après une période d'observation d'au moins un mois.

Depuis 1999, les condamnés atteints du Sida, d'une grave déficience immunitaire ou d'une autre maladie particulièrement grave peuvent, quelle que soit la durée de leur peine, bénéficier de cette mesure pour suivre un traitement en milieu hospitalier.

g) Le Canada : le Québec.

-La libération conditionnelle :

Un organisme est institué sous le nom de « Commission québécoise des libérations conditionnelles ».

Un détenu est admissible à la libération conditionnelle :

- après avoir purgé sept ans d'emprisonnement, dans le cas d'une peine d'emprisonnement à perpétuité imposée comme peine maximale;

- après avoir purgé la moitié de la peine d'emprisonnement imposée par le tribunal ou dix ans, selon la période la plus courte, dans le cas d'une peine d'emprisonnement d'au moins deux ans; ou

- après avoir purgé le tiers de la peine d'emprisonnement imposée par le tribunal ou sept ans, selon la période la plus courte, dans les autres cas.

Toutefois, un détenu peut bénéficier de la libération conditionnelle dans les cas suivant :

- il est malade en phase terminale;

- sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit;

- l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation.

4/ LES DOSSIERS.

Dans ce chapitre seront présentés des dossiers médicaux de patients de l'UHSI de Nancy Brabois dont l'état de santé a nécessité des mesures d'aménagement de peine.

Chaque dossier, traité de façon anonyme, a été détaillé sur le plan médical de façon à comprendre à travers la description de l'état physique du patient et des contraintes thérapeutiques dont il fait l'objet, la motivation d'une demande de suspension de peine ou de liberté conditionnelle.

Dans certains dossiers figuraient les extraits du **jugement statuant sur une demande de suspension de peine ou de liberté conditionnelle**, document officiel que remet le juge de l'application des peines en guise de réponse à une demande. Ce document, lorsqu'il était présent, a été intégré à ce chapitre car il nous permet d'une part de faire le lien entre le médical et le juridique et d'autre part, nous donne un aperçu de la façon avec laquelle les experts ont exposé leur avis au juge et comment ce dernier a interprété leurs conclusions.

A) Dossier numéro 1.

- Homme de 30 ans adressé à l'UHSI le 27/06/2005 par le médecin UCSA de Toul.

- Les antécédents médicaux sont : un tabagisme.

Le patient avait été adressé à l'UHSI en raison d'une altération de l'état général avec toux sans expectoration et sueurs nocturnes.

La radiographie pulmonaire objectivait un élargissement du médiastin supérieur et une image d'atélectasie axillaire droite.

Une tomодensitométrie thoracique a donc été réalisée et révélait une lésion nodulaire du lobe supérieur droit, ainsi que la présence de volumineuses adénopathies médiastinales nécrosées et plus particulièrement au niveau surrénalien droit.

Le contexte clinique confronté à une fibroscopie bronchique normale orienta sur le diagnostic de pathologie tuberculeuse.

Le patient bénéficia alors d'une trithérapie mais devant une majoration de l'altération de l'état général, la persistance d'un syndrome algique imposant le recours aux dérivés morphiniques et la majoration des images scannographies, une médiastino-biopsie fut réalisée le 12/08/2005. L'anatomopathologie confirma une métastase ganglionnaire d'un carcinome faiblement différencié dont l'étude de l'ensemble des marqueurs ne permet pas de retrouver d'orientation de la lésion primitive.

Devant l'absence de signes d'appel ORL le diagnostic de lésion pulmonaire a été retenu.

Une proposition de chimiothérapie avec une prise en charge au CAV a été retenue.

Une chambre implantable a été posée le 29/08/2005.

La demande de suspension de peine est demandée le 24 août 2005 et est accordée le 30 août 2005.

De plus, l'examen scannographie cérébral du 31/08/2005 révélait la présence d'une lésion fronto-corticale gauche.

Extrait du jugement statuant sur une demande de suspension de peine:

« Il résulte d'un premier rapport d'expertise déposé le 22 août 2005 par le Professeur X (pneumologue) que Monsieur B. présente un cancer épidermoïde du poumon présent au niveau du lobe supérieur droit avec des adénopathies médiastinales néoplasiques et métastases surrenaliennes droites. L'expert indique que le patient doit suivre un traitement par chimiothérapie et doit être hospitalisé, au moins au début du traitement. Il ajoute qu'il est vraisemblable que ce traitement sera effectué par cures, de l'ordre de 4 à 6, espacées régulièrement toutes les trois semaines environ, un suivi médical devant être assuré entre les cures. Il précise que, dans ces conditions, l'incarcération peut avoir des conséquences physiques ou psychiques pour le patient, si ce n'est sur l'évolution de la pathologie qu'il présente, conclut qu'un aménagement de la détention est nécessaire et que son état de santé peut être considéré comme incompatible avec le maintien en détention.

Enfin, selon l'expert, le pronostic vital de Monsieur B. est engagé à relativement court terme.

Corroborant les termes de ce premier rapport d'expertise, le second expert commis, le Dr Y., mentionne que le détenu présente une atteinte pulmonaire à type de métastase

ganglionnaire d'un carcinome faiblement différencié. Il s'agit selon l'expert d'un cancer déjà métastasé avec importante atteinte de l'état général. Il ajoute que cette atteinte de l'état général met en jeu le pronostic vital sachant que les lourdes thérapeutiques appliquées ne permettent malgré tout pas d'envisager une chance de survie à court et moyen terme. Il conclut que l'état de santé de Monsieur B. est durablement incompatible avec le maintien en détention et que sa pathologie engage le pronostic vital à court et moyen terme.

Il résulte enfin de la synthèse socio-éducative que l'intéressé peut être accueilli par sa mère [...], cet accueil dans l'enceinte familiale devant lui permettre de poursuivre son traitement au Centre Hospitalier de Nancy.

[...] En conséquence, il sera fait droit à la demande d'aménagement de peine de Monsieur B. afin de lui permettre de bénéficier, dans la dignité, des soins palliatifs nécessaires à son état. »

Remarque: la prise en charge de ce dossier est particulièrement remarquable quant à la vitesse de la procédure. En effet, la demande de suspension a été demandée moins de deux semaines après que le diagnostic anatomopathologique soit établi et le juge accorda cette suspension 6 jours après le dépôt de la demande suite aux deux expertises.

B) Dossier numéro 2.

- Homme de 44 ans par le médecin UCSA de la maison d'arrêt de Colmar.

- Les antécédents médicaux sont : inconnus.

Le patient avait été adressé à l'UHSI par les hôpitaux civils de Colmar le 09/08/2004 à la suite de la mise en évidence d'une lésion de type adénocarcinome peu différencié au cours d'une appendicectomie. Le bilan étiologique orientait vers une origine pulmonaire avec mise en évidence de multiples nodules parenchymateux et une masse tissulaire tumorale médiastinale évoquant un carcinome bronchique hilair droit. De

plus, il était constaté une lésion cérébrale fronto-pariétale gauche ainsi qu'au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche.

Le traitement comportera une radiothérapie cérébrale à visée anti-œdémateuse et une chimiothérapie selon le protocole Carboplatine® /Taxol® .

Un port a cat avait été mis en place puis malheureusement retiré en raison de phénomènes infectieux.

De plus, la fibroscopie avec biopsie au niveau de l'élargissement de l'éperon n'a pas conclu à un processus dégénératif.

La demande de suspension a été faite le 31/08/2004.

Le patient sortira le 20/09/2004 et décédera le 24/10/2004.

Extrait du jugement statuant sur une demande de suspension de peine:

« Le 31 août 2004, Monsieur B a formé une demande de suspension de peine.[...]

Le 30 août 2004, Monsieur le Docteur P., chef de service de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale indiquait qu'à la suite des premières investigations cliniques et complémentaires réalisées sur le détenu accueilli dans cette unité, après son transfert de la maison de Colmar, il apparaissait que son état de santé ne permettait pas son maintien en détention.

Il ressort du rapport d'expertise médicale établi le 8 septembre 2004 par Monsieur X. (médecin expert) que Monsieur B présente une néoplasie médiastinale droite avec multiples nodules parenchymateux pulmonaires et surtout des lésions métastatiques très volumineuses au niveau cérébral. Il note que cette pathologie a justifié la mise en place d'une irradiation cérébrale globale dont le but est de diminuer les complications liées aux métastases cérébrales, le volume de ces dernières rendant toute thérapeutique illusoire. Il ajoute que, dans tous les cas, la pathologie présentée par Monsieur B est extrêmement grave et engage le pronostic vital à court terme. Il conclut que le traitement et la baisse de l'état général rendent durablement l'état de santé de Monsieur B incompatible avec le maintien en détention.

Corroborant les termes du premier rapport d'expertise, le second expert commis, Monsieur le Professeur Y (pneumologue), mentionne que le détenu présente un cancer

du poumon avec métastases multiples, en particulier cérébrales. Il doit suivre un traitement avec dans un premier temps, une radiothérapie cérébrale puis, vraisemblablement si cela est possible, une chimiothérapie. Ces traitements nécessitent une hospitalisation pendant la radiothérapie et les cures de chimiothérapie ainsi que des soins et un suivi particulier entre les cures. Selon l'expert, l'incarcération n'a pas, à proprement parler, de conséquences physiques sur l'évolution de la maladie; par contre l'absence de liberté peut avoir un retentissement chez un patient qui vient d'apprendre qu'il souffre d'un cancer métastatique dont le pronostic est médiocre. Il affirme que l'état de santé du détenu est durablement incompatible avec le maintien en détention et que son pronostic vital est engagé à très court terme par la pathologie qu'il présente.

Dans la mesure où deux expertises distinctes établissent de manière concordante que Monsieur B. est atteint d'une pathologie engageant à court terme son pronostic vital et que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention compte tenu notamment de la lourdeur des traitements prodigués, des douleurs ressenties, de l'altération de son état général et de ses capacités motrices, la mesure de suspension de peine sollicitée apparaît pleinement justifiée.

A la demande de l'équipe soignante Monsieur B. pourra être pris en charge par le Centre Hospitalier de Colmar, tout en résidant au domicile de sa mère, qui s'est engagée à l'accueillir par lettre datée du 7 septembre 2004.

En conséquence il sera fait droit à la demande d'aménagement de peine de Monsieur B afin de lui permettre de bénéficier dans la dignité, des soins palliatifs nécessaires à son état, avec l'entourage de ses proches.[...]. »

Remarque: la prise en charge de ce dossier est rapide. Il est intéressant de noter une légère différence dans les conclusions des deux experts. En effet, le premier met en avant l'altération physique qu'entraîneront la radiothérapie et la chimiothérapie alors que le deuxième évoque surtout les dégâts psychologiques résultants de l'annonce d'un tel diagnostic dans un contexte d'enfermement.

C) Dossier numéro 3.

- Homme de 48 ans.

- Les antécédents médicaux sont : hépatite C, syndrome d'immuno déficience acquise suivis en Maladies Infectieuses.

Le patient est entré à l'UHSI le 20/05/2005 pour bilan d'adénopathies hilaires.

L'examen clinique à l'admission retrouve un patient cachectique. L'auscultation pulmonaire retrouve des ronchis dans le champ pulmonaire droit. L'abdomen est souple, indolore à la palpation mais il existait une hépatomégalie.

Le bilan pneumologique (fibroscopie bronchique, scanner thoracique) a mis en évidence un adénocarcinome non à petite cellules.

Une demande de suspension pour état de santé incompatible avec la détention est demandée le 23/05/2005.

La mise en place d'un port a cat a été réalisé le 03/06/2005 avec des suites opératoires simples.

Le patient a été transféré le 07/06/2005 au service de pneumologie de l'hôpital de Brabois en vue d'une bronchoscopie sous anesthésie générale et d'une prise en charge par chimiothérapie selon l'état général.

En cours d'hospitalisation le patient a présenté une dégradation rapide de son état général mais surtout un épisode d'insuffisance hépatocellulaire avec un TQ à 53 %.

Par la suite, des crachats hémoptoïques puis de véritables hémoptysies sont apparues.

Malgré un traitement à visée antalgique et une hydratation, l'état clinique du patient s'est progressivement dégradé et son décès est survenu le 13/06/2005.

Remarque: la rapidité avec laquelle le patient s'est dégradé fait qu'il n'a pas pu véritablement bénéficier de la demande de suspension.

D) Dossier numéro 4.

- Homme de 71 ans.

- Les antécédents médicaux sont : asthme, bronchite chronique, intervention pour goitre thyroïdien fracture du bassin suite à un accident du travail en 85, syndrome dépressif évoluant depuis 1998.

En novembre 2003 le patient a présenté plusieurs épisodes d'hématurie macroscopique; le bilan réalisé au service d'Urologie du CHU a mis en évidence un syndrome tumoral du rein gauche avec extension tumorale à la veine rénale et métastase pulmonaires droites.

Le 27/01/2004 il bénéficie d'une néphrectomie large gauche qui diagnostique un carcinome urothélial pT3; une chimiothérapie est alors débutée.

Le bilan réalisé en septembre montre une récurrence au sein de la loge de néphrectomie et l'apparition de métastases pulmonaires bilatérales.

Le 16/02/2005, le patient est retrouvé confus avec une dysarthrie et il est conduit au SAU de l'Hôpital Central pour malaise. Le scanner cérébral réalisé retrouve un hématome hémisphérique cérébelleux droit exerçant un effet de masse sur le quatrième ventricule et le tronc cérébral avec début d'engagement amygdalien.

La demande de suspension est faite le 16/02/2005.

Après un séjour de 15 jours en Neurochirurgie, le patient a été transféré à l'UHSI le 4/03/2005.

L'évolution dans le service a été marquée par la survenue d'une surinfection bronchique traitée par antibiotiques et un traitement par Zophren® qui n'améliore que très peu la situation.

Un nouveau scanner cérébral ne montrait pas d'aggravation avec une évolution attendue de l'hématome cérébelleux gauche et une stabilité de la métastase cérébelleuse droite. Le scanner thoraco-abdominal mettait en évidence un lâcher de ballon pulmonaire et une hypodensité du pôle inférieur de la rate avec un doute sur un envahissement splénique.

Au niveau de l'autonomie du patient, ce dernier était porteur d'un port a cat et d'une sonde nasogastrique en aspiration douce.

Il présentait une incontinence urinaire (port d'un péniflow®).

Le transit était quasiment aboli sans signe d'occlusion.

Les mobilisations se faisaient à l'aide d'un lève malade. Il ne restait que très peu de temps au fauteuil. La toilette se faisait avec aide totale. Il n'y avait pas d'atteinte cutanée grâce à la réalisation de plusieurs massages par jour aux points de pression et l'utilisation d'un matelas Nimbus®.

Le patient a été transféré le 29/03/2005 au sein de l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Spillmann à Lay St Christophe et présentait des troubles de la conscience et un tableau d'hypertension intracrânienne.

Le patient présentait par ailleurs un syndrome douloureux diffus atténué par 3 g de perfalgan® par jour et associé aux morphiniques au pousse seringue au cours des 48 dernières heures où la situation clinique s'est enfin compliquée avec l'apparition d'une hyperthermie.

Bien que n'ayant que peu d'information sur son environnement familial, l'équipe de l'Unité de Soins Palliatifs a pu entrer en contact avec son épouse ainsi que sa fille qui ont pu être prévenues de l'évolution défavorable.

Le patient est décédé le 3/04/2005 au matin.

E) Dossier numéro 5.

- Homme de 56 ans adressé par le médecin UCSA de Toul.

- Les antécédents médicaux sont : un ulcère gastrique perforé, une ligamentoplastie du genou gauche, une appendicectomie, une maladie de Wegener et une allergie à la pénicilline.

Le patient a été admis à l'UHSI le 10/01/2005 pour une baisse brutale de l'acuité visuelle au niveau de l'œil droit; une prise en charge initiale conjointe avec les ophtalmologues et les radiologues devant la suspicion d'une oblitération de l'artère centrale de la rétine avec réalisation d'une angiographie carotidienne mais, malheureusement, avec un échec de la thrombolyse en raison des difficultés techniques de cathétérisme l'artère ophtalmique.

La demande de suspension est faite le 18/01/2005 (une demande avait été faite en février 2004 mais avait été refusée).

Quelques jours plus tard, au sein du service, il présentait à nouveau les mêmes symptômes qu'au niveau de l'œil droit, avec une baisse de l'acuité visuelle; un suivi très régulier a été mis en place et devait conclure le 01/02/2005 à une cécité dont l'évolution n'a pas été freinée par le traitement immunosuppresseur mis en place dès la prise en charge.

De plus, un bilan complet avait été réalisé comprenant un holter ECG qui retrouvait un rythme sinusal régulier permanent avec des extrasystoles supra ventriculaires isolées et en bi et trigémisme, de rares extrasystoles ventriculaires isolées et pas de pauses.

L'échographie doppler ne retrouvait pas de lésion valvulaire ou myocardique emboligène mais de nombreuses extrasystoles supra ventriculaires

Le scanner thoracique ne mettait pas en évidence d'argument en faveur d'une atteinte pulmonaire de la maladie de Wegener.

La demande de suspension est acceptée le 25/02/2005. Le patient est transféré le 16/03/2005 en médecine J puis au centre Spillmann.

F) Dossier numéro 6.

- Homme de 74 ans adressé par le médecin UCSA de Toul.

- Les antécédents médicaux sont : hypertension artérielle, hypercholestérolémie artérite des membres inférieurs ayant conduit à un pontage fémoro poplité droit en novembre 2000 et à une amputation transmétatarsienne du pied droit, un pontage fémoro poplité gauche et une amputation de l'hallux gauche, démence vasculaire sur AVC lacunaire droit en septembre 2002, prothèse de hanche droite.

Le patient avait été adressé à l'UHSI le 21/05/2004 pour AEG. En effet, depuis plusieurs semaines le patient présentait une accentuation de sa dépendance avec un net amaigrissement, un refus de s'alimenter, une mauvaise observance du traitement, des déplacements en fauteuil roulant (la station debout étant impossible), une absence d'hygiène corporelle, une incontinence et un escarre trochantérienne droite.

La demande de suspension de peine auprès du JAP a été faite le 14/06/2004 et le patient a pu rentrer à domicile le 5/07/2004, ce retour à domicile ayant été envisagé par la femme du patient.

Au domicile, le patient pouvait se déplacer seul à l'aide d'un déambulateur; il était autonome sur la prise des repas, les gestes d'hygiène devant être assurés. De plus, il était porteur d'une sonde urinaire à demeure ce qui motiva la mise en place d'une aide à domicile quotidienne.

G) Dossier numéro 7.

- Homme de 46 ans adressé par le centre d'Écrouves.

- Les antécédents médicaux sont : ménissectomie, gastrite et RGO, myopie importante et pathologie rétinienne.

Depuis juillet 2005 le patient rapportait des douleurs abdominales et une constipation associées à un amaigrissement de 15 kilos. Un scanner abdominal avait alors été réalisé en novembre 2005 et avait mis en évidence une néoplasie rectale circonférentielle avec adénopathies rétro péritonéales et localisations secondaires hépatiques. Le patient a donc été orienté sur l'UHSI pour prise en charge le 28/11/2005.

Une coloscopie a été réalisée le 9 décembre confirmant le caractère sténosant de la tumeur. L'analyse anatomopathologique identifiait un adénocarcinome Lieberkuhnien infiltrant moyennement différencié. Un port a cat fut posé le 13 décembre et un protocole de chimiothérapie a été débutée. Une endoprothèse colique radio opaque a été mise en place le 21 décembre 2005.

Sur le plan de l'état général le patient s'est beaucoup dégradé avec perte d'appétit et un poids de 62 kilos. En accord avec le patient et discussion avec l'équipe soignante, une alimentation parentérale a été débutée d'autant plus que des troubles trophiques de type escarres était en cours de constitution au niveau sacré.

Le patient, bien que ne manifestant pas d'opposition, n'a pas le contact facile. Il a refusé l'entretien avec les psychologues du service et s'exprime peu au sujet de sa

pathologie. Il a informé lui-même sa sœur de son état de santé et celle-ci n'a pas manifesté le désir de s'entretenir avec un médecin.

Extrait du jugement statuant sur une demande de libération conditionnelle :

« Attendu qu'il résulte de l'expertise médicale du Docteur X, le 28 décembre 2005, que le patient est atteint d'une tumeur cancéreuse du rectum au stade dépassé nécessitant une chimiothérapie palliative car non curable chirurgicalement;

Que l'expert ajoute que les pathologies présentées par le patient engagent le pronostic vital à moyen et court terme malgré les soins diligents dont il fait et fera l'objet;

Que dès lors, compte tenu de l'évolution rapidement péjorative de l'état de santé du patient, celui-ci est jugé par l'expert durablement incompatible avec un maintien en détention;

Attendu qu'en outre, si l'expertise psychiatrique double réalisée le 3 juin 2005 pointait un risque majeur de récurrence en milieu ouvert compte tenu d'une personnalité caractérisée par des troubles de la préférence sexuelle organisés sur un mode pédophilique et fétichiste, l'expertise double réalisée le 20 janvier 2006 indique que la dangerosité signalée dans les précédentes expertises semble considérablement amoindrie par l'état de santé physique du patient qui s'est considérablement aggravé;

Que les experts considèrent donc qu'en l'état, aucune contre-indication médicale spécialisée n'est à opposer à une mesure de libération conditionnelle dès lors qu'on assure qu'aucun mineur ne rentre en contact avec le condamné sans la présence d'un tiers;

Attendu que monsieur le représentant de l'Administration Pénitentiaire émet un avis favorable à la demande, tout en précisant que, compte tenu de la dégradation rapide de l'état de santé du patient, un placement dans une unité de soins palliatifs est envisagé et qu'un retour à domicile paraît exclu ;

Attendu qu'en égard à l'état de santé actuel du patient, à son évolution prévisible à court et moyen terme qui permet de limiter le risque de récurrence ainsi qu'à la nécessité pour le condamné de suivre des soins dans un établissement permettant une prise en charge médicale adaptée, Monsieur le Procureur de la République émet également un avis favorable à la mesure de libération conditionnelle sollicitée par le patient ;

Qu'en considération de l'ensemble de ces éléments il convient en conséquence de faire droit à la demande du patient afin de lui permettre de suivre, dans des conditions satisfaisantes, les soins palliatifs en établissement spécialisé nécessités par sa lourde pathologie ;

Que néanmoins, il y a lieu de préciser que si le condamné venait à refuser ces soins, la mesure de libération conditionnelle ne pourrait être maintenue [...] ».

Remarque: ce dossier met vraiment l'accent sur la notion du risque de réitération. Les expertises médicales, parce qu'elles concluent toutes les deux à une altération physique majeure du patient et à un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, prédominent sur l'expertise psychiatrique. A noter que le détenu ne peut refuser les soins sous peine de se voir refuser cette libération conditionnelle et qu'il lui est interdit d'être en contact avec un mineur sans la présence d'un tiers. Tout porte à penser que la demande de libération aurait été refusée si le patient avait été physiquement capable de récidiver.

H) Dossier numéro 8.

- Homme de 74 ans.

- Les antécédents médicaux sont : gastrectomie subtotale en 1953 sur ulcère perforé, une prothèse totale de hanche gauche, une cure d'une hernie inguinale droite avec orchidectomie.

Le patient a présenté fin 2002 des troubles mictionnels avec augmentation du taux de PSA.

Le diagnostic de néoplasie prostatique a rapidement été posé. Le bilan d'extension montrait des localisations secondaires au niveau de l'os iliaque droit, de la branche ischio-pubienne gauche et du petit trochanter droit avec, par ailleurs, un envahissement locorégional.

Le patient avait été admis à l'UHSI de Brabois le 19/02/2004 avec un encombrement pulmonaire et des troubles vasculaires du membre inférieur amenant l'équipe

médicale à lever l'attelle de Zimmer, cette dernière entraînant des troubles trophiques des points d'appui des genoux.

De plus, le patient avait été placé sous antibiothérapie pour une fasciite nécrosante. Une anémie à 7.5 g et une hypocalcémie avaient été mis en évidence.

La demande de suspension de peine a été faite le 20/02/2004 et celle-ci fut accordée fin février 2004.

Une voix centrale fut posée le 23/02/2004 et une transfusion de deux culots réalisée le 25/02/2004.

La famille du patient a été informée de l'évolution et sa femme accompagnée de son fils ont pu lui rendre visite le 28/02.

Le patient fut adressé le 02/03/2004 au service de soins palliatifs du Centre Spilmann et il décéda le 24/03/2004 au service de soins palliatifs du CH d'Auxerre.

I) Dossier numéro 9.

- Homme de 54 ans adressé par les médecins UCSA du centre de détention d'Écrouves.

- Les antécédents médicaux sont : inconnus.

Le patient est régulièrement hospitalisé à l'UHSI de brabois pour des cures de chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde avec triple localisation. Le patient et son avocat forment régulièrement une demande de liberté conditionnelle depuis novembre 2004.

Le patient est admis à l'UHSI le 6/07/2004. La demande de libération conditionnelle est faite en septembre 2004 et accordée le 26/11/2004.

Il sortira le 16/12/2004.

Extrait du jugement statuant sur une demande de libération conditionnelle :

« Attendu que les conclusions de l'expertise médicale réalisée le 24 septembre 2004 par le Docteur X sont les suivantes :

« Le patient présente actuellement une néoplasie oro-pharyngée à triple localisation ayant nécessité une prise en charge radiothérapique et chimiothérapique. Le patient en

est à ce jour à sa quatrième cure de chimiothérapie. Au terme de sa chimiothérapie, le patient bénéficiera d'un bilan ORL par scanner de la région cervicale et gastroscopie afin d'évaluer la poursuite d'une prise en charge thérapeutique (chirurgicale, radiothérapique, chimiothérapique ou palliative).

Le patient nécessite actuellement une alimentation de type mixée du fait des difficultés à la déglutition ainsi que de douleurs rétro sternales provoquées par la progression des aliments dans l'œsophage. Il existe de plus une modification notable de sa voix entraînant une difficulté à la compréhension de ce dernier. On note enfin un déficit des muscles releveurs du pied droit obligeant ce dernier à soulever son pied de façon exagérée lors de ses déplacements courants.

La nécessité d'une alimentation spécifique (mixée et enrichie) associée à une surveillance médicale rapprochée rendent difficiles un quelconque aménagement de la détention.

Il en découle que l'état de santé du patient est durablement incompatible avec le maintien en détention.

Il apparaît complexe de s'engager sur le pronostic vital à moyen et court terme, on peut néanmoins affirmer que le terrain néoplasique du patient est de mauvais pronostic dans un délai d'un an. »

Attendu que les conclusions de l'expertise psychiatrique triple en date du premier octobre 2004 indique qu'aucune contre-indication médicale d'ordre psychiatrique n'est à opposer à un aménagement de peine sous la forme d'une libération conditionnelle médicale malgré une évolution en détention qui ne peut être qualifiée de favorable du fait de l'absence de remise en question, d'autocritique ou d'empathie exprimée pour la victime ; qu'en effet le patient ne présente ni pathologie mentale structurée sur un mode psychotique ou névrotique, ni trouble évoquant une organisation sur un mode pédophilique ;

Attendu que la sœur du condamné, s'engage par courrier en date du novembre 2004 à héberger le patient à son domicile pendant la durée de la mesure de libération conditionnelle ;

Qu'en considération de l'ensemble de ces éléments, et eu égard à l'état de santé du condamné qui est incompatible avec la détention, il convient de faire droit à la demande de libération conditionnelle, sous réserve des conditions définies ci-dessous,

afin de lui permettre de poursuivre les soins médicaux nécessaires à sa prise en charge sanitaire dans les meilleures conditions et en bénéficiant d'un soutien familial.[...] ».

J) Dossier numéro 10.

- Homme de 57 ans.

- Les antécédents médicaux sont : BPCO post tabagique, tuberculose pulmonaire.

Le patient avait présenté fin novembre 2003 un pneumothorax dans un contexte de douleurs thoraciques persistantes. Le centre hospitalier qui l'avait pris en charge à Mulhouse évoquait le diagnostic d'aspergillose et le patient avait été admis à l'UHSI le 16 mars 2004.

Devant la persistance d'une lésion excavée du lobe supérieur droit et d'une ostéolyse vertébrale T1 T2 avec épaississement pleural, une ponction biopsie sous scanner a été réalisée et le diagnostic de carcinome non à petites cellules à différenciation neuroendocrines a été posé.

Un traitement par radiothérapie puis chimiothérapie a donc été mis en place.

Une demande de suspension de peine a été formulée fin mars 2004 et celle-ci sera accordée fin avril.

Le patient sortira de l'UHSI le 5 mai 2004 pour le centre médical Lalance près de Mulhouse où il décédera en juin 2004.

Remarque: le diagnostic de carcinome ne fut pas facile à poser et a entraîné un retard de prise en charge.

K) Dossier numéro 11.

- Homme de 45 ans adressé par le médecin UCSA du centre d'Écrouves.

- Les antécédents médicaux sont : inconnus.

Le patient a été reçu à l'UHSI le 28 juillet 2005 pour un carcinome épidermoïde de l'oropharynx gauche étendu à la base de la langue.

Il a bénéficié d'une prise en charge spécialisée au centre Alexis Vautrin avec des cures de radiothérapie et chimiothérapie concomitantes.

De plus, il y a eu nécessité de retirer le port à cat en raison de problèmes infectieux et d'une réaction cutanée majeure en relation avec la radiothérapie.

Le patient est autonome au niveau de sa prise en charge nutritionnelle avec recours à une alimentation par sonde dont le programme a été communiqué à la diététicienne du centre de détention.

Un traitement antalgique à base de dérivés morphiniques est nécessaire mais en limitant au maximum les prises per os du fait de troubles de la déglutition importants.

Le patient avait fait l'objet d'une demande de libération conditionnelle mais qui a dû être reconsidérée courant novembre 2005 en raison d'un avis divergent des deux experts.

Remarque : le patient ayant été transféré dans un autre établissement pénitentiaire il nous a été impossible de récupérer les documents le concernant. Il semblerait toutefois qu'il ait bénéficié d'une suspension de peine courant 2006.

L) Dossier numéro 12.

- Homme de 67 ans adressé par l'établissement pénitentiaire de Sarreguemines.

- Les antécédents médicaux sont : inconnus.

Le patient a présenté en début d'année 2005 un adénocarcinome de l'œsophage traité par radiothérapie et chimiothérapie après avoir subi une résection œsogastrique.

Les suites ont été marquées par l'apparition en mai 2005 d'une métastase sous cutanée au niveau du bras droit amenant à une résection mais le bilan d'extension révélait de multiples localisations osseuses.

En juillet 2005 le patient commettait un acte criminel entraînant dès lors son incarcération à l'établissement pénitentiaire de Sarreguemines. Les conditions de détention rendant la poursuite du traitement difficile, le patient a donc été transféré à l'UHSI de Nancy Brabois.

A l'admission, le patient présentait un état général conservé mais il était algique et encombré sur le plan pulmonaire.

Une pose de jéjunostomie avait été envisagée mais du fait de la position intra thoracique de l'estomac, de l'évolution générale et de la présence d'un port a cat, cette option a été abandonnée. En décembre 2005, le patient présentait une altération des fonctions supérieures avec agraphie. Sur le plan scannographique, des localisations secondaires médiastinales rétro périnéales et osseuses ainsi qu'au niveau des parties molles sont mises en évidence sans lésion intra cérébrale.

Le patient a été transféré vers la mi-décembre à l'hôpital du parc à Sarreguemines car le frère du patient réside dans la région et a gardé contact avec lui. Le reste de sa famille, qui n'habite pas la région, a été mise au courant de l'évolution défavorable de la maladie.

Remarque : ce cas est particulier car le patient était en détention provisoire et a bénéficié, du fait de l'incompatibilité de son état de santé avec cette détention, d'une ordonnance de mise en liberté assortie du contrôle judiciaire ordonnée par le juge d'instruction. Cette ordonnance stipule que le détenu ne peut s'absenter de l'hôpital qu'en cas de visite médicale, qu'il doit informer le juge d'instruction de tout déplacement en dehors du département de la Moselle et enfin, de répondre aux convocations du juge d'instruction.

M) Dossier numéro 13.

- Homme de 52 ans.

- Les antécédents médicaux sont : un éthylo tabagisme, une hypertension artérielle.

Devant une dysphagie existant depuis 2004, le diagnostic de carcinome de l'œsophage a été porté en juin 2005. Le bilan d'extension retrouvait un envahissement ganglionnaire médiastinal sans métastase à distance.

Le patient a été admis le 15/06/2005 à l'UHSI.

Un traitement par radiothérapie et chimiothérapie a été mis en place ainsi que la pose d'une sonde d'alimentation. La chimiothérapie a été interrompue définitivement mi octobre devant la dégradation de l'état général.

Le patient a été transféré le 15 novembre 2005 à l'unité de soins palliatifs du centre Spillmann de Lay Saint Christophe.

N) Dossier numéro 14.

- Homme de 57 ans par le médecin UCSA du centre de détention de Montmédy.

- Les antécédents médicaux sont : appendicectomie, hernie inguinale bilatérale, thyroïdectomie partielle, amputation à mi-cuisse de la jambe gauche sur artérite des membres inférieurs sévère après trois tentatives de conservation par pontage et sympathectomie, syndrome dépressif, psoriasis, phlébite profonde du bras droit, cardiopathie ischémique (avec une coronarographie qui retrouvait une sténose de la diagonale de 70%), syndrome coronarien aigu avec à la coronarographie une thrombose canalisée du deuxième segment de la coronaire droite, infarctus du myocarde inférieur sur sténose serrée de la coronaire droite, récurrence d'infarctus du myocarde inférieur sur obstruction de la coronaire droite.

Le patient avait été admis au sein de l'UHSI le 16/04/2004 dans les suites d'un accident vasculaire cérébral sylvien gauche. Son séjour est marqué d'une part par une pneumopathie de déglutition qui a cédé sous bi antibiothérapie et un trouble du

rythme cardiaque de type tachycardie ventriculaire réduit par chocs électriques externes qui a nécessité un séjour en réanimation puis en cardiologie.

Le patient était alors totalement alité et dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne car il présentait une aphasie motrice (son seul moyen de communication étant limité à un hochement de tête), une hémiplégie de l'hémicorps droit et une amputation du membre inférieur gauche à mi-cuisse.

Ce dernier était par ailleurs très opposant à toutes formes de soins ou de médication et avait, durant son séjour, arraché trois fois de suite une voie centrale et à plusieurs reprises sa sonde naso gastrique.

Une demande de suspension de peine a été faite le 19 avril 2004 suite à l'accident vasculaire cérébral (une première demande pour état de santé incompatible avec la détention avait été faite le 03 novembre 2003 mais avait été refusée) et le patient sera transféré le 5/05/2004 à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Spillman à Lay Saint Christophe où il décédera en juin 2004.

O) Synthèse.

Au total :

- 14 dossiers.
- Population exclusivement masculine.
- Age compris entre 30 et 74 ans.
- Pathologie tumorale : 12 cas.
- Autres circonstances : Maladie de Wegener, accident vasculaire cérébral.
- Condamnés : 13 cas.
- Détention provisoire : 1 cas.
- Aménagement : 2 libérations conditionnelles, 11 suspensions de peine, 1 ordonnance de mise en liberté sous contrôle judiciaire.
- Délai entre la demande d'aménagement de peine et la sortie : de 1 semaine à 2 mois.
- Devenir : 5 retours à domicile, 9 hospitalisations.

5/ LES PERSPECTIVES D'AVENIR.

Les suspensions de peine et les mises en liberté conditionnelle pour raison médicale soulèvent de nombreuses questions tant du point de vue juridique que du point de vue éthique.

Les problèmes engendrés par de tels articles (720-1-1 et 729 du code de procédure pénale) pourraient être résumés par cette question :

Comment accorder à un détenu condamné par la maladie une fin de vie digne (A), tout en préservant la sécurité et l'ordre publics (B), et en maintenant le secret professionnel (C)?

A) Une fin de vie digne.

a) Le malade en fin de vie.

L'approche du patient en fin de vie est une notion qui, depuis quelques années, reprend petit à petit sa place au sein de notre société et notamment à l'hôpital, là où plus de 70% des décès ont lieu. Ainsi, les unités de soins palliatifs sont maintenant des services de médecine à part entière et intégrés pleinement à la structure hospitalière.

Le docteur Elizabeth Kübler Ross fut la véritable pionnière de l'accompagnement du mourant. Un peu plus tard, des personnes comme Madame Marie de Hennezel ont repris les concepts du Docteur Kübler Ross afin de les développer, organiser des séminaires et « former » des bénévoles à l'accompagnement. C'est E.Kübler Ross qui posa les jalons d'un concept universel. En effet, elle identifia entre autre les principales « *étapes* » par lesquelles passe chaque patient qui se sait condamné :

- **choc et négation** qui se manifeste dès l'annonce de l'événement et se caractérise par une sorte de paralysie de l'émotion et des capacités de perceptions.

- **la colère** qui représente l'expression de la révolte et de l'impuissance face à la maladie.

- **le marchandage**, autre forme de négation, qui permet à la personne de se protéger contre la réalité en manifestant un pseudo optimisme. La personne tente alors de

négoier une guérison avec un Être supérieur selon ses croyances religieuses à qui elle voue sa foi.

- **la dépression** qui résulte de l'épuisement physique et psychique de la personne face aux étapes parcourues précédemment.

- **l'acceptation et la restructuration** lorsque la personne découvre des réponses à ses questions, un sens à son épreuve. L'individu s'ouvre alors à son environnement et n'est plus dévasté. La maladie n'est plus génératrice de malheur mais devient une source de réorganisation de vie. Cette restructuration permet de retrouver une certaine sérénité ainsi qu'une motivation à réaliser de nouveaux projets. Cependant, certaines personnes peuvent mourir sans jamais atteindre le stade de l'acceptation.⁴³

La prison n'est donc pas un endroit pour mourir dans la dignité et l'article 720-1-1 aborde dans ce sens. Le travail que doit réaliser le mourant dans les derniers instants de sa vie ne peut en aucun cas être de qualité dans un environnement aussi hostile qu'une cellule d'emprisonnement qui par ailleurs sera probablement vite inadapté à l'état physique du condamné.

J.P.Devoto résume bien ce constat en affirmant que « *Quiconque a discuté avec un détenu qui se sait doublement condamné - à sa peine qui le retient et à sa vie qui lui échappe - sait que sa demande ultime est de mourir en liberté* ». ⁴⁴

Permettre au détenu condamné par la maladie de finir ses jours dans un cadre propice, que ce soit dans sa famille ou dans une unité de soins palliatifs, c'est respecter la dignité du détenu.

b) La psychologie du détenu.

Pour apporter une fin de vie digne à un prisonnier, il est important de comprendre son état d'esprit. D'abord, si nous mettons de côté les suspensions de peine pour incompatibilité de maintien en détention (comme la grabatisation d'un détenu âgé par exemple), les demandes d'aménagement de peine pour raison médicale sont le plus souvent réalisées dans l'urgence. La rapidité avec laquelle les traitements médicaux et les démarches juridiques doivent être instaurés laisse malheureusement peu de place au versant psychologique qui est alors primordial dans l'annonce de tels diagnostics.

Dans la plupart des dossiers issus de l'UHSI de Nancy qui ont été exposés au deuxième chapitre, les patients, suite à une altération de leur état général brutale ou à un épisode aigu, se sont vu transférés rapidement dans cette unité afin de réaliser les bilans médicaux de rigueur. Ce transfert est géré par le médecin UCSA ayant constaté les premiers symptômes et c'est donc lui qui sera confronté aux primo réactions du détenu qui, du fait de son extraction soudaine, nourrira une certaine inquiétude quant à son état de santé. Une fois le diagnostic établi le détenu est en général averti dans les plus brefs délais de sa situation. Ne pas le faire serait par ailleurs absurde puisque la gravité de sa maladie récemment découverte transparaîtra à travers la demande de suspension de peine que lui suggérera le médecin.

Le médecin UCSA, qui est le plus souvent le lien direct entre le détenu et le juge, pourra alors se heurter à des réactions parfois violentes ou paradoxales comme le refus de soins par exemple, très fréquent dans le milieu carcéral. Il faut savoir interpréter ces refus comme la résultante d'un état dépressif et de l'usure psychologique du détenu qui, en plus de sa maladie et de l'enfermement, doit gérer les attentes concernant les procédures de demande d'aménagement de peine, essayer parfois des refus, et subir des extractions médicales pénibles en vu de thérapeutiques souvent lourdes.⁴⁵

Enfin, un détenu peut refuser ce placement pour « braver » la juridiction mais ce refus peut aussi être simplement le reflet d'une crainte de l'environnement extérieur. Pour une personne ayant passé plus de dix années en prison et dont les liens affectifs ne se sont limités qu'au personnel de l'établissement pénitentiaire, nous pouvons comprendre un tel comportement. La suspension de peine, dans son optique humaniste, tend à offrir au détenu le choix du lieu où il finira ses jours. Le choix de ce dernier de finir ses jours en prison devrait alors en toute logique être respecté mais à l'heure actuelle, aucune structure pénitentiaire ne peut assurer des soins ou un accompagnement de qualité pour ce type de malade. Dans ce cas, la situation est paradoxale car la décision de placement à l'extérieur va à l'encontre de ce que souhaite le détenu et ce en vu d'une fin de vie plus digne.

c) Les structures d'accueil.

La structure d'accueil est un élément essentiel dans les mesures d'aménagement de peine pour raison médicale et la jurisprudence porte une attention particulière sur ce point. Le détenu bénéficie d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle car le juge part du principe que le milieu extérieur sera plus approprié à la prise en charge des soins et à la fin de vie. Soit le détenu malade sortira de prison pour une structure hospitalière, soit il finira ses jours auprès d'un proche près à l'accueillir.

Dans tous les cas, le juge sera exigeant par rapport à la structure qui accueillera le patient car il devra alors considérer plusieurs points essentiels :

- le placement ne doit pas aboutir à une aggravation de l'état de santé du patient : il serait en effet absurde, en partant du principe qu'un détenu est mis en liberté car trop atteint par la maladie, de le placer dans une structure où la qualité des soins ne serait pas au moins équivalente à ceux prodigués au sein de la prison⁴⁶;
- le placement ne doit pas favoriser une rechute dans la délinquance;
- la sécurité publique doit être préservée.

Ces exigences, dans le cadre d'un placement en milieu hospitalier, seront plus faciles à combler. En effet, la structure hospitalière bénéficiera d'un plateau technique suffisamment élaboré pour subvenir à toutes les questions d'ordre médical alors qu'il est parfois difficile d'aménager la maison ou l'appartement d'un proche près à accueillir le détenu malade qui plus est quand celui-ci est en fin de vie. De plus, lors de pathologie lourdes, l'état physique du malade est parfois très fluctuant ce qui peut aboutir à des changements fréquents de lieu d'accueil, changements qui pourront par ailleurs altérer son état de santé.

De même, la retombée dans la délinquance est peu probable en milieu hospitalier qui est une structure relativement isolée ce qui ne sera pas forcément le cas lors d'un placement dans l'environnement familial ou chez un proche. Sur ce point le juge, qui évalue le risque de réitération, devra s'informer sur les personnes qui souhaitent héberger chez elles le patient et s'assurer que ce dernier ne risquera pas d'être

facilement en contact avec par exemple d'anciennes fréquentations issues du milieu de la délinquance.

Enfin, la sécurité et l'ordre publics feront l'objet d'un chapitre à part entière développé ci-après.

Pourtant, si le placement en milieu médical semble être le lieu d'accueil de choix d'un point de vue technique, finir ses jours dans un environnement « non hospitalier » auprès d'un proche sera un cadre bien plus propice et rassurant pour effectuer le travail nécessaire à toute personne en fin de vie.

Il est évident que ce n'est pas au détenu malade d'effectuer les recherches d'un futur lieu d'accueil. Cette tâche incombe au Service d'Insertion et de Probation qui peut désormais être aidé par les médecins et les assistantes sociales (comme à l'UHSI par exemple). Le fait qu'un proche ou que la famille est prêt à accueillir le patient facilite grandement la tâche car la médicalisation du lieu d'accueil et la mise en place d'aides à domicile, bien que parfois fastidieuses, sont paradoxalement plus aisées que de trouver une place dans un établissement spécialisé. Or, beaucoup de détenus n'ont gardé aucun contact avec l'extérieur et ne peuvent se prévaloir d'un quelconque accueil autre que dans ces établissements. C'est sur ce point en particulier que les inégalités entre les détenus ayant bénéficié d'un aménagement de peine sont les plus flagrantes. Ainsi, le renforcement ou la création de nouveau dispositif d'accueil pourra amoindrir ces inégalités entre détenus. Dans la pratique, seul l'État et le système associatif pourront permettre la mise en place de nouvelles structures.

B) L'ordre et la sécurité publics.

Il conviendra tout d'abord de faire la distinction entre les termes d'ordre et de sécurité publics.

L'ordre public fait référence aux réactions provoquées par la libération d'un détenu tandis que la sécurité publique nous renvoie au principe de dangerosité de ce dernier c'est-à-dire au risque de réitération.

Enfin, nous ne pouvons aborder le problème de l'ordre et de la sécurité publics que génère un aménagement de peine pour raison médicale sans évoquer la position des victimes et de leurs familles.

a) L'ordre public.

L'ordre public représente l'ensemble des réactions de protestations ou de révoltes résultant de la libération d'un détenu. Cette animosité vise aussi bien le détenu que la justice française ayant permis cette libération et à travers elle, l'État. Ces réactions populaires nous ramènent inmanquablement vers le motif de condamnation du détenu.

Le cas de Maurice Papon illustre parfaitement bien ce point. En effet, Maurice Papon était secrétaire général de la préfecture de la Gironde de mai 1942 jusqu'en 1944. Parmi ses attributions figurait les transports et le « *bureau des questions juives* ». « *L'affaire Papon* » éclate le 6 mai 1981 quand *le canard enchaîné* révèle que ce dernier a joué un rôle dans la déportation des juifs de Bordeaux. Il a fallu 16 ans de procédure pour que M. Papon, inculpé en 1983 puis, après annulation de la procédure, à nouveau en 1988 et en 1992, comparaisse devant la justice le 8 octobre 1997. Il lui est alors reproché d'avoir participé à la déportation de 1690 juifs, dont 200 enfants, de Bordeaux vers Auschwitz.⁴⁷

Le 2 avril 1998, au terme du procès le plus long de l'histoire de la justice française, et après un délibéré de 19 heures, la Cour d'assises de la Gironde le condamnait à 10 ans de réclusion criminelle et à la privation de ses droits civiques pour complicité de crimes contre l'humanité.

Bien qu'entre 2000 et 2001, plusieurs demandes de grâce et de mise en liberté pour raison médicale sont rejetées, il sera l'un des premiers à bénéficier de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale et à obtenir sa libération sur le critère de l'âge, c'est-à-dire sur une incompatibilité de demeurer incarcéré du fait de son état de santé. Le *cas Papon* a causé le trouble non seulement au niveau de l'ordre public mais aussi au cœur même de la justice française car l'article 720-1-1, qui n'en était alors à l'époque qu'à ses balbutiements, ne prend effectivement en compte ni la nature des infractions sanctionnées, ni les risques de troubles à l'ordre public.

L'une des nombreuses polémiques autour de M. Papon est que, outre l'attitude de l'accusé qui n'a pas vraiment exprimé de regrets publiquement lors du procès, celui-ci ne renvoyait pas à travers les caméras de télévision l'image d'une personne aussi altérée physiquement que le sous-entendait le motif de sa demande de suspension. « *Parmi les polémiques en cours, l'une concerne l'état de santé réel de l'ancien*

détenu de la Santé. Mercredi, la sortie de M. Papon, sur ses deux jambes puis dans la voiture de son avocat, alimentait l'indignation de ses adversaires. D'autant qu'en provenance de la Santé, les témoignages anonymes de surveillants assuraient que leur ancien pensionnaire avait plutôt bon pied bon œil. L'un des experts sollicités pour la suspension de peine, le Docteur Odile Diamant-Berger, a tranché ainsi le débat sur France Info : « grabataire ne veut pas dire allongé, impossible de bouger. » ».⁴⁸

Même si certains ont soulevé le caractère exceptionnel d'une condamnation pour crime contre l'humanité et ce qu'une telle libération allait engendrer au sein de l'opinion publique, il n'est pas logique, au vu de la dimension humaniste de cet article, de refuser une suspension de peine en prenant comme critère le motif de l'emprisonnement. De plus, la médiatisation à outrance de faits divers dramatiques et l'exploitation politique du sentiment d'insécurité qui en résulte font que cette mesure est perçue par l'opinion publique comme une atteinte insupportable aux victimes.

Mais prendre en compte la nature de l'infraction et commencer à y instaurer des exceptions ou une quelconque hiérarchie quant à leur gravité aboutirait rapidement à la suppression pure et simple de cette loi tant la pression exercée par les associations d'aides aux victimes est importante.

b) La sécurité publique : le problème du risque de réitération.

Ce problème est plus que jamais au cœur du débat comme le prouve le très récent décret n° 2006-385 du 30 mars 2006 modifiant le code de procédure pénale et relatif au traitement de la récidive des infractions pénales. Ce décret apporte effectivement une modification importante en introduction de l'article 720-1-1 en précisant que « *Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelque soit la nature...etc.* ».

De même l'article 729 du code de procédure pénale affirme que la libération conditionnelle tend à la prévention de la récidive.

C'est donc un des points le plus minutieusement étudié par un juge confronté à une décision de suspension de peine ou de libération conditionnelle. Le risque de récidive est en effet le critère qui a servi, et qui sert encore le plus, à rejeter des demandes d'aménagement de peine car c'est non seulement la responsabilité du juge qui est engagée si un détenu récidive durant son temps d'aménagement de peine mais

également la responsabilité de l'État lui-même. Aussi, la Cour européenne des Droits de l'Homme pourrait condamner la France en cas de libération d'un détenu qui provoquerait la mort d'autrui.

Le problème est le plus souvent directement lié à l'état physique du détenu donc aux expertises médicales rendues. Dans les dossiers exposés au chapitre 4, le juge s'est appuyé dans certains cas, en plus des expertises médicales, sur les expertises psychiatriques afin d'apprécier le risque de réitération (cf.:dossier 7 et 9). Il en ressort que les conclusions des deux experts chargés d'évaluer l'état somatique du détenu malade prédominent sur celles de l'expertise psychiatrique à la condition qu'il ressorte clairement que l'état de santé du malade est véritablement incompatible avec sa détention et qu'il soit physiquement incapable de récidiver.

Cette notion « *d'altération physique* » pose d'ailleurs un problème pour certains détenus issus du grand banditisme, d'organisation criminelle ou du terrorisme. Effectivement, une fois libéré et de par le développement incessant des moyens de communication (téléphonies, Internet, etc.), ces derniers pourraient continuer à gérer leurs « *affaires* » et ce, même en étant physiquement très altéré.

Il s'agit donc d'un véritable débat entre la protection de la société et les droits du détenu et force est de constater que le droit du détenu et le droit à la sécurité publique ont même valeur. Il ne pourra donc pas être établi de « *hiérarchie juridique* » entre ces deux concepts.

c) Les victimes et leurs familles.

La prise en compte de la situation de la victime dans l'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale s'appuie sur l'article 720 du code de procédure pénale.

Dans son alinéa 1^{er}, il mentionne que dans toute décision « *entraînant la cessation temporaire ou définitive de l'incarcération d'une personne condamnée à une peine privative de liberté avant la date d'échéance de cette peine, le juge de l'application des peines ou le tribunal de l'application des peines prend en considération les intérêts de la victime ou de la partie civile au regard des conséquences pour celle-ci de cette décision* ».

De même, l'alinéa deuxième prévoit que la juridiction, si elle l'estime nécessaire, peut interdire au condamné d'entrer en contact avec la victime et l'alinéa troisième stipule

que lors d'un aménagement de peine, un avis est envoyé à la victime pour la prévenir de cette sortie sauf si celle-ci a émis le souhait de ne pas en être informée ou si la juridiction estime qu'en raison de la personnalité de la victime, il vaut mieux ne pas lui transmettre cette information.

Sur ce point, l'article 720-1-1 du code de procédure pénale accorde une place moindre à la victime car même si le régime des obligations de la suspension de peine pour raison médicale empêche le détenu de la rencontrer, il ne prévoit pas la faculté de prévenir cette dernière par l'envoi d'un avis. Cependant, le récent article 712-16 du code de procédure pénale permet au JAP et au TAP de procéder à des enquêtes sur la situation de la victime, de la prévenir qu'une mesure d'aménagement de peine est envisagée et celle-ci peut présenter des observations écrites.⁴⁹

La situation de la victime est donc prise en compte dans le droit de l'application des peines et un représentant d'une association de protection des victimes siège d'ailleurs à la chambre de l'application des peines de la cour d'appel.

De même, les associations de victimes devront désormais être préalablement consultées par le JAP avant de décider d'une mesure de contrôle comme le placement sous bracelet électronique ou la libération conditionnelle. Ces associations sont désormais partie prenante d'une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté chargée d'évaluer la dangerosité du détenu.

Mais la question qui subsiste est la place que l'on doit accorder à la victime dans le droit de l'application des peines car si celle-ci est trop importante, il en découlera une augmentation des refus de suspension. En effet, il transparaît à travers les observations que peuvent rédiger les victimes ou leurs familles, que ces dernières sont dans une dynamique extrêmement vengeresse et punitive envers leur bourreau. Rappelons d'ailleurs que la perpétuité réelle ou l'allongement des délais de prescription en matière d'infractions sexuelles sont la résultante des pressions exercées par les associations de défense des droits des victimes.

Robert Cario reconnaît dans la procédure pénale trois droits à la victime⁵⁰ :

- le droit à la reconnaissance impliquant que la situation de la victime soit étudiée;
- le droit à l'accompagnement pour assister les victimes et éviter par la même occasion d'entretenir le processus de victimisation;
- le droit à réparation par le biais d'un dédommagement de type financier.

La législation actuelle s'applique à ce que ces droits aux victimes, qu'on pourrait qualifier de fondamentaux, soient respectés.

Par contre, quelle que soit l'expression de la souffrance psychologique (violence, peine, colère, indignation,...) que va induire chez une victime ou sa famille une demande de suspension pour raison médicale, celle-ci ne devrait en aucun cas influencer sur la décision finale du juge.

C) Le maintien du secret professionnel.

a) Au sein de la prison.

Le secret professionnel, d'intérêt privé et public, n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire.

La discrétion est d'autant plus requise que certaines informations revêtent une singulière importance. Sa qualité conditionne celle du dossier médical dont rédaction et tenue influent sur la qualité des soins. Le patient doit pouvoir faire toute confiance au médecin, en étant assuré que sa confiance ne sera pas trahie.

« Le secret médical est très difficile à préserver en milieu carcéral – tout se sait en prison. (...) Cette rupture du secret, elle peut être quotidienne et suscitée par les craintes bien légitimes de personnels pénitentiaires qui redoutent d'attraper le sida, l'hépatite ou la tuberculose et qui souhaiteraient savoir ce qu'ont les détenus. Elle tient également au fait que l'administration pénitentiaire, et plus largement la justice, ont besoin de certificats divers et variés pour "se couvrir" administrativement (certificats d'aptitude à la mise au quartier disciplinaire...). »⁵¹

Dans l'établissement pénitentiaire, le service médical doit bénéficier de locaux adaptés à la pratique de la médecine, accessibles aux seuls soignants et protégés par exemple par un code (connu du chef d'établissement exclusivement et changé périodiquement). Malgré bien des usages abusifs et beaucoup de difficultés, tout doit être fait pour assurer cette sécurité. La conservation d'archives médicales relève désormais du régime des archives hospitalières.

Aussi, comme le relevait un membre de la commission de surveillance 2004 du centre pénitentiaire de Longuenesse (Pas-de-Calais) : « *il y a des problèmes de définition du « secret médical ». Les pratiques de l'UCSA sont différentes de celles à l'extérieur* ». Une observation qu'illustre parfaitement le rapport d'activité 2003 du centre pénitentiaire de Ploemeur (Morbihan). Dans cet établissement, la distribution des médicaments en cellule par les infirmières est organisée de façon à permettre « *un échange, une communication entre les détenus et l'équipe infirmière, d'une part, et entre l'équipe infirmière et le personnel de surveillance d'autre part* ». A la maison d'arrêt de Draguignan (Var), faute de locaux suffisants, certaines consultations de médecins se déroulent dans les bureaux des surveillants, « *ce qui gêne considérablement les relations et la confidentialité des échanges* », concède le rapport d'activité 2003. Une confidentialité que peut également mettre à mal la lourdeur procédurale inhérente aux établissements pénitentiaires.¹¹

b) A l'hôpital.

Lorsqu'un détenu est extrait de la prison pour être transporté dans un hôpital, il est indispensable que le dossier puisse accompagner le malade dans les conditions de confidentialité et de sécurité habituelles, sans être ouvert par quiconque avant le médecin hospitalier, pour permettre à ce dernier d'intervenir dans les meilleurs conditions.

La mise en œuvre d'un dossier médical informatisé a été autorisée par l'arrêté du 10 août 1994 portant création d'un modèle type de traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour objet la gestion des dossiers médicaux dans les établissements pénitentiaires.

Ce dossier médical informatisé contient des « *informations couvertes par le secret médical et, il est utilisé sous la responsabilité du médecin responsable du service médical de l'établissement pénitentiaire* ».

Il est à noter que les informations « *relatives à l'état de santé et aux consultations médicales du détenu* » sont transmises à leurs destinataires soignants « *sur support papier dûment authentifié par le médecin responsable du service médical de l'établissement* ».

Un certain nombre de dispositions ont été préconisées comme « *le traitement réalisé sur des microordinateurs autonomes, situés dans les locaux des services médicaux (de médecine pénitentiaire), dont l'accès sera contrôlé par une procédure de mots de passe individuels attribués sous la responsabilité du médecin chef de service* ».

c) Dans le cadre des relations du personnel médical avec les autorités judiciaires et pénitentiaires.

Le secret professionnel n'exclut pas la nécessaire collaboration avec les autorités judiciaires et pénitentiaires. Il doit être respecté dans le cadre des informations échangées lors de réunion de travail avec des services de l'établissement pénitentiaire. La participation des personnels sanitaires à la commission de l'application des peines n'est pas prévue par les dispositions du code de procédure pénale⁵². Toutefois ces personnels peuvent, en réponse à une demande du juge de l'application des peines en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, assister à une commission si leur connaissance des cas individuels rend leur présence utile. Lorsque les personnels participent à la commission de l'application des peines, ils doivent veiller à respecter le secret professionnel et ils seront également tenus de garder le secret pour tout ce qui concerne les travaux de cette commission.

De même, les représentants de l'autorité judiciaire et pénitentiaire sont eux aussi tenus au respect du secret professionnel.

D) En conclusion: peut-on affiner cette législation?

Ce dernier chapitre n'a nullement la prétention d'apporter des solutions toutes faites aux différents problèmes engendrés par les aménagements de peine pour raison médicale mais il semble qu'au vu de ce qui a été exposé ci-dessus, certains points peuvent être améliorés. D'autres bien évidemment, resteront en suspens.

a) Le choix des experts et leur sensibilisation à l'univers carcéral.

L'expertise est un moment clé de la procédure. S'il existe peu de divergences en ce qui concerne les détenus en fin de vie, l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention sera en revanche une notion bien plus difficile à établir.

Il paraît donc évident que ces experts doivent être d'une part choisis en fonction de la pathologie du patient afin de pouvoir évaluer la situation de la façon la plus précise possible et d'autre part sensibilisés à l'univers carcéral.

Les expertises pourront être réalisées en tenant compte du sens du mot santé (défini par l'OMS) si les experts ont déjà visité la prison, ses cellules et compris son organisation.

Il faut opter pour une harmonisation des pratiques des experts médicaux afin qu'il y ait un traitement égalitaire des détenus. En effet, les termes de la loi sont vagues et laissent libre cours à toutes les interprétations. Sans doute les médecins appelés à se prononcer devraient travailler à un consensus sur les critères médicaux de la suspension de peine.³⁵

b) La discrétion médiatique.

La surexposition médiatique de certaines affaires pourrait, en accord avec les médias et les avocats des détenus, être évitée.

Prenons l'exemple de M. Papon, personnage qui *était déjà* public avant sa mise en examen. Il aurait pu être exigé, même si l'ordre public n'est pas pris en compte dans la loi de mars 2002, que sa sortie de prison soit discrète afin d'éviter des réactions populaires trop vives et afin de préserver la crédibilité du juge et de la loi qu'il venait d'appliquer.

Un autre exemple, celui de Francis Heaulmes. C'est un personnage qui, contrairement à M. Papon, est *devenu* public. Il l'est devenu de part ses actes bien sûr, mais aussi et surtout à cause d'une exposition médiatique exagérée. Les articles de presse et les reportages le concernant se sont multipliés. Un téléfilm a même été réalisé et diffusé sur une grande chaîne publique. Il est vrai que le thème des tueurs en série est un sujet « à la mode » depuis plus de dix ans et continue à passionner les foules. Mais alors

pourquoi le nom de Van Geloven n'évoque rien au grand public alors que des noms comme Francis Heaulmes ou Simone Weber sont connus de tous?

Il n'est nullement question de limiter la liberté de la presse mais comme dans l'exercice du droit ou de la médecine, celle-ci est régie par le respect de certains comportements éthiques.

c) Les structures d'accueil.

Comme il a été décrit plus haut, le développement des structures d'accueil sera un élément important afin d'appliquer ce type de libération dans de bonnes conditions mais il dépend essentiellement des structures associatives et des fonds débloqués par l'État.

d) Éviter la surmédicalisation des cellules.

L'idée de (sur)médicaliser la prison donne l'illusion de régler tous les problèmes inhérents aux aménagements de peine pour raison médicale mais c'est une notion qui occulte un certain nombre de paramètres:

- La difficulté de recrutement de personnel médical et paramédical touche aussi la prison et peut être même bien plus qu'ailleurs. Dans beaucoup d'établissements le médecin UCSA, qui dispose de très peu de moyens, est seul face aux demandes de plus en plus fréquentes des détenus. De plus, le vieillissement de la population carcérale fait que ces médecins vont être confrontés à une augmentation de la grabatisation des détenus âgés qui seront donc des patients nécessitant un achat de matériel médical (lits médicalisés, matelas anti-escarres, perfusions, pansements, changes, etc.) ainsi que la mise en place de moyens humains importants (aides-soignants et infirmières à temps plein et dont les salaires devront être attractifs);

- Si ce système est mis en place, l'administration pénitentiaire devra gérer les autorisations d'accès des cellules médicalisées aux familles quand le détenu sera en fin de vie ou prévoir des cellules spécifiquement aménagées pour les soins palliatifs.

Le concept d'hôpital/prison pour les soins somatiques est donc à l'heure actuelle difficilement envisageable.

e) Diminuer les contraintes de lieu et de temps.

La contrainte de lieu:

L'accès aux soins doit être le même pour tous. Bien que, dans une situation d'urgence médicale, l'accès à la prison est plus difficile pour les équipes soignantes, la perte de chance est essentiellement due aux difficultés pour le détenu ou le codétenu de prévenir un gardien.

Pour les détenus malades les plus exposés à un épisode aigu, un système de téléalarme pourrait être mis à disposition afin que les gardiens puissent être alertés rapidement et prévenir dans les plus brefs délais le médecin de garde ou le SAMU.

La contrainte de temps:

Elle touche principalement les prévenus dont le statut « intermédiaire » est responsable de longueurs dans les procédures. Les prévenus ne dépendent pas du juge de l'application des peines mais du juge d'instruction et sont en plus exclus de la loi de mars 2002. Un prévenu dont le pronostic vital est engagé devrait pouvoir bénéficier de la loi de mars 2002 tout en gardant son statut car celui-ci implique la présomption d'innocence. Le juge d'instruction peut demander à n'importe quel moment qu'une expertise médicale soit effectuée et même si nous sortons du cadre de la loi de 2002, le juge d'instruction, de part ses pouvoirs, pourrait en quelque sorte la « calquer ». Cependant, des échanges plus fréquents entre le juge d'instruction et les médecins UCSA travaillant dans les maisons d'arrêt seront nécessaires pour permettre d'accélérer cette procédure.

Il faut comprendre aussi que ces longueurs rencontrées dans les procédures sont dues à la logistique complexe qu'implique une sortie de prison car réussir à coordonner tous les acteurs (juge, corps médical, directeur de la prison, directeur de l'hôpital d'accueil, famille du détenu, etc.) nécessite une organisation très pointue.

Pour de nombreux juges, le risque de réitération augmente si le détenu rencontre plus de difficultés d'adaptation à sa sortie. Difficultés dues à l'isolement et à l'absence de soutien.

Lorsqu'une procédure de suspension de peine est déclenchée, le juge est donc confronté à une contrainte de temps majeure car il doit prendre en compte d'une part un détenu au pronostic vital engagé (parfois à très court terme) et d'autre part, la mise

en place d'un projet de sortie qui, s'il est réalisé à la hâte, peut aboutir à des conditions d'accueil plus difficiles susceptibles d'augmenter le risque de récidive.

f) Limiter le risque de récidive.

Les risques de récidive varient de façon très importante, selon les caractéristiques des individus et les conditions d'exécution des peines. Le risque est plus élevé chez les hommes, chez ceux qui ne déclarent aucune profession. Il diminue avec l'âge, mais augmente avec le poids du casier judiciaire. Il est nettement plus élevé pour les atteintes aux biens que pour les atteintes aux personnes, à une exception près : les vols avec violences pour lesquels le risque est élevé. Pour les sortants de prison, le taux de retour sous écrou dans les 5 ans après la libération est ainsi de 65 % quand l'infraction initiale est un vol sans violence (délit), de 57 % pour un vol avec violence (délit), de 44 % pour des violences volontaires sur adulte, de 13 % pour un homicide, de 11% après un viol ou une agression sexuelle (délit) sur mineur, la nouvelle infraction commise après la libération pouvant ne pas être de même nature que la première.

Reprenons le cas des sortants ayant purgé une peine pour violences volontaires sur adulte (délit). Ceux qui ont un passé judiciaire, qui n'ont pas déclaré de profession à l'écrou et qui ont moins de 30 ans à la libération ont un taux de retour sous écrou, dans les 5 ans, de plus de 80 %. A l'inverse, ceux qui n'ont pas de passé judiciaire, qui ont déclaré une profession à l'écrou et qui sont âgés de 30 ans ou plus à la libération ont un taux de retour sous écrou, dans les 5 ans, voisin de 0 %. Mais il serait bien illusoire d'en conclure que nous sommes capables de connaître le devenir de tel ou tel condamné sur la seule base de ces caractéristiques.⁵³

Comme exposé ci-dessus dans le chapitre dédié au maintien de la sécurité publique, le risque de récidive peut être un problème pour les détenus issus du grand banditisme, d'organisation criminelle ou de terrorisme qui ont été accueillis par un proche afin de finir leurs jours. C'est un peu paradoxal dans le sens où nous avons évoqué dans ce travail l'importance de ne pas hiérarchiser les actes commis. En les citant, nous en faisons malgré tout une exception mais nous ne pouvons pas occulter les problèmes actuels inhérents au risque de récidive.

En effet, s'il est possible de mettre en place un système de surveillance des lignes Internet ou téléphoniques, il sera en revanche impossible de contrôler les visites. Bien sûr, le juge s'informe sur les personnes qui ont accepté d'accueillir à leur domicile le

détenu car elles représentent l'unique « filtre » entre le détenu et le monde extérieur. Comme nous pouvons le constater, nous sommes une fois de plus au centre du débat entre le droit du détenu et le maintien de la sécurité publique.

Il pourrait donc être exigé par le juge que les détenus « à risque » puissent comme tout être humain mourir hors de la prison à condition que la structure d'accueil soit hospitalière c'est-à-dire un établissement public où un contrôle des visites est alors possible et où l'accès au téléphone et à Internet n'est pas envisageable.

g) Instaurer une campagne d'information sur la réalité du milieu carcéral.

C'est à notre avis le point le plus essentiel de ce chapitre car le débat sur les aménagements de peine pour raison de santé ne peut avoir lieu dans de bonnes conditions que si tout le monde, les professionnels comme le grand public, a une vision de la prison qui correspond à la réalité.

Il faut, et de façon urgente, « casser » véritablement la fausse image qui a été, et qui est encore aujourd'hui, véhiculée par des médias qui ne maîtrisent pas le sujet ou par des séries télévisées qui alimentent le mythe de la prison « *club med* ».

Qui sait à l'heure actuelle que sans argent en prison on vit dans des conditions extrêmement difficiles? Que beaucoup de détenus aux revenus faibles ou inexistants font le ménage dans des cellules voisines afin de pouvoir se procurer des rouleaux de papiers toilettes ou du savon?

L'enfermement est une sanction. Cette notion, qui paraît de prime abord être une évidence, n'est pourtant pas si intégrée dans les esprits.

Il faut multiplier les reportages sur la prison (interviews de détenus, d'ex-détenus, de familles de détenus, de personnel de la prison) comme l'a pu faire l'association de L'A.R.C.H.E. Toulousaine avec son film « Eux dehors, Moi dedans »⁵⁴ ainsi que sur la réalité des soins palliatifs.

Il existe en parallèle une fausse image de la loi sur les aménagements de peine. Fausse image due en grande partie à la sortie si controversée de M. Papon. Depuis ce jour, et parce qu'aucune campagne d'information sur ce sujet n'a été réalisée depuis, une grande partie de la population assimile cette sortie à une convalescence paisible pouvant perdurer des mois.

Il ne s'agit pas dans ce travail d'entrer dans un processus de victimisation de la personne incarcérée et d'occulter ses actes mais de faire comprendre que permettre à un détenu de finir ses jours dignement n'est pas un luxe mais bien un droit fondamental.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Site Internet : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_avril_internet.pdf le 12/05/2007.
- 2) Jean Larguier : Criminologie et science pénitentiaire, 9^e édition, p.202-205.
- 3) Article D.349 du code de procédure pénale.
- 4) Article D.350 du code de procédure pénale.
- 5) Article D.351 du code de procédure pénale.
- 6) Article 714 du code de procédure pénale.
- 7) Site Internet : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-4495.html> le 28/08/2006.
- 8) Loi du 18 janvier 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus.
- 9) Ministère de la Justice / ministère de la Santé, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, avril 2004.

10) Académie nationale de médecine, *Situations pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées, suite à l'article 720-1-1 du code civil de procédure pénale*, Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003.

11) Site Internet : http://www.oip.org/thématiques/sante_rapport_2005.html le 15/11/2006.

12) Loi n° 94-34 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

13) Site Internet : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/medpenitentiaire.pdf> le 15/11/2006.

14) Article 7 du code de déontologie médicale, CDM.

15) Article 10 du code de déontologie médicale, CDM.

16) Article 720-1-1 du code de procédure pénale.

17) Décret n° 2006-385 du 30 mars 2006.

18) Vernet J., *la sauvegarde des droits des détenus*, RSC, supplément consacré aux XIV^e journées de défense sociale, p. 69.

19) Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, J.O., 30 juillet 1994.

20) Article 720-2 du code de procédure pénale.

21) Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé
Avis n° 94 « *La santé et la médecine en prison* ».

22) Article 720-1, alinéa 3, du code de procédure pénale.

23) Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, *Prisons, une honte pour la République*, site : www.senat.fr.

24) Brahmy B., *Psychiatrie et prison: constat et recommandations*, AJP, 2004, p.315.

25) Article 122-1 du code pénal.

26) Site Internet : <http://prisons.free.fr/statistiques.htm> le 15/10/2006.

27) Synthèse des recommandations du rapport Terra le 11/12/2003.

28) Patrick Bloche à Monsieur le Garde des Sceaux, question écrite n° 61315, JO du 29 mars 2005.

29) Article 729 du code de procédure pénale.

30) Article 720-2 du code de procédure pénale.

31) Article 729-3 du code de procédure pénale.

32) Mortet L., *Vers un droit de ne pas mourir en prison*, mémoire de DEA de sciences criminelles, année 2004-2005, p. 77.

33) Couty E., Lallement D., *Rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale*.

Site Internet :

http://www.prison.eu.org/article.php3?id_article=4764.

34) Article D. 382 du code de procédure pénale.

35) Traulle E., Werbrouck A., Manaouil C., *La suspension de peine pour raison médicale, médecine et droit 2006*, p.142-p.146.

36) Le Monde, 16 juin 2004, p.14.

37) Articles 722 modifié et D.117-1 du code de procédure pénale.

38) Article 712-6 du code de procédure pénal inséré par Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 161 Journal Officiel du 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005.

39) Article 712-11 du code de procédure pénale.

40) Article 712-7 du code de procédure pénal.

41) Recommandation Rec (2005) du Comité des Ministres aux États membres sur les règles pénitentiaires européennes.

42) Service des affaires européennes du Sénat, *la libération des détenus âgés*, 2002.
Site Internet : <http://www.senat.fr>.

43) Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève : Éditions Labor & Fides.

44) Devoto J.P., *Les mourants en prison*, RFAS, 1997, p. 225.

45) Herzog-Evans M., *La suspension de peine médicale à deux ans ou vers un droit de ne pas mourir en prison*, fascicule fourni dans le dossier documentaire de la conférence *Prisons d'Europe*, sixième journées européennes du droit de Nancy, 2004.

46) Vella M. et Janas M., *Les difficultés d'application de la suspension de peine médicale*, RPDP, 2003, p. 471.

47) Article issu de la Section de Toulon de la Ligue des droits de l'Homme, *Papon et la justice*. Site Internet : http://www.ldh-toulon.net/article.php3?id_article:168.

48) Espieu L., article issu du quotidien *Libération* : vendredi 23 juin 2006, p. 14.

49) Article 712-16 du code de procédure pénale.

50) Cario R., *Qui a peur des victimes?*, AJP, 2004, p.434.

51) Moreau F., chef de service et président du Syndicat des médecins exerçant en prison, dans « *L'univers pénitentiaire* », Regards sur l'actualité, n°261, mai 2000.

52) Article D 117-1 du code de procédure pénale.

53) Tournier P., *lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques*, ACP n° 44 - Arpenter le champ pénal.21/05/2007.

54) Film : « *Eux dehors, Moi dedans* » .Copyright A.R.C.H.E. Toulouise - MJC Lorraine - 2006.

VU

NANCY, le **23 mai 2007**

Le Président de Thèse

Professeur H. COUDANE

NANCY, le **29 mai 2007**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **1^{ER} juin 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THESE

En France, il n'existe pas de limite d'âge pour l'exécution d'une condamnation.

Les détenus âgés ne peuvent donc pas s'en prévaloir pour obtenir une libération. En revanche, l'état de santé peut être pris en compte et un détenu malade peut bénéficier d'un aménagement de peine si son état physique est incompatible avec sa détention ou si son pronostic vital est engagé. A travers la description de la jurisprudence française et appuyé par des dossiers médicaux de patients issus de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de l'hôpital de Nancy Braboïs en Meurthe et Moselle, nous soulèverons les problèmes juridiques et éthiques qu'engendrent une libération pour raison médicale et les perspectives d'avenir d'une telle législation.

TITRE EN ANGLAIS : PRISONERS DISCHARGED FOR MEDICAL REASON : MYTH OR REALITY?

THESE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2007

MOTS CLEFS : maladie, suspension de peine, détention, éthique

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
