

Pôle de réflexion et d'action sur la Suspension de Peine

SOMMAIRE

Historique du Pôle Suspension de Peine	2
Rapport de l'Académie nationale de médecine	3
Rapport du Conseil National du Sida	8
Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme	12
Chronique de la vie ordinaire d'un malade en détention.....	15
Témoignage - article paru dans le Monde du 26.03.2004	22
Communiqué de Presse du Pôle Suspension de Peine du 13.10.2005	23
Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme. Martine Erzog- Evans.	24
Dossier SéniorPlanet de février 2006 : Vieillir en prison.....	27
Détenus malades : bons de sortie sans lits	40

PÔLE « SUSPENSION DE PEINE »

Historique du Pôle Suspension de Peine

Une maladie grave impose que soient prises des mesures adaptées tant pour les soins que pour les conditions de vie pendant les soins.

En détention comme à l'extérieur, la société doit tout faire pour que la situation vitale des malades ne soit pas menacée, plus encore, pour que toutes les personnes aient le droit de mourir dans des conditions dignes et choisies.

C'est pour cette raison qu'une loi importante relative aux droits des malades du 4 mars 2002 crée une mesure de suspension de peine pour raisons médicales pouvant bénéficier aux personnes condamnées. L'article 7201-1 du Code de procédure pénale prévoit désormais : " La suspension de peine peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissements de santé pour troubles mentaux."

Cette loi est une avancée pour le respect de la vie et pour la dignité devant la mort, des personnes condamnées.

Le Pôle « Suspension de peine » est né à l'initiative d'Act Up-Paris en Novembre 2002 pour promouvoir une application effective et égalitaire de la suspension de peine pour raisons médicales. Le Pôle réunit des citoyens, des médecins, des avocats, des magistrats, des travailleurs sociaux et les associations et les syndicats suivants :

ACAT, Act Up-Paris, Aides Ile de France, ANJAP, ARAPEJ Ile de France, ARAIP, Croix Rouge Française, Ligue des Droits de l'Homme, Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées (GENEPI), Groupe Mutliprofessionnel Prisons (GMP), Observatoire du droit des Usagers (ODU), Les petits frères des pauvres, Secours Catholique, Syndicat de la Magistrature (SM), Syndicat des Avocats de France, (SAF) SOS Habitat et Soins.

Rapport de l'Académie nationale de médecine

Rapport au nom d'un groupe de travail ()*

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

Denys Pellerin

Par lettre du 28 août 2003 le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a souhaité confier à l'Académie nationale de médecine la mission de préciser les situations pathologiques qui pourraient relever de la mesure de suspension de peine pour raison médicale, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement pour troubles mentaux, introduite dans le Code de procédure pénale en son article 720-1-1 par la loi n°2002-203 du 4 mars 2002 en tenant compte de la prise en charge sanitaire qui est assurée aux personnes détenues par le service public hospitalier.

A l'initiative de Monsieur le Président et de Monsieur le Secrétaire perpétuel a été mis en place un groupe de travail qui, répondant aux indications mêmes figurant dans la saisine, a recueilli les avis qualifiés de médecins (***) exerçant en milieux pénitentiaires en des lieux et dans des conditions reflétant la diversité et la réalité des situations.

Il faut d'emblée souligner la parfaite identité de vue existant entre les médecins auditionnés, en dépit de la diversité des populations dont ils ont la charge, de la diversité de leur appartenance hospitalière (CHU ou Hôpital Général, et de leur grade, Professeur d'université ? PU-PH, ou Praticien hospitalier), et même des caractéristiques architecturales de l'établissement pénitentiaire au sein duquel ils exercent, notamment sa plus ou moins grande vétusté.

Les informations recueillies et la réflexion approfondie qu'elles ont suscitées, confirment qu'en l'absence de toute donnée épidémiologique et de statistique sur la pathologie observée en France en milieu carcéral, la réponse à la saisine ne peut revêtir la forme d'une liste précise de « situations qui pourraient relever de cette mesure de suspension de peine pour raison médicale ».

En revanche, l'Académie nationale de médecine souhaite faire part de ses réflexions plus générales sur la prise en charge sanitaire assurée aux

personnes détenues. Elle s'appuie sur ses convictions que résume la déontologie médicale. Elle place en toute priorité le respect de la personne et sa dignité préservée quelque soient les circonstances. Elle rappelle que ce qui est aujourd'hui présenté comme le Droit du malade continue pour elle de relever du Devoir du médecin. Les remarques formulées ci-dessous concernent exclusivement les deux circonstances particulières prévues par l'article 70-1-1 du Code de procédure pénale, à savoir : 1) lorsque le condamné est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital, et 2) lorsque l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention.

1. LES DÉTENUS ÂGÉS

Selon les sources récentes, sur 60 000 personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français, 470 auraient plus de 70 ans dont dix plus de 80 ans et un seul serait nonagénaire. La vie carcérale de ces personnes ne poserait pas de problèmes, la prison étant devenue pour elles leur lieu de vie, leur « domicile ». Malheureusement la plupart sont incarcérées dans des établissements inadaptés aux handicaps physiques liés à l'âge : nombreux escaliers, absence d'ascenseurs, absence de plans inclinés rendant inaccessibles de nombreux locaux, y compris les locaux médicaux voire les lieux de promenade, a fortiori pour ceux qui doivent utiliser un fauteuil roulant.

Au-delà de ces chiffres relativement minimes qui relativisent l'importance du problème, il convient d'observer une notable augmentation récente du nombre des détenus âgés de plus de soixante ans en rapport avec la levée de prescription et l'incarcération des auteurs de crimes et délits sexuels notamment en rapport avec des actes très anciens de pédophilie.

2. LA MORT EN PRISON

Il convient de rappeler que le plus grand nombre de morts en prison sont le fait de suicides. Quarante quatre suicides ont été jusqu'ici enregistrés en 2003, dont 8 % concernent des détenus de plus de cinquante ans ; le sujet n'a pas à être traité ici. S'il est habituel qu'un détenu âgé atteint de déficience cognitive et relationnelle bénéficie d'un transfert dans une institution médicalisée appropriée où il achèvera sa vie, il ne faut pas méconnaître que le même aménagement de peine pour un détenu âgé en fin de vie mais lucide peut représenter un réel traumatisme qui doit lui être évité. Il s'agit le plus souvent de condamnés à perpétuité qui ont rompu tout lien familial et pour lesquels l'établissement pénitentiaire est devenu le milieu de vie habituel. Il conviendrait alors qu'ils puissent bénéficier de l'accompagnement approprié dû à toute personne en fin de vie dans le respect de sa dignité de personne humaine.

Cet accompagnement manque actuellement cruellement.

Une attention toute particulière doit être apportée à la situation des détenus, quel que soit leur âge, dont la situation pathologique engage le pronostic vital et sont parvenus au stade irréversible de leur maladie. Leur mort est inéluctable dans le délai de quelques semaines ou de quelques mois. Les dispositions de l'article 720-1-1 devraient pouvoir leur être aisément appliquées. Cette situation est particulièrement fréquente chez les personnes incarcérées parvenant rapidement et encore jeunes au stade terminal d'un cancer du poumon ou des voies aéro-digestives supérieures particulièrement fréquentes dans un contexte de consommation de tabac sur un terrain souvent alcoolique.

Dans de telles conditions, il serait souhaitable qu'une mesure de suspension de peine puisse intervenir pour autant que le bénéficiaire dispose d'un entourage familial accueillant, ou que soient mises en œuvre les dispositions d'accueil extérieur adaptées à son état. En revanche, l'on ne saurait nier qu'il y a pour certains détenus le risque théorique de persistance de leur dangerosité ; il conviendrait alors que soient prises les dispositions nécessaires. Dans le cas contraire toutes dispositions devraient être prises par l'établissement pour assurer le temps de la fin de vie en incarcération dans les conditions requises de respect de la dignité de la personne par la mise en œuvre des soins palliatifs et d'accompagnement appropriés.

3. LES CONDAMNÉS ATTEINTS D'UNE AFFECTION

Ils devraient grandement bénéficier des conditions nouvelles de prise en charge sanitaire par le service hospitalier, ce qui devrait théoriquement limiter le recours aux dispositions de l'article 720-1-1 pour cette catégorie de détenus. Mais il faut observer que l'on ne dispose d'aucune statistique sur les pathologies observées en milieu pénitentiaire. Par contre, il y a à l'évidence une grande disparité des moyens de cette prise en charge selon les établissements concernant les budgets, les locaux et les équipements. Les personnels médicaux et paramédicaux sont en maints établissements particulièrement insuffisants pour répondre aux besoins, et pour certains d'entre eux insuffisamment formés à leur fonction très particulière.

L'attribution des moyens relevant exclusivement de l'autorité judiciaire conduit parfois à laisser perdurer des situations préjudiciables à la prise en charge sanitaire de certains détenus. Plusieurs faits précis illustrent cette situation.

Comme son nom l'indique, la liaison entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital par le moyen des UCSA (unité carcérale de soins ambulatoires) est limitée dans le temps. Dans la plupart des établissements les cellules

sont fermées à 17 heures. Très rares sont les établissements où est assurée une présence médicale permanente. Le suivi d'un traitement prescrit pour être réparti sur les 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.

Certes, la mise en place des UCSA facilite grandement l'accès du détenu malade aux spécialistes hospitaliers pour consultation ou hospitalisation. Encore faudrait-il que celui-ci ne soit pas dépendant des disponibilités réduites des personnels de police d'accompagnement et de surveillance.

EN CONCLUSION

En réponse à la saisine de M. le Ministre de la Santé, l'Académie nationale de médecine désire attirer son attention sur les grandes insuffisances de prise en charge sanitaire des détenus qui persistent dans un grand nombre d'établissements pénitentiaires du fait de structures architecturales souvent anciennes et inadaptées et de l'insuffisance de moyens matériels et humains. Si plutôt que d'y remédier il devait être fait appel aux modalités prévues par l'article 720-1-1 du Code Pénal, il conviendrait que le juge d'application des peines - dont dépend la décision - et les trois experts chargés de l'éclairer tiennent le plus grand compte de l'avis du médecin de l'UCSA en charge du détenu. Dès lors que la demande du bénéfice de la disposition doit être formulée par le détenu lui-même, il conviendrait que le médecin de l'UCSA, informé par son patient de son intention, lui remette un relevé détaillé de son état, du traitement suivi et des propositions qu'il aurait formulées si lui avait été donnée la possibilité de le faire devant le J.A.P.

Cette procédure tout à fait assimilable à la remise au patient de son dossier médical telle qu'elle figure dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 apparaît ici comme le respect des droits du malade dont ne saurait être privé le détenu. Elle devrait contribuer à une meilleure coordination médico-judiciaire et faire qu'une décision de justice ne puisse indirectement faire obstacle à une décision médicale prise dans l'intérêt du malade.

RÉSUMÉ

En application de la loi 2003-202 du 4-03-2003 portant sur les Droits des malades, a été introduite dans le code de procédure pénale (art.720-1-1) la possibilité pour un détenu de bénéficier d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale. En l'absence de toute donnée

épidémiologique et de statistique sur la pathologie observée en France en milieu carcéral, l'Académie nationale de médecine n'est pas en mesure de répondre à la saisine des autorités sanitaires lui demandant de préciser les situations pathologiques qui pourraient relever de la mesure de suspension de peine pour raison médicale (hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement pour troubles mentaux).

Ce rapport aborde de façon plus globale le problème des détenus âgés en prison, la mort en prison, et les conditions de soins et de suivi des détenus atteints d'une affection chronique durable, dans les conditions actuelles de fonctionnement des Unités carcérales de soins ambulatoires (UCSA) placées sous la responsabilité de personnels médicaux hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Le rapport souligne que les personnes incarcérées ne sauraient être privées du bénéfice des dispositions législatives concernant les droits du malade.

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 9 décembre 2003, a adopté le texte de ce rapport à l'unanimité.

Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,
Professeur Jacques-Louis Binet

Rapport du Conseil National du Sida

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Note valant avis sur la suspension de peine pour raisons médicales

Adoptée en séance plénière du 11 mars 2003.

L'attention du Conseil national du sida a été attirée par les associations de lutte contre le sida sur l'application de l'article 10 de la loi du 4 mars 2002 concernant les personnes incarcérées atteintes de pathologies graves, les nouveaux aménagements étant susceptibles de concerner directement les détenus malades du sida.

Ces dispositions, insérées dans le code de procédure pénale à l'article 720-1-1, autorisent la suspension des peines privatives de liberté pour "les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention". La suspension de peine peut être décidée par le juge d'application des peines ou par la juridiction régionale de la libération conditionnelle (selon la durée de la peine prononcée ou restant à subir) si deux expertises médicales distinctes établissent de façon concordante que le détenu se trouve dans l'une des situations énoncées. Le juge est saisi soit par le détenu (ou son avocat), soit par le procureur de la République ; il peut également se saisir d'office. Il faut souligner à cet égard le rôle essentiel des personnes intervenant auprès des prisonniers : les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), les travailleurs sociaux, les visiteurs de prisons, les membres d'associations, le personnel pénitentiaire, en particulier la direction des établissements, et le personnel soignant qui peuvent effectuer des signalements.

Pour le Conseil national du sida, la mise en place d'une suspension de peine pour raisons médicales constitue une importante avancée pour les droits des personnes malades incarcérées. Il existait déjà antérieurement des possibilités d'individualisation de la peine pour motif de santé telles que la libération conditionnelle, la semi-liberté ou le fractionnement de la peine. Cependant, leurs conditions de mise en œuvre étaient relativement restrictives et avant tout envisagées comme des outils de réinsertion du détenu. L'article 10 de la loi du 4 mars 2002 institue désormais un aménagement de peine conçu spécifiquement pour assurer la prise en charge de la maladie.

Satisfait de ces dispositions, le CNS estime néanmoins que les pouvoirs publics doivent veiller à deux points fondamentaux pour une application effective et efficace de ce nouveau dispositif, dans un domaine où la France a récemment été condamnée par la Cour européenne des Droits de l'Homme².

1 - Pour une application effective de la loi : information et droit d'alerte

Les possibilités de suspension de peine offertes par l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, un an après son entrée en vigueur, apparaissent encore peu utilisées par les autorités judiciaires et méconnues dans l'univers carcéral. Le CNS souhaite que les pouvoirs publics prennent des mesures afin que ce texte connaisse une application à la hauteur des ambitions du législateur.

Les modalités de la suspension de peine pour raisons médicales doivent être largement diffusées, non seulement auprès des détenus, mais également, compte tenu de la situation d'exclusion et de manque d'appui familial et juridique caractérisant une partie d'entre eux, à tous leurs interlocuteurs qui doivent constituer des relais d'application de la loi.

Le CNS a pris note des circulaires adressées par la Chancellerie aux services déconcentrés de l'administration pénitentiaire ainsi que de la volonté affichée du ministre de la Justice en ce qui concerne la mise en œuvre de cette loi. Plus largement, le CNS considère que toutes les personnes intervenant dans les prisons doivent être associées à l'application des dispositions de ce texte afin qu'elles soient en mesure, d'une part, d'informer à leur tour les détenus et, d'autre part, d'exercer leur rôle de signalement auprès des autorités judiciaires. A cette fin, les pouvoirs publics doivent soutenir la diffusion de l'information auprès des organismes institutionnels, professionnels et associatifs concernés dans les domaines sanitaires, sociaux et juridiques. Le CNS préconise en particulier que le personnel soignant dans le cadre des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) reçoive les directives appropriées.

Par ailleurs, une application effective de la loi implique que les autorités judiciaires soient tenues de donner suite aux signalements concernant l'état pathologique des détenus, et d'en tirer les conséquences juridiques. Dans ce but, il s'avère indispensable que les proches du détenu malade, ainsi que les personnes quotidiennement à son contact, disposent d'un véritable droit d'alerte auprès des autorités judiciaires, incluant la faculté de solliciter un examen médical du détenu. Seule la reconnaissance d'un tel droit, véritablement contraignant pour le juge,

conduira à une réelle prise en compte de situations humainement dramatiques.

2 - Pour une application égalitaire et efficace de la loi : l'encadrement des expertises médicales

Il convient de souligner le rôle fondamental de l'expertise médicale dans l'application des dispositions de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale puisque la suspension de peine ne peut être prononcée sans les avis positifs concordants de deux experts indépendants l'un de l'autre. Le CNS invite les

pouvoirs publics à examiner certaines difficultés relatives à ces expertises.

En premier lieu, il faut constater que les termes de la loi, en ce qui concerne l'état pathologique du détenu, sont extrêmement vagues. Dans la première hypothèse visée par le texte, la pathologie du détenu doit "engager le pronostic vital" et dans la seconde hypothèse, l'état de santé doit être "durablement incompatible avec le maintien en détention". Ces notions laissent libre champ à de nombreuses interprétations. Sans occulter la diversité des situations tenant à la fois aux malades, aux pathologies et à l'hétérogénéité des établissements pénitentiaires, le CNS estime qu'il conviendrait d'harmoniser les pratiques des experts médicaux en cette matière. Un cadre d'analyse commun apparaît indispensable pour une application égalitaire de la loi sur l'ensemble du territoire dans un domaine qui concerne directement les libertés publiques. Des groupes de travail ayant pour but de définir les critères de la suspension de peine pourraient être réunis afin d'harmoniser les pratiques des experts. Dans l'attente d'une conférence nationale de consensus, ils pourraient, dans un premier temps, être mis en place dans chaque ressort de cour d'appel.

En second lieu, le problème des délais de réalisation des deux expertises requises se révèle crucial dans le cas de personnes précisément atteintes de pathologies graves. Des instructions doivent en conséquence être données pour que les expertises soient réalisées dans des délais très brefs, cela afin que le but poursuivi par la loi puisse être effectivement atteint. Un délai d'une quinzaine de jours pour le traitement complet du dossier semble raisonnable en ce qui concerne des personnes dont les jours restant à vivre sont comptés. Ce délai devrait encore être raccourci pour les cas les plus graves, par exemple dans le cadre d'une procédure d'urgence.

1 - Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2 - CEDH arrêt *Mouisel c. France*, 14 novembre 2002. Dans cette affaire concernant un détenu atteint d'une leucémie, alors même que la loi du 4 mars 2002 n'était pas encore applicable, la Cour a considéré que le maintien en détention de celui-ci avait porté atteinte à sa dignité et causé une souffrance allant au-delà que celle que comporte inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux et avait en conséquence constitué un traitement inhumain et dégradant.

3 - Seuls 21 détenus ont bénéficié d'une telle mesure à ce jour.

4 - Circulaire DAP n° 515 du 28 octobre 2002, "Présentation de la suspension de peine pour raisons médicales prévue par l'article 720-1-1 du code de procédure pénale" ; circulaire DAP n° 590 du 25 novembre 2002, "Signalement des personnes détenues susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour raisons médicales". Ces circulaires ont été adressées aux directeurs régionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissements et, pour la seconde, également aux directeurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Communiqué de presse du ministère de la justice, 6 mars 2003.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

ETUDE SUR L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DÉTENUES

(ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE LE 19 JANVIER 2006)

Suspension de peine pour raison médicale

Les dispositions de la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002 introduisant la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale, censées permettre la libération de condamnés gravement malades, sont appliquées de manière très restrictive. De plus, le vote récent d'un amendement dans la loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales vient apporter de nouvelles restrictions à la volonté du législateur telle qu'elle s'était exprimée lors du vote de la loi sur le droit des malades en mars 2002.

Selon les chiffres rendus publics le 19 juillet 2005 par le ministère de la Justice, 165 personnes ont bénéficié d'une mesure de suspension de l'exécution de leur peine entre l'entrée en vigueur de la loi en avril 2002 et le 31 décembre 2004. Ce chiffre est à mettre en relief avec celui publié par un collectif d'associations et de praticiens qui mentionne un nombre total de 436 demandes depuis la mise en oeuvre de la loi, ce qui signifie un taux de refus de plus de 62 %. Pour ce qui est de la seule année 2004, le ministère de la Justice a dénombré 67 décisions favorables là où le collectif évoque 128 demandes recensées, ce qui élève le taux d'octroi à 52,4 %. Alors même que la loi de mars 2002 indique que seuls « des motifs de santé » doivent être pris en considération pour l'octroi de cette mesure, de nombreux refus sont motivés par des considérations étrangères aux critères d'un « état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » et d'une « pathologie engageant le pronostic vital » du malade. Loin de s'opposer à cette lecture limitative du texte adopté à l'unanimité par le législateur, la Chancellerie a édicté une circulaire, le 7 mai 2003, invitant les procureurs à examiner la question de l'opportunité d'une suspension de peine au regard des nécessités de l'ordre public.

Le manque de structures d'hébergement adaptées est à l'origine de nombreux maintiens en détention. Autre difficulté observée, la plupart des bénéficiaires potentiels sont des condamnés à de lourdes peines, ne disposant que de ressources financières très limitées et généralement sans aucun soutien familial. De plus, les maisons de retraite médicalisées s'avèrent réticentes à l'idée d'accueillir des personnes ayant commis des délits graves. En outre, la probabilité de trouver un lieu d'accueil est d'autant moins élevée que le patient se trouve dans un établissement

pénitentiaire isolé des centres urbains. Dès lors, la prise en charge des personnes bénéficiant d'une telle mesure dépend presque exclusivement d'associations caritatives. Face à cette situation qu'il admet être l'une « des principales difficultés d'application subsistantes », le ministère de la Justice a affirmé en juillet 2005 chercher des « solutions de prise en charge » telles une « hospitalisation, un hébergement en famille ou en foyer ». Pour autant, seuls deux « projets » semblent à l'étude à ce jour. Le premier repose sur la Croix Rouge et « vise à l'accueil dans le cadre d'un placement extérieur, de personnes âgées ayant effectué de longues peines ». Quant au second, il consiste à créer « une unité expérimentale destinée à accueillir à titre transitoire des personnes condamnées à de longues peines sortant de prison, dans le cadre plus large d'un placement à l'extérieur, d'une libération conditionnelle ou d'une suspension de peine », en partenariat avec une association. La lourdeur des procédures prévues par la loi de mars 2002 figure également parmi les obstacles à sa pleine application, notamment en matière d'expertise. L'octroi d'une suspension requiert en effet deux expertises concordantes, auxquelles doivent s'ajouter trois expertises psychiatriques préalables s'il s'agit d'un condamné pour un délit sur mineur de 15 ans. Dans 25 % des cas, le délai moyen d'étude du dossier est supérieur à trois mois. Là encore, le ministère de la Justice se dit préoccupé tant « la recherche d'experts compétents dans le secteur médical concerné est parfois difficile selon les régions », sans pour autant formuler de perspectives de solutions. D'autre part, la jurisprudence manque de repères sur les critères d'octroi. Faut-il que le pronostic vital soit engagé à très court terme ? L'incompatibilité concerne-t-elle l'accès à des soins spécialisés ou les conditions générales de détention d'une personne malade ? Ces incertitudes entraînent souvent une interprétation limitative du texte de la loi.

Sollicitée par le ministère de la Santé afin de préciser les situations pathologiques qui pourraient relever de la suspension de peine, l'Académie de médecine n'a pu que déplorer : « en l'absence de toutes données épidémiologiques et de statistiques sur les pathologies observées en milieu carcéral, notre réponse ne peut revêtir la forme d'une liste précise ».

Les personnes qui font l'objet d'un placement en détention provisoire ne peuvent bénéficier de la loi du 4 mars 2002. 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 ». A cette inégalité de traitement, s'ajoutent les caractéristiques propres à une incarcération au sein d'une maison d'arrêt. En effet, outre qu'il ne fait qu'exceptionnellement l'objet d'aménagements destinés aux personnes détenues dont l'état de santé requiert une prise en charge continue, ce type d'établissement pénitentiaire offre des conditions de vie généralement incompatibles avec le respect des règles d'hygiène élémentaires. Enfin, il convient de signaler que les conseillers d'insertion et de probation comme les juges de l'application des peines qui exercent au sein de l'EPSN de Fresnes sont contraints, bien souvent, d'instruire un dossier visant l'octroi d'une mesure de suspension de peine et de statuer, alors que les personnes détenues concernées n'ont fait l'objet d'aucun signalement préalable ou d'un signalement trop tardif au sein de leur établissement d'origine.

14 - La CNCDH recommande le rétablissement de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale. La commission recommande également que soit mieux pris en compte la notion d'un « état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » et le développement de structures spécialisées susceptibles d'accueillir à l'extérieur les malades bénéficiant d'aménagements de peine pour raison médicale.

Chronique de la vie ordinaire d'un malade en détention

De la détention provisoire à la condamnation et la demande d'une suspension de peine pour raison médicale

1. juin 2003 : Situation de Monsieur X en détention provisoire :

La situation critique de Monsieur X, âgé de 53 ans, en détention provisoire depuis juin 2003. Il a développé un cancer de la bouche pendant son incarcération et souffre également de problèmes cardiaques. Un premier rapport d'expertise signale "qu'une lésion ulcérée du plancher buccal gauche" est visualisée le 5 août 2004. Sa première demande de remise en liberté est refusée par le juge d'instruction, refus confirmé en appel par la chambre de l'instruction le 20 août 2004. Un certificat médical établi le 28 octobre 2004 par l'unité de soins ambulatoires de la maison d'arrêt fait état de la nécessité d'"une chirurgie mutilante avec ablation d'une partie de la mâchoire", ajoutant que le pronostic de Monsieur X est "assez sombre et mis en jeu à court terme". Le diagnostic est confirmé lors d'une hospitalisation en novembre 2004. Une deuxième demande de remise en liberté est rejetée le 4 novembre 2004, puis en appel le 26 novembre 2004. Monsieur X est opéré de sa tumeur le 9 décembre 2004.

Un examen clinique effectué à la maison d'arrêt le 12 janvier 2005 établit qu'"il ne reste que deux dents en mandibule droite, la langue est fixée (par l'intervention) et ne peut être tirée", ajoutant que Monsieur X souffre de "paralysie faciale". Monsieur X "ne peut se nourrir que d'aliments liquides et la morphine ne soulage plus ses douleurs". Une expertise médicale dont l'avocat prend connaissance lors d'une audience le 24 janvier 2005 souligne que l'état de santé du détenu "qui s'est aggravé considérablement depuis quelques mois, notamment sur les plans cardiaque et stomatologique (...), n'est actuellement pas compatible avec une comparution devant le tribunal" tout en jugeant son état "compatible avec la détention ordinaire".

Mars 2005, détention ordinaire de Monsieur X, après le 6ème refus de remise en liberté, voici sa situation à la maison d'arrêt de la santé :

En cellule:

C'est un lit avec une chaîne qui se rabat contre le mur. Côté extérieur, le rabat est dessoudé. Il doit donc reposer sur des boîtes de conserve, placées par M. X.

Le W-C est cassé. Sa base est fendue sur toute la hauteur. Il y a donc des fuites.

Il existe des moisissures sur le mur de l'évier. Le tuyau et le robinet ne sont pas fixés. Eau froide seulement.

La peinture s'écaille. Des morceaux de cette peinture tombent du plafond parfois même dans ses aliments. Il n'y a pas de miroir. M. X qui devait soigner lui-même sa cicatrice a dû acheter lui-même une petite glace. Les fenêtres fermées laissent voir un jour important. L'air passe, la pluie également. Le mur est sale et moisi.

Les soins:

M. X doit lui-même effectuer les soins en cellule.

Il reçoit 14 sachets de Bétadine par semaine mais pas de compresse, ou quelques rares quand il les réclame.

Il devait mettre de la vaseline sur sa cicatrice. Il ne l'a reçue que le 3 mars 2005 alors que l'opération a eu lieu le 24 novembre 2004.

Pas de kiné pour les douleurs provoquées par le nerf spinal (suites de l'opération). Il doit lui-même se passer la pommade dans le dos alors qu'il a un bras atteint.

La prise de tension qui varie de 9 à 18 semble être la seule surveillance de son état de santé.

Il a 3 boîtes de Rénutril (complément alimentaire) par jour mais doit les réclamer.

Matin et soir, il doit gravir 82 marches pour aller chercher son traitement à l'UCSA. Il a des pulsations de 120-130 en revenant... avec 100mg de Tenormine (bêta bloquant) par jour X2.

Le Docteur S a demandé un pansement tous les deux jours pour un ganglion qui saigne sous le bras droit. Le 11 mars, le pansement n'avait pas été changé depuis le 8.

Il a perdu 20 kg mais sa nourriture est la même que celle des autres détenus.

Il ne va jamais en promenade car les escaliers le font souffrir et on lui interdit le spray de Trinitrine 30mg (est utilisé pour traiter l'insuffisance cardiaque et les crises d'angor (angine de poitrine)) hors de sa cellule. Il fait environ 3 crises par 24 heures surtout la nuit donc pas de sommeil.

Il souffre beaucoup et sent qu'il perd sa vie.

Le parloir pour handicapés lui a été refusé or quand il a parloir, comme il doit aussi aller chercher son traitement cela lui fait 4 fois 82 marches.

Cet homme a essuyé six refus de remise en liberté et fut condamné.

À la suite de sa condamnation cet homme fut transféré vers un C.D. Au cours de son transfert il a fait un malaise, suivi d'un coma de deux jours et fut immédiatement, en cours de transfert pour le C.D., transféré à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes puis au grand quartier de la prison de Fresnes.

2. Demande de suspension de peine pour raison médicale :

Sa défense est assurée par des avocats commis d'office, faute de moyens financiers suffisants. Malheureusement nous avons pu constater qu'ils font bien souvent preuve d'une méconnaissance en matière d'application de la loi sur la suspension de peine pour raison médicale.

Mai 2006 : Situation de Monsieur X:

Sa demande de suspension de peine vient d'être rejetée pour expertises non concordantes.

Il a dû être hospitalisé à l'hôpital Georges Pompidou depuis peu, et devrait y rester jusqu'au mois d'août.

La tumeur est revenue dans la mâchoire, on doit lui enlever et prévoir vraisemblablement:

1°) une greffe d'os

2°) une greffe de muscle

Après l'opération (qui s'annonce délicate car il est cardiaque) il devra subir des séances de chimiothérapie.

Monsieur X fait appel lui-même de la décision rejetant sa demande de suspension de peine.

Entre-temps nous avons pu lui communiquer le nom de son avocat commis d'office, après nous être renseigné auprès du C.I.P.

Monsieur X et l'avocat n'ayant eu aucune correspondance nous avons contacté son avocat afin de pouvoir lui communiquer les différents éléments sur la situation de Monsieur X. et de lui suggérer de demander un complément d'expertise.

Ce dernier nous a fait savoir que la 13^{ème} chambre de la cours d'appel de Paris, étant actuellement en travaux, les dossiers ne pouvaient être communiqué un mois, avant la date d'audience. Il n'avait donc aucun élément du dossier en sa possession.

Nous lui avons donc conseillé, de demander au J.A.P. une consultation du dossier, et le compte rendu du jugement, en lui communiquant le nom de ce dernier et ses coordonnées. Et de se mettre en relation avec le C.I.P afin qu'il puisse avoir les coordonnées du premier avocat ayant fait la 1ère demande.

21 mai 2006 :

Monsieur X a fait sa première séance de chimiothérapie.

Le 22 mai 2006 Monsieur X sera transféré en détention.

Monsieur X devait rester jusqu'au mois d'août à l'hôpital Georges Pompidou.

Nous avons donc prévenu le C.I.P, ce dernier n'ayant pas été averti du transfert de Monsieur X afin que ses affaires et notamment son dossier pour assurer sa défense ne se croisent pas entre l'hôpital et la maison d'arrêt.

Nous avons dû prévenir l'avocat de Monsieur X que ce dernier avait été transféré en maison d'arrêt.

Monsieur X devra subir plusieurs séances de chimiothérapie ainsi que des rayons pendant le mois de juin. Par la suite il devrait subir une intervention chirurgicale.

6 juin 2006 :

La date de l'appel a été fixé au 29 juin 2006.

7 juin 2006 :

Nous contactons l'avocat de Monsieur X, qui nous stipule que le complément d'expertise ne pourra être demandé auprès de la cours d'appel de paris seulement lors de l'audience du 29 juin 2006.

Après avoir pris conseil auprès d'un de ses confrères spécialisé sur l'application de la loi sur la suspension de peine pour raison médicale. Nous conseillons à l'avocat de Monsieur X d'écrire au président de la chambre d'application des peines afin de demander un complément d'expertise en stipulant l'article D 527 du C.P.P., à savoir :

Lorsqu'elles sont saisies, la juridiction régionale ou la juridiction nationale de la libération conditionnelle peuvent également procéder ou faire procéder à des mesures d'instruction complémentaires. La juridiction qui envisage d'accorder une libération conditionnelle est tenue de demander l'avis du procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le condamné souhaite établir sa résidence si cet avis ne figure pas déjà dans le dossier.

L'avocat de Monsieur X m'a précisé qu'il comptait dans ce contexte demander un complément d'expertise auprès d'un oncologue. Car les expertises ont apparemment été pratiquées par des médecins généralistes.

8 juin 2006 :

Monsieur X est transféré à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Ce dernier est surpris de ne pas faire de séance de chimiothérapie, comme cela lui avait précédemment été précisé par le médecin de l'hôpital Georges Pompidou, lors de son séjour dans ce même hôpital.

Le médecin de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière procède à un simple examen clinique de Monsieur X.

Étonné, Monsieur X souhaite connaître l'évolution de sa pathologie et le protocole thérapeutique qui doit être mis en place.

N'obtenant aucune information sur l'évolution de sa pathologie, et étant transféré à la maison d'arrêt, le jour même, il décide de prendre rendez-vous avec le médecin de l'U.C.S.A.

Le rendez-vous est fixé au 9 juin 2006.

9 juin 2006 :

Monsieur X, obtient un rendez vous avec le médecin de l'U.C.S.A. qui l'informe que la deuxième séance de chimiothérapie se fera, le lundi 12 juin 2006, au sein de l'Établissement Public de Santé National de Fresnes.

Monsieur X demande que la séance soit décalée car son avocat commis d'office doit le visiter pour la première fois, ce lundi 12 juin 2006, afin de préparer l'audience du 29 juin 2006.

Le médecin de l'U.C.S.A. accède à sa demande, en décalant la séance de chimiothérapie au mardi 13 juin 2006.

13 juin 2006 :

Nous contactons son avocat afin de le prévenir que les dossiers médicaux de Monsieur X, se trouvent dans deux hôpitaux différents et qu'il serait utile de se les faire communiquer dans le cadre du complément d'expertise en prévision de l'audience du 29 juin 2006.

Maître Y, reste dubitatif sur l'opportunité de recourir à l'article D 527, afin de faire procéder à des mesures d'instructions complémentaires, car l'article ne fait mention que de la libération conditionnelle. Nous le dirigeons vers l'avocat spécialisé en matière de suspension de peine pour raison médicale. La demande de complément d'expertise n'ayant toujours pas été sollicitée.

Maître Y, nous apprend qu'il n'a pu rencontrer son client, le lundi 12 juin 2006, comme prévu et compte donc le visiter, ce jour, le 13 juin 2006.

Nous lui signalons que Monsieur X a demandé à ce que sa séance de chimiothérapie soit déplacée au mardi 13 juin 2006, afin de pouvoir le rencontrer, le lundi 12 juin 2006 comme il en avait été convenu.

L'A.R.A.I.P. face aux problèmes rencontrés sur ce dossier, et notamment, sur la dispersion des dossiers médicaux, et de la méconnaissance de certains avocats sur les procédures à suivre en matière d'application de la loi sur la suspension de peine pour raisons médicales.

Nous avons, auprès, du médecin de l'Administration Pénitentiaire, énuméré les difficultés de rassembler, dans un laps de temps relativement restreint, les différents dossiers médicaux mentionnant l'évolution de la pathologie, le protocole thérapeutique mis en place, tous ces renseignements indispensables afin de pouvoir établir une expertise médicale adéquate à la pathologie du patient.

Nous avons détaillé, auprès du directeur adjoint de l'Administration Pénitentiaire, les nombreuses difficultés rencontrées.

Sachant qu'une réunion avec la DGS et la DHOS est prévue au mois de juin 2006, nous demandons que soit mis à l'ordre du jour la centralisation des dossiers médicaux, afin de faciliter la procédure et d'avoir les éléments nécessaires aux experts médicaux dans les plus brefs délais. Nous avons suggéré que cette centralisation se fasse au sein des U.C.S.A.

Nous rappelons que le Ministère de la santé ne répondant pas à nos sollicitations nous nous dirigeons de ce fait vers l'Administration pénitentiaire.

Mail envoyé le 13 juin 2006, au directeur Adjoint de l'Administration Pénitentiaire, après notre conversation téléphonique :

Suspension de peine : centralisation du dossier médical

Monsieur,

Lors d'une demande de suspension de peine et dans le cas où le patient est suivi dans différents hôpitaux.

J'ai pu constater, qu'il n'y a pas de centralisation du dossier médical, à savoir :

L'évolution de la pathologie, le protocole thérapeutique, etc.

Il me semble que c'est une perte de temps dans la procédure, la centralisation du dossier permettrait d'emblée d'avoir une vue d'ensemble de l'évolution de la pathologie de la personne concernée, sans avoir à attendre la transmission des différents dossiers émanant d'hôpitaux différents.

Afin de faciliter les procédures d'expertises médicales, ne serait-il

pas envisageable de centraliser les différents dossiers médicaux, peut-être auprès de l'UCSA.

14 juin 2006 :

Maître Y a rencontré son client et à demander un complément d'expertise selon l'article D 527 du C.P.P.

L'arrêt sera rendu le 6 juillet 2006.

7 juillet 2006

Maître Y, ne s'est pas rendu à l'audience.

Cependant la cours d'appel a ordonné un complément d'expertise par le Docteur F. et un cancérologue. Ces expertises sont à effectuer dans un délai de 3 mois.

La prochaine audience a été fixée au 19 octobre 2006.

Monsieur X a déjà fait plusieurs séances de chimiothérapie à l'E.P.S.N.F. et de radiothérapie à l'hôpital de la Salpêtrière. Il est transféré après chaque séance en Maison d'arrêt.

Témoignage - article paru dans le Monde du 26.03.2004

Lucien Bianchi, décédé à 75 ans, à l'hôpital de Fresnes.

Il a commencé à tousser au début du mois de mars 2003. Personne ne s'est affolé : à 75 ans, Lucien Bianchi n'avait jamais été malade. Le médecin de la prison de Mont-de-Marsan (Landes) lui a prescrit un traitement contre la bronchite. M. Bianchi devait sortir de la maison d'arrêt en septembre, après avoir purgé une peine de neuf mois. Mais, en juin, il est mort d'un cancer généralisé, avant que les juges aient eu le temps d'examiner sa demande de libération pour raisons médicales. Après la première toux, les choses sont allées très vite. « Dès la fin mars, il a été hospitalisé plusieurs fois à Mont-de-Marsan, mais nous ne l'avons appris qu'en mai », raconte sa fille, Dominique, qui n'a jamais pu revoir son père. « Il avait du liquide dans les poumons. On lui a fait des ponctions. » Dominique, après avoir appris qu'il n'y avait « pas de parole à l'hôpital », entreprend des démarches pour voir son père. Elle entend parler de ce qu'elle appelle « la loi Papon », qui, pense-t-elle, permet aux détenus malades de sortir de prison et de recevoir des visites à l'hôpital. « On ne demandait pas qu'ils le libèrent, à la limite, mais qu'ils l'hospitalisent plus près de chez nous et qu'on puisse le voir. »

Fin mai, la famille apprend le diagnostic : cancer généralisé. M. Bianchi est transféré à l'hôpital de Fresnes, où les soins commencent. « A Mont-de-Marsan, il n'a eu aucun traitement, poursuit Dominique. A Fresnes, ils l'ont soigné. » Mais à la troisième séance de chimiothérapie, le traitement est arrêté : le vieil homme est trop faible pour le supporter. Les deux expertises nécessaires pour obtenir une suspension de peine sont alors prêtes. « Il attendait la décision du juge de l'application des peines », explique sa fille. Une date était fixée pour l'examen de la demande, début juillet ; puis ce rendez-vous a été repoussé en août. Mais le malade n'a pas tenu jusque-là : il est mort le 25 juin.

Durant ces quelques mois, Dominique et sa mère, âgée de 73 ans, n'ont pas pu parler au malade. Trop loin, trop compliqué. La famille a envoyé des mandats, après avoir vu revenir les paquets de mouchoirs, les mots croisés et les pulls, refusés à la porte de la détention. Des lettres ont été échangées, dont beaucoup, en raison d'une grève, sont parvenues au détenu plus d'un mois après son décès. Ses affaires ont été renvoyées par la poste. La montre, d'abord. Puis le reste, dans un autre colis.

NATHALIE GUIBERT Article paru dans Le Monde du 26.03.04

Communiqué de Presse du Pôle Suspension de Peine du 13.10.2005

La suspension de peine pour raisons médicales :
le grand bond en arrière

La modification des conditions d'octroi de la suspension de peine pour raisons médicales par l'introduction du trouble exceptionnel à l'ordre public et le risque de récidive constitue une régression inquiétante.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 qui permet aux détenus dont le pronostic vital est engagé ou l'état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention de bénéficier d'une suspension de peine, les libérations accordées à ce titre l'ont été au compte goutte et non « automatiquement », comme cela a pu être dit lors de la séance parlementaire du 12 octobre.

Depuis 2002, seulement 191 détenus ont bénéficié d'une suspension de peine pour raisons médicales alors même que décèdent en France, chaque année 120 personnes, hors les cas de suicide et que l'état de santé dramatique de nombreux détenus a été constaté et dénoncé par les observateurs du système pénitentiaire français. L'Académie de Médecine, le Conseil National du Sida, le pôle « Suspension de peine » composé de nombreuses associations et organisations regroupant citoyens, travailleurs sociaux, des magistrats, avocats, médecins, ont tous réclamé l'application effective et égalitaire de la loi du 4 mars 2002.

L'état déplorable des prisons françaises a été stigmatisé par le Comité européen contre la Torture. Deux rapports alarmants des commissions parlementaires dénonçaient en 2000 les prisons françaises comme la honte de la République. La surpopulation carcérale actuelle, inégalée depuis la Libération, contribue à une dégradation vertigineuse des conditions de détention.

Dans ce contexte, les détenus gravement malades ou en fin de vie vivent des situations indignes d'un Etat de droit. Subordonner leur sortie à l'absence de trouble à l'ordre public, notion fourre-tout écartée par le législateur en 2002 ou à l'absence de risque de récidive, équivaut à annuler le pas en avant que constituait la loi du 4 mars 2002. Le Pôle « Suspension de peine » demande la suppression de l'amendement 74 voté par l'Assemblée Nationale et un véritable débat de fond sur le droit à mourir et à être soigné dans la dignité.

Le Pôle suspension de peine le 13 octobre 2005

Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme.
Martine Erzog-Evans.

Cass. Crim., 28 septembre 2005, req. n° 05-81010

Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme M.
Herzog-Evans

Faits

M. Farid X., détenu atteint de plusieurs pathologies engageant chacune le pronostic vital demande au juge de l'application des peines une suspension médicale de peine. Celle-ci lui est refusée au motif qu'il n'était pas possible de déterminer dans quel délai il pourrait décéder.

Solution

La Cour rejette le pourvoi de M. Farid X en énonçant que « c'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital ».

Observations

La loi du 4 mars 2002 (n° 2002-303) instaurant la suspension médicale de peine avait initialement prévu pour son obtention une condition unique : l'état de santé compromis du condamné détenu. L'article 720-1-1 alinéa 1 du Code de procédure pénale retient au vrai deux situations dans lesquelles la suspension de peine est ordonnée. Au titre de la première, le condamné doit être atteint « d'une pathologie engageant le pronostic vital » ; au titre de la seconde son « état de santé » doit être « durablement incompatible avec le maintien en détention ». L'une ou l'autre de ces situations doit être établie par deux expertises médicales distinctes mais néanmoins concordantes (C. pr. pén., art. 720-1-1, al. 2). Elles correspondent par ailleurs à des fondements partiellement différents, même s'il peut être retenu qu'il est toujours question d'éviter un traitement inhumain ou dégradant. Pour ce qui concerne l'état incompatible avec la détention, le fondement réside dans le fait qu'il serait inhumain de laisser en prison quelqu'un qui est dans un tel état que chacun de ses gestes est rendu douloureux ou difficile et qui doit être assisté en permanence, aide rarement disponible. En la matière, les décisions qui rejettent la suspension médicale sont habituellement fondées sur le constat que des soins appropriés sont apportés au détenu ou qu'il ne serait pas mieux soigné au dehors. La présente espèce concernait l'autre hypothèse visée à l'article 720-1-1, soit le pronostic vital engagé. Le fondement de la suspension médicale de peine réside alors dans le fait qu'il serait inhumain de laisser une personne vivre ses derniers moments en prison. En pareil cas, les rejets se fondent souvent sur le manque de

concordance entre les deux expertises. Il convient, en outre, de noter que la loi n'a pas précisé à quelle échéance le pronostic vital devait être engagé. Se pose alors la question de savoir où résiderait l'humanité : à faire en sorte que la personne ne décède pas en détention, auquel cas il faudrait se borner à attendre l'extrême limite de sa vie pour la relâcher ou à faire en sorte qu'elle n'agonise pas en détention, ni n'y décède et puisse profiter un peu de ses proches ou mettre ses affaires en ordre, auquel cas il ne faudrait naturellement pas temporiser à l'extrême ? Avant la présente décision, les juges du fond tendaient de plus en plus à exiger que le pronostic vital fût engagé à court, voire à moyen terme (p. ex. JRLC Rouen, 27 sept. 2002, Dossier JRLC , 02/19, inédit). En l'espèce, le Jap s'était également fondé sur le constat, fait par les experts, que les pathologies engageaient, certes, le pronostic vital, mais à une échéance trop lointaine pour justifier l'élargissement. Plus précisément il avait retenu « que le pronostic vital n'était pas engagé dans un délai qu'il était possible de prévoir ». La Cour de cassation adopte une position plus restrictive encore pour rejeter le pourvoi. Elle énonce en effet que « c'est nécessairement à court terme » que la mort doit être prévisible. C'est la première fois que la Cour de cassation œuvre ainsi à préciser les limites de l'application de l'article 720-1-1. Ceci viendra certes clarifier heureusement le droit positif. Il en résultera toutefois, compte tenu au surplus des délais procéduraux pour l'obtention de la suspension médicale de peine, d'autant plus longs que la loi exige deux expertises, que nombre de condamnés n'auront que le temps de sortir de l'établissement pénitentiaire pour décéder au dehors, voire décèderont en prison, faute pour une décision d'avoir été prise à temps. Rappelons en outre dans ce sens que, bien souvent, les médecins ne sont pas en mesure de déterminer, d'une manière suffisamment précise, dans quels délais une personne va décéder.

La frilosité des juges s'explique par le malaise qu'ils ressentent à l'idée d'élargir un condamné uniquement pour des raisons sanitaires et humanitaires, alors même que, par hypothèse, il n'a pas de projet d'insertion et n'offre aucune garantie comportementale. Elle se fonde plus encore sur la forte crainte qu'il puisse représenter un risque pour l'ordre public en raison d'une persistance de sa dangerosité. Dans cet esprit, un condamné encore suffisamment valide, quoi qu'appelé immanquablement à mourir, pourrait encore commettre une infraction. Néanmoins, si telle est l'inquiétude unique des juges, le problème est juridiquement mal posé. C'est que ceux-ci sont parfaitement en droit et même en devoir, de vérifier si la mesure qu'ils prennent présente un risque pour la sécurité publique. En effet, l'article 707 du Code de procédure pénale, sorte d'article préliminaire en matière d'exécution des peines, instauré par la loi du 9 mars 2004 (n° 2004-204), énonce que les mesures d'application de la peine sont prises dans « le respect des intérêts de la société » et au regard de « la prévention de la récidive ». L'existence de cet excellent

texte directeur rendait à cet égard totalement inutile l'insertion, à l'article 720-1-1 alinéa 1er du Code de procédure pénale, dans le cadre de la loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales, d'un pan de phrase indiquant que la suspension de peine était accordée au vu de l'état de santé du condamné, dans les conditions précisées *supra*, « sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction ». Au contraire, même, la portée de l'article 720-1-1 est plus restreinte que celle que pouvait avoir l'article 707. Elle devra néanmoins prévaloir car il s'agit d'une disposition spéciale et, qui est qui plus est, plus récente.

Pour aller plus loin

M. Herzog-Evans, *Droit de l'application des peines*, Dalloz Action, 2^e ed., 2005

M. Vella et M. Janas, « Les difficultés d'application de la suspension de peine médicale », *Rev. pénit.* 2003, p. 471.

M. Herzog-Evans, « La suspension médicale de peine et la sécurité publique. Etat des lieux », *Rev. pénit.* 2005, p. 305

Dossier SéniorPlanet de février 2006 : Vieillir en prison

Le nombre de détenus condamnés à des longues peines a doublé en dix ans. La capacité d'accueil n'a pas suivi... De plus, l'absence de moyens et une politique pénitentiaire axée sur la sécurité rendent de plus en plus difficiles les conditions d'incarcération et la réinsertion des personnes condamnées âgées.

Parmi les pires d'Europe

"Les prisons françaises sont parmi les pires d'Europe." C'est le bilan dressé par le Conseil de l'Europe à travers la voix de son commissaire aux Droits de l'Homme, Alvaro Gil Robles, dans un rapport rendu public le 22 septembre dernier. Un rapport qui dénonce ce que tout le monde sait déjà : les prisons de l'Hexagone sont victimes d'une surpopulation galopante qui aggrave les conditions de détention, augmente les violences et pénalise les chances de réinsertion des détenus.

Cinq ans avant, le Sénat et l'Assemblée nationale avaient déjà tiré la sonnette d'alarme, qualifiant la situation des prisons françaises de "honte pour la République". Le livre de Véronique Vasseur, "Médecin-chef à la prison de la Santé", sorti la même année, décrivant les carences de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire, avait lui aussi provoqué un tollé, faisant la une des journaux.

Depuis, rien. Ou presque.

À l'ombre des cellules, les choses n'ont fait qu'empirer. "Depuis deux ans, la majeure partie des crédits sont consacrés au renforcement de la sécurité, note Gabriel Mouesca, président de l'Observatoire international des prisons (OIP), lui-même ancien détenu. La surpopulation empêche les prisonniers d'avoir accès à la culture, à l'éducation, à l'enseignement professionnel. Tout ça a un impact sur le quotidien des personnes incarcérées et renforce la violence."

En cinq ans, l'offre de travail en prison a été réduite d'un tiers, le nombre d'incidents collectifs a augmenté de 155 % et les suicides sont devenus monnaie courante (cent vingt l'année dernière, "un tous les trois jours"). Un climat rendu plus délétère encore par une justice qui privilégie la détention à la prévention. Dans ce contexte de forte pénalisation, les mesures d'aménagement de peine et le nombre de libération conditionnelle sont en baisse depuis plusieurs années. Quant aux placements à l'extérieur, ils sont en chute libre, moins 18,7 % depuis 2000.

Un travailleur social pour cent vingt détenus

En premier lieu, cette crise du système carcéral frappe les détenus condamnés à de longues peines. Parmi les cinquante-sept mille cent soixante-trois prisonniers que compte la France (métropole et outremer), 12 % ont plus de cinquante ans. Première victime des troubles psychiques et physiques inhérents à la détention (déresponsabilisation, infantilisation, pertes de repères), cette population est aussi la première à souffrir du manque de personnels médicaux et de moyens techniques.

"Pour eux, la situation est très difficile. Ceux qui sont condamnés à la perpétuité n'ont aucune perspective de sortie. Quant à ceux qui ont des peines de sûreté, il n'y a aucun aménagement de peine prévu. L'administration fait donc en sorte de ne pas leur donner de perspective de réinsertion, dénonce Alexis Saurin, président du Génépi, un groupement national d'étudiants qui mène des activités socioculturelles dans les prisons. Beaucoup de prisons ne sont pas faites pour les longues peines. Elles ont été construites il y a longtemps. Il est impossible d'y travailler puisqu'il n'y a pas de salles pour. Et les parloirs ne sont pas fonctionnels. Avec la surpopulation, les douches ne sont pas assez nombreuses et il y a trop de détenus par rapport aux nombres de travailleurs sociaux, à peine un pour cent vingt."

Pour protester contre les dérives du système pénitentiaire, deux détenus ont récemment démarré une grève de la faim, relançant du même coup le débat sur la création d'un organe de contrôle des prisons. Un débat que l'OIP va lancer dans les mois à venir au travers des États Généraux de la condition pénitentiaire. "L'idée est de créer un Inspecteur général des prisons parce que ce monde est un monde opaque. À défaut d'abattre les murs, on voudrait les rendre transparents", explique Gabriel Mouesca.

Le 10 décembre dernier, à l'occasion de la journée mondiale des Droits de l'Homme, plusieurs dizaines de députés et de sénateurs ont exercé leur droit de visite dans les prisons. Tous ont fait état de conditions de détention "accablantes", parlant même "d'école de la récidive". Affaire à suivre.

Alexandre Aublanc
[24 janvier 2006]

Médecin de prison

"L'administration pénitentiaire préfère voir les détenus mourir dehors que dans ses murs". C'est la conclusion de Ludovic Levasseur, médecin responsable de l'unité fonctionnelle de la maison d'arrêt de Villepinte, en Seine-Saint-Denis, sur les conditions de vie des détenus de longues peines. Interview.

SeniorPlanet : La maison d'arrêt de Villepinte compte un nombre important de détenus condamnés à de longues peines. Comment vivent-ils leur incarcération ?

Docteur Ludovic Levasseur : À Villepinte, on compte environ 7 % de longues peines. Ils n'ont pas de cellules individuelles et ouvertes, ne peuvent pas téléphoner et n'ont pas d'activités. Ils sont enfermés toute la journée. Quand vous restez longtemps en prison, vous avez besoin de travailler, d'avoir une activité régulière. Mais, ici, il n'y a que quatre-vingt-dix places dans les ateliers alors que l'on compte plus de neuf cents détenus. Tout cela diminue les chances de réinsertion et la qualité du suivi psychologique. De plus, comme il y a beaucoup de visites, la direction a du mal à gérer cette situation. Certains détenus ne peuvent donc pas voir leurs familles régulièrement. Et quand c'est le cas, les visites sont généralement très courtes. Or, le maintien des liens avec l'extérieur est une condition sine qua non pour qu'un détenu ait des chances de s'en sortir.

La surpopulation a-t-elle des conséquences sur le suivi médical des détenus ?

La maison d'arrêt de Villepinte est conçue pour accueillir six cents personnes. Mais, aujourd'hui, on en compte neuf cents. Et depuis quelques années, avec l'augmentation des transferts et du turn-over des prisonniers, le nombre de condamnés qui passent entre nos mains est en constante progression avec près de mille huit cent cinquante individus ! Il nous est impossible d'effectuer un suivi médical régulier et cohérent. De plus, la surpopulation empêche la confidentialité et le secret médical. Quand vous avez un détenu qui partage sa cellule avec d'autres, comment voulez-vous qu'il suive un traitement sans que ses codétenus ne l'apprennent ? C'est tout simplement impossible.

La surpopulation a également des conséquences sur les aménagements de peine et les libérations conditionnelles. En effet, les travailleurs sociaux sont trop occupés à régler les cas des détenus condamnés à de courtes

peines. Ils sont plus nombreux. Leur dossier de sortie est plus facile à monter et ils bénéficient d'une libération conditionnelle plus rapide. Comme il faut faire en sorte de sortir un maximum de monde, ils sont les premiers à être pris en compte. Donc, quand un détenu en a pour dix ou quinze ans, les travailleurs sociaux se disent qu'il peut bien attendre un peu. Mais, si on attend trop, tout ce qui participe et facilite la réinsertion disparaît. Les liens familiaux s'étiolent, le manque d'activité annihile tout espoir.

Appliquer la loi Kouchner !

Quelles difficultés éprouvez-vous pour appliquer la loi Kouchner sur les suspensions de peines relatives à la santé des détenus ?

Il y a un an, un détenu de quatre-vingt-trois ans est arrivé à Villepinte parce qu'il avait tué sa femme. Il purge une peine de douze ans, mais sa place n'est pas ici. Pendant l'appel, il a même été transféré à la Santé, l'une des prisons les pires de France ! Ils ont fini par le faire revenir ici. On a fait plusieurs demandes en suspension de peine, mais elles ont toutes été refusées. Pour la bonne et simple raison qu'il faut pouvoir justifier d'un hébergement à l'extérieur. Or, aucune maison de retraite ne veut d'anciens taulards.

Et comme il n'existe aucune structure pour les accueillir, ils restent en détention. La paupérisation de la société entre aussi en jeu. Elle crée un climat de méfiance. À l'extérieur, les gens se disent : "Pourquoi un ancien détenu aurait-il plus de droit que nous ? Les travailleurs ont déjà tellement de mal à trouver une place en maison de retraite, on ne va quand même pas privilégier des prisonniers."

Il faut bien comprendre que la loi Kouchner ne s'applique qu'aux cas critiques. En dehors, elle est très rarement appliquée, même pour les maladies chroniques comme le sida. On fera sortir le détenu si on est sûr qu'il va mourir. L'administration pénitentiaire préfère voir les détenus mourir dehors que dans ses murs. Elle s'en lave les mains. Et puis c'est meilleur pour les statistiques.

Dans ces conditions, pourquoi ne met-on pas les détenus âgés en centre de détention où les conditions d'emprisonnement et les chances de réinsertion sont nettement plus favorables ?

C'est tout le problème. D'une part, les centres de détention n'ont pas la capacité d'accueillir beaucoup de détenus. Ils sont soumis à un numerus clausus qui oblige à ne prendre qu'un nombre de détenus équivalent aux nombres de places. Il n'y a donc pas de surpopulation. D'autre part, ces

centres sont le plus souvent situés en campagne, dans des lieux reculés. Impossible dans ce cas de maintenir des liens familiaux.

Selon vous, quelles solutions devraient être mises en place pour résoudre ce problème ?

Il faudrait que le ministère de la Justice passe des conventions avec des établissements extérieurs pour accueillir ces détenus. Ça se fait pour les toxicomanes. Depuis 1994, la prise en charge médicale des personnes incarcérées est de la responsabilité des hôpitaux publics. C'est en soi une bonne chose, puisque cela a marqué un pas important dans le développement sanitaire des prisons. Mais ce n'est pas la panacée. Nos budgets sont serrés parce que les hôpitaux ont déjà du mal à survivre. Ils ne font pas d'effort pour nous. Il y a cinq ans, je faisais de la médecine de prison. Aujourd'hui, j'ai l'impression de faire de la médecine d'urgence. Et demain, il faudra que je fasse de la médecine de guerre ?

Reportage en prison

Cellules individuelles ouvertes du matin au soir, accès libre aux téléphones et aux douches, ateliers et formations... Au centre de détention de Riom, dans le Puy-de-Dôme, la direction mise sur la réinsertion des détenus. Mais, pour beaucoup, l'isolement prolongé a laissé des traces indélébiles.

Fragilité psychologique

Quand Pierre est sorti de prison, il était persuadé de pouvoir conduire de nouveau. Même après vingt-cinq ans passés derrière les barreaux. "On l'a emmené dans une auto-école. Quand il est entré dans la voiture, il ne savait pas où mettre la clé de contact. Il pensait que le levier de vitesse se trouvait sous le volant et il n'avait jamais vu de rond-point de sa vie", raconte Jean-Marie Ernst, directeur adjoint du centre de détention de Riom.

Pour Jacques, ça s'est passé au supermarché, quelques jours avant sa libération. "Il a tenu une dizaine de minutes. Il ne supportait plus la

foule, les bruits et les cris des enfants."

Ces phénomènes de peur et d'angoisse sont le lot des "longues peines", ces détenus qui restent en moyenne entre dix et vingt ans en détention. Après un enfermement prolongé, la personne oscille entre refus, désir de sortir pour revoir le monde et les siens, réalisme et fantasme.

À Riom, où la moyenne d'âge des détenus est de quarante-six ans, ces symptômes sont particulièrement fréquents. "La longue détention vous fait perdre toute autonomie. Même manger devant d'autres personnes devient une épreuve qui trahit la fragilité psychologique des condamnés, souligne Jean-Marie Ernst. Pour remédier à cela on essaie de tout mettre en œuvre pour que les détenus se resocialisent". Les cellules sont ouvertes du matin au soir ; le téléphone et la douche sont en accès libre ; les parloirs sont accessibles chaque week-end et jour férié. Mais pour beaucoup, il ne reste personne dehors.

Pas de places pour eux

"Tout le monde est mort", cède Marcel (soixante-dix ans) qui purge une peine de douze ans de prison. "Pour ne pas voir le temps passer", les détenus ont la possibilité de travailler et de suivre des cours d'enseignement, voire de passer des diplômes. Mais, comme le souligne Maurice : "Ce n'est pas à soixante et un ans que je vais tenter un examen. De toutes les façons, comme j'ai atteint l'âge de la retraite, je ne peux pas travailler."

Autre difficulté liée à la vieillesse, la prise en charge médicale des détenus. "Cent personnes suivent un traitement médicamenteux. La plupart ont des pathologies liées à l'âge, des problèmes cardiaques ou respiratoires. Environ un tiers relève de la psychiatrie et certaines personnes devraient être hospitalisées à plein temps", explique Estelle Ferron, infirmière à l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la prison. Mais les centres psychiatriques "fermés" manquent de moyens. Résultat : "Quand ils vont en hôpitaux psychiatriques, ils reviennent rapidement parce qu'il n'y a pas de place pour eux." Les suspensions de peine pour raisons médicales sont d'ailleurs rares. "Non seulement, il faut prouver que la santé du détenu est incompatible avec sa détention mais on doit également obtenir l'accord d'un centre d'hébergement. Faute d'experts et faute de places, des personnes gravement malades sont maintenues en détention."

Pour les autres, ceux qui sortiront bientôt, la crainte de ne pas savoir où aller domine. "Déjà que, dehors, les vieux sont mal lotis ! Vous imaginez ce que sera pour nous quand on sortira", cède Marcel. Aucune maison de

retraite ne voudra recevoir d'anciens taulards. "Cette année, une dizaine de détenus sont partis dans le Périgord pour deux jours." Une sortie thérapeutique pour leur faire voir autre chose", indique Jean-Marie Ernst. Dans sa cellule, Marcel fulmine. "J'avais l'impression que tout le monde nous regardait d'un drôle d'œil. On avait peur des autres, on n'osait pas les regarder en face." "Mais non, mais non. C'est dans ta tête tout ça. Personne ne vous regardait", rétorque le directeur, debout devant la porte. Marcel réfléchit. "Sans doute. C'est sans doute dans ma tête que ça se passe."

Plus d'informations sur le Centre de détention de Riom

Nature de l'établissement :

Centre de détention depuis 2003 (anciennement maison centrale).

Date de mise en service :

1989.

Catégories de personnes accueillies :

Hommes majeurs, condamnés pour crimes de sang, affaires de mœurs, trafics de stupéfiants, grand banditisme.

Capacité opérationnelle :

164 détenus.

Nombre de détenus :

164.

Alexandre Aublanc

[31 janvier 2006]

Jacques Lerouge

Jacques Lerouge, soixante-cinq ans, est un ancien condamné à mort, libéré en 1985 après vingt ans de détention. Il préside aujourd'hui l'Aperi, l'Association pour l'aide aux personnes en voie de réinsertion.

C'est un homme pressé. Souvent en retard, toujours occupé. Au téléphone, quand il vous parle, on sent bien que son esprit est ailleurs, le regard

vissé sur un dossier, ses mains feuilletant son agenda. Pour un ancien condamné à mort, libéré quatre ans après l'abolition de la peine capitale, on se dit que cette manie de remplir le présent est sans doute une revanche sur ces vingt années passées en détention. Une manière, aussi, de rendre justice à ces "vieux taulards" qui, comme lui, ont passé des décennies entre quatre murs, marqués à jamais par l'isolement et la rupture. Beaucoup d'ailleurs préfèrent rester en prison plutôt que d'affronter le monde extérieur. "Certains ne se souviennent même plus de leur nom. Ils n'ont personne dehors, pas de famille, pas de travail, pas de logement. Pas de raisons de sortir."

C'est ce constat qui décide Jacques Lerouge à se consacrer à l'insertion des "longues peines" et, ce, dès sa libération en 1985. Il intervient alors dans divers organismes et associations. Sur le terrain, il construit un savoir-faire et un réseau élargi de partenaires.

Une expérience de quinze ans qui confirme ce qu'il savait déjà : "Qu'est-ce que la société peut accepter ? Pas grand-chose. Est-ce que des détenus malades, âgés, peuvent finir leur vie dehors, tranquillement ? Pour la société, c'est déjà l'extrême."

En 1999, Jacques Lerouge fonde l'Aperi, l'Association pour l'aide aux personnes en voie de réinsertion. Basée dans la banlieue de Nancy, conventionnée par l'administration pénitentiaire, l'Aperi accompagne les détenus avant, pendant et après leur sortie. "On s'occupe de trente à quarante personnes. La moyenne de détention, c'est vingt-cinq ans. La moyenne d'âge est de cinquante ans. On a un gars qui est âgé de quatre-vingts ans et qui a passé quarante-quatre années en prison. C'est le nouveau Lucien Léger."

Le dernier recours

Pour ces détenus qui n'ont pas d'emploi et qui sont les derniers servis pour trouver un logement social, la justice refuse toute libération conditionnelle. L'association se charge alors de leur trouver un hébergement et les place en contrat emploi solidarité (CES).

"On est la balise *Argos*, le dernier recours. Le problème fondamental est de savoir ce que l'on veut faire de détenus pas assez fous pour l'asile, mais pas assez normaux pour la maison de retraite. Vu qu'ils ne se suicident pas tous, il faut bien les mettre quelque part."

Comme il n'existe aucune maison de retraite pénitentiaire, l'Aperi travaille depuis quatre ans à l'ouverture d'une maison d'accueil expérimentale dans les Vosges. "Un sas entre la prison et la société. Non

pour que ces gens puissent vivre dehors, mais pour qu'ils puissent y mourir dignement."

Néanmoins, les soutiens sont rares et il manque près d'un million d'euros pour financer le projet. D'où ce constat amer : "Aucun élu ne veut voir à sa porte une structure d'accueil pour anciens détenus. Depuis que l'Aperi existe, elle a vu passer quatre Gardes des Sceaux, chacun refusant de prendre en charge ce dossier."

Ironie du sort, le 18 novembre dernier, Jacques Lerouge était décoré par le ministre de la Justice, Pascal Clément. Manière de récompenser son travail. L'intéressé reste cependant lucide : "La justice m'a condamné à mort, il y a trente ans. Maintenant, elle me décore. C'est se donner bonne conscience. Derrière, on continue de condamner de plus en plus et de libérer de moins en moins."

Alexandre Aublanc
[01 février 2006]

Marcel, soixante-dix ans

En prison depuis dix ans, il sort dans deux ans.

"On n'est pas puni,
on se débarrasse de nous."

"Quand on arrive en prison, on se dit rien. C'est après qu'on réfléchit, c'est après qu'on commence à accepter la faute que l'on a commise. J'étais chef d'entreprise, je vendais des camping-cars et des caravanes, j'avais du fric et plein d'amis. Et puis, j'ai fait une grosse connerie. Résultat : plus personne ne m'attend dehors. J'ai compris assez vite que j'allais devoir affronter cette épreuve tout seul. Pour me faire pardonner, je m'occupe des personnes âgées, je sers des repas, je fais le courrier pour ceux qui ne savent pas écrire. Mais je pense que la réinsertion, c'est du bidon. Même si, ici, la situation est correcte, quand les assistantes sociales changent tous les ans, comment voulez-vous que l'on se réinsère ?

De toute façon en prison, on n'est pas puni, on se débarrasse de nous. L'extérieur, l'autre côté de la grille, c'est sûr que cela nous manque. Même si ça fait un peu peur, parce qu'on devient paranos.

La dernière fois que l'on est parti deux jours en permission avec d'autres détenus, j'avais l'impression que tout le monde nous regardait de travers. En même temps, c'est normal.

On reste toujours entre nous. On est coupé du dehors."

Maurice, soixante et un ans

En prison depuis dix ans, il sort dans un an.

"J'ai fait une erreur
mais dix ans, c'est long."

"J'étais paysan, j'avais une petite exploitation de volaille que j'ai cédée au voisin avant d'être incarcéré.

À l'époque, je buvais pas mal. Douze litres de vin par jour, vous voyez le bonhomme. Un jour, j'ai violé ma fille. Elle m'a dit que j'avais un problème, que je devais me faire soigner. C'est son copain qui a prévenu les gendarmes. Pendant le jugement, je ne me reconnaissais pas dans ce qui était dit. Et puis, au bout d'un temps, j'ai décidé de m'en sortir, de me réinsérer. Je suis des cours de français, de mathématiques et d'histoire. Et puis, je me suis mis à écrire un peu, parce que, ici, le pire qui puisse vous arriver c'est de perdre la notion du temps. Mais bon, je ne vais pas non plus me mettre à passer des diplômes. Cela me servirait à quoi ? Et, à mon âge, je ne peux plus travailler. J'ai quand même ma cellule, mon petit chez moi. Même si ne je vois pas ma femme parce qu'elle est en maison de retraite, j'appelle ma fille de temps en temps. J'ai accepté ma peine plutôt que de me voiler la face. J'ai compris que j'avais fait une erreur. Mais dix ans, c'est long, très long. J'ai l'impression d'avoir perdu du temps. Surtout pour un gars comme moi qui ne demandait qu'à travailler."

Jean-Pierre, soixante-douze ans

En prison depuis onze ans, il sort dans deux mois.

"Soit on ressort plus fort,
soit on ressort plus bête"

" Se retrouver seul, comme ça, pendant si longtemps, cela m'a ouvert les yeux. Parce que se faire juger devant une cour d'assises qui vous lave des pieds à la tête, ça fait drôle. On ne se reconnaît pas dans le portrait qui est fait de nous par l'avocat général. Au départ, c'est un peu dur. Arrivé en prison, tu veux aider les autres et puis au bout d'un moment, tu te rends compte qu'on se sert de toi, qu'on parle dans ton dos. Alors, j'ai décidé d'arrêter. Depuis que je suis ici, j'ai surtout appris que c'est quand on est dans la merde que l'on connaît le mieux la nature humaine. Alors aujourd'hui, la seule personne que je crois, c'est moi. En attendant, j'étudie les sciences, l'archéologie. Parce qu'ici, il y a beaucoup de gens

qui ne font rien, qui restent dans leur cellule. C'est drôle, parce que je suis un ancien de l'Indochine et de l'Algérie. J'ai vu beaucoup de choses. Mais c'est seulement maintenant que je comprends que tout cela était du vent. De toute façon, la prison c'est simple : soit on ressort plus fort, soit on ressort plus bête. Mais quand vous faites quelque chose qui vous plaît, vous ne voyez pas le temps passer. Comme je sors bientôt, j'espère que je vais aller vivre à la campagne, avec la nature en face et les animaux. Seul, parce que dehors, personne ne m'attend. Peut-être une copine, mais on verra...

Les psychiatres devraient venir plus souvent en prison : ils verraient la vérité en face. "

Quelques chiffres

La capacité d'accueil de l'administration pénitentiaire : 51 144 places.

Nombres d'établissement : 188.

Les taux d'occupation

En moyenne, la densité carcérale est de 120 %. Une fois sur deux, le taux d'occupation dépasse les 150 %.

Budget

Le budget pénitentiaire était de 2,124 milliards d'euros en 2005.

La population carcérale

Le nombre de détenus en métropole et outre-mer était, au 1^{er} octobre 2005, de 57 163 dont 36 % de prévenus.

La répartition selon la durée de la peine au 1^{er} avril 2005

Peine inférieure à 1 ans : 29,9 %.

Peine de 1 à 3 ans : 22,9 %.

Peine de 3 à 5 ans : 11,4 %.

Peine de plus de 5 ans : 35,7 %.

Peine de plus de 10 ans : 13,7 %.

Peine de plus de 20 ans : 1,9 %.

Réclusion criminelle à perpétuité : 1,4 % .

La répartition par âge au 1^{er} avril 2005

- de 16 ans : 0,1 %.

- de 18 ans : 1 %.

Entre 18 et 21 ans : 8,4 %.

Entre 21 et 25 ans : 17,3 %.

Entre 25 et 30 ans : 18,1 %.

Entre 30 et 40 ans : 26,2 %.

Entre 40 et 50 ans : 16,8 %.
Entre 50 et 60 ans : 8,6 %.
60 ans et + : 3,5 %.

Glossaire

Centre de détention

Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées dont les perspectives de réinsertion sont jugées favorables. Le régime de détention est axé vers la resocialisation, (comme, par exemple, le Centre de détention de Riom).

Juge de l'application des peines

Magistrat du tribunal de grande instance intervenant après un jugement pénal pour déterminer les modalités d'exécution des peines en fonction de la situation personnelle des personnes condamnées.

Libération conditionnelle

Mesure qui permet à une personne condamnée de sortir de prison avant la fin de sa peine en la contraignant à un certain nombre d'obligations pendant une période de temps déterminé, dont celle de se soumettre à des mesures d'aide et de contrôle.

Maison d'arrêt

Établissement pénitentiaire qui ne reçoit, théoriquement, que les personnes prévenues et les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, (comme par exemple la maison d'arrêt de la Santé).

Maison centrale

Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées à une peine supérieure à cinq ans, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles les pronostics de réinsertion sociale sont jugés peu favorables. Le régime de détention est axé essentiellement sur la sécurité (comme, par exemple, la maison centrale de Fleury-Mérogis).

Réduction de peine

Mesure prise par le juge d'application des peines en faveur des personnes condamnées définitivement (à l'exception de celles condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité) qui permet de réduire la durée de la peine de prison. Il existe deux catégories de réductions de peines : la réduction de peine ordinaire (pour "bonne conduite") d'une durée maximale

de trois mois et la réduction de peine supplémentaire (pour "efforts sérieux de réadaptation sociale") d'une durée maximale de deux mois.

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Structure départementale dépendant de l'administration pénitentiaire, chargée du suivi des personnes condamnées incarcérées (milieu fermé) ou non (milieu ouvert), en s'assurant de la continuité des actions d'insertion engagées : suivi individuel, préparation à la sortie, accès au droit et aux dispositifs d'insertion de droit commun, enseignement, travail, propositions de soins, maintien des liens familiaux et sociaux, etc. Il est composé de conseillers d'insertion et de probation et d'assistants de travail social. Il est dirigé par un directeur (le DSPIP).

Suspension de peine

Possibilité, pour le juge de l'application des peines ou le tribunal correctionnel, de suspendre ou de différer l'exécution d'une peine d'emprisonnement pendant une durée limitée, afin que la personne condamnée puisse faire face à des problèmes familiaux, médicaux ou professionnels importants.

Suspension de peine médicale

Possibilité, pour les personnes condamnées atteintes d'une pathologie engageant le pronostic vital ou dont l'état de santé est durablement incompatible avec la détention, de voir suspendre leur peine de prison, quelle que soit la nature de la peine ou la durée restant à subir.

Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire assurant l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, les soins dentaires et les consultations spécialisées.

Détenus malades : bons de sortie sans lits

La loi Kouchner sur les suspensions de peine pour raison de santé a souvent du mal à entrer en pratique.

Leur état de santé est jugé incompatible avec la prison par les médecins mais ils risquent néanmoins d'y rester jusqu'à leur mort, faute d'un hébergement au-dehors. La loi Kouchner de 2002 s'était d'abord heurtée aux résistances des gens chargés de l'appliquer ; elle bute désormais sur ce obstacle purement matériel. Et un avocat, Etienne Noël, envisage de poursuivre l'Etat (le ministère de la Santé) devant le tribunal administratif pour faire bouger les choses. Sur le même sujet Des libérations ajournées Réfugié irakien. « Mon client a fait un accident vasculaire cérébral en 2004 ; il se déplace en fauteuil roulant ; il est en début d'Alzheimer ; il ne se souvient plus de la peine qu'il purge ; pourtant il reste là », se désole l'avocat. Sa consœur Marie Dosé évoque, elle, la situation d'un homme de 70 ans qui cumule un cancer de la prostate et de gros problèmes cardiaques et de sénilité. « Sadeck est un réfugié irakien qui vit régulièrement en France depuis très longtemps et qui bénéficie d'une retraite de 600 euros par mois. Mais il n'a ni famille ni ami, et il n'y a pas moyen de lui trouver un hébergement. Alors sa suspension de peine est ajournée », résume-t-elle. A l'idée de le voir descendre péniblement au parloir des avocats, elle n'a pas eu le cœur de le faire appeler lors de son récent passage à la prison. « Je ne sais plus quoi lui raconter », dit-elle. Ces cas se multiplient. « Dans pas mal de dossiers nous sommes d'accord sur le principe d'une suspension de peine pour raison médicale. Mais, faute de solution d'hébergement, nous sommes obligés de prononcer des ajournements à répétition qui sont reconduits sur des périodes de plus en plus longues », explique Jean-Claude Bouvier, juge d'application des peines à Créteil. Dans ce tribunal, les juges sont en première ligne car ils gèrent Fresnes et son hôpital-prison, qui reçoit les détenus les plus mal en point. C'est ainsi qu'en août dernier un détenu n'est sorti, après plusieurs ajournements, que pour intégrer une unité de soins palliatifs où il est mort au bout de quelques jours. Les travailleurs sociaux des prisons frappent à toutes les portes maisons de retraite, associations, hôpitaux... Souvent en vain. « Quand ils dévoilent la situation carcérale du malade, il n'y a plus de place disponible dans les maisons de retraite publiques, comme par hasard », s'agace Me Etienne Noël, qui dénonce un phénomène de discrimination évident. « On se rend compte qu'il n'y a guère de solutions pour les gens sans soutien familial », constate Jean-Claude Bouvier. L'association les Petits Frères des pauvres en a accueilli une dizaine depuis 2002. « Une équipe de bénévoles

intervient à l'hôpital de Fresnes pour accompagner les malades. C'est dans ce cadre que nous avons été sollicités pour des hébergements », explique Marie-Liesse Lemoine. L'association dispose d'environ 500 logements où elle recueille des vieillards seuls et en grande précarité. Mais les détenus demandent « un accompagnement très particulier. Nous devenons leur référent, un substitut aux familles, ceux qui vont reconstituer leurs papiers, effectuer les démarches administratives, les aider à réintégrer la vie à l'extérieur, etc. », explique Philippe Pernot, chargé de ces questions de logement à l'association. Comme les fonds et les capacités d'accompagnement des Petits Frères ne sont pas illimités, le nombre de détenus accueillis restera forcément « marginal », dit-il, même si l'association compte « réévaluer » son action dans ce domaine. « Liberté fondamentale ». Pour forcer les choses, le tribunal d'application des peines de Créteil commence à prononcer des suspensions de peines en fixant un délai (un an, par exemple) pour trouver un hébergement. Quant à Etienne Noël, il se prépare à attaquer le ministère de la Santé en référé devant le tribunal administratif de Paris : « Les médecins indiquent que mon client ne peut rester en prison. Le droit à la santé sans discrimination est une liberté fondamentale. Que ce ministère, tutelle de tous les établissements de soins publics, prenne ses responsabilités et lui trouve une place. » Juges et avocats estiment indispensable de faire vivre cette mesure de la loi Kouchner. A l'Etat de négocier avec les associations aidées, de signer des conventions avec les hôpitaux, de sensibiliser les maisons de retraite... Pourvu qu'on puisse sortir de l'impasse actuelle.

Jacqueline COIGNARD Libération : samedi 25 novembre 2006