

AJ Pénal

ACTUALITÉ JURIDIQUE PÉNAL

Dossier



LE DÉTENU MALADE

330

Poursuites judiciaires et pirates somaliens :
la nouvelle équation

Alexis Contamine

334

Libération conditionnelle parentale et intérêt
de l'enfant

Martine Herzog-Evans

343

Précisions de la CJUE sur les contrôles d'identité
et sur la question prioritaire de constitutionnalité

Jean-Baptiste Perrier

DA|LOZ

LES AUTEURS DU MOIS

Betty BRAHMY, praticien hospitalier en psychiatrie depuis 1979, elle a été médecin-chef du service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Rouen en 1989 puis de celui de Fleury-Mérogis en 1996. Elle a ensuite exercé les fonctions de conseiller technique à la direction générale de la santé de 1985 à 1988 puis à la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (à mi-temps) de 2003 à 2005. Depuis le 1^{er} septembre 2008, elle est contrôleur à temps plein au Contrôle général des lieux de privation de liberté.

Jean-Paul CÉRÉ est maître de conférences à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour et directeur du master droit de l'exécution des peines et droits de l'homme (Pau, Bordeaux IV, Dakar). Il est président du comité des pénalistes francophones, vice-président de l'association française de droit pénal et membre du conseil scientifique de l'association internationale de droit pénal. Il est également président de la commission de la diffusion et du suivi de la mise en œuvre des règles pénitentiaires européennes (commission RPE). Il est l'auteur de plusieurs ouvrages essentiellement en droit pénitentiaire et en droit pénal de la circulation routière.



Alexis CONTAMINE a exercé les fonctions de juge placé près le premier président de la cour d'appel de Nancy de 1992 à 1997 et à ce titre les fonctions de juge d'instruction à Nancy pendant près de deux années. Il a ensuite été juge d'instance à Pontivy pendant quatre ans. De 2001 à 2003 Il a été juge d'instruction à Lorient, puis de 2003 à 2007 VP instruction au Havre. Il a été VP instruction à Rennes, affecté à la juridiction interrégionale de Rennes de 2007 à 2010.



Myriam DE CROUY-CHANEL, a exercé les fonctions de juge de l'application des peines au TGI d'Amiens, de septembre 1997 à août 2002. Puis elle a été substitut du procureur au même TGI, de septembre 2002 à décembre 2005. Elle a ensuite été substitut général à la cour d'appel d'Amiens de janvier 2006 à août 2010 et elle sera vice présidente au TGI de Pontoise à compter de septembre 2010.



Etienne NOËL est avocat au barreau de Rouen depuis 1993 ; il est spécialisé en droit pénal et droit administratif pénitentiaire.

En 2003, le barreau lui a délivré la mention de spécialisation « Droit Pénal ». Il dispense également des formations à ses confrères un peu partout en France en application des peines et en droit pénitentiaire.



Éric PÉCHILLON est maître de conférences en droit public à l'Université de Rennes-I. Ses recherches portent sur la construction et l'évolution des normes juridiques organisant les relations entre les individus et la puissance publique, plus particulièrement autour de la question de la privation de liberté. A ce titre, il a écrit divers ouvrages et articles relatifs au service public pénitentiaire, aux politiques de santé publique, aux finances publiques et à la performance des politiques publiques.

Olivier SANNIER est diplômé de médecine légale et expertises médicales ainsi que de réparation du dommage corporel. Il a rejoint en décembre 2006 l'équipe de l'UCSA du centre pénitentiaire de Liancourt dont il est actuellement médecin responsable de l'UCSA. Depuis 2008, l'UCSA du centre pénitentiaire de Liancourt travaille en collaboration avec le centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke sur l'évaluation de l'autonomie en milieu carcéral. Plusieurs articles sur la santé des personnes détenues et leur prise en charge sanitaire ont ainsi déjà été publiés.



Ont également collaboré à ce numéro :

Lionel Ascensi, Magistrat, docteur en droit
Caroline Duparc, Maître de conférences à l'Université d'Angers
Carole Gayet, Rédactrice codes pénal et de procédure pénale, Dalloz
Carole Girault, Maître de conférences à l'Université d'Evry Val d'Essonne
Martine Herzog-Evans, Professeur à l'Université de Reims
Gautier Kertudo, Élève avocat
Jérôme Lasserre Capdeville, Maître de conférences à l'Université de Strasbourg
Jean-Baptiste Perrier, ATER à l'Université Paul Cézanne Aix-Marseille III
Guillaume Royer, Docteur en droit privé et sciences criminelles

COMITÉ DE RÉDACTION

Alain Blanc, Magistrat
François-Louis Coste, Magistrat
Jean Danet, Maître de conférences à Nantes
Martine Herzog-Evans, Professeur à l'Université de Reims
Annie Kensey-Boudadi, Socio-Démographe
Direction de l'Administration pénitentiaire
Jocelyne Lebtois-Happe, Professeur à l'Université de Strasbourg
François Saint-Pierre, Avocat
31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
Tél. rédaction 01 40 64 53 13
Fax : 01 40 64 54 66
E-mail : ajpenal@dalloz.fr

PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Renaud LEFEBVRE

RÉDACTION

Directeur éditorial
Philippe WEISS

Rédactrice en chef
Emmanuelle ALLAIN
e.allain@dalloz.fr

Secrétaire d'édition
Raphaël HENRIQUES

Maquette - Illustrations
Patrick VERDON

ABONNEMENT, MARKETING, PUBLICITÉ

Relations clients : Marie-Hélène TYLMAN
Revue mensuelle (11 numéros par an)
80, avenue de la Marne - 92541 Montrouge Cedex
Tél. : 0820800017 (0,12 € TTC/mn)
Fax : 0141484792

Prix de l'abonnement 2010 (1 an)
France : 163,36 € TTC / 160 € HT
Étranger : 183,36 € TTC / 180 € HT
Prix au numéro : 22,46 € TTC / 22 € HT
V. bulletin d'abonnement p. 336

ISSN 1762 - 8407 - N° CPPAP 1110 T 83884
Imprimerie Chirat 42540 Saint-Just-la-Pendue
Dépôt légal - juillet 2010

ÉDITIONS DALLOZ

Société anonyme au capital de 3956040 euros
Siège social : 31-35 rue Froidevaux - Paris 14^e
RCS Paris 572 195 550 - Siret 572 195 550 00098
Code APE : 5811Z
TVA : FR 69572195550
Filiale des éditions Lefebvre-Sarrut
La reproduction, même partielle,
de tout élément publié dans la revue est interdite.

Retrouvez
l'AJ Pénal sur



307 Éditorial

310 Au fil du mois

313 Dossier LE DÉTENU MALADE



L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires — Le rôle du Contrôle général des lieux de privation de liberté

par Betty Brahmy314

Les aménagements de peine pour raison médicale — Approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre

par Myriam de Crouy-Chanel, Etienne Noël & Olivier Sannier.....318

Le droit des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques

par Eric Péchillon322

Le détenu malade : le traitement du droit européen

par Jean-Paul Céré325

330 Pratiques

Poursuites judiciaires et pirates somaliens : la nouvelle équation

par Alexis Contamine330

334 Jurisprudence

ARRÊT DU MOIS : Crim. 3 févr. 2010
Libération conditionnelle parentale et intérêt de l'enfant
par Martine Herzog-Evans334

Pénal général
IMMUNITÉS

Immunité accordée à raison des propos tenus devant la commission d'enquête parlementaire
Crim. 13 avr. 2010, n° 09-85.135337

En bref

COMPÉTENCE

Sort des délits commis à l'étranger
Crim. 23 mars 2010, n° 09-84.291338

Infractions

CONSOMMATION

L'expertise contradictoire des articles L. 215-9 et suivants du code de la consommation
Crim. 23 mars 2010, n° 09-84.291338

VIE PRIVÉE

Le seul fait de fixer, d'enregistrer et de transmettre, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé constitue une atteinte à l'intimité de la vie privée
Crim. 16 février 2010, n° 09-81.492340

En bref

CIRCULATION ROUTIÈRE

Le montant de l'amende dépend du payeur
Crim. 12 mai 2010, n° 10-80.031341

VIOLENCE INVOLONTAIRE

Notion de lien de causalité en cas de décès aux urgences
Crim. 9 mars 2010, n° 09-80.543341

Procédure pénale :

ACTION CIVILE

Prescription et plainte avec constitution de partie civile par télécopie

Crim. 2 mars 2010, n° 09-85.124342

CONTRÔLE ET VÉRIFICATIONS D'IDENTITÉ

Précisions de la CJUE sur les contrôles d'identité et sur la question prioritaire de constitutionnalité

CJUE 22 juin 2010, n° C-188/10 et C-189/10343

DÉTENTION PROVISOIRE ET CONTRÔLE JUDICIAIRE

L'impartialité objective des magistrats ayant statué en matière de détention provisoire

CEDH 22 avr. 2010, n° 29808/06346

RESPONSABILITÉ PÉNALE

Conditions de la décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Crim 3 mars 2010, n° 09-86.405348

RÉVISION DE PROCÈS

Révision : la distinction du rescindant et du rescisoire

Crim. 13 avr. 2010, n° 09-84.531 & 10-80.196349

Exécution des peines

PRISON

Le refus par le Conseil d'État de transmettre une QPC relative au pécule des détenus

CE 19 mai 2010, n° 331025350

Décisions rendues en matière de QPC353

LES AMÉNAGEMENTS DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE APPROCHE MÉDICO-JUDICIAIRE POUR UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE

par Myriam de Crouy-Chanel
Substitut général – Cour d'appel d'Amiens
Etienne Noël
Avocat au Barreau de Rouen
et Olivier Sannier
Médecin à l'UCSA du centre pénitentiaire de Liancourt

L'article 720-1-1 du code de procédure pénale, issu de la loi du 4 mars 2002¹, dite « loi Kouchner », votée dans un souci d'humanité, permet de suspendre une peine, dès lors que deux critères alternatifs sont remplis, à savoir, l'engagement du pronostic vital ou l'incompatibilité durable de l'état de santé avec la détention. Cette mesure reste peu employée, dans un contexte pourtant de vieillissement de la population carcérale.

Chaque année, un peu moins de 100 demandes sont présentées et le taux d'octroi tourne autour de 70 %.

D'autres mesures d'aménagement de peine permettent de tenir compte de la maladie dans l'exécution de la peine et restent elles aussi insuffisamment connues.

Une marge de progression est donc possible, d'autant que la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 élargit les possibilités d'aménagement de peine².

Par une approche pluridisciplinaire, nous tâcherons d'identifier les obstacles tant juridiques que médicaux et d'avancer quelques propositions facilitant la mise en œuvre de ces mesures.

■ Place de la suspension de peine pour raison médicale (SPM) de l'article 720-1-1 dans l'arsenal juridique

Le caractère subsidiaire de la mesure de SPM

Le recours à la SPM ne doit s'envisager que si aucune des mesures « classiques d'aménagement de peine » ne permet de trouver une solution tenant compte de l'état de santé du condamné.

Par définition, elle suspend l'exécution de la peine qui reprend son cours lorsque les conditions ne sont plus remplies. Il peut s'en suivre un suivi social et judiciaire *ad vitam aeternam*.

En revanche, une mesure de libération conditionnelle a un terme précis fixé par la décision d'octroi. De même, la révocation de la libération conditionnelle n'interviendra qu'en cas de non-respect par le condamné de ses obligations et non de l'évolution de son état de santé qui échappe, par nature, à la personne concernée. Elle présente donc une plus grande certitude juridique.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a introduit la possibilité pour des personnes condamnées, âgées de plus de 70 ans, d'en bénéficier sans condition de délai. Cet élargissement de la libération conditionnelle devrait empiéter sur le domaine actuel de la mesure de SPM.

D'autres mesures d'aménagement de peine comme le placement extérieur, la semi-liberté ou le placement sous surveillance électronique, peuvent être accordées pour raisons médicales. Le reliquat de peine doit être inférieur à deux ans (un an pour les récidivistes). Pour le condamné, ces mesures comptent comme un temps

d'exécution de peine, à la différence de la SPM.

Il existe par ailleurs la suspension de peine de droit commun prévue à l'article 720-1 qui est beaucoup moins lourde à mettre en œuvre.

Elle ne nécessite pas deux expertises concordantes. La preuve des problèmes de santé que rencontre le condamné est libre. Il n'y a d'ailleurs pas à démontrer l'incompatibilité de l'état de santé avec une incarcération, mais simplement que l'exécution de la peine doit temporairement s'effacer devant la nécessité du condamné de se soigner préalablement.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a élargi le champ d'application de cette mesure d'aménagement de peine. Dorénavant cette suspension peut être octroyée pour des peines ou reliquats de peines jusqu'à deux ans (au lieu d'un an auparavant), en supprimant le critère de gravité du motif médical et en portant à quatre ans (au lieu de deux) la durée maximale de suspension.

Cette mesure plus classique sera donc privilégiée dès lors que le condamné remplit les conditions légales.

En définitive, le seul avantage évident que présente la SPM de l'article 720-1-1, est l'absence de condition de délai. Cette mesure peut même être accordée pendant la période de sûreté.

Notons enfin que la suspension de peine pour raison médicale doit trouver à s'articuler avec le recours en grâce.

Il s'agit d'une mesure totalement discrétionnaire que peut accorder le président de la République, pour des raisons humanitaires. Une circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces, en date du 7 mai 2003, ayant pour objet la suspension de peine pour raison médicale, a demandé aux parquets, instruisant une demande de grâce pour motif médical, de saisir dans le même temps, la juridiction de l'application des peines compétente, en vue d'une SPM. Il résulte de ces directives, que la chancellerie, entend restreindre les recours en grâce, au profit des procédures prévues par le code de procédure pénale, au nombre desquelles la SPM de l'article 720-1-1.

(1) Loi n° 2002-303, Droits des malades et qualités du système de santé.

(2) V. La loi pénitentiaire (dossier), AJ pénal 2009. 473 et spéc. 483, l'article de Martine Herzog-Evans



La SPM peut-elle être accordée *ab initio* ?

L'hésitation résulte de la formulation employée à l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, « état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention ».

La circulaire du 7 mai 2003, déjà évoquée, a répondu par l'affirmative en privilégiant l'esprit du texte dont la finalité est bien d'éviter une incarcération à ceux, qui pour des raisons de santé, ne pourraient la supporter. La Chambre criminelle de la Cour de cassation, par un arrêt du 21 février 2007³, a définitivement clos le débat, en jugeant que la SPM était accessible au condamné libre.

Le recueil du consentement du condamné est-il nécessaire ?

En cas de coma d'un détenu, le juge de l'application des peines peut être sollicité, en général par les services médicaux de l'établissement pénitentiaire, pour voir prononcer une SPM. Il n'y a pas de demande du condamné ni de recueil de consentement possible et les magistrats ont pu montrer une réticence à appliquer cette mesure dans ce contexte.

La raison avancée est que la mesure de SPM n'est pas forcément dans l'intérêt du détenu et que, tant qu'à être dans un état d'inconscience, autant que ce temps volé par la maladie soit décompté de la durée de la peine.

Il nous semble que ces scrupules doivent être écartés au regard du principe supérieur du respect de la dignité, conduisant à permettre à tout homme de vivre sa fin de vie en milieu libre.

Par ailleurs, assurer la garde dans les hôpitaux de détenus malades chroniques, adapter les prisons à l'accueil de détenus très dépendants, présentent un coût considérable pour notre société. Ce coût ne se trouve absolument pas justifié par des considérations de sécurité publique.

La SPM peut-elle être envisagée pour la maladie mentale ?

Les termes de « pathologie », « état de santé » employés à l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, n'excluent pas *a priori* la maladie mentale. Certaines pathologies d'ordre psychiatrique ne sont-elles pas autant invalidantes que des maladies somatiques ? Ne doit-on pas considérer que certains états mentaux sont durablement incompatibles avec la détention, soit que l'enfermement empêche de traiter le patient, soit qu'il aggrave sa pathologie ? La rédaction de l'article 720-1-1 paraît exclure du bénéfice de la suspension de peine les détenus hospitalisés en établissement de santé mentale (« [...] ou que leur état de santé est durablement incompat-

tible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux »). Cette exclusion doit être mise en lien avec les dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale stipulant que les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, ne peuvent pas être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

L'objectif de cette exclusion est d'éviter qu'une hospitalisation d'office ne soit considérée comme une suspension de peine. Durant cette prise en charge d'urgence, le détenu reste administrativement sous écrou.

Ne pourrait-on pas considérer cependant que si les hospitalisations d'office se multiplient, l'état de santé du condamné devient durablement incompatible avec la détention et qu'une suspension de peine devrait être envisagée ?

La suspension de peine devra alors être demandée, à une période où le détenu n'est pas placé en hôpital psychiatrique pour ne pas se heurter à l'exclusion posée

par l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, sur le principe d'un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention. Cela suppose que la maladie psychiatrique altère particulièrement son autonomie. Par ailleurs, du fait de sa maladie mentale, le détenu ne présente-t-il pas un risque particulier de récidive, ce qui l'exclut là encore du dispositif de SPM ?

Quelle structure doit l'héberger en cas d'une éventuelle suspension de peine ? Et pour combien de temps ?

À notre connaissance, aucune SPM n'a été accordée en raison d'une maladie psychiatrique. Une telle décision ne manquerait pas d'être médiatisée, le juge devant se justifier de remettre en liberté un « criminel fou ».

Le critère de non-renouvellement grave de l'infraction

Cette modification introduite par la loi du 12 décembre 2005 (un essai avait été tenté durant les débats parlementaires de la loi du 9 mars 2004, Perben II, consistant à prendre en compte un éventuel trouble à l'ordre public), permet de refuser la suspension de peine en cas de risque de renouvellement grave de l'infraction.

De par la rédaction du texte (la suspension peut être accordée), les juges s'autorisaient déjà à refuser, en application du principe d'opportunité, la suspension de peine. La Cour de cassation avait cependant sanctionné la prise en compte du risque de récidive par le juge pour refuser une SPM par un arrêt du 15 mars 2006⁴. Ce risque est évalué par une expertise psychiatrique ordonnée par le juge de l'application des peines.

De par la spécificité de la mesure qui est accordée, non pas sur des critères criminologiques mais bien médicaux, et des précautions sémantiques employés (risque grave de renouvellement de l'infraction), la SPM ne devrait pouvoir être écartée sur ce critère que de façon exceptionnelle.

Le retrait de la SPM

Les cas de retrait de la mesure sont limités.

Initialement, le texte n'en prévoyait qu'un : l'expertise médicale faisant apparaître que les conditions médicales ne sont plus remplies.

Assurer la garde dans les hôpitaux de détenus malades chroniques, adapter les prisons à l'accueil de détenus très dépendants, présentent un coût considérable pour notre société. Ce coût ne se trouve absolument pas justifié par des considérations de sécurité publique.

(3) Crim. 21 févr. 2007, n° 06-85.595, AJ pénal 2007. 192, obs. M. Herzog-Evans.

(4) Crim. 15 mars 2006, n° 05-83.329, AJ pénal 2006. 273, obs. M. Herzog-Evans; RSC 2007. 350, note P. Poncela.

La loi du 9 mars 2004, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, en a ajouté un second : la violation des obligations particulières. Il s'agit des obligations et interdictions prévues aux articles 132-44 et 132-45 qui peuvent être prévues dans la décision accordant la suspension de peine.

La question s'est posée de savoir si le retrait de la mesure pouvait également intervenir en cas de commission d'une nouvelle infraction, le texte étant silencieux sur ce point.

Le tribunal de l'application de Créteil a rendu un jugement le 8 novembre 2006 retirant la suspension de peine à Monsieur C. en raison de la commission d'un nouveau délit en s'appuyant sur les dispositions générales de l'article D. 49-25 du code de procédure pénale qui prévoit le retrait d'une mesure en cas de mauvaise conduite.

La chambre de l'application des peines de Paris, par arrêt du 22 mars 2007⁵, rejeta ce raisonnement, estimant que des dispositions à caractère réglementaire ne sauraient créer une condition supplémentaire de retrait (la mauvaise conduite) pour combler une lacune de la loi.

Ne faudrait-il pas considérer qu'une mesure de SPM interdit toute nouvelle incarcération ? La SPM étant davantage attachée à la personne du condamné qu'à sa condamnation ?

■ Mise en œuvre de la suspension de peine pour raisons médicales — « Faire face » aux obstacles

La suspension de peine pour raisons médicales dans le cadre de l'application de l'article 720-1-1 du code de procédure répond aux critères d'engagement du pronostic vital ou d'état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention. Seules des conclusions concordantes de deux expertises médicales permettent le prononcé de la mesure⁶. Ces critères rendent l'expertise médicale primordiale d'autant que si une première expertise considère qu'aucun critère n'est rempli, la demande peut être dès lors rejetée⁷. D'où l'importance d'un rapport d'expertise précis et diligent.

Il n'est pas aisé pour un médecin expert de prévoir l'engagement du pronostic vital d'une personne. La médecine ne peut prétendre répondre à une question d'apparence métaphysique, multi-factorielle et d'appréciation subjective.

Pour répondre à cette exigence de qualité, un cadre strict doit permettre au médecin, non seulement de mener à bien sa mission mais également d'apporter des réponses techniques précises.

Les premiers obstacles rencontrés pour la réalisation de la mission sont souvent organisationnels. Ceux-ci méritent d'être ici rapidement éclaircis et levés.

Le médecin expert ne peut avoir accès au dossier médical de la personne détenue sans son accord éclairé (quels que soient les intitulés de la mission)⁸. Il est donc nécessaire que le médecin expert recueille l'accord écrit de la personne expertisée avant toute consultation de son dossier médical (correspondant bien souvent au dossier médical de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires [UCSA] de l'établissement pénitentiaire). Cet accord peut être transmis si besoin à l'UCSA qui fournira alors le dossier médical pour consultation. S'il ne peut consulter le dossier, le médecin expert conclura en l'état.

L'expertise médicale n'est certainement pas un acte de soin, mais elle est un acte médical. Dans ce sens, l'examen doit avoir lieu dans un local respectant la dignité de la personne, le secret médical et les préconisations d'usage en matière d'hygiène⁹. Il sera équipé du matériel nécessaire à la réalisation d'un examen cli-

nique. Cependant, une note émanant du ministère de la Justice et datée de février 2009¹⁰ laisse peu de choix quant au lieu d'examen pour le médecin expert missionné. Il convient donc soit d'aménager le parloir avocat, soit de discuter les modalités d'accès du médecin expert à un bureau médical de l'UCSA.

Il revient à l'expert de systématiquement mentionner dans son rapport les obstacles rencontrés lors de la réalisation de sa mission.

Une fois ce cadre posé, deux questions sont soumises au médecin expert : le pronostic vital de la personne est-il engagé ? Son état de santé est-il durablement incompatible avec son maintien en détention ?

Le pronostic vital engagé

Proposé initialement par le Sénat en 2001, « la maladie mettant en jeu le pronostic vital » comme critère de suspension de peine fut insérée dans la loi du 4 mars 2002. Ce critère fut rapidement précisé et restreint dès le 28 septembre 2005 par la Cour de cassation¹¹ qui retint un pronostic vital engagé à court terme. Cependant, quel que soit le terme, il n'est pas aisé pour un médecin expert de prévoir l'engagement du pronostic vital d'une personne. La médecine ne peut prétendre répondre à une question d'apparence métaphysique (la personne détenue présente-t-elle un risque de mourir très prochainement), multi-factorielle et d'appréciation subjective. Cependant, des études épidémiologiques donnent parfois des informations sur l'espérance de vie d'une catégorie de personne présentant une pathologie donnée à un stade donné (médiane de survie). Ces données statistiques, si elles existent, peuvent être citées par le médecin expert. Elles donnent des éléments de réponse objectifs à la question « la maladie engage-t-elle le pronostic vital à court terme ? » que le médecin peut croiser avec le tableau clinique présenté par la personne expertisée. Ce mode de réflexion et de démonstration, appelé *Evidence based medicine* (la médecine basée sur les preuves) pourrait parfois éviter des conclusions d'expertises contradictoires car trop subjectives.

Conscient des difficultés d'effectivité de cette mesure de suspension de peine pour raisons médicales, et afin de mettre notre législation en conformité avec

(5) Paris, CHAP, 22 mars 2007, AJ pénal 2007. 235.

(6) Crim. 27 juin 2007, n° 06-87.460.

(7) Crim. 23 juin 2004, n° 04-80.439, Bull. crim. n° 172 ; RSC 2006. 423.

(8) Art. 226-13 c. pén., art. L. 1110-4 CSP inséré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, chap. III 2.1.2 guide méthodologique de la prise en charge sanitaire de la personne détenue : « le dossier médical n'est communicable aux experts judiciaires qu'avec l'accord du patient ».

(9) Art. 69 c. déont. médicale, art. R. 4127-69 CSP, art 49 c. déont. médicale, art. 4127-49 CSP, art. 4 c. déont. médicale, art. 4127-4 CSP.

(10) Note datée du 3 févr. 2009 de l'adjoint au sous directeur des personnes placées sous main de justice précisait : « il vous a été demandé de faire réaliser les expertises médicales ordonnées par les autorités judiciaires dans un local de type "parloir avocat" et non dans les locaux sanitaires des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des services médico psychologiques régionaux (SMPR). En effet, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et l'administration pénitentiaire sont attachées à la séparation effective des fonctions d'expertise et de soins (v. Chap III 1.2.1.1 du guide méthodologique) ».

(11) Crim. 28 sept. 2005, n° 05-81.010, AJ pénal 2005. 461, note M. Herzog-Evans et Dr. pénal 2005. Comm. 183, obs. A. Maron.

l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales¹², la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 permet désormais la suspension de peine au vu d'un seul certificat médical établi par un médecin de l'UCSA « en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé »¹³, c'est-à-dire en cas de décès imminent¹⁴. La chambre de l'application des peines d'Aix en Provence vient de préciser que cette nouvelle possibilité ne se substituait pas aux critères classiques¹⁵. Ce critère palliatif, de la dernière chance, nous incitera certainement à déployer en amont les mesures évitant qu'une personne soit encore détenue à l'imminence de son décès.

(12) Rapport n° 143 (2008-2009) de M. Jean-René Lecerf, fait au nom de la commission des lois, déposé le 17 déc. 2008

(13) Art 79 de la loi n° 2009-1436 du 24 nov. 2009.

(14) Travaux parlementaires

(15) Aix-en-Provence, CHAP, 16 févr. 2010; AJ pénal 2010. 253, obs. M. Herzog-Evans

(16) Travaux parlementaires

(17) General Assembly The Universal Declaration of Human Rights, resolution 217 A (III), United Nations, 1948

(18) European Court of Human Rights. Selection of judgments and decisions delivered by the court IN 2007.1. Annual Report 2007 of the European Court of Human Rights Council of Europe, 2007; *Yakovenko v. Ukraine*, n° 15825/06, § 101; *Dybeku v. Albania*, n° 41153/06, § 103; *Ghosh v. Germany*, n° 24017/03, § 98.

(19) World Health Assembly. International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease. Resolution WHA29.35, 1976. Geneva : W.H.O., 1980.

(20) Crim. 7 janv. 2009, n° 08-83.364, AJ pénal 2009 236, obs. M. Giacomelli; D. 2009. Pan. 1376, obs. M. Herzog-Evans; Dr. pénal. Comm. 42, obs. A. Maron et M. Haas.

(21) Crim. 7 janv. 2009, préc. note 20.

L'état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention ordinaire

En inscrivant dans la loi le postulat de compatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention, le législateur souhaite garantir à la personne le respect de sa dignité humaine¹⁶. Il s'accorde ainsi avec la déclaration universelle des droits de l'homme¹⁷ anticipant, à l'époque, les futures règles pénitentiaires européennes. Il introduit directement la notion de handicap et de dépendance comme critère d'incompatibilité. Cette idée est partagée avec la Cour européenne des droits de l'homme qui condamnait en 2007 l'Allemagne, l'Albanie ou encore l'Ukraine pour conditions de détention inappropriées avec l'état de santé ou de handicap sur le fondement de la notion de traitement dégradant¹⁸.

L'incapacité est, pour rappel, la conséquence de la déficience d'un organe ou d'une fonction qui se traduit par une limitation ou une restriction d'activité. Quant au handicap, il est l'écart entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités¹⁹. Dans ces conditions, la mission du médecin expert est ici très précise : décrire les incapacités résultant de déficiences physiologiques; dire si les ressources mises en place en détention permettent au patient de combler cette incapacité ou si la personne se trouve dans une situation de handicap qui porte atteinte à sa dignité et incompatible avec son maintien en détention.

Ces ressources ne peuvent cependant pas être des établissements de soins (UHSI ou Hôpital national de santé publique de Fresnes), qui ne correspondent pas à des lieux de détention, encore moins ordinaires²⁰. La description de ces situations nécessite parfois la visite de la personne sur son lieu de détention afin d'apprécier *in concreto* ses capacités fonctionnelles.

La Cour de cassation exige ainsi que les juges apprécient la compatibilité de l'état de santé au regard des conditions effectives de détention²¹.

Si ces quelques précisions concernant l'expertise médicale, illustrées à travers un exemple de mission figurant en annexe, permettent de lever certains obstacles dans la mise en œuvre de la

Mission type d'expertise médicale dans le cadre d'une demande de suspension de peine pour raisons médicales

- Prendre connaissance du dossier médical de l'intéressé auprès de l'unité de consultations et de soins ambulatoires après avoir reçu l'autorisation écrite de l'intéressé. En cas de refus de l'intéressé, conclure en l'état.
- Examiner l'intéressé dans un lieu prévu à cet effet, respectant la dignité du patient et les préconisations d'usage en matière d'hygiène.
- Décrire les pathologies ou lésions entraînant une déficience physique ou psychique.
- Décrire la (les) déficience(s) occasionnée(s).
- Dire si la (les) déficience(s) est (sont) permanente(s) ou temporaire(s). Dire si elle(s) est (sont) susceptible(s) d'aggravation ou d'amélioration.
- En décrivant les conditions de vie de l'intéressé (localisation et caractéristiques de la cellule, activités pratiquées en détention), et en visitant la cellule de l'intéressé si nécessaire, décrire les capacités de l'intéressé à réaliser seul les activités de la vie quotidienne : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne (se raser, se couper les ongles...), se déplacer dans la cellule, se déplacer à l'extérieur, utiliser un escalier, entretenir sa cellule, entretenir son linge, gérer son traitement.
- Lorsque l'intéressé présente une incapacité, dire s'il reçoit une aide matérielle (fauteuil roulant, douche équipée...) ou humaine (surveillant, codétenu, auxiliaire de vie...). Dire si cette aide consiste en une surveillance, une stimulation, une aide partielle ou totale pour la réalisation de l'activité. Dire si cette aide est suffisante et comble l'incapacité décrite.
- En discutant les descriptions précédentes, dire si l'état de santé de l'intéressé est durablement incompatible avec son maintien en détention.
- Dire si l'intéressé présente une pathologie qui peut engager, à court terme, le pronostic vital. Décrire l'état d'avancement de cette pathologie.
- Dire si des études scientifiques évaluant la médiane de survie d'une population de personnes présentant cette pathologie existent, et en donner les principaux résultats.
- Au vu des données précédentes, dire si le pronostic vital de l'intéressé est engagé. Dire si les capacités et contraintes d'accès aux soins en milieu carcéral sont susceptibles de modifier cet engagement du pronostic vital.
- Notez toutes les difficultés rencontrées dans la réalisation de la mission.



suspension de peine pour raisons médicales, il reste un dernier obstacle à surmonter : un projet de sortie doit être prévu pour que la mesure de suspension soit prononcée.

Or ce projet de sortie est à la fois compliqué par la désocialisation fréquente de la personne détenue, les conditions fixées par la loi du 12 décembre 2005 relative à la prévention de la récidive et surtout état de santé de la personne, qui nécessite souvent une prise en charge sanitaire.

Cependant, au vu de la jurisprudence actuelle, ces obstacles peuvent être levés. En effet, le tribunal d'application des peines de Créteil admet les requérants au bénéfice de la suspension de peine, lorsque les conditions précédemment définies sont remplies, mais suspend sa mise à exécution (et non son prononcé) à l'obtention d'un hébergement²². Cette jurisprudence a récemment été suivie par le TAP de Beauvais (le 7 mai 2010). Cette décision renvoie surtout l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA (prenant en charge ses personnes) à ses responsabilités devant les articles L. 6112-1 et L. 6112-2 du code de santé publique. L'arrêt du Conseil d'État du 9 mars 2007²³ enjoint donc l'administration hospitalière à orienter la personne vers une structure adaptée à son état de santé, tel que réaffirmé le 13 juin 2007 par l'ordonnance de jugement du tribunal administratif de Paris²⁴.

Ces décisions sont à diffuser auprès des nouvelles agences régionales de santé à l'heure de leur mise en place afin qu'elles puissent anticiper ces décisions.

■ Conclusion

La mesure de suspension de peine pour raison médicale, après huit années de lent démarrage, devrait connaître un développement nouveau, en raison des avancées de la loi pénitentiaire, des

exigences européennes relatives aux droits de l'homme en milieu pénitentiaire et en raison de l'allongement des peines entraînant un vieillissement de la population carcérale.

Nous avons tenté de montrer comment certains obstacles tant juridiques que d'ordre pratique pouvaient être relativisés. L'extension de la SPM à la question de la maladie mentale pourrait être envisagée tant le maintien en détention de personnes présentant de lourds troubles psychiatriques représente une difficulté majeure pour les établissements pénitentiaires. Il nous a semblé intéressant de proposer une mission type d'expertise afin d'apprécier les critères légaux de la SPM de la façon la plus concrète possible en conformité avec la jurisprudence de la Cour de cassation.

Cette mesure emblématique ne doit pas faire oublier les aménagements de peine classiques qui peuvent être plus facilement mis en œuvre et pour lesquels une marge de progression est également possible.

(22) TAP Créteil, 24 oct. 2006, AJ pénal 2006. 512, note M. Herzog-Evans; RSC 2007. 350, obs. P. Poncela.

(23) CE 9 mars 2007, req. n° 302182, « Ces dispositions mettent à la charge de l'AP-HP, dont dépend l'Unité de consultation et de soins ambulatoires du CHU de Bicêtre, chargée de soigner les détenus de la maison d'arrêt de Fresnes, l'obligation de veiller à la continuité des soins assurés à M. G... par cette UCSA; que si l'AP-HP fait valoir que l'état de santé de M.G... ne nécessite ni un service de soins aigus en médecine gériatrique, ni une hospitalisation de long séjour, il lui appartient néanmoins d'orienter ce patient vers une structure adaptée à son état ». V. E. Péchillon, AJ pénal 2007. 191; RSC 2007. 350, obs. P. Poncela.

(24) AJ pénal 2007. 447, note M. Herzog-Evans.

LE DROIT DES UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES : LA CRÉATION PROGRESSIVE DE ZONES PÉNITENTIAIRES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES



par Eric Pechillon

Maitre de conférences à l'Université de Rennes 1

La prise en charge psychiatrique des détenus est désormais une obligation constitutionnelle et conventionnelle¹ à laquelle la puissance publique ne peut juridiquement se soustraire. Elle est aussi l'une des clés de la réussite de la période de détention et de la resocialisation des personnes privées de liberté (prévenus et condamnés). Dix ans après l'entrée en vigueur de la loi de 1994², le législateur a dû tirer les enseignements des faiblesses du droit de la psychiatrie et a proposé de compléter l'offre de prise en charge traditionnelle. La solution retenue (loi n° 2002-138 du 9 sept. 2002 d'orientation et déprogrammation de la justice) vise à trouver un juste milieu entre la création de prisons ouvertement psychiatriques, la sécurisation des hôpitaux et le respect des exigences du droit de la santé. Ce délicat compromis explique la mise

en œuvre relativement chaotique des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Leur création oblige à s'interroger autant sur le sens de la peine que sur la place du soin psychiatrique dans une société supportant de moins en moins les aléas de la vie en collectivité.

(1) CEDH 11 juill. 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03, consid. 74 et consid. 75.

(2) Loi n° 94-43 du 18 janv. 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus et circulaire du 8 déc. 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.