



# Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait

Jean-Claude Bouvier

DANS DÉLIBÉRÉE 2017/1 N° 1 , PAGES 53 À 58

ÉDITIONS LA DÉCOUVERTE

ISSN 2555-6266

ISBN 9782707197658

DOI 10.3917/delib.001.0053

Date de mise en ligne : 13/06/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://droit.cairn.info/revue-deliberee-2017-1-page-53?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait

par Jean-Claude Bouvier

— Il n'est pas rare qu'une loi reste lettre morte ou presque. Il y aurait sans doute un recueil à composer de ces textes qui, après avoir mobilisé tant d'énergies, ne sont pas ou guère appliqués, au péril de l'effectivité des droits. Encore faut-il comprendre pourquoi et ne pas s'en satisfaire. Retour sur la route semée d'embûches d'une mesure de simple humanité : la suspension de peine médicale. —

« Il n'est pas digne de mourir en prison. La question du maintien en détention des détenus malades ou âgés se pose donc [...]. Rien ne justifie que cette décision relève encore actuellement du président de la République. La procédure devrait relever du juge de l'application des peines qui pourrait, pour prendre sa décision, s'appuyer sur des expertises médicales établissant que le détenu est atteint d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital. Cette procédure pourrait également concerner les détenus très âgés et dépendants, dont la présence en prison ne se justifie plus en termes de protection de la société »<sup>1</sup> : c'est ainsi qu'un rapport du député Jacques Floch annonçait, en juin 2000, la création de la procédure de suspension de peine médicale.

La réforme était attendue depuis longtemps et devait mettre fin à une particularité du droit positif français – qui ne prévoyait pas jusqu'alors de mesure spécifique permettant de libérer, en raison de son seul état de santé, une personne détenue.

Intervenue le 4 mars 2002, la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades a cependant rencontré rapidement d'importantes difficultés. Les unes résultent de la complexité du mécanisme imaginé par le législateur et des réticences des professionnels à s'en emparer : sous l'effet d'une importante évolution jurisprudentielle et législative, elles sont désormais

susceptibles d'être surmontées. Les autres sont liées à l'absence d'hébergement, à l'extérieur de la prison, des personnes relevant de la suspension de peine médicale : elles constituent toujours, à ce jour, un obstacle déterminant au développement de la mesure.

## Les conditions d'octroi de la suspension de peine médicale : des résistances initiales aux changements législatifs

### Une procédure à l'épreuve du doute

La création de la suspension de peine médicale traduit la volonté de la France de se conformer aux normes européennes. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) recourt à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme – qui proscribit les traitements inhumains et dégradants – pour affirmer la nécessité pour les États de protéger l'intégrité physique et mentale des personnes privées de liberté. Si elle ne se prononce pas sur le principe même de la détention et de l'opportunité d'une privation de liberté pour les personnes âgées ou malades<sup>2</sup>, elle considère cependant que l'État doit « s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité

<sup>2</sup> Se reporter à l'article de Florence Massias, « Droits de l'homme : bilan de la jurisprudence récente relative à la protection offerte par l'article 3 en matière de privation de liberté », *Revue de sciences criminelles*, 5 juin 2003, p. 144.

<sup>1</sup> Extrait du rapport de Jacques Floch sur « la situation dans les prisons françaises », commission d'enquête de l'Assemblée nationale, p. 223.

qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »<sup>3</sup>.

La loi de 2002 s'inscrit dans cette veine. Susceptible d'être mise en œuvre à l'égard de toute personne condamnée incarcérée, la suspension de peine pour raison médicale n'est assujettie à aucune condition de recevabilité liée à la durée de la peine prononcée ou à la nature de l'infraction commise : elle est applicable à tout stade de l'exécution de la peine – quand bien même celle-ci est assortie d'une période de sûreté. Elle n'est pas liée à l'existence de gages de réinsertion et résulte exclusivement de la prise en considération de l'état de santé de la personne détenue.

### LES JUGES SE MONTRENT TRÈS VITE RÉTICENTS À LA MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF QUI SEMBLE LES CONTRAINDRE DANS LEUR LIBERTÉ D'APPRÉCIATION

Mais le dispositif initialement conçu par le législateur se heurte rapidement à de nombreux obstacles<sup>4</sup>. De fait, les chiffres sont bas : en dix ans, entre 2002 et 2011, seulement 925 demandes de suspension de peine médicale ont été déposées et 650 accueillies favorablement<sup>5</sup>. Au-delà de la méconnaissance de la mesure – qui peut expliquer le faible nombre de demandes déposées –, il apparaît que les juges se montrent très vite réticents à la mise en œuvre d'un dispositif qui semble les contraindre dans leur liberté d'appréciation.

En effet, la procédure imaginée par le législateur français tranche avec certains principes du droit

3 *Kudia c. Pologne*, arrêt (grande chambre) du 26 octobre 2000 ; voir également *Papon c. France*, arrêt du 8 juin 2001.

4 Pour faire le point sur cette question, voir l'article paru dans la revue de l'Observatoire international des prisons (OIP), « Dix ans de loi Kouchner : funeste anniversaire de la suspension de peine médicale », *Dedans-Dehors*, n° 75, mars-juin 2012 ; voir également le rapport du groupe de travail interministériel Santé Justice sur les « aménagements et suspensions de peine pour raison médicale », 30 novembre 2013.

5 Cour des comptes, rapport public annuel 2014, février 2014.

positif français. L'article 720-1-1 du Code de procédure pénale prévoit ainsi que deux expertises médicales concordantes doivent établir, soit que le pronostic vital de la personne condamnée est engagé, soit que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention. Ce n'est que lorsque cette condition est remplie que la juridiction de l'application des peines peut ordonner la suspension de peine. Les conclusions des experts semblent lier l'office du juge – la loi consacrant ainsi une exception notable au principe de libre appréciation des expertises par les juridictions<sup>6</sup>.

Cette rigueur apparente des textes est rapidement démentie par la Cour de cassation. Dès 2003, la chambre criminelle de la Cour de cassation confirme un arrêt d'appel qui avait affirmé que la suspension de peine « n'est qu'une faculté offerte au juge et non une obligation qui s'impose à lui »<sup>7</sup>. L'inexistence, dans le texte initial, de critère lié à la dangerosité de la personne condamnée<sup>8</sup> conduit à une forte controverse jurisprudentielle<sup>9</sup>. Les réserves des juridictions s'expriment également dans des interprétations restrictives des critères médicaux : dans un arrêt en date du 28 septembre 2005, la Cour de cassation exige ainsi que le pronostic vital soit engagé « à court terme »<sup>10</sup> – une approche conduisant à réserver la mesure aux seules personnes mourantes. Certaines juridictions de l'application des peines semblent, quant à elles, considérer que le critère d'incompatibilité avec le maintien en détention n'est rempli que lorsque la détention entraîne « une perte de chance sanitaire »<sup>11</sup> – en l'occurrence une offre de soins moindre que celle qui est accessible à l'extérieur.

6 Pour plus de détails sur le mécanisme procédural de la suspension de peine pour raison médicale, voir *Droit de l'exécution des peines* de Martine Herzog-Evans, Dalloz, p. 550 et s.

7 Crim., 29 octobre 2003, n° 03-80.374, NPT.

8 Devant les controverses soulevées, la loi du 12 décembre 2015 introduit un second critère d'octroi de la suspension de peine médicale, lié à l'absence d'un « risque grave de renouvellement de l'infraction ».

9 Se reporter, sur ce point, à l'article de Martine Herzog-Evans, « La suspension médicale de peine et la sécurité publique. État des lieux », *Revue pénitentiaire*, 2005, p. 305.

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

11 Dans le sens de cette interprétation, lire l'article de Mickaël Janas et de Michel Vella, « Les difficultés d'application de la suspension de peine médicale », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 2003.

## FAUTE DE STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ADAPTÉES, NOTAMMENT SUR LE PLAN MÉDICAL, DE NOMBREUSES SUSPENSIONS NE PEUVENT CONCRÈTEMENT ÊTRE MISES EN ŒUVRE

Au-delà du positionnement des magistrats, la lourdeur de la procédure est également en cause. L'exigence de deux expertises médicales concordantes, notamment, constitue une contrainte importante, tant en raison du manque d'experts disponibles – de nombreux établissements pénitentiaires sont situés dans des zones excentrées non couvertes par certaines spécialités médicales – que des délais nécessaires pour réaliser ces investigations. Sur le terrain, les obstacles rencontrés par les experts médicaux pour mener à bien leur mission sont également relevés<sup>12</sup>.

### *La jurisprudence et la loi, moteurs du changement*

À partir de 2002, plusieurs condamnations de la France par la CEDH mettent en lumière les applications trop restrictives de la suspension de peine par les juges internes. De fait, la Cour ne se contente pas de vérifier que l'incarcération de la personne permet l'existence d'une offre de soins adaptée. Son contrôle va au-delà de la simple constatation d'une « *perte de chance sanitaire* » et intègre également des questionnements touchant à la dignité de la personne détenue.

Dans un arrêt rendu le 14 novembre 2002<sup>13</sup>, la Cour de Strasbourg considère ainsi que ce n'est pas l'offre de soins qui est en cause – l'intéressé recevant un traitement anticancéreux adapté –, mais bien les souffrances qui résultent, dans le cadre des multiples transferts entre la prison et l'hôpital, d'« *une intention d'humilier ou de rabaisser le requérant* ». Dans un nouvel arrêt rendu en 2006<sup>14</sup>, la CEDH estime que les conditions de détention d'une personne handicapée dans

un établissement pénitentiaire où elle ne peut pas se déplacer constituent un traitement inhumain et dégradant.

Dans deux arrêts plus récents, intervenus en 2010 et 2015<sup>15</sup>, la Cour précise que « *le devoir de soigner la personne malade au cours de sa détention* » met à la charge de l'État les obligations suivantes : « *veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, lui administrer les soins médicaux nécessaires et adapter, le cas échéant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé* ». Selon la Cour, « *la capacité à subir une détention* » est la condition pour que l'exécution de la peine puisse être poursuivie. Elle ne s'analyse pas comme une « *obligation générale de remettre en liberté ou bien de transférer dans un hôpital civil un détenu, même si ce dernier souffre d'une maladie particulièrement difficile à soigner* », mais elle signifie que, « *dans des conditions particulièrement graves, on puisse se trouver en présence de situations où une bonne administration de la justice pénale exige que des mesures humanitaires soient prises pour y parer* ».

La jurisprudence de la CEDH s'inscrit ainsi dans une approche humanitaire de la question du maintien en détention des personnes malades ou âgées – qui va au-delà des interprétations restrictives qu'avaient pu faire les juridictions françaises. Dans un arrêt du 7 janvier 2009<sup>16</sup>, la chambre criminelle de la Cour de cassation s'aligne sur cette jurisprudence : elle censure une décision d'une chambre de l'application des peines en relevant que la juridiction n'a pas recherché s'il ne résultait pas des deux expertises médicales que les « *conditions effectives de détention* » étaient durablement incompatibles avec l'état de santé du détenu<sup>17</sup>.

Cette évolution jurisprudentielle est relayée par d'importantes réformes législatives. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, dans un premier temps, met en place une procédure accélérée de suspension de peine médicale – qui peut être diligentée, en cas

12 Se reporter au rapport du groupe de travail Santé Justice, *op. cit.*

13 CEDH, 14 novembre 2002, *Moussel c. France*, D.2003, 303, note H. Moutouh

14 CEDH, 24 octobre 2006, *Vincent c. France*.

15 CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c. Grèce*, et 19 mai 2015, *Helhal c. France*.

16 Crim., 25 novembre 2009, n° 09-82.971, *Bull.crim.* n° 197.

17 Dans le même sens, voir un nouvel arrêt en date du 22 juin 2016 : Crim., 22 juin 2016, n° 15-84.116.

d'urgence et lorsque le pronostic vital de la personne est engagé, sur la base du seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire accueillant la personne. Elle crée également un dispositif de libération conditionnelle spécifique pour les personnes condamnées âgées de plus de 70 ans<sup>18</sup>. Sur le terrain, toutefois, les difficultés persistent : dans son rapport d'activité paru en 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté décrit les mécanismes d'exclusion, générés par l'architecture carcérale et l'organisation de la vie quotidienne en prison, à l'encontre des personnes malades, âgées et dépendantes.

En 2013, dans la perspective d'une réforme de plus grande ampleur, un groupe de travail interministériel Santé Justice est installé. Ses propositions<sup>19</sup> conduisent à une profonde réécriture de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, dans le cadre de la réforme pénale du 15 août 2014. La nouvelle loi simplifie considérablement la procédure ordinaire, une seule expertise médicale étant désormais exigée. La procédure d'urgence, quant à elle, est très largement étendue : elle peut être utilisée que l'on soit en présence d'un pronostic vital engagé ou d'un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention.

La loi prévoit également – disposition particulièrement novatrice – que la suspension de peine peut déboucher, à l'issue d'un délai de trois ans, sur une libération conditionnelle<sup>20</sup>. Elle instaure enfin – revendication portée de longue date par Maître Étienne Noël, avocat spécialiste du droit pénitentiaire – un dispositif similaire de mise en liberté pour motif médical concernant les personnes placées en détention provisoire<sup>21</sup>.

### L'hébergement à la sortie : une difficulté persistante

Malgré les changements intervenus, la raréfaction des suspensions de peine pour raison médicale est à

18 Article 729, avant-dernier alinéa, du Code de procédure pénale.

19 *Op. cit.*

20 Article 729 dernier alinéa du Code de procédure pénale.

21 Article 147-8 du Code pénal.



La Découverte / Téléchargez le chapitre sur [www.cairn.info](http://www.cairn.info) (IP: 216.73.217.39)

mettre en lien avec la question, cruciale, de l'hébergement des personnes âgées, malades ou dépendantes.

### Un constat alarmant

Les difficultés de prise en charge des personnes à l'extérieur constituent, depuis la mise en œuvre de la loi, un frein important au développement de la suspension de peine médicale. Faute de structures d'hébergement adaptées, notamment sur le plan médical, de nombreuses suspensions ne peuvent concrètement être mises en œuvre. Au demeurant, dans certains cas, les établissements d'accueil sollicités, peu familiarisés avec la problématique des personnes incarcérées, hésitent à donner leur accord.

Cet état de fait est dénoncé depuis de nombreuses années. Le service de l'application des peines du tribunal de grande instance de Créteil, qui connaît un nombre élevé de demandes de suspension de peine<sup>22</sup>, a ainsi établi, dans un document couvrant une période significative de sept années (2005-2013), un compte rendu, audience après audience, du devenir de toutes les demandes qui étaient présentées et exami-

22 L'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF), situé dans le ressort du TGI de Créteil, est le seul établissement de santé en France exclusivement destiné à l'accueil des personnes incarcérées.

nées devant le tribunal de l'application des peines. Ce document a permis de relever que la principale cause de l'échec de la mesure résidait dans les difficultés à trouver un hébergement aux personnes malades. Alors même que les critères légaux requis étaient réunis, les décisions de suspension de peine devaient être régulièrement ajournées, afin de prolonger les recherches d'hébergement : « *Dans toutes ces situations où il n'existe pas de soutien familial ou de possibilités d'hébergement au sein de la famille, il apparaît extrêmement difficile de trouver des structures hospitalières ou associatives susceptibles de prendre totalement en charge la personne condamnée*<sup>23</sup>. » Une impuissance persistante alors même que, sur le site de Fresnes, dès 2002, un pôle associatif de réflexion et d'action sur cette question avait été créé.

## IL FAUT ESPÉRER QUE LA RÉFLEXION ENTREPRISE PUISSE FAIRE RECULER LA TENTATION DE LA CRÉATION D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES SPÉCIFIQUES ACCUEILLANT DURABLEMENT LES PERSONNES ÂGÉES, MALADES OU DÉPENDANTES

Au niveau national, le groupe interministériel Santé Justice, dans le cadre de ses travaux menés en 2013, a recherché les causes de ce phénomène – engageant des échanges avec les associations ou fédérations regroupant des gestionnaires d'établissements d'accueil pour des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Il est apparu notamment que les structures sociales, médico-sociales et sanitaires susceptibles d'accueillir des personnes sortant de prison, présentaient une importante variété de réponses, ce qui nécessitait l'élaboration d'un bilan médico-social approfondi. À ce titre, « *une meilleure coordination entre les services de soins, les services pénitentiaires, le juge de l'application des peines et les établissements d'accueil* » est recommandée. Une coordination qui passe également par une nécessaire clarification des rôles respectifs de chacun des

23 Extrait du document établi par le service de l'application des peines du TGI de Créteil relatif à « *la suspension de peine médicale sur le ressort [de cette juridiction]* », 7 octobre 2014.

acteurs – les travaux ayant démontré que les responsables des structures d'hébergement<sup>24</sup> pouvaient craindre d'être transformés en auxiliaires de justice.

D'autres obstacles rencontrés par certains responsables de structures ont trait à la complexité des démarches préalables à l'accueil : retard d'ouverture des droits sociaux, défaut d'information de l'établissement d'accueil sur l'état de santé du patient et sur ses obligations judiciaires, difficultés à impliquer les collectivités territoriales dans la procédure, etc.

### *Vers le développement d'établissements spécialisés ?*

Des recommandations ont été émises par le groupe de travail. Elles concernent la coordination des différents intervenants (équipe soignante, services sociaux et service pénitentiaire d'insertion et de probation), mais aussi l'élaboration d'un document interministériel définissant le rôle et les obligations des établissements d'accueil, ainsi que la mise en place d'un guichet électronique des demandes d'aménagement et de suspension de peine pour raisons médicales.

Il faut espérer que la réflexion entreprise puisse faire reculer la tentation de la création d'établissements pénitentiaires spécifiques accueillant durablement les personnes âgées, malades ou dépendantes. En l'état, celle-ci n'est pas à l'ordre du jour, dans les ministères de la Santé et de Justice. Cependant, avec l'apparition en 2004 des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), dédiées à l'hospitalisation de personnes détenues, il a été constaté que des malades relevant de soins au long cours, voire palliatifs, y étaient parfois affectés alors même que leur organisation et leur fonctionnement ne leur permettent pas de se substituer à des structures spécialisées dans de telles prises en charge. Le même phénomène a été observé avec la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui accueillent des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques : des détenus peuvent y

24 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et appartements de coordinations thérapeutiques (ACT).

demeurer parfois durant des années et sans perspective de retour en détention ordinaire<sup>25</sup>.

---

25 Cf. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires sur « l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », janvier 2015.

En définitive, l'histoire (hélas récente) de la suspension de peine médicale en France rappelle, d'une part, l'importance de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme pour la progression du droit à l'échelle nationale et, d'autre part, la dimension décisive de la question matérielle, celle de ces « moyens » (budgets, organisations) sans lesquels les dispositifs les plus utiles sont voués à être sous-utilisés.