

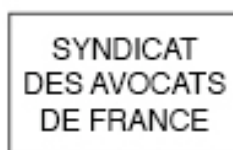
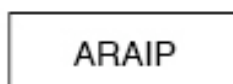
**Conférence de presse mardi 27 février 2007 – 9h30**  
12, 14 rue Charles Fourier-Paris 13<sup>ème</sup>  
dans les locaux du Syndicat de la Magistrature

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

**2002 – 2007**

### **La mise en péril de la suspension de peine pour raisons médicales**

*La loi du 4 mars 2002, qui crée la suspension de peine pour raisons médicales pour tout condamné détenu atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital ou dont l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, constitue une avancée législative d'importance. Mais le bilan de l'application de cette mesure depuis cinq ans est sombre. Rares sont les personnes malades ou en fin de vie qui en ont bénéficié, et ce en dépit de la situation des prisons françaises, et plus particulièrement de la santé "dans les murs", régulièrement dénoncée par des rapports internationaux comme nationaux, voire condamnée par la Cour européenne. Le Pôle "Suspension de peine" qui réunit de nombreux militants, associations et organisations syndicales luttant pour le droit à la dignité humaine des personnes gravement malades et détenues et pour leur droit à un accompagnement et à une fin de vie en liberté, dénonce la mise en péril d'une loi, dans un pays qui affirme être un Etat de droit.*



**Ainsi que des citoyens indépendants, familles de détenus, travailleurs sociaux, avocats, médecins, juges d'application des peines....**

## SOMMAIRE

Historique du Pôle Suspension de Peine.....	3
Communiqué de presse : « Le Garde des Sceaux et la suspension de peine pour raisons médicales : une politique attentatoire aux droits fondamentaux » .....	4
Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme .....	6
Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé .....	8
Les détenus âgés ou malades et la Cour Européenne des Droits de l'Homme .....	10
Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme. Martine Herzog-Evans.....	16
L'état de santé durablement incompatible avec la détention et la suspension de peine ou le primat de la notion d'incompatibilité.....	18
Chronique de la vie ordinaire d'un malade en détention .....	19
Détenus malades : bons de sortie sans lits .....	23

## **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 : « Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, 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, Aurore, Croix Rouge Française, FNH-VIH, Ligue des Droits de l'Homme, Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées (GENEPI), Groupe Multiprofessionnel des 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.

## **Communiqué de presse : « Le Garde des Sceaux et la suspension de peine pour raisons médicales : une politique attentatoire aux droits fondamentaux »**

Monsieur Le Garde des Sceaux,

La mort en détention de Didier Tallineau, gravement malade, dont l'état avait été déclaré par plusieurs experts incompatible avec la détention, est emblématique de la gestion par vous-mêmes et vos services du dossier de la suspension de peine pour raisons médicales. Cette mesure a été introduite en un article 720-1-1 du code pénal en 2002 pour les détenus dont le pronostic vital est engagé ou dont l'état de santé est durablement incompatible avec la détention. Votre immixtion ainsi que celle de votre prédécesseur dans le dossier Tallineau pour obtenir de la justice la réincarcération d'un malade sont d'autant plus inadmissibles qu'elles s'accompagnent d'une totale inertie, voire d'une hostilité à assurer une application effective et égalitaire de cette suspension de peine dont la logique est d'assurer aux condamnés gravement malades un suivi médical ou une fin de vie dans la dignité, hors les murs. Depuis l'entrée en vigueur de la loi en mars 2002, des suspensions de peine ont été accordées au compte-gouttes, sans que vos services soient jusqu'à présent, en dépit de nos demandes et réunions multiples, en mesure de donner des indications chiffrées précises sur le nombre de demandes formées, de rejets et d'octrois de la mesure, ni de recenser et analyser les motifs de refus. Au mépris des engagements pris par votre ministère lors d'une table ronde interministérielle tenue le 25 janvier 2005 avec le Pôle Suspension de peine, aucun groupe de travail n'a été mis en place sur l'hébergement et l'accueil des condamnés susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine ou sur la formation des experts médicaux. Vous avez été dans l'incapacité d'impulser une étude épidémiologique des malades en prison susceptibles de bénéficier d'une mesure de suspension de peine.

De façon plus globale, vous vous contentez d'affirmer, en dépit des rapports internationaux, européens et nationaux, accablants pour la France, que les conditions carcérales des détenus malades et la prise en charge médicale dans les établissements pénitentiaires français sont tout à fait satisfaisantes.

Vous n'hésitez pas à proposer un détournement de la fonction initiale des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), prévues en principe pour de courts séjours, qui ne sauraient suppléer les prises en charge et suivis médicaux à l'extérieur, qu'autorise et préconise la loi du 4 mars 2002. Ainsi, vous avez déclaré lors de l'inauguration de l'UHSI de Bordeaux en mai 2006 que : « Pour les détenus les plus gravement malades, nous avons soutenu la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales. Pour les détenus les plus gravement malades, ces unités ont vocation à accueillir dans huit centres hospitaliers universitaires (CHU), les personnes détenues devant subir une hospitalisation programmée supérieure à une durée de 48 heures. »

Entre interventionnisme dans le fonctionnement de la justice pour la réincarcération des détenus gravement malades, indifférence au développement de solutions satisfaisantes d'hébergement favorisées par l'Etat, annonces dilatoires de constitution de groupes de travail, durcissement de la loi en décembre 2005, régression condamnée par la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'homme), votre action ne répond pas, loin s'en faut, aux exigences européennes de traitement digne et humain des personnes incarcérées découlant de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme.

Nous vous demandons solennellement de mettre fin à une telle politique qui contribue à faire de notre système pénitentiaire la « honte de la République », comme l'indiquaient nos parlementaires en 2000.

Paris le 7 décembre 2006. Le Pôle « Suspension de peine »

## Chiffres

### Bilan de la Suspension de peine pour raison médicale – Art. 720-1-1 du CPP, depuis sa mise en application le 4 mars 2002.

*Source DAP-PMJ2 janvier 2007*

<b>Bilan 2002-2006</b>	<b>Demandes</b>	<b>Accords</b>	<b>Rejets</b>	<b>Accords/Demandes</b>
<b>2002</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>41,82%</b>
<b>2003</b>	<b>155</b>	<b>67</b>	<b>54</b>	<b>43,23%</b>
<b>2004</b>	<b>128</b>	<b>73</b>	<b>54</b>	<b>57,03%</b>
<b>2005</b>	<b>82</b>	<b>57</b>	<b>26</b>	<b>69,51%</b>
<b>2006</b>	<b>113</b>	<b>49</b>	<b>22</b>	<b>43,36%</b>
<b>Cumul 2002-2006</b>	<b>533</b>	<b>269</b>	<b>158</b>	<b>50,47%</b>

## **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 moins 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.**

## **Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé**

Avis n° 94 :La santé et la médecine en prison

### **2. La suspension de peine pour raison médicale en fin de vie, prévue par la loi du 4 mars 2002, est appliquée de manière très restrictive.**

Ces dispositions, qui ont été 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 ». L’Etude sur l’accès aux soins des personnes détenues de 2006 de la Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme cite les chiffres rendus publics par le ministère de la Justice le 19 juillet 2005 indiquant que 165 personnes avaient bénéficié d’une suspension de leur peine pour raison médicale entre l’entrée en vigueur de la loi en avril 2002 et le 31 décembre 2004. Elle met en rapport ces chiffres avec ceux publiés par un collectif d’associations et de praticiens (le « Pôle suspension de peine ») qui indique l’existence de 436 demandes durant cette même période, c’est-à-dire un taux de refus qui serait de plus de 60%. La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l’actualisation du guide méthodologique rappelle que « la mesure de suspension de peine pour raison médicale nécessite, pour sa mise en œuvre, les conclusions concordantes de deux expertises médicales. Elle est assujettie aux délais nécessaires à la réalisation des expertises et s’appuie sur un travail partenarial entre les services pénitentiaires et les services médico-sociaux, notamment pour la recherche éventuelle d’un lieu de vie adéquat pour la personne bénéficiaire de la mesure. Cependant, la décision appartient au juge de l’application des peines ou à la juridiction régionale de la libération conditionnelle ». En réponse à des questions écrites de deux députés, en mai et juillet 2005, le Ministre de la Justice a indiqué que l’une « des principales difficultés existantes » à l’application de la suspension de peine pour raison médicale est liée à la recherche de « solutions de prise en charge » : « hospitalisation, hébergement en famille ou foyer ». Déjà dans un avis du 11 mars 2003, le Conseil national du Sida souhaitait que « les pouvoirs publics prennent des mesures afin que ce texte connaisse une application à la hauteur des ambitions du législateur ».

Quelles que soient les raisons des difficultés d’application d’une loi dont le but était d’éviter la mort en prison, et qui indiquait que seuls « des motifs de santé » doivent être pris en considération dans la décision de suspension de peine pour raison médicale, on ne peut qu’être frappé par le fait que depuis l’entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, à la date du 31 décembre 2005, sur une période de 3 ans et demi, plus de 800 personnes détenues étaient probablement mortes en prison : plus de 400 de suicide, et plus de 400 de maladies ou de vieillesse.

### **3. Contrairement à un condamné, un prévenu, présumé innocent, en fin de vie ne peut pas bénéficier des dispositions de suspension de peine pour raison médicale prévues par la loi du 4 mars 2002.**

La personne en détention provisoire, qu’elle soit mise en examen, en attente de comparution, ou en instance d’appel ou de pourvoi en cassation, est totalement exclue du champ d’application des dispositions de l’article 720.1.1 du Code de procédure pénale de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui a pour but d’adapter aux situations de fin de vie le caractère libératoire pour raison médicale. La possibilité d’une suspension de détention est laissée à l’appréciation du juge d’instruction. A ce statut particulier, hors du champ d’application de la loi concernant les personnes en fin de vie – ou plus largement les personnes dont l’« état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » ou ayant une « pathologie engageant le pronostic vital » – s’ajoutent les conditions de vie généralement indignes des personnes en détention provisoire, incarcérées en maison d’arrêt où la surpopulation, la promiscuité et l’hygiène sont incompatibles avec la mise en



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

## **Les détenus âgés ou malades et la Cour européenne des droits de l'homme** **Par Michel Puéchavy, avocat au barreau de Paris.**

Ce texte a servi de support à la conférence animée par Maître Puéchavy le 2 mars 2006 à la Maison fraternelle (Paris) et organisée par l'ACAT Paris V.

### **1. Une situation spécifique à la France**

En vingt ans, le nombre de détenus âgés de plus de 60 ans avait été multiplié par cinq, constatait en 2000 un rapport d'une commission d'enquête du Sénat (ils n'étaient que 254 au 1<sup>er</sup> janvier 1978). Au 1<sup>er</sup> juillet 2004, les prisons françaises en abritaient plus de 2000. Le vieillissement de la population pénitentiaire est dû à l'augmentation des longues peines, la baisse de l'application de toutes sortes de libération anticipée et la pression des opinions publiques <sup>(1)</sup>. « Une des raisons est le nombre croissant de condamnations pour des délits et crimes sexuels. Les personnes concernées sont généralement plus âgées que le reste de la population pénale. Cet effet est amplifié par l'allongement des délais de prescription. Comme le délai ne commence qu'à la majorité des victimes, il est possible de juger des faits commis quinze ans auparavant »<sup>(2)</sup> (le délai de prescription est de trente ans depuis la loi Perben II).

Or les prisons ne sont pas adaptées pour recevoir des personnes âgées et la loi du 4 mars 2002 ne règle pas la question de leur détention si leur état de santé n'est pas suffisamment dégradé pour bénéficier de la suspension de peine. En outre, les incapacités (mobilité réduite, etc...) se développent d'une manière plus précoce au sein de la population carcérale.

Si le bilan d'une décennie d'application de la loi du 18 janvier 1994, transférant de l'administration pénitentiaire à l'hôpital public la responsabilité de la prise en charge médicale des détenus, est globalement positif <sup>(3)</sup>, de nombreuses ombres demeurent toutefois au tableau. D'importants dysfonctionnements peuvent être malheureusement constatés : manque de soins et d'hygiène, consultations spécialisées trop peu fréquentes, retards dans le traitement ou le diagnostic, limitation du nombre d'extractions liée aux difficultés de trouver des escortes. Dans certains domaines, un vrai retard structurel est observé ; c'est notamment le cas en psychiatrie. Certaines pathologies restent difficiles à soigner en prison, comme par exemple le diabète. Ces déficits ont été constatés dans un rapport conjoint de l'Inspection générale des Affaires sociales et de l'Inspection générale des Services judiciaires <sup>(4)</sup>.

Plusieurs obstacles subsistent en outre pour assurer pleinement l'application de la loi de 1994, le cadre contraignant de l'exercice de la médecine en milieu carcéral, les impératifs de sécurité de l'administration pénitentiaire et l'absence de culture sanitaire chez les personnes défavorisées qui constituent la plus grande part de la population en détention.

De plus, cette population, en raison du stress de l'incarcération, est davantage sujette aux maladies. Ainsi, un taux très élevé d'affections psychiques est observé en prison, 45 % contre 15 % dans le reste de la population. Or, pour soigner les détenus, il faut les faire sortir de prison plus souvent qu'avant l'entrée en vigueur de la loi de 1994.

La prise en charge de malades atteints de pathologies lourdes, sans pronostic vital engagé à court terme, repose souvent sur les associations caritatives, ainsi l'hôpital de Fresnes a passé une convention avec les Petits Frères des Pauvres, ce qui est particulièrement difficile face à des situations qui nécessiteraient une prise en charge en milieu purement hospitalier.

Les autorités font prévaloir, tant pour les personnes âgées que pour les malades, un aménagement de la détention plutôt qu'un aménagement des peines. Ainsi au lieu de promouvoir la suspension de peine pour les personnes dont l'état de santé est incompatible avec la détention, contrairement aux

---

<sup>(1)</sup> Dedans-Dehors, n° 46, nov.-déc. 2004, p. 15.

<sup>(2)</sup> Dedans-Dehors, n° 46, p. 17.

<sup>(3)</sup> L'objectif était d'assurer une qualité de soins équivalente à ceux offerts à l'ensemble de la population.

<sup>(4)</sup> Dedans-Dehors, n° 40, nov.-déc. 2003, p. 19.

recommandations du Conseil de l'Europe, les autorités procèdent à des aménagements permettant le maintien en milieu carcéral comme la création de cellules médicalisées.

Mais même les cellules médicalisées ne peuvent apporter une solution au traitement des maladies graves. Certains soins ne peuvent être prodigués en prison où les conséquences de la maladie rendent les conditions de vie en détention pénibles et contraires à la dignité humaine.

En outre, les transferts au cours des extractions ont été sévèrement critiqués par le Comité européen pour la prévention de la torture qui déplorait le menottage systématique de patients sans distinction de leur état de santé ou âge, les examens ou soins médicaux en présence de forces de l'ordre et les patients entravés à leur lit d'hôpital. Malgré les condamnations de la France par la Cour européenne des droits de l'homme, une circulaire du 18 novembre 2004 autorise le directeur de l'établissement pénitentiaire à imposer le port de menottes et la présence des surveillants pendant l'examen médical, afin de minimiser tout risque d'évasion. Seules les femmes qui accouchent échappent théoriquement à ces mesures.

La loi sur la suspension de peine, du 4 mars 2002, rend possible la libération de personnes dont l'état est jugé incompatible avec la détention ou dont le pronostic vital est engagé (par exemple Joëlle Aubron avait obtenu une suspension de peine grâce à ces dispositions).

## **2. L'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme**

La doctrine a relevé à juste titre que l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants est en passe de subir une évolution jurisprudentielle aussi importante que révélatrice. « Alors que par le passé, les organes de Strasbourg avaient épousé une conception plutôt étroite de cette disposition, la jurisprudence récente de la Cour tend à démontrer que l'exigence de gravité jusque-là requise pour conduire à admettre une violation de l'interdiction de la torture au sens de l'article 3 de la Convention fait à présent l'objet d'une interprétation plus souple »<sup>(5)</sup>.

Dans l'arrêt *Bensaïd c. le Royaume-Uni*, la Cour a affirmé que « compte tenu de l'importance fondamentale de l'article 3 », elle s'était réservée une souplesse suffisante pour traiter de l'application de cet article dans d'autres situations susceptibles de se présenter. « Restreindre ainsi le champ d'application de l'article 3 reviendrait à en atténuer le caractère absolu »<sup>(6)</sup>.

Tant les conditions de détention que le traitement des détenus malades ont été constamment contrôlés par les organes de Strasbourg. Dans l'affaire grecque, le rapport de la Commission européenne des droits de l'homme, du 5 novembre 1969, avait conclu à la violation de l'article 3 en raison des mauvaises conditions de détention. Lors de l'audience solennelle de la Cour à l'occasion de l'ouverture de l'année judiciaire, le 23 janvier 2003, son président, M. Wildhaber, a ainsi déclaré : « Le troisième thème que j'entends évoquer est lui aussi récurrent dans la jurisprudence de la Cour : il s'agit de la notion de dignité humaine qui est au cœur de la Convention. C'est ainsi que la Cour a dit l'année dernière qu'un Etat doit veiller à ce qu'une personne soit détenue dans des conditions compatibles avec le respect de sa dignité humaine. Les modalités et l'exécution de la mesure ne doivent pas faire subir à l'intéressé un désarroi et une épreuve d'une intensité allant au-delà du seuil de souffrance que comporte inévitablement la détention. Dans cette affaire-là, qui concernait la Russie, la Cour a estimé qu'à tout moment le surpeuplement était tel que les détenus partageant la cellule du requérant avaient chacun entre 0,9 et 1,9 mètre carré d'espace, devaient dormir à tour de rôle sur une période de huit heures, que la cellule était infestée de vermine et que

---

(5) Michel Hottelier, *La Convention européenne des droits de l'homme après cinquante ans : bilan et perspective*, RSDI, 2001, pp. 175-204, voy. p. 186.

(6) Arrêt du 6 février 2001, voy. également l'arrêt *Öcalan c. Turquie*, prononcé le 12 mars 2003, dans lequel la Cour juge que : « prononcer la peine capitale à l'encontre d'une personne à l'issue d'un procès inéquitable équivaut à soumettre injustement cette personne à la crainte d'être exécutée. La peur et l'incertitude quant à l'avenir engendrées par une sentence de mort, dans des circonstances où il existe une possibilité réelle que la peine soit exécutée, doivent être sources d'une angoisse considérable chez l'intéressé. Ce sentiment d'angoisse ne peut être dissocié de l'iniquité de la procédure qui a débouché sur la peine laquelle, considérant qu'une vie humaine est en jeu, devient illégale au regard de la Convention. Eu égard au rejet par les Parties contractantes de la peine capitale, qui ne passe plus pour avoir sa place dans une société démocratique, toute condamnation à mort en de telles circonstances doit, en soi, être tenue pour une forme de traitement inhumain » (§ 207) .

les toilettes dont elle était dotée étaient nauséabondes et délabrées et ne permettaient aucune intimité. Même s'il fallait en tenir compte, l'absence de véritable intention d'humilier ou de rabaisser le détenu ne pouvait exclure le constat d'un traitement inhumain et dégradant prohibé par l'article 3 de la Convention » (7).

Cette nécessité du respect de la dignité humaine a été rappelée par la Cour au cours de l'année 2005. Elle a jugé qu'aux termes de l'article 3, l'Etat doit s'assurer que la personne est détenue dans des conditions qui soient compatibles avec le respect de la dignité humaine (*Labzov c. Russie*, 16 juin 2005).

Dans l'affaire *Herczefalvy c. Autriche* (8), la durée du maintien des menottes et du lit de sûreté à l'encontre d'un détenu malade avait apparu préoccupante aux yeux de la Cour sans qu'elle en constate une violation de l'article 3. Toutefois, dans l'affaire *Hurtado c. Suisse* (9), la Commission, dans son rapport du 8 juillet 1993, avait constaté à l'unanimité que le requérant n'avait pas bénéficié de soins médicaux immédiats et releva en conséquence à ce titre une infraction à l'article 3 (une autre violation résultait du fait qu'il avait dû porter des vêtements souillés).

L'arrêt *Labita c. Italie* (20 octobre 1997) a permis à la Cour d'affirmer que la prohibition de la torture ou des peines ou traitements inhumains et dégradants est absolue, quels qu'aient pu être les agissements antérieurs de la victime (10).

Ultérieurement, dans l'arrêt *Aerts c. Belgique* (11), la Cour a jugé que l'article 3 de la Convention impose à l'Etat de 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.

Dans l'affaire *Kudla c. Pologne* (arrêt du 26 octobre 2000), la Cour n'est pas parvenue à constater une violation de l'article 3 mais elle a confirmé dans son arrêt que « selon cet article l'Etat doit s'assurer qu'une personne est détenue dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, sa santé et son bien-être doivent être assurés d'une manière adéquate en fournissant l'assistance médicale indispensable » (§ 94).

Dans la première requête de l'affaire *Papon c. France*, ayant conduit à la décision du 7 juin 2001 rendue par la 3<sup>e</sup> Section, le requérant invoquait l'article 3 de la Convention, dénonçait ses conditions de détention et estimait que le maintien en prison d'un homme âgé de plus de 90 ans, dont l'état de santé s'était gravement détérioré, était incompatible avec cette disposition. La Cour répond que s'agissant de personnes privées de liberté, l'article 3 impose à l'Etat de 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 une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis. Elle ajoute que si aucune disposition de la Convention n'interdit en tant que telle la détention au-delà d'un certain âge, la Cour a déjà eu l'occasion d'indiquer que, dans certaines conditions, le maintien en détention pour une période prolongée d'une personne d'un âge avancé pourrait poser problème sous l'angle de l'article 3 de la Convention.

Dans l'affaire *Price c. Royaume-Uni*, la requérante, victime de la thalidomide, était handicapée des quatre membres et, au cours d'un procès civil, elle refusa de répondre aux questions du juge au sujet de sa situation financière. Elle fut condamnée à sept jours de prison pour « *contempt of court* » et arrêtée à l'audience. Elle passa la première nuit au poste de police et trois jours en prison dans des

---

<sup>7</sup> Discours disponible sur le site internet de la Cour : <http://www.echr.coe.int>.

(<sup>8</sup>) Arrêt du 31 août 1992.

(<sup>9</sup>) Affaire rayée du rôle, 26 janvier 1994 à la suite d'un règlement amiable.

(<sup>10</sup>) Jurisprudence constante, confirmée par exemple dans l'arrêt *Gallico c. Italie*, 28 juin 2005, § 20.

(<sup>11</sup>) Arrêt du 30 juillet 1998.

conditions complètement inadaptées pour accueillir une personne handicapée. La Cour a considéré qu'il s'agissait d'un traitement dégradant contraire à l'article 3.<sup>(12)</sup>

Par arrêt en date du 14 novembre 2002, rendu à l'unanimité des juges composant la 1<sup>ère</sup> Section de la Cour européenne des droits de l'homme, la France a été condamnée pour violation de l'article 3, dans l'affaire *Mouisel*, en raison du maintien en détention et des conditions d'incarcération d'une personne atteinte d'une leucémie.

Cette maladie grave s'était déclarée en prison et le requérant avait été condamné à une peine de quinze ans d'emprisonnement pour vols en bande organisée avec arme, séquestration et escroquerie. Entre 1999 et 2001, il dut subir régulièrement une chimiothérapie lourde dans des conditions difficiles (port des menottes, impatience des membres de l'escorte, etc...). Pourtant, les médecins avaient estimé que son état de santé n'était pas compatible avec le port des entraves au niveau des membres inférieurs.

En 2001, il fit l'objet d'une libération conditionnelle avec obligation de suivre un traitement et de se soumettre à des soins médicaux jusqu'en 2005 (en prenant en compte les remises de peine, il aurait dû être libéré en 2002) alors qu'il avait saisi la Cour le 8 avril 2000 pour faire reconnaître que son maintien en détention était incompatible avec l'article 3 de la Convention.

Devant la Cour, le Gouvernement estima que les conditions de détention du requérant n'avaient jamais atteint un niveau suffisant de gravité pour rentrer dans le champ d'application de l'article 3 de la Convention.

La Cour, rappelant un rapport de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises du 28 juin 2000, les préoccupations du Comité européen contre la torture concernant les extractions médicales en milieu carcéral en France et la recommandation du Comité des ministres relative à la suspension des peines d'emprisonnement, a considéré que l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent désormais des situations pour lesquelles la capacité à la détention est aujourd'hui posée au regard de l'article 3 de la Convention en France et au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe.

L'article 3 de la Convention impose en tout cas à l'Etat de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté notamment par l'administration des soins médicaux requis.

La Cour affirme le droit de tout prisonnier à des conditions de détention conformes à la dignité humaine de manière à assurer que les modalités d'exécution des mesures prises ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ; outre la question de la santé du prisonnier, elle ajouta que c'était son bien-être qui devait être assuré de manière adéquate eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement.

La Cour constate que le niveau d'exigence croissant en matière de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales implique, parallèlement et inéluctablement, une plus grande fermeté dans l'appréciation des atteintes aux valeurs fondamentales des sociétés démocratiques.

Elle rappelle que le port des menottes ne pose normalement pas de problème au regard de l'article 3 de la Convention lorsqu'il est lié à une détention légale et n'entraîne pas l'usage de la force, ni l'exposition publique, au-delà de ce qui est raisonnablement considéré comme nécessaire. A cet égard, il importe de considérer notamment le risque de fuite ou de blessure ou dommage.

Son maintien en détention, surtout à partir du mois de juin 2000, a porté atteinte à sa dignité. Il a constitué une épreuve particulièrement pénible et causé une souffrance allant au-delà de celle que comporte inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux. La Cour conclut en l'espèce à un traitement inhumain et dégradant en raison du maintien en détention dans les conditions examinées ci-avant. En conséquence, la Cour constata une violation de l'article 3 de la Convention.

---

<sup>(12)</sup> Arrêt du 10 juillet 2001.

Un arrêt rendu le 23 novembre 2003 par la 1<sup>ère</sup> Section de la Cour, à l'unanimité, *Hénaf c. France*, confirmait la jurisprudence *Mouisel*. Dans cette affaire, le requérant, né en 1925, avait été condamné à plusieurs reprises pour des faits délictuels et criminels. Lors d'une hospitalisation après extraction, il fut menotté et entravé. Deux policiers assuraient la surveillance pendant la durée du séjour à l'hôpital. La Cour a constaté une violation de l'article 3 en relevant que le grief du requérant concernait l'entrave à son lit d'hôpital. Elle a noté que la dangerosité du requérant n'était pas établie au moment des faits. Aucune raison médicale ne fut invoquée par le gouvernement défendeur pour justifier l'entrave.

La Cour a jugé que certains actes autrefois exclus du champ d'application de l'article 3 pouvaient présenter désormais le degré minimum de gravité requis. En l'espèce, compte tenu de l'âge du requérant, de son état de santé, de l'absence d'antécédents faisant sérieusement craindre un risque pour la sécurité, des consignes écrites du directeur du centre de détention pour une surveillance normale et non renforcée, du fait que l'hospitalisation intervenait la veille d'une opération chirurgicale, la Cour estima que la mesure d'entrave était disproportionnée au regard des nécessités de sécurité<sup>(13)</sup> et conclut à un traitement inhumain en raison de l'entrave.

Dans l'affaire *McGlichey c. Royaume-Uni*, arrêt du 29 avril 2003, la Cour a contrôlé l'existence des soins médicaux et dans l'affaire *Gennadi Naoumenko c. Ukraine*, 12 février 2004, la nature du traitement médical, s'assurant ainsi que la nécessité d'un traitement médical forcé administré à un détenu atteint de troubles psychiques soit établie de manière convaincante.

En raison de cette évolution, le professeur Sudre pouvait écrire que le droit à des conditions de détention conformes au respect de la dignité humaine constituait un article 3 bis de la Convention européenne des droits de l'homme<sup>(14)</sup>.

L'éminent auteur écrit que « l'obligation de protéger la santé des détenus conditionne également la compatibilité avec l'article 3 du maintien en détention d'un prisonnier. Selon une jurisprudence constante de la Commission, le maintien en détention d'un prisonnier en mauvais état de santé est susceptible de constituer un traitement inhumain ou dégradant si la détention en tant que telle compromet gravement la santé du requérant »<sup>(15)</sup>.

Cette continuité jurisprudentielle est en accord avec les conclusions du Comité pour la prévention de la torture qui se disait très préoccupé par les modalités de sécurité qui peuvent être appliquées aux détenus séjournant dans les hôpitaux civils, notamment le fait d'attacher ces patients à leur lit à l'aide de menottes, cette pratique constituant un traitement inhumain et dégradant<sup>(16)</sup>.

Un rapport établi en 1996 notait que « l'incarcération des grands malades pose de réelles difficultés. La difficulté à obtenir une mesure de grâce médicale pour les détenus atteints d'une pathologie lourde à pronostic vital péjoratif a déjà été évoquée. Pendant les séjours à l'hôpital, les transferts et les escortes, des détenus sont entravés sans aucune considération pour leur état de santé et leur dignité. Un détenu atteint d'un cancer a été attaché par des entraves au plafond, il avait tellement maigri qu'il perdait ses menottes (Fresnes, septembre 1995). Les problèmes de mobilité ne sont pas pris en compte pour les détenus souffrant d'un handicap moteur. Un détenu atteint d'une sclérose en plaques et qui ne se déplace qu'avec des béquilles a été affecté à sa sortie du Centre national d'orientation de Fresnes au 3<sup>e</sup> étage d'une division ! D'une manière générale, les prisons ne sont pas équipées pour recevoir des détenus avec des handicaps lourds (WC équipés, sonnette d'appel, fauteuil roulant, douche aménagée, lit anti-escarres)<sup>(17)</sup>.

---

<sup>(13)</sup> § 56 de l'arrêt.

<sup>(14)</sup> Frédéric Sudre, « L'article 3 bis de la Convention européenne des droits de l'homme : le droit à des conditions de détention conformes au respect de la dignité humaine », in *Libertés, justice, tolérance, Mélanges en hommage au Doyen Gérard Cohen-Jonathan*, Bruxelles, 2004, pp. 1499-1514.

<sup>(15)</sup> Frédéric Sudre, *op. cit.*, p. 1511.

<sup>(16)</sup> Didier Rouget, « La Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, un outil essentiel de promotion de la dignité des personnes privées de liberté », in *De la prévention des traitements inhumains et dégradants en France*, Cahier n° 2 IDHL, Lyon, 1996, 193 p., pp. 17-31, voy. p. 27.

<sup>(17)</sup> Florence Ganoux, « Prévention des mauvais traitements : rapport sur les conditions de détention et le traitement des personnes privées de liberté », in *De la prévention des traitements inhumains et dégradants en France*, *op. cit.*, pp. 33-169, voy. p. 107.

Par arrêt *Matencio c. France*, en date du 15 janvier 2004, rendu par six voix contre une (Madame Tulkens), la 1<sup>ère</sup> Section de la Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'il n'y avait pas eu violation de l'article 3. Dans cette affaire, le requérant, condamné à la réclusion criminelle à perpétuité pour assassinat, se plaignait de son maintien en détention et des conditions de celle-ci en raison de la grave maladie dont il souffrait (maladie neurologique vasculaire importante avec hémiplégié). L'aggravation de son état de santé et de l'impossibilité de lui dispenser des soins appropriés en prison justifiait, selon le requérant, la suspension de la peine, refusée par les juridictions internes.

Dans l'affaire *Gelfmann c. France*, le requérant avait été condamné à 21 ans de réclusion criminelle par la cour d'assises des Alpes maritimes et à 22 ans de la même peine par la cour d'assises de Savoie. Atteint du sida et des effets consécutifs à cette maladie (mycose, neuropathie et tuberculose), le requérant avait formé une demande de suspension de peine fondée sur l'article 720-1-1 du CPP. Le pronostic était sombre à court ou moyen terme. La juridiction nationale de liberté conditionnelle avait infirmé la décision de la juridiction régionale, en refusant la suspension de peine au motif que la détention était compatible avec son état, que le traitement était simple et administrable en milieu carcéral et que la dangerosité criminologique du requérant était « toujours d'actualité ». Devant la Cour, ce dernier invoqua également une violation de l'article 3. Par arrêt en date du 14 décembre 2004, la 1<sup>ère</sup> Section de la Cour jugea, à l'unanimité, qu'il n'y avait pas eu violation de cette disposition.

Dans ces deux affaires, il semble que la Cour ait attaché de l'importance à la loi française en estimant qu'elle était suffisamment efficace et en renvoyant ainsi la question au juge interne<sup>(18)</sup>. Dans ces conditions, le durcissement constaté au sein des juridictions répressives depuis la circulaire de mai 2003 aurait ainsi échappé aux juges de Strasbourg.

Cependant, une vue d'ensemble de la jurisprudence de la Cour pendant l'année 2004 confirme que le bien-être du détenu doit être assuré afin de respecter l'article 3<sup>(19)</sup>. Le juge européen prend soin de préciser que l'on ne saurait déduire de l'article 3 une obligation générale de libérer un détenu ou de le transférer dans un hôpital civil pour raison de santé. Toutefois, l'appréciation du minimum de gravité est relative, elle dépend, selon la Cour, de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques ou mentaux ainsi que du sexe, de l'âge et de l'état de santé du requérant (*Novosselov c. Russie*, 2 juin 2005).

Enfin, dans l'affaire *I. I. c. Bulgarie* (arrêt du 9 juin 2005), le requérant était atteint d'une maladie de peau qui nécessitait de l'hygiène et une exposition régulière à la lumière du soleil, et son état de santé s'était sévèrement aggravé en détention. La Cour a ainsi conclu à une violation de l'article 3.

Il faut se féliciter de l'extension du champ d'application de l'article 3, car comme le relevait le juge Alphonse Spielmann dans sa contribution aux *Mélanges en hommage à Pierre Lambert* « comme l'a dit la Cour européenne des droits de l'homme, la justice ne saurait s'arrêter à la porte des prisons »<sup>(20)</sup>.

---

<sup>(18)</sup> C'est la même attitude de renvoi au juge national, juge naturel de la Convention, qui s'était exprimé dans l'affaire *Pretty c. le Royaume-Uni*. Dans l'affaire *Gelfmann*, le Tribunal de l'application des peines de Créteil a, le 25 janvier 2005, décidé la suspension de la peine.

<sup>(19)</sup> Voy. notamment *Farbtuhs c. la Lettonie*, 1<sup>ère</sup> Section, 2 décembre 2004, six voix contre une, qui constate une violation de l'article 3 en raison du maintien en détention d'une personne malade, née en 1916, pourtant coupable de crimes contre l'humanité et de génocide. La Cour relève que : « s'agissant en particulier de personnes privées de liberté, l'article 3 impose à l'Etat l'obligation positive de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine. Le manque de soins médicaux appropriés, et, plus généralement, la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates, peut, en principe constituer un traitement contraire à l'article 3 » (§ 51 de l'arrêt).

<sup>(20)</sup> Alphonse Spielmann, « Les détenus et leurs droits (de l'homme) », in *Les droits de l'homme au seuil du troisième millénaire, Mélanges en hommage à Pierre Lambert*, Bruxelles, 2000, pp. 777-788. Voy. également du même auteur « La protection des droits de l'homme. Quid des droits des détenus ? », in *Mélanges en l'honneur de Gérard J. Wiarda*, p.589.

## **Suspension médicale de peine : la mort doit survenir à court terme. Martine Herzog-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 de peine 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 inmanquablement 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, 2è 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.

## **L'état de santé durablement incompatible avec la détention et la suspension de peine ou le primat de la notion d'incompatibilité**

### **Arrêt de la Cour de cassation du 15 mars 2006**

Avec l'arrêt du 15 mars 2006, la chambre criminelle de la Cour de cassation établit une nette distinction entre les deux situations permettant, aux termes de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, l'octroi à une personne condamnée d'une suspension de peine pour raisons médicales. La première situation est celle d'« une pathologie engageant le pronostic vital ». Dans cette hypothèse, la chambre criminelle de la Cour de cassation a analysé de façon restrictive le texte légal en affirmant, dans un arrêt du 28 septembre 2005, que le pronostic vital du condamné devait nécessairement être engagé, dans ce cas, « à court terme ». La seconde situation envisagée par le législateur de 2002, qui entendait faire prévaloir la dignité humaine, est celle d'« un état de santé durablement incompatible avec la détention ».

C'est dans cette hypothèse qu'intervient l'arrêt de la Cour de cassation du 15 mars 2006 qui affirme que l'article 720-1-1, alinéa 1er, du Code de procédure pénale, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 12 décembre 2005, permet d'ordonner la suspension de peine lorsque la pathologie dont est atteint le condamné rend son état de santé durablement incompatible avec la détention, même si cette pathologie n'engage pas à court terme le pronostic vital. Ce texte ne fixe, en effet, pour la chambre criminelle, aucune condition tenant à l'existence d'un risque pour la sécurité et l'ordre public.

En l'espèce, la cour d'appel avait accordé une suspension de peine pour raisons médicales à un condamné à une peine de réclusion criminelle à perpétuité pour complicité d'assassinat, aux motifs qu'il résultait de façon concordante des expertises diligentées que le demandeur était atteint d'une pathologie cardiaque, grave et évolutive, engageant le pronostic vital et rendant son état de santé durablement incompatible avec la détention. Le procureur général, demandeur au pourvoi, affirmait notamment, à l'appui de son pourvoi qu'en s'abstenant de rechercher si le pronostic vital était engagé à court terme, la cour d'appel avait violé l'article 720-1-1 du code de procédure pénale.

Cette décision, qui réitère l'impossibilité pour le juge de recourir à la notion de trouble à l'ordre public pour rejeter une suspension de peine, est la bienvenue car elle vient en outre clarifier un débat important sur l'esprit même de la loi du 4 mars 2002 qui ne concerne pas les seuls « mourants » mais a vocation à s'appliquer à tous les cas où la détention d'un condamné profondément handicapé, invalide, soumis à un traitement lourd, douloureux s'avère inacceptable au regard du respect de la dignité humaine, au sens conventionnel du terme. La notion d'« incompatibilité » avec la détention reste encore à affiner, à débattre, notamment quant aux personnes âgées, de plus en plus fréquemment incarcérées dans les prisons françaises, ou encore celles souffrant de pathologies mentales. Mais l'arrêt du 15 mars 2006 nous éclaire sur l'application extensive qu'il convient de faire, selon la chambre criminelle, du texte légal, quant à la seconde situation envisagée par le législateur. La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, si elle précise qu'une suspension médicale de peine ne peut être accordée en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction, ne modifie pas la loi en ce qui concerne l'hypothèse d'un état de santé durablement incompatible avec la détention. Nul doute que la Cour de cassation confirmera sa décision du 15 mars 2006, sauf revirement de sa part, pour des situations postérieures à la loi du 12 décembre 2005.

Délou Bouvier, magistrat,  
Syndicat de la magistrature

**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**  
**Par l'A.R.A.I.P. (Association de Réflexion, d'Action et d'Information sur la Prison)**

**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'U.C.S.A.. 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 (qui 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 a été condamné. À la suite de sa condamnation il a été transféré vers un C.D.. Au cours de son transfert il a fait un malaise, suivi d'un coma de deux jours et a été 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<sup>ème</sup> chambre de la cour d'appel de Paris étant actuellement en travaux, les dossiers ne pouvaient être communiqués 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 première 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 cour 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 nous a précisé qu'il comptait dans ce contexte demander un complément d'expertise auprès d'un cancérologue. 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'Etablissement 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. a dû faire face aux problèmes rencontrés sur ce dossier, notamment la dispersion des dossiers médicaux, et la méconnaissance de certains avocats des 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 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'U.C.S.A. ?

**14 juin 2006 :**

Maître Y a rencontré son client et a demandé 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 cour 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.

---

## **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 cet 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.

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 consoeur 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 coeur 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 des 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**